

AKUTPLAN

REGION

SYDDANMARK

UDKAST PR. 18. MARTS 2021

Indhold

Forord	4
Resumé	5
1. Indledning	7
2. Akutområdet i Region Syddanmark.....	9
2.1 Borgernes indgange til akut sundhedsfaglig hjælp	9
2.2 Akutsygehuse i Region Syddanmark	10
2.3 Lægevagten	12
2.4 Kommunale akutfunktioner	12
2.5 Præhospitalt beredskab	13
2.6 Aktivitet i akutfunktioner	14
3. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte sundhedsindsats.....	16
4. Danske Regioners udspil <i>Når du har brug for os</i>	18
5. Status for Region Syddanmark	19
6. En styrket visitation.....	21
6.1 Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (indsats 1).....	21
6.2 Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus.....	23
6.3 Visiteret adgang til psykiatrisk akutmodtagelse	23
6.4 Værktøjer til en forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (indsats 2).....	24
6.5 Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (indsats 3).....	24
6.6 Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospitale behandling i eget hjem (indsats 4)....	24
6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer.....	25
6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer.....	27
7. Udvikling af lægevagten og samarbejde med sygehusene.....	30
7.1 Samarbejde mellem lægevagten og AMK vagtcentralen.....	30
7.2 Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten.....	31
7.3 Andet samarbejde mellem almen praksis, lægevagt, sygehuse og kommuner	32
7.4 Modernisering af lægevagtens faciliteter og diagnostiske udstyr	32
8. Akutte hjerteforløb	35
9. Implementering og økonomi.....	37
9.1 Implementering af akutplanen.....	37
9.2 Budgetmæssige konsekvenser	43
Bilag 1. Kommissorium for akutplan 2020.....	44
Bilag 2. Samlet oversigt over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats.....	47
Bilag 3. Oversigt over anbefalinger, status i Region Syddanmark og forslag til nye indsatser i akutplanen	54

Bilag 4. Eksempler på projekter til forebyggelse af indlæggelse af ældre sårbare borgere mv.....	59
Bilag 5. Overblik over implementeringstakt.....	63
Bilag 6. Overslag over budgetmæssige konsekvenser af akutplanens indsatser.....	64

UDKAST

Forord

[Forord ved Stephanie Lose]

UDKAST

Resumé

Regionsrådet besluttede i forbindelse med budgetforlig for 2020, at der skulle udarbejdes en akutplan for Region Syddanmark. Med akutplanen omsættes Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger til den akutte sundhedsindsats fra 2020 til regionale tiltag. Herudover bygger akutplanen på forslag, der indgik i Danske Regioners udspil fra 2018: *Når du har brug for os – 24 nye indsatser når du bliver akut syg eller kommer til skade.*

Akutplanen for Region Syddanmark indeholder 32 indsatser, der blandt andet sigter mod på tværs af sektorer at styrke samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation, herunder ved at tilvejebringe en række fælles værktøjer, der skal understøtte samarbejde og sammenhængende organisering på det akutte område. En styrket sundhedsfaglig visitation skal blandt andet sikre, at den akutte patient får det rette tilbud på det rette tidspunkt, hvad enten der er tale om en medicinsk patient eller en patient med en psykisk lidelse. Andre indsatser retter sig mod lægevagten og samarbejdet med sygehusenes akutfunktioner. Endelig retter nogle indsatser sig mod at sikre hurtige akutte hjerteforløb, blandt andet via et tættere sundhedsfagligt samarbejde om hurtig diagnostik.

Akutplanen flugter med Region Syddanmarks pejlemærker om udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i samarbejde med praksis og kommuner, samt at Region Syddanmark er borgernes og patienternes region, der møder patienter og pårørende ud fra sundhedsvisionens værdier og arbejder for lighed i sundhed.

I forhold til særligt de ældre medicinske patienter spiller kommunerne en vigtig rolle i akutberedskabet, blandt andet med udkørende akutteams eller akutpladser. De praktiserende læger understøtter samarbejdet med den kommunale sygepleje, og kan som følge af lokalaftaler se patienten i hjemmet, og i samarbejde med den kommunale sygepleje medvirke til, at færre patienter indlægges på sygehus.

Kapitel 2 beskriver akutte funktioner i Region Syddanmark inden for somatik og psykiatri. Det omfatter både den borgerrettede visitation, lægevagt, præhospitalt beredskab, akutfunktioner på sygehuse samt kommunale akutfunktioner.

Kapitel 3 beskriver Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af den akutte indsats. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats fra 2020 har et tværfagligt og tværsektorielt sigte, idet anbefalingerne peger på indsatser, der går på tværs af hele patientforløbet i både det primære sundhedsvæsen, de præhospitale indsatser og det regionale sygehusvæsens ambulante og stationære tilbud. Anbefalingerne omfatter både somatik og psykiatri. Fokus er på bedre sammenhæng, samarbejde og kvalitet i den akutte indsats. Det skal ske ved at sikre kompetencer, bedre tilgængelighed, bedre sammenhæng, bedre samarbejde, mere gnidningsfri udveksling af data, fælles kvalitetsudvikling og mere viden.

Hensigten med anbefalingerne er at tegne et perspektiv for de næste 10 års udvikling på området. Nogle anbefalinger vil kunne implementeres umiddelbart, mens andet vil skulle udvikles og sættes i værk i løbet af de kommende år.

Kapitel 4 beskriver Danske Regioners forslag vedr. den akutte sundhedsindsats. Det omfatter initiativer, som regionerne vil igangsætte for at udvikle den akutte indsats. Indsatserne skal desuden sikre, at ressourcerne anvendes endnu mere effektivt i den akutte indsats, så alle får den rette hjælp første gang, uanset om indsatsen er forankret på akutsygehuset, i den kommunale sygepleje eller i almen praksis.

Kapitel 5 giver en status for de akutte funktioner i Region Syddanmark i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 og 2020. Det konkluderes, at Region Syddanmark har tilrettelagt det somatiske akutberedskab i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007. De sidste elementer i forhold til akutstrukturen falder på plads, når Nyt OUH står færdigt i Odense. Hermed bortfalder Svendborg Sygehus' status som akutsygehus.

Kapitel 6 indeholder 15 indsatser til en styrket sundhedsfaglig visitation, og til et tættere samarbejde på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Det omfatter etablering af akutte visitationsenheder på akutsygehusene, bedre mulighed for at identificere den psykisk syge patient via screeningsværktøj, tættere virtuel kommunikation mellem somatisk og psykiatrisk akutmodtagelse, større indsats for at forebygge akutte indlæggelser, bedre overblik over tilbud til den akutte patient/borger på tværs af sektorer, fælles værktøj til at beskrive patientens tilstand, tættere virtuel kommunikation mellem akutafdeling og kommunale akutfunktioner, mulighed for tættere sundhedsfaglig indsats via rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale, afdækning af erfaringer med fremskudte funktioner og lokalefællesskaber, standardiseret kommunikation om patienter, der er korttidsindlagt, udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb, tværsektoriel adgang til relevant ledelsesinformation, afdækning og udvikling af muligheder for at dele data om den akutte patient på tværs af sektorer, samt udvikling af tværsektorielle modeller til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser.

Kapitel 7 indeholder 13 indsatser til udvikling af lægevagten og samarbejdet med sygehusene. Det omfatter samarbejde mellem AMK-vagtcentralen og lægevagten for at støtte den borgerrettede visitation, øget brug af videoopkald ved 1-1-2 alarmopkald, inddragelse af paramedicinere i indsatsen for at forebygge akutte indlæggelser, udbygning af brobyggerordning mellem lægevagten og akutmodtagelser, forsøg med observation af patienter i lægevagten, forsøg med integration af lægevagtskonsultation og akutfunktioner på sygehuse, øget brug af specialistrådgivning fra sygehusafdeling til almen praksis, mulighed for direkte booking af sub-akutte tider i ambulatorier, tættere samarbejde mellem lægevagt og kommunal sygepleje, modernisering af lægevagtskonsultationerne, tættere samarbejde mellem lægevagt og akutsygehuse om brug af diagnostisk udstyr, samt brug af videokonsultationer i lægevagten.

Kapitel 8 indeholder 4 indsatser til udvikling af det akutte hjerteforløb. Det omfatter fælles mål og ensartet monitorering af de akutte og subakutte kardiologiske tilbud på akutsygehusene til hjertepatienter, investering i mobile EKG-apparater til lægevagtskonsultationer med henblik på direkte opkobling til hjerteafdelingerne, eventuel tidlig troponin-måling i det præhospitale forløb med henblik på hurtigere diagnostik, samt styrkede kompetencer og relationer mellem almen praksis og hjerteafdelingerne.

Kapitel 9 giver et overblik over implementering af indsatserne samt et overslag over de budgetmæssige konsekvenser herved for Region Syddanmark. Den endelige implementering skal for en række indsatser aftales med kommuner og almen praksis. Overslag over de budgetmæssige konsekvenser indgår i budgetproces 2022 for Region Syddanmark.

1. Indledning

Regionsrådet besluttede i forbindelse med budgetforlig for 2020, at der skulle udarbejdes en akutplan for Region Syddanmark. Med akutplanen omsættes Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger til den akutte sundhedsindsats fra 2020 til regionale tiltag. Herudover bygger akutplanen på forslag, der indgik i Danske Regioners udspil fra 2018: *Når du har brug for os – 24 nye indsatser når du bliver akut syg eller kommer til skade*.

Det fremgik af budgetforliget, at den regionale akutplan skulle undersøge potentialet for øget sammenhæng på tværs af og mellem sektorer med henblik på, at borgere med akut opstået sygdom eller skade får rette tilbud, uanset om det er hjælp til egenomsorg, hjælp fra kommunal akutfunktion, besøg hos eller af egen læge eller vagtlæge, akut ambulans besøg på sygehus eller indlæggelser. Herudover skulle erfaringer fra Region Midtjylland vedrørende indlæggelse af hjertepatienter via et "fast track" indgå.

Direktionen nedsatte i december 2019 en styregruppe for arbejdet med en ny akutplan for Region Syddanmark. Kommissorium for arbejdet blev forelagt de relevante politiske udvalg i januar 2020. Direktionen godkendte på møde 25. maj 2020 som følge af COVID19 en revideret tids- og procesplan. Tidsplanen blev efterfølgende justeret, blandt andet i forbindelse med, at de nationale anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen var forsinket. Kommissorium og sammensætning af styregruppen fremgår af bilag 1.

Arbejdet med en ny akutplan blev tilrettelagt i fire overordnede spor med hver sin arbejdsgruppe:

- Koordinering af visitationen af den akutte patient på tværs af sektorer
- Lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene
- Det akutte patientforløb for psykisk syge og psykisk sårbare patienter
- Forløb for akutte hjertepatienter.

I grundlaget for arbejdet blev der lagt op til efterfølgende at se på, hvilke konsekvenser eventuelle ændringer ville få for det præhospitale område. Der er ikke taget stilling til et eventuelt yderligere spor rettet mod det præhospitale område.

Sundhedsstyrelsens endelige anbefalinger for den akutte sundhedsindsats blev offentliggjort 9. oktober 2020. Arbejdsgruppernes forslag er derfor overvejende baseret på anbefalinger i den version, som Sundhedsstyrelsen sendte i høring i november 2019.

Formålet med en ny akutplan

Region Syddanmark har et velfungerende akut beredskab, der kan hjælpe borgerne med somatiske såvel som psykiske lidelser. Med regionens akutplan fra 2007, *Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark*, som grundlag, blev der etableret 5 somatiske akutsygehuse med fælles akutmodtagelse samt et mere udbygget præhospitale beredskab indeholdende lægebiler og akutbiler. Med Psykiatriplanen fra 2019 har regionen ligeledes igangsat en række indsatser på det psykiatriske område, der skal bidrage til øget lighed i sundhed, mere sammenhæng, bedre behandling, en tilstrækkelig kapacitet samt medarbejdere med de nødvendige kompetencer.

Grundlaget er derfor på plads til nu at søge at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen i Region Syddanmark. Borgere, der henvender sig med behov for akut hjælp fra sundhedsvæsenet, skal opleve en mere sammenhængende koordinering og visitation, en smidig overgang til behandling, og endelig en gnidningsfri udskrivning til eventuel videre opfølgning. Det skal ske ved et tættere samarbejde i den borgerrettede visitation, ved en mere sammenhængende sundhedsprofessionel visitation og ved flere og bedre indsatser på tværs af sektorer og tilbud.

Det overordnede sigte i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den akutte indsats er at få skabt rammerne for et mere integreret samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i alle dele af den akutte indsats. Anbefalingerne fra 2020 har således særligt fokus på indsatser, der går på tværs af organisatoriske enheder og på tværs af fagligheder. Der stilles dermed højere krav til samarbejde, viden, kompetencer og tilgængelighed.

Forslagene i denne akutplan flugter med Region Syddanmarks pejlemærker, herunder at Region Syddanmark prioriterer udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i samarbejde med praksis og kommuner. Det skal ske med udgangspunkt i at skabe helhed og værdi i indsatsen over for patienterne, samt ved at lette patientens vej igennem sundhedsvæsenet. Herudover flugter akutplanen med pejlemærket om, at Region Syddanmark er borgernes og patienternes region, der møder patienter og pårørende ud fra sundhedsvisionens værdier og arbejder for lighed i sundhed.

Blandt de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet harmonerer akutplanen særligt med målene om bedre sammenhængende patientforløb, hurtig udredning og behandling, behandling af høj kvalitet, flere sunde leveår, forbedret overlevelse og patientsikkerhed.

Læsevejledning

Akutplanen beskæftiger sig i høj grad med borgerens møde med det akutte sundhedsvæsen, og dermed forløb, der ikke nødvendigvis fører til indlæggelse. Det er valgt overvejende at bruge ordet patient frem for borger for at signalere, at der er tale om en kontakt i sundhedsvæsenet. I tilfælde, hvor kontakten til kommunen tæller mere, er ordet borger overvejende anvendt.

De fleste akutmodtagelserne i Region Syddanmark benævnes *Fælles Akutmodtagelse*, der forkortes FAM. Akutmodtagelsen på Sygehus Lillebælt i Kolding benævnes dog *Akutfdelingen*. Det er valgt at bruge ordene akutmodtagelse, akutfdeling, fælles akutmodtagelse og FAM som synonyme. Med mindre, der fremgår andet, dækker begreberne over den somatiske akutmodtagelse. Sygehus Sønderjylland har en integreret akutmodtagelse for somatik og psykiatri, der samlet betegnes som *Fælles Akutmodtagelse* og forkortes FAM. Bortset herfra anvendes for psykiatrien betegnelsen Psykiatrisk Akutmodtagelse, der forkortes PAM. For specialsygehusene anvendes betegnelsen medicinsk modtageafsnit. Modtagelse kan også finde sted i særlige modtageafsnit, blandt andet for børn eller kardiologiske patienter.

2. Akutområdet i Region Syddanmark

Region Syddanmark har tilrettelagt det somatiske akutberedskab i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007. Dette har resulteret i betydelige anlægsmæssige investeringer og store strukturelle tilpasninger. De sidste elementer i forhold til akutstrukturen falder på plads, når Nyt OUH står færdigt i Odense. I samme forbindelse bortfalder OUH Svendborg Sygehus' status som akutsygehus.

I 2019 vedtog Region Syddanmark en psykiatriplan for 2020-2024 indeholdende 39 konkrete anbefalinger, der er under implementering. Et af de vigtigste elementer i planen er at få etableret en styrket ambulans psykiatri tæt på borgerne understøttet af specialiserede døgnfunktioner.

I forhold til særligt de ældre medicinske patienter spiller kommunerne en vigtig rolle i akutberedskabet, blandt andet med udkørende akutteams eller akutpladser. De praktiserende læger understøtter samarbejdet med den kommunale sygepleje, og kan som følge af lokalaftaler se patienten i hjemmet, og i samarbejde med den kommunale sygepleje medvirke til, at færre patienter indlægges på sygehus.

2.1 Borgernes indgange til akut sundhedsfaglig hjælp

Akutområdet er kendetegnet ved, at borgerne kan få behov for hjælp på alle tider af døgnet og i hele regionens område. Henvendelse om akut hjælp kan enten ske fra borgeren selv, af pårørende, af eventuelle forbigående, eller af eksempelvis sundhedsprofessionelle i form af kommunal sygeplejerske, personale på plejehjem eller bosted eller lignende.

Borgere i Region Syddanmark kan rette henvendelse om akut sundhedsfaglig hjælp via følgende indgange:

- Alarmcentralen 112
- Egen praktiserende læge (telefonisk eller ved fremmøde i dagtid)
- Regionens skade- og lægevagt (telefonisk henvendelse på 70 11 07 07)
- Direkte henvendelse på psykiatrisk akutmodtagelse, fødegang mv.
- Tandlægevagten
- Tandskadevagten¹
- Kiropraktorvagten²
- Center for Voldtægts ofre
- Giftlinjen (landsdækkende telefonrådgivning ved forgiftning).

Den regionale akuthjælps-app giver mulighed for digital hjælp, så man hurtigt kan finde den rette indgang og få skabt kontakt. Der pågår herudover en national udvikling af app'en MinSundhed, idet Danske Regioner har besluttet, at det på sigt skal være muligt at få kontakt til blandt andet lægevagten via MinSundhed.

¹ Hvis man har behov for akut tandlægehjælp uden for egen læges åbningstid, er det muligt at kontakte tandlægevagten telefonisk og aftale nødbehandling, som ikke kan vente til egen tandlæge åbner. Ved større tandskader kontaktes tandskadevagten.

² Hvis man har behov for kiropraktorhjælp i weekender eller på helligdage, kan man ringe til kiropraktorvagten.

Langt de fleste borgere, der kommer akut ind på sygehus, er henvist via egen læge, lægevagt eller 112-alarmcentral. Nogle borgere kommer dog direkte til sygehus uden om visitationen. Det gælder eksempelvis fødende kvinder eller visse psykiatriske patienter, der selv henvender sig på psykiatrisk akutmodtagelse. Herudover kan der være henvendelser fra patienter med en åben indlæggelse, hvis man allerede er i et behandlingsforløb.

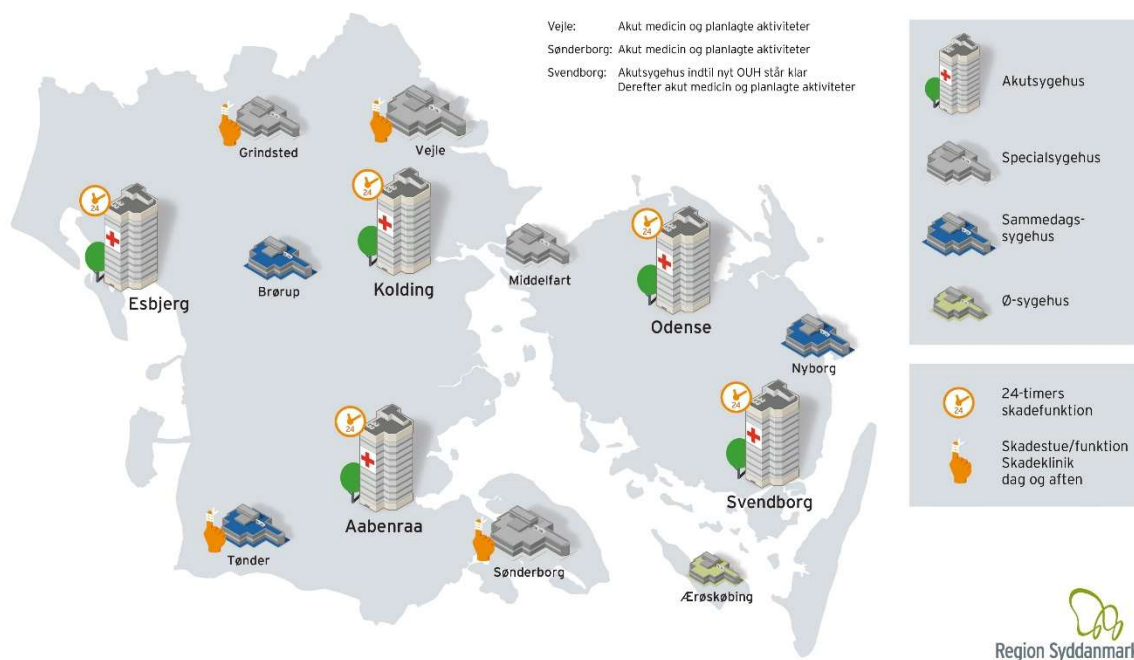
I øvrigt kan borgere eller pårørende rette henvendelse til den kommunale visitation til kommunal sygepleje i deres egen kommune, herunder akutfunktion, kommunale psykosociale akuttilbud mv.

2.2 Akutsygehuse i Region Syddanmark

Somatik

Kort 1 viser en oversigt over somatiske sygehuse i Region Syddanmark, herunder akutsygehusene.

Kort 1. Somatiske sygehuse i Region Syddanmark



Det fremgår af kortet, at:

- Der er akutmodtagelser i Odense, Svendborg, Kolding, Aabenraa og Esbjerg.
- Der er skadestuefunktioner/skadeklinikker i hhv. Vejle, Sønderborg, Grindsted og Tønder.
- Der er specialsygehuse i hhv. Vejle og Sønderborg, som modtager visiterede akutte medicinske patienter.

- Der er et ø-sygehus på Ærø.

Ved størstedelen af de fysiske fremmøder på sygehusene modtages patienterne i sygehusenes fælles akutmodtagelser (FAM). Afhængigt af sygehusenes konkrete organisering af samarbejdet mellem FAM og specialafdelingerne kan enkelte patientgrupper blive modtaget direkte på specialafdeling. Det drejer sig typisk om børn, hjertepatienter og fødende kvinder, men også visse kræftpatienter eller dialysepatienter, som i forvejen har et forløb på sygehuset.

Psykatri

Kort 2 viser en oversigt over FAM og PAM (psykiatriske akutmodtagelser) i Region Syddanmark.

Kort 2. Oversigt over FAM og PAM i Region Syddanmark



Der er PAM'er i Aabenraa, Odense, Esbjerg og Vejle. I Aabenraa er den psykiatriske akutmodtagelse integreret med den somatiske akutmodtagelse og benævnes derved FAM. På OUH ligger den psykiatriske og somatiske akutmodtagelse adskilt, men dog på samme matrikel. For nyt OUH bliver PAM og FAM integreret. I Esbjerg og Vejle/Kolding er de somatiske og psykiatriske akutmodtagelser placeret på hver deres matrikel. De psykiatriske afdelinger i Svendborg og Middelfart har ikke etableret akutmodtagelser i form af selvstændige enheder, men har døgnafsnit og modtager lægeligt visiterede patienter akut. Akut modtagelse af børn og unge sker som udgangspunkt i PAM Esbjerg og PAM Odense.

I 2019 blev der etableret en døgn-dækket akut psykiatrisk udrykningstjeneste i Region Syddanmark til voksne over 20 år. En psykiatrisk sygeplejerske rådgiver og vejleder politi, praktiserende læger og vagtlæger telefonisk ved akutte tilspidsede situationer eller kører ud for at bistå i den akutte situation. Fokus er blandt andet på at de-eskalere i tilspidsede situationer, og at reducere antallet af tvangsindlæggelser. Tilbuddet er fortsat under justering og udvikling.

I 2019 blev der ligeledes etableret en mobil psykiatrisk skadestuefunktion til voksne over 20 år med udgangspunkt i de 4 psykiatriske akutmodtagelser i Odense, Vejle, Esbjerg og Aabenraa. Funktionen

aktiveres via akutmodtagelsen og varetager udover udgående indsats også opfølgning efter indlæggelse for udvalgte patienter. Patienten tilbydes kontakt indenfor 24 timer.

Børne- og ungdomspsykiatrien i hhv. Odense og Sydjylland³ har et mobilteam til børn og unge. Med tilbuddet har børn og unge mulighed for at få besøg på et bosted eller i eget hjem, med henblik på, at de unge følger og opsøger den behandling, de har brug for. Samtidig understøttes medarbejderne på botilbuddet i deres forebyggende og støttende arbejde.

Der er desuden igangsat uddannelse af ambulancebehandlere i forhold vedrørende psykisk sygdom og deeskalerende teknikker. Det sker på baggrund af midler afsat i budgetaftalen for 2019 for Region Syddanmark.

I den videre udvikling af psykiatriens udgående akut-ambulante tilbud arbejdes der blandt andet med, at disse tilbud, i tråd med akutplanens intentioner, kan stå til rådighed for samarbejdspartnere på de somatiske sygehuse.

2.3 Lægevagten

Uden for almindelig åbningstid hos egen læge kan man ringe til lægevagten for vurdering af sygdom eller mindre skader, der ikke er livstruende eller tidskritiske. Lægevagten er bemannet med speciallæger i almen medicin. I de tilfælde, hvor lægevagten vurderer, at fremmøde er påkrævet, er der mulighed for at blive tilset af en vagtlæge i én af regionens 21 lægevagtskonsultationer, der er geografisk fordelt i regionen. Der er blandt andet placeret lægevagtskonsultationer ved de somatiske akutmodtagelser.

Lægevagten har mulighed for at visitere patienten til akutfunktion på sygehus, ligesom der er samarbejde med de kommunale akutfunktioner.

2.4 Kommunale akutfunktioner

Kommunernes akutfunktioner er organiseret forskelligt i kommunerne. Der kan særligt peges på to varianter, akutteams og akutpladser. I akutteams foregår den sygeplejefaglige indsats i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig, mens akutpladser medfører midlertidigt ophold på en kommunal institution.

Næsten alle syddanske kommuner har døgndækkende udkørende akutteams med særlige sygeplejekompetencer. Henvielse til kommunal visitation til kommunale akutpladser sker langt overvejende fra hjemmeplejen eller praktiserende læge. Herudover henvises fra sygehuse, lægevagt, borgere eller pårørende eller fra socialpsykiatriske botilbud. Omtrent halvdelen henvises i vagttid.

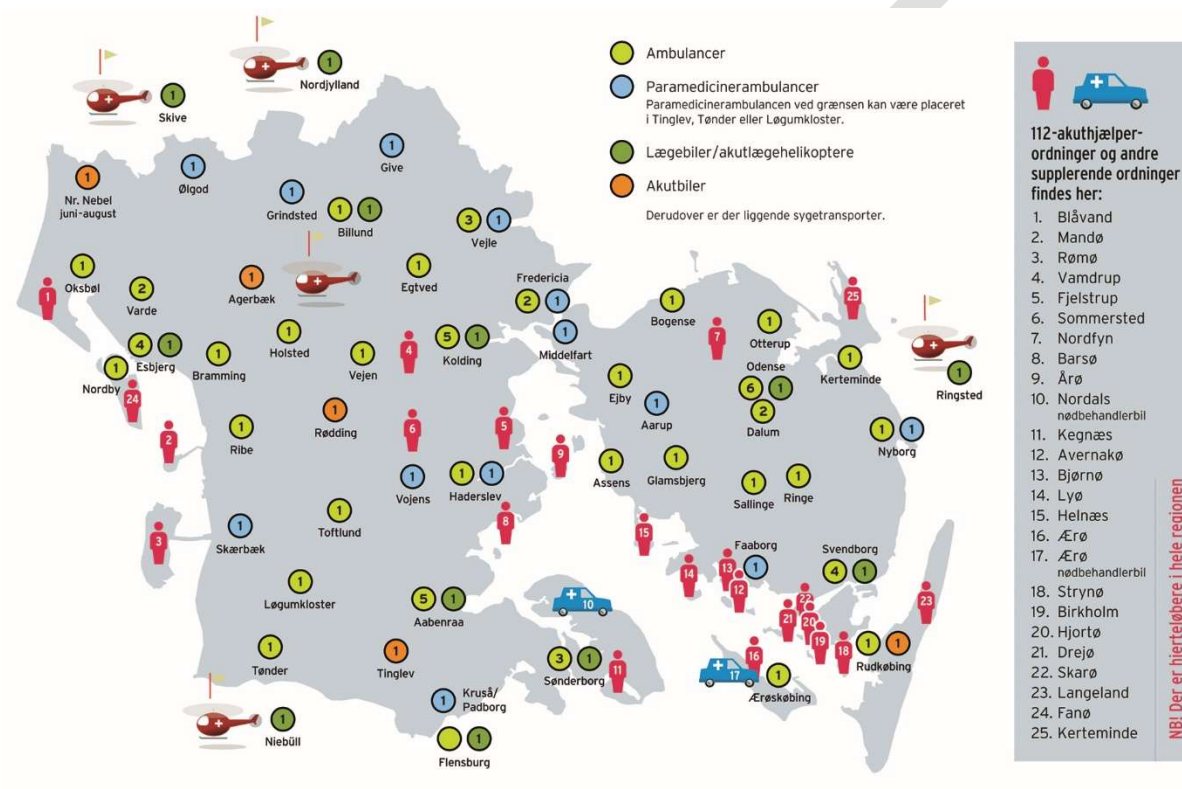
15 af de 22 syddanske kommuner har etableret akuttillbud til borgere med psykiske lidelser. Der er typisk faste åbningstider for telefonhenvendelser. De fleste akuttillbud har mulighed for overnatning. Det har ikke været muligt at opstille data for aktiviteten i de kommunale akutfunktioner.

³ Børne- og ungdomspsykiatri Sydjylland er lokaliseret i Esbjerg, Aabenraa og Vejle.

2.5 Præhospitalt beredskab

Kort 3 viser de udkørende præhospitale enheder, akutlægehelikoptere samt akuthjælperordninger i Region Syddanmark.

Kort 3. Udkørende præhospitale enheder, akutlægehelikoptere samt akuthjælperordninger



Det præhospitale beredskab dækker dels over ambulancetjeneste med henblik på indledende behandling og transport til en akutmodtagelse, og dels over et udkørende beredskab, der kan bistå på stedet og vurdere, stabilisere, lindre og eventuelt afslutte behandlingen. Hvis det vurderes relevant, kan der ydes præhospital assistance i form af:

- Ambulancetransport
- Akutlægebil
- Akutbil
- Akuthelikopter
- Akuthjælper/hjerteløbere.

Akutlægebiler er bemandede med speciallæge med erfaring i præhospital indsats samt med en ambulancebehandler (paramediciner eller lægeassistent) og medbringer medicin, behandlings- og kommunikationsudstyr mv. Akutlægebilerne muliggør en tidlig lægelig behandling på stedet og kan

forberede den behandling, der eventuelt skal finde sted i akutmodtagelsen. Der findes akutlægebiler i Sønderborg, Svendborg, Odense, Aabenraa, Esbjerg og Kolding.

Akutbiler er udrykningskøretøjer bemandet med bl.a. en paramediciner. Akutbilerne bidrager til at sikre en tidlig indsats i områder med længere afstand til en akutmodtagelse. Der findes akutbiler i Rudkøbing, Agerbæk, Rødding, Nørre Nebel og Tinglev. Akutbilen i Nr. Nebel kører kun i sommermånederne.

Akutlægehelikoptere er bemandet med en speciallæge med erfaring i præhospital indsats, samt med pilot og paramediciner. Der medbringes medicin, behandlings- og kommunikationsudstyr mv. Region Syddanmark er med i det fællesregionale helikopterberedskab med baser i Skive, Billund, Ringsted og Aalborg. Region Syddanmark kan desuden benytte en akutlægehelikopter, der er placeret i Niebüll. Herudover er der mulighed for at bestille transporter med Søværnets redningshelikoptere.

I områder hvor det tager forholdsvis lang tid for ambulancen af komme frem, er der lavet ordninger med akuthjælpere, der kan give førstehjælp. På Nordals er der en nødbehandlerbil. Af kort 3 fremgår det, hvor der er akuthjælperordninger.

I maj 2020 overgik Region Syddanmark og Region Sjælland til Hjerteløberne, så der nu er en landsdækkende ordning med ud kald af frivillige til hjertestop via en app på mobiltelefonen. Hjerteløberne drives af TrykFonden i samarbejde med regionerne. Før 1. maj 2020 blev frivillige til hjertestop i Region Syddanmark kaldt ud via "Danmark Redder Liv".

2.6 Aktivitet i akutfunktioner

I løbet af et år er der cirka 125.000 ambulancekørsler i Region Syddanmark. I 2019 blev ca. 68.000 heraf bestilt via alarmcentralen 1-1-2. 17.700 blev bestilt i vagttid via lægevagt, mens ca. 20.000 kørsler blev bestilt af praktiserende læge i dagtid. Yderligere ca. 20.000 kørsler blev bestilt af sygehus, plejehjem mv.

Tabel 1 viser den præhospitale aktivitet i perioden 1. marts 2019 til 29. februar 2020.

Tabel 1. Præhospital aktivitet i perioden marts 2019 – februar 2020⁴

Ambulancer	124.643
Akutlægebiler	8.149
Akutbiler	1.548
Akutlægehelikoptere ⁵	622

I perioden marts 2019 - februar 2020 rykkede akuthjælperne ud ca. 2.500 gange, mens hjerteløberne rykkede ud 1.170 gange.

De akutte funktioner på sygehusene (akutmodtagelser, skadestuefunktioner og skadeklinikker) har årligt ca. 290.000 akutte fremmøder, hvoraf det psykiatriske område udgør ca. 15.000 fremmøder. Fremmøderne fordeler sig meget jævnt med halvdelen i henholdsvis dagtid og vagttid.

⁴ Data er trukket i perioden marts 2019 - februar 2020 for at undgå påvirkning som følge af forudgående omlægning til LPR3 samt efterfølgende COVID-19-epidemi.

⁵ Antal flyvninger i Region Syddanmark med både akutlægehelikopteren i Niebøll og det fællesregionale helikopterberedskab. Antallet viser både de tilfælde, hvor patienten flyves fra skadestedet og de tilfælde, hvor helikopterne er fremme hos patienten, men ikke flyver patienten derfra. I tilfælde, hvor patienten ikke flyves derfra, køres patienterne ofte fra skadestedet i ambulance eller eventuelt erklæres døde på stedet.

Ift. lægevagten var der i 2019 ca. 700.000 opkald til lægevagten. For de 350.000 opkald, svarende til halvdelen, vurderede lægevagten, at borgeren kunne afsluttes i telefonen og dermed tage vare på sig selv. 230.000 opkald førte til en konsultation i lægevagten, mens 50.000 opkald medførte et hjemmebesøg fra lægevagten. De øvrige 70.000 opkald førte til visitation til akutmodtagelse eller skadestuefunktion.

Tabel 2 viser aktiviteten i den akutte psykiatriske udrykningstjeneste, i den mobile psykiatriske skadestue og i mobilteamet til børn og unge. Det bemærkes, at den akutte psykiatriske udrykningstjeneste er i en opstartsfasen, og at aktiviteten over tid forventes at ligge på et højere niveau.

Tabel 2. Kontakter i den akutte psykiatriske udrykningstjeneste, den mobile psykiatriske skadestue til voksne og mobilteamet til børn og unge

Den akutte psykiatriske udrykningstjeneste (fra etablering i september 2019 – februar 2020)	69
Den mobile skadestue til voksne (fra marts 2019 – februar 2020)	3.803
Mobilteamet til børn og unge (fra marts 2019 – februar 2020) ⁶	341

Ud af 69 kontakter er den akutte psykiatriske udrykningstjeneste fra etableringen i september 2019 til februar 2020 rykket ud 45 gange. Det har ikke været muligt at opgøre, hvor mange gange henholdsvis den mobile skadestue til voksne og mobilteamet til børn og unge er rykket ud.

⁶ Tallet omfatter kun Odense. Det har ikke været muligt at opgøre antal fra børne- og ungdomspsykiatrien i Syddanmark.

3. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte sundhedsindsats

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats fra 2020 har et tværfagligt og tværsektorielt sigte, idet anbefalingerne peger på indsatser, der går på tværs af hele patientforløbet i både det primære sundhedsvæsen, de præhospitale indsatser og det regionale sygehusvæsens ambulante og stationære tilbud. Anbefalingerne omfatter både somatik og psykiatri.

Fokus er på bedre sammenhæng, samarbejde og kvalitet i den akutte indsats. Det skal ske ved at sikre kompetencer, bedre tilgængelighed, bedre sammenhæng, bedre samarbejde, mere gnidningsfri udveksling af data, fælles kvalitetsudvikling og mere viden.

Hensigten med anbefalingerne er at tegne et perspektiv for de næste 10 års udvikling på området. Nogle anbefalinger vil kunne implementeres umiddelbart, mens andet vil skulle udvikles og sættes i værk i løbet af de kommende år.

Sundhedsstyrelsens 33 anbefalinger til den fremtidige akutte indsats er samlet i fire temaer, der omhandler sammenhængende og enstrenget visitation, kvalitet og sammenhæng på tværs, vidensdeling samt forskning og kvalitetsudvikling. De 33 anbefalinger fremgår af bilag 2.

Anbefalingerne bygger videre på anbefalinger fra 2007 og 2009 vedrørende den akutte sundhedsindsats for forløb i henholdsvis somatik og psykiatri. Disse anbefalinger har ført til grundlæggende ændringer i struktur og opgavevaretagelse for den akutte indsats i sundhedsvæsenet.

Sammenhængende og enstrenget visitation

Anbefalinger vedrørende sammenhængende og enstrenget visitation retter sig blandt andet mod, at man som borger i dag kan bede om akut hjælp flere forskellige steder i sundhedsvæsenet, og at det ikke nødvendigvis er gennemskueligt og entydigt for borgerne, hvor man skal henvende sig. Det kan bidrage til usikkerhed hos borgeren, når man i den akutte situation skal tage kontakt for at få hjælp.

Visitation af borgere med akut opstået eller forværret psykisk sygdom skal styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og så patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer mv.

Anbefalingerne lægger vægt på at få styrket samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation på tværs af udbydere og sektorer, således at borgeren får det rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser, uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis, lægebesøg i hjemmet, fremmøde i regional akut- eller skadeklinik, sub-akut ambulante tid på sygehus eller indlæggelse.

Kvalitet og sammenhæng på tværs

Anbefalinger vedrørende kvalitet og sammenhæng på tværs retter sig blandt andet mod at sikre, at den akutte sundhedsindsats ses i en helhed på tværs af sektorer, tilbud og fagpersoner. Det skal være entydigt, hvilke sundhedsindsatser man kan forvente som akut patient, og indsatserne skal være af høj kvalitet.

Med en højere grad af specialisering i sundhedsvæsenet opleves mere komplekse og opsplittede forløb, hvilket stiller krav til rammer og samarbejdsformer for at sikre sammenhæng i patientforløb. Den demografiske udvikling og flere patienter med flere samtidige sygdomme bidrager til et stigende

pres for sundhedsydelse. Større, men færre akutsygehuse, stiller krav til tidlig præhospital indsats, samtidig med, at færre sengepladser stiller krav til alle parter i patientforløbet.

Manglende sammenhæng i indsatser udfordrer kvaliteten i indsatsen, herunder for patienter med psykisk sygdom. Sundhedsindsatser på tværs af sektorer stiller krav til gensidig viden om kompetencer, indsatser og organisering for at sikre de rette indsatser og et rettidigt samspil.

Der er i dag på tværs af regionerne en betydelig variation i tilbud, rammer, terminologi, kompetencer mv., når det kommer til akutte sundhedstilbud uden for akutsygehuse. Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen peger på, at der bør tilstræbes en større ensartethed og robusthed, så borgere og øvrige aktører kan have klare forventninger til indsatsen. Det bør ske via en ensartet organisering og med mere ensartede kompetencer og mere ensartet bestyknings. Det anbefales at tilrettelægge indsatsen i lægevagtskonsultationer i tæt samarbejde med akutsygehuse og samlokalisering med akutmodtagelser, hvorved det er muligt at dele udstyr, kompetencer og ressourcer, samt at sikre hurtig og let videre visitation. Herudover lægges op til at udvikle og afprøve modeller med fælles data- og kvalitetsorganisation, enstrengt ledelse mv. Lægevagtskonsultationer, der placeres i afstand til akutmodtagelser, bør have faste samarbejdsaftaler med akutsygehus, så der sikres hurtig overflytning ved behov for indlæggelse til sygehusbehandling.

Det anbefales, at samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og lægevagten styrkes og udvikles, herunder med mulighed for at indgå nærmere aftaler om samarbejde i relation til eksempelvis sygebesøg. Anbefalingerne lægger op til, at der på tværs af landet sikres fortsat udvikling af den kommunale sygepleje i forhold til at indgå i samarbejdet omkring den akutte patients forløb, og herunder en opdatering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017. Et element heri kan være etablering af bindende krav, således at alle kommuner skal kunne tilbyde indsatser i kommunale akutfunktioner. Udover at det sundhedsfaglige tilbud i de kommunale akutfunktioner på sigt også bør kunne omfatte andre problemstillinger end de rent somatiske, og at psykosocialt samarbejde og lægefaglig rådgivning skal styrkes, lægges der op til at se på, hvordan den samlede kommunale sygepleje kan rustes i varetagelsen af den komplekse sygepleje for dermed at give kommunerne bedre muligheder for at agere i den akutte sundhedsindsats.

Anbefalinger vedrørende vidensdeling

Sundhedsstyrelsens anbefalinger lægger vægt på, at det er en forudsætning for visitation, diagnosticering og behandling af høj kvalitet, at nødvendig og relevant viden om den enkelte patient er tilgængelig for sundhedspersonalet. Det anbefales derfor fortsat at udvikle administrative, tekniske og organisatoriske forhold, således at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats umiddelbart kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger på tværs af sektorer, blandt andet med inspiration fra gode erfaringer med Fælles Medicin Kort (FMK) og Et Samlet Patientoverblik.

Det anbefales herudover, at der sikres større sammenhæng mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, så væsentlige informationer udveksles, herunder også elektronisk billeddokumentation.

Anbefalinger vedrørende forskning og udvikling

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende forskning og udvikling retter sig blandt andet mod, at anvendelsen og kvaliteten af data skal styrkes på tværs af sektorer, herunder også kommuner og almen praksis.

Der lægges desuden op til at udvikle og styrke kvalitetsdatabaser for at sikre en national kvalitetsudvikling i det sammenhængende patientforløb.

4. Danske Regioners udspil *Når du har brug for os*

Danske Regioner udgav i 2018 "*Når du har brug for os – 24 nye indsatser når du bliver akut syg eller kommer til skade*". Udspillet beskriver initiativer, som regionerne vil igangsætte for at udvikle den akutte indsats, og herunder styrke sammenhængen for borgerne. De skal desuden sikre, at ressourcerne anvendes endnu mere effektivt i den akutte indsats, så alle får den rette hjælp første gang, uanset om indsatsen er forankret på akutsygehuset, i den kommunale sygepleje eller i almen praksis.

Danske Regioners forslag til indsatser på akutområdet indeholder initiativer, som regionerne vil igangsætte for at udvikle den akutte sundhedsindsats. De 10 indsatsområder ligger i store træk på linje med de ambitioner, som Sundhedsstyrelsens anbefalinger er udtryk for.

Med indsatsområderne ønsker regionerne blandt at arbejde for én indgang til det akutte sundhedsvæsen samt at give borgere bedre tilgængelighed til akuthjælp via app'en Min Sundhed. Denne app skal også kunne muliggøre videokonsultationer.

Ved at gøre akutsygehusene mere tilgængelige for den kommunale sygepleje foreslås det, at akutte indlæggelser kan forkortes, så behandlingen fortsætter i hjemmet. Ligeledes skal muligheder for en styrket forebyggende indsats i eget hjem i samarbejde med kommunerne medvirke til, at akutte indlæggelser så vidt muligt forebygges. Det skal blandt ske ved at udbygge de rådgivende specialistfunktioner, der kan understøtte det kommunale personale i borgerens hjem.

På linje med anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen ønsker Danske Regioner at tage bedre hånd om patienter med både psykisk og fysisk sygdom. Det skal blandt andet ske ved at patienter med psykiske lidelser mødes med de rette kompetencer, også når de møder op i den somatiske akutmodtagelse.

Regionerne ønsker, at alle borgere har hurtig adgang til den rette sundhedsfaglige behandling. Det skal blandt ske ved at løfte kompetencerne i det præhospitale område og ved at forbedre kommunikation og viden om patienten på tværs af ambulance og akutsygehus. Herved kan behandlingen sættes i gang så tidligt som muligt, og videreføres mere gnidningsfrit ved ankomst til sygehuset.

For at give hurtigere hjælp til borgere med hjertestop, skal den frivillige indsats styrkes med flere førstehjælpere til hjertestop.

Endelig ønsker regionerne at sikre bedre adgang til relevante oplysninger om patienten i den akutte situation, så patientsikkerheden øges. Det skal suppleres af mere valide og sammenlignelige data i kvalitetsdatabaserne for akutte patientforløb.

5. Status for Region Syddanmark

Region Syddanmark har et godt udgangspunkt for at arbejde videre med anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og forslag fra Danske Regioner. Det vurderes, at anbefalinger, der har betydning for strukturen på akutområdet, er opfyldt eller på vej til at blive opfyldt i Region Syddanmark, og at anbefalingerne dermed ikke giver anledning til nye strukturelle ændringer i Region Syddanmark.

Det løber som en rød tråd gennem anbefalingerne, at patienten skal ledes ind ad den rette indgang og møde de rette sundhedsfaglige kompetencer. Som en forudsætning herfor skal modtagelse være visiteret, så patienten ledes til rette behandling. Region Syddanmark har visiteret adgang for patienter til de akutte somatiske sygehusydelse, mens der foreløbigt er opretholdt en mulighed for adgang til psykiatrisk akutmodtagelse uden visitation.

Det gælder, at akutte patienter som udgangspunkt skal modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehuset. Region Syddanmarks akutmodtagelser er organiseret i henhold til de tidligere anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Hovedreglen er, at patienten umiddelbart tilses af en erfaren speciallæge eller et team, og at der er adgang til den fornødne diagnostiske kapacitet. Som udgangspunkt vil et akut patientforløb starte i den fælles akutmodtagelse, og ofte vil forløbet også kunne afsluttes her, eventuelt via en kortvarig indlæggelse i akutmodtagelsens sengeafsnit. Visiterede akutte patienter modtages tillige i de medicinske modtagelser i Vejle og Sønderborg.

Som supplement til centraliseringen af de specialiserede kompetencer på færre akutsygehuse, er lokale tilbud til behandling af mindre skader etableret i form af skadeklinikker bemandet med sygeplejersker. Ligeledes blev lægebemandet skadestuefunktion visse steder delvist opretholdt, dog med indskrænket åbningstid. Et udbygget præhospitalt beredskab med akutlægebiler og akutbiler kan hurtigt sætte ind med enten behandling eller stabilisering inden det videre forløb i sygehusregi.

Der blev i 2019 etableret en akut psykiatrisk udrykningstjeneste i Region Syddanmark, hvor politi og vagtlæge kan rekvirere rådgivningsbistand fra psykiatrisk sygeplejerske i forbindelse med tvangsindlæggelser med det formål at forebygge dette. Udrykningstjenesten er tilgængelig døgnet rundt. Der er desuden etableret mobil psykiatrisk skadestuefunktion med udgangspunkt i de 4 psykiatriske akutmodtagelser i Odense, Vejle, Esbjerg og Aabenraa. Funktionen aktiveres via akutmodtagelsen og varetager udover udgående indsats også opfølgning efter indlæggelse for udvalgte patienter.

Med ovenstående strukturelle tilpasninger har Region Syddanmark tilrettelagt det somatiske akutberedskab i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007. De sidste elementer i forhold til akutstrukturen falder på plads, når Nyt OUH står færdigt i Odense. Hermed bortfalder Svendborg Sygehus' status som akutsygehus.

Mange ældre medicinske patienter og mennesker med kroniske sygdomme er kendetegnet ved at have et forløb både i kommunen og på sygehus, hvor de modtager indsatser. Disse patienter er i særlig risiko for akutte indlæggelser og genindlæggelser. Efter udskrivning fra sygehus, vil der ofte være et behov for en sygeplejefaglig indsats, hvilket stiller krav til samarbejde og aftaler, og til god kommunikation begge veje. Da kommunerne ofte modtager patienter både fra almen praksis, lægevagt og sygehus, er der behov for klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten. Aftaler om udskrivningsforløb indgår derfor som et vigtigt element i sundhedsaftalen mellem Region Syddanmark, kommunerne og de alment praktiserende læger, og er omfattet af SAM:BO-aftalen. Region Syddanmark har ligeledes indgået flere lokalaftaler med de praktiserende læger vedr. forebyggelse af akutte indlæggelser eller u hensigtsmæssige genindlæggelser, opfølgning og koordination efter indlæggelse samt indsats for patienter med uheldelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Disse aftaler understøtter

alternativer til akutte (gen)indlæggelser og bidrager dermed til, at patienterne i rette tid kan få det rette tilbud.

Bilag 3 gennemgår Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til status i Region Syddanmark og i forhold til forslag indeholdt i denne akutplan.

UDKAST

6. En styrket visitation

Når en borger henvender sig til egen læge, vagtlæge eller ringer 112 med akut opstået sygdom eller skade, består opgaven i at få patienten hjulpet hen til et relevant sundhedstilbud – at finde rette hjælp til rette tid. Med etableringen af fælles akutmodtagelser er muligheden for egen læge eller vagtlæge til at få patienten vurderet af speciallæger døgnet rundt, blevet forbedret. Det er således lettere at få en hurtig specialtvurdering af patienten på sygehuset.

For en række patienter kan det imidlertid være en udfordring for det sundhedsfaglige personale at vurdere patientens behov og dermed visitere til det tilbud, der bedst hjælper patienten. Det kan for eksempel være den ældre medicinske patient, der har fået det dårligt, men ikke nødvendigvis vil være hjulpet af en indlæggelse. Det kan også være patienten, der har en psykisk lidelse, og måske har brug for både somatisk og psykiatrisk bistand.

Patienter, der møder frem i lægevagten, vil blive mødt af en vagtlæge, der ikke kender patienten i forvejen, og som ikke altid har mulighed for at sætte sig ind i alle tilbud i patientens område. Det kan føre til en sygehusindlæggelse i mangel af kendskab til alternativer.

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger ønsker Region Syddanmark at styrke samarbejdsformer i den sundhedsfaglige visitation og styrke selve visitationen af borgere med akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Dermed skal der sikres sammenhæng i tilbuddene, sådan at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser.

6.1 Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (indsats 1)

For at styrke mulighederne for at lave en samlet koordinering af borgeren/patienten og de forskellige tilbud, der findes på tværs af sektorer og specialer, etableres akutte visitationsenheder fysisk beliggende på hvert af de fire akutsygehuse i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense dækkende hver sit geografiske område.

De akutte visitationsenheder skal bistå den sundhedsprofessionelle visitation på tværs af specialer og afdelinger på sygehusene, og herunder understøtte visitation af patienter med somatiske sygdomme på tværs af specialer, afdelinger og matrikler på sygehusene. Det skal ske ved at fungere som første kontaktpunkt for indgang til somatisk sygehus, og som omdrejningspunkt for videre visitation, hvis patienten vurderes at have gavn af andet tilbud end indlæggelse i akutmodtagelsen. De akutte visitationsenheder skal netop have særligt fokus på patienter, der kan have gavn af et alternativ til indlæggelse på sygehus.

Erfarne akutsygeplejersker med omfattende klinisk erfaring og kendskab til det regionale akutområde samt kompetencer inden for det tværsektorielle samarbejde, vil bemande visitationsenhederne. Ideelt set skal akutsygeplejerskerne have erfaring både fra somatik og psykiatri, ligesom det vil være en fordel med kendskab til rammerne for almen praksis. Akutsygeplejerskerne i de akutte visitationsenheder har mulighed for lægefaglig backup.

I første omgang skal de akutte visitationsenheder være åbne i de timer på døgnet, hvor der er flest henvendelser i akutmodtagelserne om eventuel akut indlæggelse. På længere sigt er det ambitionen, at visitationsenhederne skal være tilgængelige døgnet rundt.

De akutte visitationsenheder skal sikre overblik over tilgængelige tilbud på sygehuset og i kommunerne, samt have kendskab til tilbud på psykiatrisygehuset. Det indbefatter overblik over belægningen på de enkelte sygehusafdelinger, muligheden for subakutte tider i relevante ambulatorier samt viden om behandlingstilbud i FAM og i lægevagten. Herudover omfatter det kendskab til tilbud i kommuner omkring akutsygehuset (kommuner i det lokale samordningsforum), samt en veludbygget kontakt til kommunerne, så der sikres en nem og direkte adgang til dialog. Akutsygehuse, der samarbejder med et specialsygehus om medicinske akutte patienter, skal have en særlig opmærksomhed om opretholdelse af fælles organisatorisk viden og vedligehold af forudsætninger for relationel koordinering, herunder kendskab til alle kommuner omkring akutsygehuset. Det kan indebære rotation af personale mellem akutsygehus og akutte medicinske akutafsnit på specialsygehus.

Et tilbud vil kunne bestå af en sub-akut tid i et ambulatorium, hvor der kan blive fulgt op på patienten inden for 0-2 dage. De akutte visitationsenheder skal derfor have mulighed for direkte at booke subakutte tider. Det skal også være muligt at booke subakutte tider inden for psykiatrien, dog i dialog med den regionale psykiatri.

Et kommunalt tilbud kan eksempelvis have form af en akutplads, en midlertidig plejehjemsplads, et socialpsykiatrisk tilbud eller aktivering af den kommunale sygepleje.

Med afsæt i kendskab til somatiske og psykiatriske tilbud, og herunder alternativer til indlæggelse, skal de akutte visitationsenheder kunne rådgive den ansvarlige læge og på dennes vegne påtage sig koordination af det videre forløb for patienten. Hvis aktørerne sammen vurderer, at patienten har behov for et kommunalt sundhedstilbud som alternativ til indlæggelse, aflaster sygeplejersken i den akutte visitationsenhed den praktiserende læge/vagtlæge ved at overtage opgaven med at kontakte og koordinere med det kommunale tilbud. Derudover kan de akutte visitationsenheder være behjælpelige i forhold til øvrige praktiske forhold i relation til henvisningen på vegne af lægen.

De akutte visitationsenheder har ikke myndighedsansvar i kommunerne, men enhederne skal kunne bistå med viden, rådgivning, kontakt og koordination på tværs af sektorer. Det er altid den praktiserende læge/vagtlæge, der har henvisningsretten, og det er kommunen, der foretager den endelige visitation af patienten til det konkrete kommunale tilbud i overensstemmelse med gældende ret om myndighedsansvar for visitation til kommunale sundhedstilbud.

Der forventes en gradvis udvikling i retning af et tættere samarbejde mellem de akutte visitationsenheder, almen praksis og de kommunale visitationer, således at beslutning og overgang sker så glidende som muligt. Dette samarbejde pågår allerede inden for sundhedsaftalens ramme, og dialogen herom kan med fordel finde sted i de lokale samordningsfora omkring hvert akutsygehus.

I tråd med Sundhedsstyrelsens akutanbefaling om samlokalisering kan mulighederne for samlokalisering af visitationsenheder på tværs af sektorer desuden indgå i den videre udvikling, idet fælles fysisk placering giver en mere direkte adgang til at drøfte forløb for patienter på tværs af sektorer.

Der findes i dag visse samarbejder mellem sygehuset og kommunale akuttilbud, hvorved fælles akutmodtagelser kan rådgive patienten om mulige kommunale akuttilbud. Den fælles akutmodtagelse på Sydvestjysk Sygehus har fra foråret 2020 haft lokalefællesskab med både visitator fra Esbjerg Kommune og lægevagten, ligesom Odense Kommunes akutteam har base i FAM på OUH.

For at sikre tilgængelighed og god service i de akutte visitationsenheder vil der i det videre arbejde blive arbejdet på, at der opstilles kvalitetsstandarder for serviceniveauet, ligesom der i takt med øget åbningstid løbende vil blive evalueret på organisering og opgavevaretagelse.

For patienter, der kan have brug for både akut somatisk og psykiatrisk behandling, skal visitation understøttes af tæt samarbejde mellem den akutte visitationsenhed og den psykiatriske akutmodtagelse. Organisering af samarbejde mellem somatisk og psykiatrisk akutmodtagelse vil blandt afhænge af, om de er beliggende på samme matrikel eller på adskilte matrikler.

På matrikler med fælles akutmodtagelse for somatik og psykiatri placeres den akutte visitationsenhed sammen med den psykiatriske visitation med henblik på gnidningsfrit at kunne samarbejde om visitation til både somatik og psykiatri. For adskilte matrikler tilstræbes et lignende tæt samarbejde via brug af virtuel kommunikation understøttet af en organisering, der sikrer enkel og direkte kommunikation mellem somatik og psykiatri.

6.2 Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus

Akutte medicinske patienter modtages normalt i akutmodtagelsen på et af de fem akutsygehuse i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg eller Aabenraa. Nogle medicinske patienter kan dog efter visitation modtages akut på specialsygehus i Sønderborg eller Vejle. Det kan blandt andet være patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb.

Specialsygehus, der modtager akutte patienter, har adgang til relevante lægefaglige specialer med mulighed for umiddelbar assistance fra speciallæge i anæstesiologi.

Med afsæt i placering af visse medicinske specialer på specialsygehuse i Vejle, Sønderborg og på sigt Svendborg, udarbejdes visitationsretningslinjer, lige som der er faste samarbejdsaftaler med akutsygehuse i henholdsvis Kolding, Aabenraa og Odense. Visitationsretningslinjer og samarbejdsaftaler skal muliggøre et fortsat tæt samarbejde mellem akutsygehuse og specialsygehuse, samt inden for rammerne af visitationsretningslinjerne muliggøre en medicinsk akut sygehusbetjening, der tager højde for lokale geografiske forhold, og understøtter det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

6.3 Visiteret adgang til psykiatrisk akutmodtagelse

Sundhedsstyrelsens anbefalinger tilsiger, at modtagelse til både somatisk og psykiatrisk sygehusbehandling skal være visiteret. For udvalgte patientgrupper og tilstande, eksempelvis fødsel, akut forværring af kendt sygdom, selvmordsforsøg mv. kan mulighed for selvhenvendelse dog være hensigtsmæssig.

Region Syddanmark har valgt, at det fortsat er muligt at blive modtaget i de psykiatriske akutmodtagelser uden forudgående visitation. Det er for at reducere barrierer for hjælp til borgere med psykisk lidelse. Sundhedsstyrelsens anbefalinger giver fortsat mulighed for uvisiteret adgang for patienter, der er i et psykiatrisk behandlingsforløb.

For borgere, der ikke er i psykiatrisk behandling, peger anbefalingerne på, at adgang fremover bør være visiteret. Styrelsen anbefaler dog, at der nationalt udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud. De skal samtidig sikre, at der for særlige patientgrupper, situationer mv. fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse.

Region Syddanmark afventer nationalt arbejde vedrørende fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud.

6.4 Værktøjer til en forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (indsats 2)

I de fælles akutmodtagelser på Sygehus Lillebælt og Sygehus Sønderjylland anvendes allerede et screeningsværktøj i triageringen af psykisk sårbare patienter. Screeningsværktøjet, der skal afdække patientens psykiske problemstilling, bruges til vurdering af patienter, når der hos den modtagende triagerende sygeplejerske er mistanke om psykisk sårbarhed eller sygdom.

Screeningsværktøjet udbredes til alle fælles akutmodtagelser, hvor det danner grundlag for at udarbejde en behandlingsplan for patienter med psykisk sygdom eller sårbarhed, som har henvendt sig i FAM. Det er hensigten, at behandlingsplanen skal fungere som en fælles referenceramme mellem FAM og PAM. Behandlingsplanen skal også være med til at sikre større mobil fleksibilitet mellem psykiatri og somatik, hvor det er fysisk muligt. Screeningsværktøjet forventes at kunne integreres i EPJ Syd.

6.5 Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (indsats 3)

Sygehus Lillebælt har gode erfaringer med ugentlige ERFA-møder mellem læger i FAM i Kolding og PAM i Vejle, hvor erfaring om blandt andet akutte patienter kan udveksles.

Der etableres i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger en fast samarbejdsstruktur mellem de enkelte fælles akutmodtagelser og de samarbejdende psykiatriske akutmodtagelser uafhængigt af, om FAM og PAM ligger på samme matrikel. Det foreslås, at kommunerne ligeledes er repræsenteret.

Herudover iværksættes daglige virtuelle konferencer af kort varighed mellem relevante fagpersoner fra FAM og PAM, omhandlende indlagte patienter af fælles relevans. På møderne bør der være særligt fokus på patienter med både somatiske og psykiatriske diagnoser, som derfor ofte henvender sig i FAM og PAM. Konferencer kan også omfatte patienter med misbrug, der eksempelvis er til afrusning, eller har et akut somatisk behandlingsbehov samtidig med et særligt behov for abstinensbehandling og smertelindring. I relevant omfang kan specialsygehuse, der modtager visiterede akutte medicinske patienter, indgå i samarbejdet.

6.6 Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospital behandling i eget hjem (indsats 4)

Især for ældre borgere er en akut indlæggelse en stor omvæltning i den daglige rytme. En indlæggelse kan indebære store fysiske og psykiske funktionstab, som det tager lang tid at genvinde. Mange ældre og sårbare patienter er kun indlagt i kort tid, og i mange tilfælde ville et forholdsvis ukompliceret indlæggelsesforløb kunne have været undgået, hvis samarbejdet i det nære sundhedsvæsen var mere udbygget. I Sundhedsaftalen 2019-2023 er der fastlagt en politisk målsætning om at nedbringe antallet af akutte forebyggelige indlæggelser af ældre patienter.

Alment praktiserende læger skal være tilgængelige for akutte patienter på hverdage fra kl. 8 – 16. Opfattelsen af tilgængelighed hos egen læge er en vigtig faktor for at forebygge kontakt til lægevagt med henblik på videre behandling på sygehus. For at forebygge akutte indlæggelser har Region Syddanmark desuden indgået lokalaftaler med de praktiserende læger, herunder om diagnostik og behandling af særligt sårbare borgere i eget hjem, og om indsats for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid (palliation). Aftalerne understøtter, at patientens egen læge i et samarbejde med den kommunale sygepleje blandt andet kan diagnosticere og behandle patienten i hjemmet, og dermed undgå, at patienten skal indlægges på sygehus.

En styrket visitation skal bidrage til at forebygge akutte indlæggelser, og herunder genindlæggelser. Det kan blandt andet ske ved i højere grad at samarbejde med kommunerne, så borgeren får hjælp i hjemmet i stedet for at blive indlagt, blandt andet ved øget brug af indsatser aftalt i ovenstående lokalaftaler.

Eksempelvis anbefaler Sundhedsstyrelsen, at den kommunale sygepleje inddrager særlige sygeplejekompetencer i kommunen til vurdering og eventuelt kvalificering før videre kontakt. Det er relevant for borgere, der allerede modtager kommunal sygepleje.

Regionens sygehuse har i samarbejde med nogle kommuner iværksat projekter, der skal forebygge indlæggelse af den ældre sårbare borger.

Projekterne indeholder eksempelvis mulighed for:

- en klinisk sygeplejefaglig vurdering ved en kommunal akutsygeplejerske forud for indlæggelse,
- tættere samarbejde mellem plejehjem, pårørende, praktiserende læge, og sygehus for plejhjemsbeboere,
- en algoritme, der øger kommunale sygeplejerskers opmærksomhed på ældre borgere med stigende plejebæhov, hvilket kan være et udtryk for indlæggelseskrævende sygdomsudvikling og behov for rettidig omhu,
- udkørende lægefagligt team fra FAM til plejehjem.

Bilag 4 beskriver de enkelte projekter nærmere. Disse projekter og andre projekter følges med henblik på vurdering af muligheder for udbredelse.

Potentialet i et øget samarbejde mellem kommune, sygehus og det præhospitale område i forhold til at forebygge indlæggelse, skal endvidere afsøges, herunder ved en udvidet brug af eksisterende lokalaftaler med praktiserende læger. Hvordan kan eksempelvis de præhospitale kompetencer i et tættere samarbejde med sygehus og kommune medvirke til en øget behandling i eget hjem/plejehjem? En model herfor kan være, at paramedicinerne medbringer specialiseret udstyr til afklaring af situationen og efter behov er i virtuel kontakt med sygehus for lægefaglig afklaring.

Der arbejdes videre med udvikling af et koncept for, hvordan paramedicinere kan inddrages i samarbejdet omkring og i behandlingen af borgere i eget hjem/plejehjem. Det indbefatter afklaring af juridiske barrierer, herunder det lægellige ansvar, i forhold til at kunne behandle og afslutte på stedet.

Som en variant kan et kommunalt akutteam tage virtuel kontakt til læge på FAM for at få lagt en plan og hvis muligt finde et alternativ til sygehusindlæggelse.

6.7 Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer

Etablering af akutte visitationenheder ved akutmodtagelser vil skabe et nyt omdrejningspunkt for visitationen på det akutte område. En forbedret visitation forudsætter dog en samtidig understøttelse af det sundhedsprofessionelle personale, der foretager udredning, vurdering og visitation. Det omfatter både kompetenceudvikling, stærkere relationer på tværs af sektorer og fagområder, samt udbredelse af hjælpeværktøjer.

Katalog over tilbud på tværs af sektorer (indsats 5)

For at understøtte et løbende opdateret overblik over akutte tilbud på tværs af sektorer, men omkring de enkelte akutsygehuse, opstilles en digital platform for regionen indeholdende et katalog over

regionale og kommunale tilbud, tilgængelighed hertil, kontaktinfo og kompetencer. Kataloget organiseres i forhold til de enkelte akutsygehuse. Heri kan blandt andet relevante tværsektorielle indsats for den ældre patient indgå. Indsats ved frivillige kan ligeledes indgå i kataloget.

Fælles viden om patienten (indsats 6)

I forhold til målgrupper og behov udvikles fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau, så alle parter har adgang til relevant viden og data om patienten. Det kan eksempelvis være et hjælpeværktøj som *Clinical Frailty Scale*, der på tværs af sektorer kan anvendes til vurdering af borgeres (+65-årige) skrøbelighed i det tværsektorielle samarbejde. Det kan også omfatte eventuelle aftaler med patienten, eksempelvis om behandlingstestamente eller fravalg af livsforlængende behandling.

Daglig konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam/sygepleje (indsats 7)

Med henblik på at opnå en mere sikker og tryk hjemsendelse fra akutafdeling tilbydes kommunerne, at der etableres en daglig virtuel konference mellem det kommunale akutteam/sygepleje og det enkelte sygehus' akutafdeling, herunder inden for psykiatrien og medicinske afsnit på specialsygehus.

Til konferencen vil der være en gennemgang af borgere fra den pågældende kommune, som er på akutafdelingen. Med en fast daglig virtuel tværsektoriel konference kan der planlægges et godt tværsektorielt forløb i forbindelse med hjemsendelse, og det kan drøftes, om patienten eventuelt kan hjemsendes tidligere, hvis det vurderes, at akutteamet kan varetage behandlingen af borgeren i eget hjem. Der vil også være mulighed for, at patienten tilbydes at tale med en medarbejder fra akutteamet, hvis der er spørgsmål relateret til hjemsendelse.

På de daglige virtuelle møder kan sårbare borgeres tilstand endvidere drøftes, så en indlæggelse eventuelt kan forebygges. Drøftelse af patientforhold på tværs af sektorer forudsætter samtykke fra patienten.

Rammedelegation til kommunalt sundhedspersonale (indsats 8)

For at muliggøre et tæt og smidigt samarbejde mellem den kommunale sygepleje, almen praksis og sygehus, indgås aftaler, der beskriver, hvilke tiltag den kommunale sygepleje i kommunen kan iværksætte, både tidligt og undervejs i et forløb. Det skal fremgå, hvem der har det lægefaglige ansvar, når borgeren behandles i eget hjem/plejehjem. Det kan enten være egen læge, relevant sygehuslæge eller læge ansat i kommune.

En sådan rammedelegation skal sikre, at kommunalt sundhedspersonale, særligt i den akutte sygepleje, har mandat og kompetence til at foretage klart definerede målinger og medicin håndtering. Det vil desuden muliggøre en mere smidig medicin håndtering til fordel for patienter og praktiserende læger, samt kunne kvalificere dialogen med vagtlæge eller AMK i akutte situationer.

I aftaler om rammedelegation skal det nærmere beskrives, hvilke kompetencer, der er forudsat i den kommunale sygepleje.

Fælles stillinger/fremskudte funktioner/lokalefællesskab (indsats 9)

Sygehusene gør sig i disse år lokale erfaringer med fælles stillinger på tværs af akutmodtagelsen og kommunernes akutteams, og herunder brug af fælles lokaler. Samarbejdet vil kunne udvides til at omfatte lokalefællesskaber med lægevagten og øvrige aktører. Der er brug for mere viden om effekterne af lokalefællesskaber/fremskudte funktioner inden der træffes beslutning om eventuel udbredelse af initiativerne.

Udbygning af standardiseret vidensdeling (indsats 10)

For patienter, der er indlagt i mere end 48 timer, er der via SAM:BO-aftalen krav om fremsendelse af en plejeforløbsplan fra sygehuset til patientens hjemkommune. Det gælder ikke for patienter, der indlægges mindre end 48 timer, eller for patienter, der slet ikke indlægges, hvorfor der her vurderes at være behov for at styrke udvekslingen af information mellem den kommunale sygepleje/akutteam og sygehusets akutafdeling.

Der arbejdes videre med afdækning af, hvilke informationer, der som standard bør videregives, og gerne fastlæggelse af en standardiseret kommunikationsform.

Fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering (indsats 11)

I det akutte forløb er der mange faglige og menneskelige ressourcer i spil, og der skal træffes beslutning om igangsættelse af den rette behandling inden for kort tid. For at kunne igangsætte den rette behandling på det rette niveau er det afgørende, at der er en præcis, rettidig og problemløsende kommunikation parterne imellem. For at styrke samarbejdet om den akutte patient på tværs af sektorer er det derfor nødvendigt at have fokus på den relationelle koordinering på tværs af sektorer. Relationel koordinering defineres i denne sammenhæng som arbejdsrelationer gennem fælles mål, delt viden og gensidig respekt.

Region Syddanmark ønsker sammen med de øvrige parter at udvikle en samarbejdsmodel, der sikrer fælles kompetenceudvikling og relationel koordinering mellem sundhedspersonale på tværs af sektorer.

Fælles kompetenceudvikling kan blandt andet være i form af fælles skolebænk, webinar eller e-læring. Det findes allerede gode lokale erfaringer, som der kan tages udgangspunkt i.

Med fælles undervisning og vidensdeling på tværs af sygehus og kommuner kan der opnås et øget tværgående kendskab til hinandens lovgivende rammevilkår, tilbud og indsatser og en øget accept af hinandens fagligheder og kompetencer. Det kan eksempelvis være viden om kommunernes akutteams, om sygehusenes akutmodtagelser inden for både somatik og psykiatri, eller om det præhospitale område. Et vigtigt fokusområde er deling af journaloplysninger mellem sektorer.

I forhold til at styrke samarbejde og kompetencer om den socialt udsatte borger skal kommunernes erfaringer være fremtrædende.

Med fælles undervisning kan deltagerne på tværs af sektorer opnå en fælles opdatering på nyeste viden inden for udvalgte områder, ligesom der er mulighed for at bidrage med egen viden og erfaring undervejs. Undervisning kan eksempelvis omfatte behandling af specifikke diagnoser, symptomer, eller patientgrupper, herunder psykisk sårbare. Den fælles kompetenceudvikling skal herved bidrage til at forebygge udvikling af akut sygdom hos kroniske patienter og dermed forebygge indlæggelser. Men ikke mindst skal den fælles undervisning medvirke til at opnå en fælles begrebsramme.

6.8 Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer

Tværasektoriel ledelsesinformation og kvalitetsudvikling af akutte forløb (indsats 12)

Med større kendskab til hinandens data i region og kommuner, kan der skabes bedre forløb for patienterne. Der bør derfor på tværs af sektorer gives adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling. Dette kan eksempelvis være med til at give information om ressourceanvendelse eller eventuelle flaskehalse, og bidrage til en fælles forståelse af, hvordan der i forskellige sektorer bidrages i det akutte forløb.

Det foreslås sammen med kommunerne at etablere en fælles platform for deling af data på aggregeret niveau til ledelsesinformation. En fælles platform skal også gøre det muligt at anvende tværsektorielle data til evaluering og kvalitetsudvikling. Det kan blandt andet være i forhold til at forebygge akutte genindlæggelsesforløb. På længere sigt bør mulighederne for at inkludere data fra almen praksis og lægevagt undersøges. Erfarings- og vidensdeling kan ske via de lokale samordningsfora.

Styrket brug af data og datadeling i det akutte forløb (indsats 13 og 14)

Det er afgørende for akutindsatsen, at sundhedspersonalet i den akutte situation har adgang til relevante oplysninger og data om patienten på en let og overskuelig måde. Det gælder både i den kommunale sygepleje, for egen læge eller lægevagt, i det præhospitale beredskab samt på sygehuset. Det skal ikke være den tilskadekomne eller akut syge patient, der selv skal være ansvarlig for at huske, hvilken medicin de tager, hvad de er allergiske over for eller hvornår de sidst var hos egen læge. Der er derfor brug for at afdække, hvordan der kan etableres bedre tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter, så patientsikkerheden øges i den akutte situation. Der arbejdes videre med afklaring af juridiske barrierer i forhold til datadeling for den akutte patient. Det er desuden forventningen, at Danske Regioner og KL bidrager til en national afklaring af området.

Der er fokus på implementering af Sundhedsdatastyrelsens *Program for et samlet patientoverblik*, der har udviklet løsninger til blandt andet *Fælles Stamkort* og *Aftaleoversigt*. *Fælles Stamkort* giver sundhedspersonale en nemmere og mere sikker adgang til patientens stamoplysninger på tværs af sektorer, og patienter og pårørende får mulighed for at sikre, at deres stamoplysninger er korrekte. *Aftaleoversigt* giver patienter og deres pårørende et samlet overblik over deres aftaler med hospitaler, kommuner og egen læge, og giver sundhedspersoner mulighed for at koordinere aftaler på tværs.

Der skal ske afklaring af, hvorvidt der er behov for videreudvikling af SAM:BO på det akutte område i forhold til at styrke kvaliteten og systematikken af data og viden i korrespondancemeddelelser, der går på tværs af sektorerne.

Herudover foreslås det over for kommunerne, at der igangsættes udvikling af en fælles platform med fælles data om akutte patienter på individniveau. De fælles data kan give sundhedspersonalet viden om tidligere behandling, samt om patientens kliniske og kognitive situation forud for det akutte forløb. Der vil kunne hentes erfaringer og inspiration fra projekt *Fast track via tværsektorielt samarbejde og datadeling mellem akutfunktionen Kolding Kommune, akutafdelingen (FAM) - Kolding Sygehus og almen praksis*.

Viden og forskning i brugen af data til at forudsige og forebygge akutte indlæggelser (indsats 15)

Der findes allerede stor viden om risici for akutte indlæggelser, og herunder genindlæggelser. Ved bedre brug af denne viden til målrettede indsatser kan akutte indlæggelser i højere grad forebygges. Det kan ske ved mere systematisk at identificere borgere, der er i særlig risiko for akut (gen)indlæggelse.

En akut indlæggelse, hvor patienten eksempelvis har fået et hjerteanfald, sker ofte i kølvandet på et forløb, hvor patienten allerede har været i kontakt med sundhedsvæsenet flere gange. Herved vil der allerede være registreret data i form af hændelser, symptomer og andre faktorer, der tilsammen kan tegne et billede af, at et akut forløb kan være under opsejling. Disse data er typisk registreret hos egen læge, i hjemmeplejen eller lignende. Ved en samlet adgang til disse data, kan data bruges mere proaktivt til at forudsige, om der er et akutforløb på vej.

Det foreslås i samarbejde med kommunerne dels at afdække igangværende forskning og erfaring med prediktionsmodeller for akutte indlæggelser, og dels at igangsætte yderligere forskning i udvikling af modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser. Som et element kan der igangsættes dataprojekter til udvikling af algoritmer, der trækker på data fra flere sektorer.

Boks 1. Oversigt over indsatser til styrket visitation

1. Etablering af akutte visitationsenheder ved akutsygehusene i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense.
2. Udbredelse af screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient
3. Etablering af fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og med kommunal repræsentation, herunder daglige virtuelle konferencer.
4. Afsøge potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser, herunder
 - udbrede gode erfaringer fra projekter
 - udbygge samarbejde mellem kommuner og paramediciner
5. Udarbejdelse af digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.
6. Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.
7. Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.
8. Indgå aftale, der beskriver rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.
9. Afdækning af erfaringer med effekter af lokale-fællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse, hvor kommuner og lægevagt indgår.
10. Afdækning af behov for information og standardiseret kommunikation for patienter, der er indlagt i mindre end 48 timer eller ikke er indlagt.
11. Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.
12. Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling, herunder etablering af fælles platform.
13. Afdækning af tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.
14. Udvikling af fælles platform med fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.
15. Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser, herunder afdække eksisterende forskning og erfaring.

7. Udvikling af lægevagten og samarbejde med sygehusene

Når man bliver syg, er det vigtigt, at man møder et sundhedsvæsen, der fremstår koordineret og sammenhængende. I dag er Lægevagten og sygehusenes akutfunktioner organiseret i to særskilte systemer. Der kan imidlertid med fordel arbejdes hen imod et tættere samarbejde, så der sikres størst mulig faglighed, sammenhæng og effektivitet.

7.1 Samarbejde mellem lægevagten og AMK vagtcentralen

Bedre støtte til den sundhedsfaglige visitation, når man ringer 1-1-2 (indsats 16)

Hvis man ringer 1-1-2 for at få akut sundhedshjælp, får man kontakt til regionens AMK-vagtcentral, der er bemannet med sundhedsfaglige visitatorer. De har typisk en baggrund som enten sygeplejerske, paramediciner eller ambulancebehandler.

Hidtil har AMK-vagtcentralen kun i et begrænset omfang haft tilstedeværelse af en læge, men erfaringerne peger på, at der kan være behov for mere fast lægelig support eller rådgivning. I tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal samarbejdet mellem Lægevagten og AMK-vagtcentral nytænkes hen imod øget integration og delvis samlokation. I AMK-vagtcentralen oprettes en særlig visitationsplads, hvorfra en almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge let, hurtigt og bekvemt kan yde rådgivning og support til AMK-vagtcentralens visitatorer eller direkte til borgere, når behovet opstår. Lægen vil herfra fortsat indgå i lægevagtens almindelige telefonvisitation, når der ikke er behov for hjælp eller rådgivning ved AMK-vagtcentral. Endvidere vil lægen kunne bidrage til varetagelse af videokonsultationer i lægevagten. Tilstedeværelse af en læge i AMK-vagtcentralen vil bidrage til at øge patientsikkerheden, fagligheden og dermed kvaliteten i den telefoniske visitation ved vagtcentralen.

Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2 alarmopkald (indsats 17)

Videoteknologi er et værktøj, der i stigende grad benyttes til at sikre en mere præcis viden i kommunikationen mellem borger og sundhedsvæsen. Ved et alarmopkald til 1-1-2 kan videoopkald som et supplement til telefonsamtalen hjælpe den sundhedsfaglige visitator med at sikre den rette hjælp til en akut tilskadekommet borger, idet visitator bliver i stand til at se patientens skader eller sygdomstilstand. Den sundhedsfaglige visitator i AMK-vagtcentralen fremsender en SMS-besked med et link, der via borgerens mobiltelefon automatisk opretter en sikker og krypteret forbindelse mellem borgerens telefon og AMK-vagtcentralen. Herved kan visitator vurdere på baggrund af egne observationer, samt vejlede borgeren til at yde den rette førstehjælp. Videomuligheden benyttes kun i tilfælde, hvor visitator finder det relevant, og hvor der er flere personer tilstede på ulykkessteder, således at mindst én borger kan yde førstehjælp og en anden borger kan stå for videoopkaldet.

Videoopkald anvendes allerede, men der vurderes at være et potentiale for yderligere udbredelse, så video anvendes i større omfang, når borgere ringer 1-1-2. Dermed forbedres kvaliteten af den sundhedsfaglige visitation i forhold til at sikre, at patienten tildeles de relevante præhospital ressourcer.

Paramedicinere som supplement til sygebesøg eller konsultationer i lægevagten (indsats 18)

Ambulancer bemannet med paramedicinere skal i højere grad kunne indgå i indsatsen for at forebygge (gen)indlæggelser. Det skal ske dels ved opgradering af udstyr i ambulancer, så der i borgerens eget hjem kan foretages prøver, test mv., og dels ved opkvalificering af paramedicinerne, så de opnår en større viden om sygdomme og kronisk medicinering, og i øvrigt uddannes til at måle og vurdere blodprøver mv.

Paramedicineres arbejde med at forebygge indlæggelse vil normalt involvere egen læge, men paramedicinerne kan også i vagttiden indgå i supplerende funktioner. Det kan eksempelvis være i forbindelse med tilsyn, opfølgning eller afholdelse af et sygebesøg i lægevagten, eller i forbindelse med afholdelse af konsultationer på nogle af de perifert beliggende konsultationslokaler.

Det er en forudsætning, at paramedicinerne og øvrigt præhospitalt personale har adgang til relevant viden.

7.2 Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten

Der er siden 2012 blevet etableret 'brobyggerordninger' ved en række sygehuse i Region Syddanmark. Der er på nuværende tidspunkt brobyggerordninger ved sygehuse i Odense, Esbjerg, Vejle, Kolding, Sønderborg og Aabenraa, dog i forskellige tidsrum. Brobyggerordningen er mest udbygget i Odense, hvor patientantallet tilsvarende er størst.

Brobyggeren er en sygeplejerske, der har til opgave at fremme samarbejdet mellem lægevagten og sygehusets akutfunktion, og som skal bidrage til, at patienter, der skal flyttes fra lægevagt til akutfunktion, oplever et gnidningsfrit forløb. Det kan enten være i forbindelse med indlæggelse, brug af diagnostisk udstyr i FAM eller overgang til skadestuefunktion i Vejle og Sønderborg.

Brobyggeren hjælper også patienter, der har behov for praktisk eller anden form for hjælp, eksempelvis bestilling af hjemtransport. Herudover assisterer brobyggeren vagtlægerne med relevante behandlinger, laboratorieundersøgelser og andre undersøgelser, når det er nødvendigt.

Erfaringer har vist, at en brobyggerordningen er mest velfungerende, når der er en vis aktivitet i lægevagten.

Samarbejde mellem lægevagten, brobyggerordning og sygehusenes børneakutmodtagelsesafsnit (indsats 19)

Brobyggerordningerne udbygges til at omfatte samarbejde med sygehusenes akutte modtageafsnit for børn. Herved indgår brobyggere og vagtlæger i en optimering af behandlingsforløbet for de børn, der modtages til akutbehandling.

For familier med svage forældrekompetence kan en sygeplejerske varetage en supervisionsopgave over for familien. Det kan ske ved, at børneafdelingen stiller en sygeplejerske med akutte kompetencer til rådighed i et konsultationsrum i lægevagten i risikoperioder henover døgnet. I Odense vil en realisering heraf skulle afvente Nyt OUH, hvor de fysiske rammer åbner mulighed herfor.

Observation af patienter i lægevagten (indsats 20)

Som et redskab til at undgå en indlæggelse eller ophold i akutmodtagelserne etableres en funktion til observation af patienter i lægevagten. Her vil brobyggeren kunne holde opsyn med patienter, der muligvis kan færdiggøres i lægevagtens regi, og dermed undgå indlæggelse.

Funktionen retter sig primært mod patienter, hvor en behandling påbegyndes i lægevagten, men hvor effekten heraf afventes. Det kan være patienter, hvor der igangsættes parakliniske undersøgelser, hvis resultat vil være afgørende for, om der skal ske indlæggelse eller hjemsendelse, eller det kan være udredning af allergier, hvor det vil være nødvendigt at afvente allergireaktion, inden vagtlægen kan iværksætte behandling.

De nødvendige rammer vil omfatte observationsplads (flystol), kvalificeret personale, samt adgang til relevant medicinsk udstyr.

Forsøgsprojekt med integration og samdrift mellem lægevagten og sygehusfunktionerne (indsats 21)
Der etableres en forsøgsordning, hvor sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen integreres i størst muligt omfang. Det indebærer fælles ansvar for alle patienter og rådighed over alle ressourcer på tværs af de to ordninger. Herved vil de almenmedicinske kompetencer fra lægevagten kunne benyttes i sygehusets akutfunktioner, ligesom lægevagten vil kunne drage nytte af speciallæger og sygeplejemæssige funktioner i akutmodtagelserne.

Et sådant forsøg vil formentligt kræve en særlig honorering af de praktiserende læger i vagtordningen baseret på timetal frem for ydelser.

7.3 Andet samarbejde mellem almen praksis, lægevagt, sygehuse og kommuner

Specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis (indsats 22)

Almen praksis har allerede i nogen grad mulighed for at søge specialistrådgivning fra sygehusafdeling via hotline. For at forebygge indlæggelser skal der større fokus på denne mulighed, ligesom adgangen gradvis skal udbygges.

Direkte booking af sub-akutte tider (indsats 23)

For at muliggøre et mere smidigt samarbejde mellem almen praksis og sygehusafdelinger igangsættes en organisatorisk og teknisk udvikling, der på sigt kan gøre det muligt for praktiserende læger direkte at booke sub-akutte tider på sygehus, så en patient i rette tid kan blive vurderet af specialist. Det vil kunne ligestille patienter, der i dagtid møder frem hos egen læge, med patienter, der i vagttid via lægevagten og de kommende akutte visitationsenheder umiddelbart får en sub-akut tid på en sygehusafdeling.

Tværasektorielt samarbejde mellem lægevagten og den kommunale sygepleje (indsats 24)

Samarbejdet mellem lægevagten og den kommunale sygepleje skal styrkes og udvikles, herunder i forhold til sygebesøg. Det kan eksempelvis ske ved, at den kommunale sygepleje hos borgere, som i forvejen er kendt af sygeplejen, foretager en vurdering af borgerens tilstand og i samråd med vagtlægen vurderer, om en videregående indsats er nødvendig. Kommunikation mellem kommunal sygeplejerske, vagtlæge og eventuelt borger vil på sigt kunne finde sted via video.

I Region Syddanmark er de kommunale akutfunktioner for regionens 22 kommuner kortlagt og indarbejdet i lægevagten IT-system. Hermed kan de enkelte vagtlæger få et overblik over de enkelte kommuners tilbud og akutfunktioner i vagttiden, og på baggrund heraf vurdere om et kommunalt tilbud vil kunne gavne borgeren og eventuelt erstatte en indlæggelse på sygehus.

7.4 Modernisering af lægevagten faciliteter og diagnostiske udstyr

Lægevagtskonsultationer (indsats 25 og 26)

Lægevagten i Region Syddanmark rummer 21 lægevagtskonsultationer, der ligger geografisk spredt i regionen. Der er betydelig forskel på konsultationsstedernes størrelse, indretning og udstyr.

De 21 konsultationssteder kan opdeles i tre forskellige hovedkategorier, der er baseret på konsultationsstedets beliggenhed, henvisningsmulighed, brobyggeradgang, samt hurtig adgang til andre akutfunktioner eller diagnostisk udstyr og undersøgelsesmuligheder.

a) Lægevagtskonsultationer på akutsygehuse

Lægevagtskonsultationerne i Odense, Kolding, Esbjerg og Aabenraa er beliggende på sygehusmatrikler med akutfunktioner. Disse konsultationssteder, har udvidet adgang til diagnostisk udstyr, ligesom der i dele af døgnet er mulighed for at benytte brobyggerordningen med en fælles sygeplejerske mellem lægevagt og akutfunktion på sygehus.

b) Lægevagtskonsultationer på sygehuse med delvis adgang til akutfunktioner

Lægevagtskonsultationer i Sønderborg, Vejle og Svendborg er beliggende på sygehusmatrikler, hvor der er delvis adgang til akutfunktioner i form af akutmodtagelse eller skadestuefunktion. I denne kategori af konsultationssteder er brobyggerordningen dog enten ikke oprettet eller fungerer i begrænset omfang. Der er således ikke brobyggerordning i Svendborg, mens ordningen i Vejle og Sønderborg kun er delvist tilgængelig på hverdage, men ikke i weekender.

c) Øvrige lægevagtskonsultationer

De øvrige 14 lægevagtskonsultationer er beliggende uden adgang til akutfunktioner, og dermed uden brobyggerordning. Der er ligeledes ikke adgang til et større udvalg af diagnostisk udstyr. Denne kategori af konsultationssteder har ofte en isoleret beliggenhed uden mulighed for opsyn med patient eller venteværelse. Kategorien omfatter konsultationsstederne i Varde, Grindsted, Fanø, Brørup, Fredericia, Ribe, Haderslev, Tønder, Middelfart, Assens, Ringe, Nyborg, Faaborg og Rudkøbing.

Der er på disse konsultationssteder mulighed for at foretage mindre undersøgelser, såsom halspodning og måling af infektionstal, ligesom der er kirurgiske instrumenter til småskader. Herudover er der øjenbakker og gynækologiske undersøgelsesredskaber.

Der igangsættes en modernisering af lægevagtskonsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder, der skal være tilgængelige i en moderniseret lægevagtskonsultation.

Uanset modernisering vil de diagnostiske rammer og muligheder afhænge af om en lægevagtskonsultation ligger på samme matrikel som et sygehus med akutfunktioner. De nuværende lægevagtskonsultationer opretholdes, men der kan ved visitation til lægevagtskonsultation tages højde for forskelle i diagnostisk udstyr, således at patienter efter individuel visitation henvises til et konsultationssted med relevant udstyr og mulighed for eventuelt yderligere undersøgelse eller behandling.

Samarbejdsaftaler mellem lægevagt og sygehuse (indsats 27)

Der indgås samarbejdsaftaler mellem lægevagten og akutsygehusene med særlig vægt på samarbejde om diagnostik og brug af diagnostisk udstyr. Som et element heri skal mulighederne for yderligere integration af telemedicinsk samarbejde og vidensdeling beskrives.

Videokonsultationer i lægevagten (indsats 28)

Videokonsultationer blev taget i brug i lægevagten i forbindelse med COVID19. Videokonsultationer videreføres som en kontaktmulighed ved eksempelvis mindre udslæt, øjensymptomer, visse børnesygdomme samt ved sproglige udfordringer, der kræver tolkning. Udgangspunktet er, at videokonsultationen skal være visiteret.

Når patienten visiteres til en videokonsultation, modtager patienten en mail eller SMS-besked med et link, hvorefter patienten kan komme direkte i kontakt med lægen. Patienten skal være i besiddelse af enten en smartphone, tablet eller computer for at kunne benytte tilbuddet om videokonsultationer. Lægen tilgår fra sin visitationsarbejdsplads det virtuelle venteværelse, hvor patienten venter. Der er

tale om en envejsvideokonsultation, hvor patienten ikke kan se lægen. Der skal arbejdes for at opnå 2-vejs videokonsultation.

Videokonsultationer betyder en bedre service for patienten, da patienten kan undgå transport til konsultationsstedet. For lægevagten understøtter video muligheden for at kunne visitere til sygehusstilbud uden et fremmøde i lægevagten. Videokonsultationer medvirker i øvrig til at udfase fotoordninger i vagttiden.

Boks 2. Overblik over indsatser til styrkelse af lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene

16. Oprettelse af visitationsplads til almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge i AMK-vagtcentralen.
17. Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.
18. Undersøge, hvorvidt specialuddannede paramedicinere kan supplere lægevagten, og herunder afdække adgang til relevante journaloplysninger.
19. Udbygning af brobyggerordning til at omfatte samarbejde med sygehusenes akutte modtageafsnit for børn.
20. Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.
21. Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.
22. Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.
23. Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.
24. Styrket samarbejde mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.
25. Modernisering af lægevagtskonsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder.
26. Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.
27. Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.
28. Videokonsultation i lægevagten

8. Akutte hjerteforløb

Det indgik i budgetforlig 2020 for Region Syddanmark, at der i arbejdet med ny akutplan skulle inddrages erfaringer med et kvalificeret 'fast track' for hjertepatienter, som det kendes i Region Midtjylland. Hensigten med et fast track er at opnå færre og kortere indlæggelser, her især for patienter, som indlægges på mistanke om akut koronart syndrom (AKS), men som fejler andet end dette.

Eksisterende tilbud i Region Syddanmark er derfor blevet sammenholdt med tilbud på hjerteklinikken under Regionshospitalet Randers i Region Midtjylland. Klinikken åbnede i september 2018 og fungerer som dagklinik fra kl 8.00 til 16.00 på hverdage. Visitationen til hjerteklinikken for patienter med akutte hjerteproblemer sker via egen læge eller præhospitalet. Klinikken er bemannet med speciallæge.

Dedikerede hjerteforløb (indsats 29)

Sygehusene i Region Syddanmark har i dag dedikerede hjerteforløb ind i sygehusene. Der er døgnåbent året rundt med visitation via fælles akutmodtagelser (FAM), via egen læge eller lægevagt, via hjerteafdelinger eller telemedicinsk i samarbejde med præhospitalet. For alle sygehusene er der en kardiologisk speciallæge tilstede umiddelbart eller inden for kort tid. Som følge af forskellig organisering af FAM, er organiseringen i forhold til akutte hjerteforløb tilsvarende forskellig. Diagnostisk og behandlingsmæssigt er det dog samlet set det samme tilbud, de akutte ambulante hjertepatienter får på tværs af sygehusene i regionen.

De eksisterende akutte og subakutte ambulante kardiologiske tilbud i Region Syddanmark er på højde med tilbud i hjerteklinikken i Randers i dagtiden. Tilbud i Region Syddanmark er døgnåbne. På den baggrund fortsætter regionens faglige tilbud til akutte hjertepatienter uændret i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer. Dog fastlægges på tværs af sygehusene fælles mål samt en ensartet monitorering.

Forbedrende indsats i det akutte hjerteforløb (indsats 30, 31 og 32)

For at fremme en mere præcis og hurtigere visitation i de akutte hjerteforløb investeres i en forbedret diagnostik ude ved patienten. Gevinsten vil være en hurtigere adgang til den rette behandling, og desuden kortere patientforløb. Hurtigere behandling er vigtig i forhold til at reducere skade på hjertet.

Konkret investeres i mobile EKG-apparater, der er i stand til at sende EKG-optagelser real-time til hjerteafdelingen. Herved vil den praktiserende læge/vagtlæge eller det præhospitale personale kunne få direkte tolkning og vejledning af kardiolog på baggrund af EKG.

Tiltaget vil desuden reducere antallet af indlæggelser eller ambulante besøg på sygehus, idet den praktiserende læge i højere grad vil kunne afslutte den akutte behandling på stedet, og eventuelt henvise til subakutte tilbud.

I første omgang anskaffes mobile EKG-apparater til lægevagtskonsultationerne i regionen. Den direkte udgift hertil udgør 1,2 mio.kr. Det er desuden en forudsætning, at apparatur teknisk forbindes til database på hjerteafdelinger svarende til opkobling fra ambulancer. Der må forventes driftsudgifter til licenser mv. På sigt er det forhåbningen, at almen praksis vil anskaffe lignende udstyr i egne konsultationer.

Under forudsætning af gode erfaringer fra igangværende projekt i Region Midtjylland indføres der troponin-måling tidligt i det præhospitale forløb for den akutte hjertepatient. Målingen er en indikator for potentiel hjertemuskelskade. Herved øges muligheden for hurtigere diagnostik af akut koronart

syndrom og dermed hurtigere relevant behandling. Det kan være i form af ballon-udvidende behandling.

Teknologiske investeringer i apparatur og opkobling skal følges af kompetenceudvikling i forhold til diagnostik og behandling af akutte hjertepatienter. Herudover bør samarbejde og relationer mellem almen praksis og sygehusenes hjerteafdelinger udbygges. I lyset af den store geografiske og organisatoriske samarbejdsflade for lægevagtsfunktionen bør der være særligt fokus på samarbejde med lægevagtsfunktioner for at sikre robusthed, organisatorisk bredde, og rette kompetencer tilstede til alle tider, også om aftenen og natten.

Boks 3. Oversigt over indsatser til styrkelse af de akutte hjerteforløb

29. Uændrede akutte tilbud til akutte hjertepatienter i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer, men fastlæggelse af fælles mål på tværs af sygehuse for det akutte hjerteforløb og ensartet monitorering af akutte hjerteforløb.
30. Anskaffelse af mobile EKG-apparater, der kan koble direkte til hjerteafdelinger. I første omgang foreslås anskaffelse i lægevagtskonsultationer.
31. Eventuelt inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb mhp. bedre diagnostik og hurtigere behandling.
32. Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.

9. Implementering og økonomi

9.1 Implementering af akutplanen

Denne akutplan bygger overvejende på Sundhedsstyrelsens nyeste anbefalinger på området. Heri lægges op til, at anbefalingerne skal være opfyldt inden for en 10-årig periode. Region Syddanmarks akutplan skal dog ikke blot bidrage til, at regionen lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men først og fremmest løfte indsatsen på det akutte område til gavn for patienter og borgere. Det er derfor ambitionen, at akutplanens indsatser skal føres ud i livet inden for de næste 3-4 år.

Akutplanen har til hensigt at sikre patienterne den rette behandling på det rette sted til rette tid. Det skal blandt andet ske ved skabe de bedste rammer for samarbejde, koordinering og fælles viden på tværs af sektorer. Et betydeligt antal indsatser i akutplanen forudsætter derfor en fælles indsats på tværs af sektorer.

Den overordnede ambition kræver løbende opmærksomhed om, hvad ændringer i egen organisation betyder for samarbejdet med andre organisationer. For at sikre denne opmærksomhed og for at kunne lykkes er det en vedvarende opgave at pleje relationer på tværs af sektorer, og at tilpasse såvel egen organisering som rammerne for samarbejdet efter nye behov og nye vilkår. Indfrielse af den overordnede ambition er således i høj grad en vedvarende opgave, der skal løses ved optimering af rammer, værktøjer, viden og relationer. Det søger akutplanen at hjælpe med.

Enkelte indsatser afventer afklaring i centrale instanser.

Akutplanens indsatser kan overordnet grupperes efter typer af tiltag:

- a. Organisering og procedure (indsats: 1, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28)
- b. Udbredelse af værktøjer (indsats: 2, 5, 6)
- c. Styrket samarbejde (indsats: 3, 4, 7, 8, 9, 27)
- d. Information, kommunikation og videndeling (indsats: 10, 11, 12, 13, 14, 15)
- e. Investering og udvikling (indsats: 25, 29, 30, 31, 32)

Det er centralt i akutplanen, at den sundhedsprofessionelle visitation og koordinering skal styrkes ved etablering af akutte visitationsenheder ved hvert somatisk akutsygehus. Etablering af funktioner dedikeret til at understøtte akutte patientforløb bygger delvis videre på eksisterende indsatser på flere sygehuse. Med ensartet organisering af visitationsenhederne samt fælles værktøjer og systemer til at underbygge arbejdet, styrkes mulighederne for blandt andet at finde alternativer til indlæggelse markant. Opbygning af visitationsenheder forudsætter en række organisationsmæssige omlægninger, samt en styrket bemanning i forhold til de nye funktioner. Åbningstider og bemanning vil i en opstartsfase finde sted i de mest aktive timer på døgnet. Det vil være fra tidlig eftermiddag til ud på aftenen på hverdage. Gradvist frem mod 2024 kan bemanning og åbningstid udbygges til døgn dækning, efterhånden som der indsamles erfaring og allokeres ressourcer. Opbygning af visitationsenheder kan med fordel ske i dialog med kommuner og praktiserende læger, så der er mulighed for at udvikle modellen efter lokale forhold.

Indsatser, der går på tværs af sektorer, skal finde sin endelige form i et samarbejde mellem Region Syddanmark og regionens kommuner, samt i mange tilfælde de praktiserende læger. Drøftelse heraf finder sted i Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum. Den konkrete implementering af de tværsektorielle indsatser er i henhold til sundhedsaftalen mellem Region

Syddanmark og regionens kommuner henlagt til Det Administrative Kontaktforum og den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje.

Aftaler om tværsektorielle indsatser og disses implementering kan forudsætte tilpasning af eksisterende indsatser. Nye indsatser, der forudsætter tilførsel af ressourcer i kommunerne, drøftes med kommunerne.

Udvikling af lægevagten skal ske i samarbejde med PLO Syddanmark, der driver lægevagten i Region Syddanmark.

Andre indsatser indebærer ligeledes, at der igangsættes udviklingsprojekter, der nærmere kan afdække og beskrive konkrete løsninger, der kan fungere juridisk og teknisk. Det gælder eksempelvis indsatser, der skal muliggøre deling af data.

I tabel 3 gennemgås akutplanens indsatser. Initiativ til implementering ligger som udgangspunkt hos den først nævnte aktør i kolonnen vedr. sikring af implementering.

Bilag 5 indeholder overblik over implementeringstakt og -perioder i form af Gantt-diagram.

Tabel 3. Implementering af indsatser

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
1	Etablering af akutte visitationsenheder ved akutsygehusene i Esbjerg, Kolding, Aabenraa og Odense.	2022: Etablering af struktur og organisering 2023-2024: Udbygning til døgndækning vurderes og implementeres. 2024 – frem: Gradvis læring og konsolidering af samarbejde og funktion	Sygehusene
2	Udbredelse af screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	2022	FAM-følgegruppen + kommende specialeråd for akutmedicin
3	Etablering af fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og med kommunal repræsentation, herunder daglige virtuelle konferencer.	2022: Samarbejdsstruktur aftales. 2023: Udrulning med kommuner.	FAM-følgegruppen med inddragelse af den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje.

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
4	Udbrede gode erfaringer og afsøge potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser, herunder udbygge samarbejde mellem kommuner og paramediciner	2022 – 2024.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med det præhospitale område
5	Udarbejdelse af digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	2022 Overblik over tilbud 2023 – 2024 Udvikling og ibrugtagning af digital løsning 2025: Eventuelt udvikling af funktionalitet.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde.
6	Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	2022 - 2023	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
7	Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	2022: Samarbejdsstruktur aftales. 2023 - 2024: Udrulning.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med FAM-følgegruppen
8	Indgå aftale, der beskriver rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	2022 - frem	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med det præhospitale område, lægevagten og Praksisafdelingen.
9	Afdækning af erfaringer med effekter af lokalefællesskaber/ fremskudte funktioner på akutsygehuse, hvor kommuner og lægevagt indgår.	2022 – 2023: Afdækning. 2024: Initiativ til planlægning af afledte indsatser	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
10	Afdækning af behov for information og standardiseret kommunikation for patienter, der er indlagt i mindre end 48 timer eller ikke er indlagt.	2022 - 2023.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
11	Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	2022 – 2023: Erfaringsopsamling og pilotafprøvning 2024: Udrulning	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje
12	Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling, herunder etablering af fælles platform.	Udviklingsprojekt 2022 – 2025. Beskrivelse af relevante data. Etablering af fælles platform. Aftaler om arbejdsgange til vedligehold af data.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation.
13	Afdækning af tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	Udviklingsprojekt 2022 - 2023	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation.
14	Udvikling af fælles platform med fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	Udviklingsprojekt 2022 – 2025. Beskrivelse af relevante data. Etablering af fælles platform. Aftaler om arbejdsgange til vedligehold af data.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation
15	Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	Udviklingsprojekt	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Afdelingen for Data og Ledelsesinformation
16	Oprettelse af visitationsplads til almenmedicinsk speciallæge/vagtlæge i AMK-vagtcentralen.	2022: Etablering	Det præhospitale område i samarbejde med Lægevagten og Praksisafdelingen
17	Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	Pågår. Udbredes	AMK Vagtcentral

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
18	Undersøge, hvorvidt specialuddannede paramedicinere kan supplere lægevagten, og herunder afdække adgang til relevante journaloplysninger.	Pilotprojekt i 2022 – 2023. Evaluering og udbredelse i 2024-2025	Præhospital
19	Udbygning af brobyggerordning til akutte modtageafsnit for børn.	2022-2023	Sygehuse i samarbejde med Lægevagten
20	Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2023 – 2025. Evaluering og eventuelt udbredelse i 2026	Lægevagten og Praksisafdelingen i samarbejde med sygehusene.
21	Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2023 – 2024. Evaluering i 2025 og eventuel udbredelse i 2026.	Lægevagten og Praksisafdelingen i samarbejde med sygehusene.
22	Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	Pågår. Udbredes	Sygehuse og Praksisafdelingen
23	Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	Udviklingsprojekt 2022 - 2023	Sygehuse og Praksisafdelingen
24	Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning i 2022 – 2024. Evaluering i 2025 og eventuel udbredelse i 2026.	Den tværsektorielle følgegruppe for behandling og pleje i samarbejde med Lægevagten og Praksisafdelingen.
25	Modernisering af lægevagts-konsultationerne, således at der opnås en fælles minimumsstandard i forhold til udstyr, inventar, redskaber og undersøgelsesmuligheder	Udviklingsprojekt 2022 - 2023: Afdækning af behov. Aftale om moderniseringsplan. Anskaffelse mv.	Lægevagten og Praksisafdelingen

Indsats	Indhold	Implementeringsperiode	Hvem sikrer implementering
26	Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	Udviklingsprojekt i sammenhæng med modernisering af lægevagtskonsultationer	Lægevagten og Praksisafdelingen
27	Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	2022 - 2023	Lægevagten og Praksisafdelingen samt sygehusene.
28	Videokonsultation i lægevagten	Pågår. Udbredes	Lægevagten og Praksisafdelingen
29	Uændrede tilbud til akutte hjertepatienter i forhold til patientforløb, tilgængelighed og kompetencer, MEN fastlæggelse af fælles mål på tværs af sygehuse for det akutte hjerteforløb og ensartet monitorering af akutte hjerteforløb.	2022	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet.
30	Anskaffelse af mobile EKG-apparater, der kan koble direkte til hjerteafdelinger. I første omgang foreslås anskaffelse i lægevagtskonsultationer.	2022 – 2023 Afklaring af tekniske forudsætninger for opkobling real-time. Valg af model. Anskaffelse. Undervisning og udbredelse.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet. Inddragelse af Lægevagten og Praksisafdelingen.
31	Eventuelt inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb mhp. bedre diagnostik og hurtigere behandling. Forudsætter gode erfaringer fra Region Midtjylland.	2022 – 2023. Afventer erfaringer fra Region Midtjylland.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet.
32	Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	2022 – 2023. Følger anskaffelse af EKG-apparater, men retter sig bredere.	Sundhedsplanlægning i samarbejde med følgegruppe, der oprettes til formålet. Inddragelse af Lægevagten og Praksisafdelingen.

9.2 Budgetmæssige konsekvenser

Budgetmæssige konsekvenser af akutplanen indgår i grundlag for regional budgetproces 2022. De budgetmæssige forudsætninger vil dog i nogen grad afhænge af de konkrete implementeringsplaner, der blandt andet skal aftales med kommuner og almen praksis efter endelig politisk behandling af akutplanen.

Det gælder generelt, at implementering af akutplanens indsatser vil forudsætte dedikerede organisatoriske og ledelsesmæssige ressourcer både regionalt, kommunalt og i almen praksis.

Det er forventningen, at en række indsatser vil kunne implementeres uden budgetmæssige konsekvenser. Flere indsatser vil dog forudsætte finansiering af implementeringsudgifter, blandt andet til etablering og drift af it-systemer, der går på tværs af sektorer. Den regionale udgift til udvikling og efterfølgende drift af it-systemer til tværsektoriel understøttelse er foreløbigt skønnet til årligt at være i størrelsesordenen 0,1 mio. kr. pr. indsats, der forventes at forudsætte it-understøttelse.

Under hensyn til den store usikkerhed, der knytter sig til finansieringsbehovet af den samlede akutplan, er der desuden indarbejdet en regional udviklingspulje, der skal kunne medfinansiere udvikling og efterfølgende driftsunderstøttelse af indsatser i akutplanen. Budgetforslag indeholder en gradvis forøgelse af udviklingspuljen i takt med udrulning af flere implementeringstiltag og udbygning af indsatser til fuld skala.

Regionens sygehuse har i forbindelse med finansloven fået tilført ekstra sygeplejersker, der blandt andet skal bidrage til at koordinere forløb på tværs af sektorer. Det lægges til grund, at der hermed fra 2022 er tilført ressourcer til etablering af akutte visitationsenheder på akutsygehuse i de mest aktive timer på hverdage. Akutplanens forslag til økonomi indeholder økonomi til gradvis udbygning af bemanning af de akutte visitationsenheder. Udbygning omfatter henholdsvis weekendbemanning i de mest aktive timer, bemanning i dagtimer og aftentimer hele ugen, samt endelig døgnbemanning alle ugens dage. Finansiering af udvidet bemanning i de akutte visitationsenheder vil blive drøftet med sygehuse i sammenhæng med udmøntning af sygeplejerskenormeringer fra finansloven.

En række indsatser i akutplanen er allerede i gang. Udbygning og udvikling af disse kan afstedkomme kommunale udgifter.

Med de foreliggende forudsætninger indebærer udrulning af akutplanen, jf. tabel 4, at der i 2022 vil være regionale driftsudgifter i størrelsesordenen 6,6 mio. kr. stigende til 18,6 mio. kr. i 2025. Samtidig forventes regionale anlægsudgifter i størrelsesordenen 3,2 mio. kr. i 2022 og 1 mio. kr. i hvert af årene 2023 og 2024. Der er tale om overslag med stor usikkerhed, blandt andet som følge af, at implementering vil ske i samarbejde med kommuner og almen praksis.

Bilag 6 indeholder overslag over de budgetmæssige konsekvenser af akutplanen fordelt på indsatser.

Tabel 4. Overslag over driftsudgifter og anlægsudgifter i alt

	2022	2023	2024	2025
Driftsudgifter i alt (overslag)	6,6	10,8	15,2	18,6
Anlægsudgifter i alt (overslag)	3,2	1,0	1,0	-

Finansieringsbehov og forudsætninger herfor indgår i regional budgetproces 2022.

Bilag 1. Kommissorium for akutplan 2020

Baggrund

I budgetforliget for Region Syddanmark fremgår det, at der skal arbejdes med en ny akutplan:

"Sundhedsstyrelsen ventes i 2019 at afslutte arbejdet med gennemgang af og formulering af anbefalinger for styrket akut behandling, herunder anbefalinger vedr. det præhospitale område, akutmodtagelserne (somatik og psykiatri), almen praksis, og den akutte indsats i kommunerne. Danske Regioner har formuleret udspillet "Når du har brug for os", som bl.a. indeholder forslag om ét fælles landsdækkende akutnummer og ideer til let og tilgængelig adgang til skadesbehandling.

Der udarbejdes forslag til en akutplan for Region Syddanmark, som bl.a. skal omsætte de nationale udspil og anbefalinger til konkrete regionale tiltag. I forslaget til akutplan skal potentialet for øget sammenhæng på tværs af og mellem sektorer undersøges med henblik på, at borgere med akut opstået sygdom eller skade får rette tilbud, uanset om det er hjælp til egenomsorg, hjælp fra kommunal akutfunktion, besøg hos eller af egen læge eller vagtlæge, akut ambulans besøg på sygehus eller indlæggelse. I arbejdet skal også indgå erfaringer fra fx Region Midtjylland, som viser, at kvalificeret "fast track" for hjertepatienter – via FAM eller udenom FAM – kan give færre og kortere indlæggelser for hjertepatienter.

Sundhedsudvalget, Psykiatri- og Socialudvalget, Udvalget for det nære sundhedsvæsen samt Præhospitalsudvalget bidrager med konkrete tiltag til forslag til akutplan."

Region Syddanmarks akutplan fra 2007 formede den samlede sygehusstruktur i Region Syddanmark. Akutplanen for 2020 vil bygge videre på dette grundlag.

Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger forventes ikke at medføre store strukturelle ændringer i akutstrukturen, men til gengæld fokuseres der på sammenhæng i de akutte patient forløb.

Arbejdet med udarbejdelse af en akutplan for Region Syddanmark vil derfor også have sammenhæng til samarbejdet mellem kommuner og sygehuse, som er beskrevet i sundhedsaftalen for 2019 – 2021, til overenskomsten med praktiserende læger – herunder lægevagtsberedskabet – og til psykiatriplanens implementering.

Formål

Formålet med akutplan 2020 er, at fastlægge hvordan Region Syddanmark skal implementere Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det akutte arbejde og Danske Regioners akutudspil "når du har brug for os."

Sundhedsstyrelsen har et 10-årigt perspektiv for sine anbefalinger. Derfor vil man i implementeringen af akutplanen for Region Syddanmark løbende skulle tage højde for ny viden og nye tiltag herfra. Endelig skal Region Syddanmark tage stilling til en fødeplan, en hjerteplan og en beredskabsplan. Alle disse områder har snitflader til den akutte indsats, hvorfor en koordinering af planarbejdet vil være nødvendig.

Det overordnede spor for arbejdet med akutplanen vil være at reducere usikkerheden om visitation og behandling af patienter, der kan benytte flere dele af sundhedsvæsenets akutte tilbud. Akutplanen skal således adressere arbejdet med den komplekse patient og de patienter, hvor der er usikkerhed om, hvor og hvordan de kan tilbydes den bedste behandling i den akutte situation.

Der kan identificeres følgende spor for arbejdet:

1. Forløb for akutte hjertepatienter
2. Koordinering af visitationen af den akutte patient på tværs af sektorer
3. Det akutte patientforløb for psykisk syge og psykisk sårbare patienter
4. Lægevagtsfunktionen og samarbejdet med sygehusene
5. Overvejelser om efterfølgende styrkelse af det præhospitale område

Leverancer

Leverancerne i arbejdet med akutplanen vil være:

- Status for implementeringen af akutplan 2007 og kortlægning af hvor Region Syddanmark er i forhold til Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger og udspil fra Danske Regioner.
- Beskrivelser af konkrete indsatser:
 - o Styrke koordineringen og visitationen af det akutte arbejde mellem den AMK-vagtcentralen, praksis, lægevagten, de fælles akutmodtagelser og kommunerne med henblik på at reducere usikkerheden for de patienter, hvor der er behov for styrket samarbejde mellem parterne.
 - o Styrke det akutte patientforløb for psykiatriske og psykisk sårbare patienter gennem bedre koordinering og samarbejde mellem de fælles akutmodtagelser og de psykiatriske akutte modtagelser. Dette med henblik på at reducere uligheden i de akutte tilbud til akutte patienter på tværs af somatik og psykiatri
 - o Udvikling af fast-track for akutte hjertepatienter enten gennem eller udenom FAM.
 - o Styrke lægevagten, herunder patientsikkerheden i lægevagtskonsultationerne
 - o På baggrund af ovenstående arbejde med konkrete indsatser skal det efterfølgende vurderes, om indsatserne nødvendiggør en styrkelse af det præhospitale område.

I udgangspunktet forventes tiltagene at skulle finansieres inden for de eksisterende rammer på sygehusene, praksis og det samlede præhospitale område.

Organisation

Det foreslås, at der nedsættes en styregruppe for arbejdet bestående af:

Kurt Espersen	Koncerndirektør, Region Syddanmark (formand)
Peter Barkholt	Speciallæge i almen medicin – formand for PLO Syddanmark
Charlotte Scheppan	Sundhedschef, Odense Kommune
Irene Ravn Rossavik	Social- og sundhedsdirektør, Middelfart Kommune
Anna-Marie Bloch Münster	Lægelig direktør, Sydvestjysk Sygehus
Ole Rytto	Sygeplejefaglig direktør, Psykiatrisygehuset
Eva Nielsen	Sygeplejefaglig direktør, Sygehus Sønderjylland
Michael Dall	Lægelig direktør, Odense Universitetshospital
Helle Adolfsen	Sygeplejefaglig direktør, Sygehus Lillebælt
Gitte Jørgensen	Præhospital chef, Region Syddanmark
Kurt Æbelø	Afdelingschef, Tværsektorielt samarbejde
Helene Vestergaard	Afdelingschef, Sundhedsplanlægning
Frank Ingemann Jensen	Afdelingschef, Praksisafdelingen

Styregruppen refererer til Koncernledelsesforum

Styregruppen sekretariatsbetjenes af medarbejdere fra Sundhedsplanlægning, Praksisafdelingen og evt. sygehusenes stabsfunktioner.

Styregruppen nedsætter et antal specifikke arbejdsgrupper og koordinerer deres arbejde med henblik på at samle alle bidrag til en samlet akutplan. Det forventes, at der bliver tale om et antal arbejdsgrupper svarende til de første fire konkrete indsatser. Sygehusdirektører forventes at tage formandskabet i disse grupper.

FAM-følgegruppen, præhospitale fora og følgegruppen for behandling og pleje under Det Administrativt Koordinationsudvalg involveres løbende mhp. input til arbejdsgruppernes og styregruppen arbejde.

UDKAST

Bilag 2. Samlet oversigt over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats

1. Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation ved akut opstået sygdom og skade, som i dag er organiseret i lægevagtsordninger/regionale akuttelefoner, kommunale funktioner og AMK-vagtcentraler, styrkes ved en større grad af samarbejde og kendskab til hinandens tilbud samt ved eventuel samlokalisering i fælles visitations- og vagtcentraler. Disse kan samle både 112-opkald vedrørende akutte livstruende tilstande og 113-opkald vedrørende øvrige henvendelser på sundhedsområdet (aktuelt opkald til lægevagt/Akuttelefonen 1813 mm.). Hvis opgaven vedrørende 113-opkald ikke samlokaliseres med den øvrige borgerrettede visitation, vil det være hensigtsmæssigt, at de i stedet placeres sammen med akutklinikker. Der kan også ses på, om samlokalisering og samorganisering kan bidrage til øget samarbejde også i relation til nogle kommunale funktioner, hvor de enkelte aktører og myndigheder bevarer opgaver fastlagt i love, aftaler m.v., men indgår i tæt samarbejde i fastlagte rammer.

2. Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation

At samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation på tværs af udbydere og sektorer styrkes, således at borgeren får rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser, uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis, lægebesøg i hjemmet, fremmøde i regional akut- eller skadeklinik, sub-akut ambulant tid på sygehus eller indlæggelse. Rammerne for samarbejdet kan for eksempel styrkes gennem et meget tættere og mere formaliseret samarbejde mellem den sundhedsfaglige visitation med udgangspunkt i regionernes AMK-vagtcentraler, akutmodtagelsen, sygehusvisitation, og kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, med faste samarbejdsaftaler om smidig visitation på tværs af sektorer og etablering af fælles faglige undervisningstilbud. Potentialer i samlokalisering af visitationsenheder bør afprøves.

3. Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom

At visitationen af patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer m.v., herunder også patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Nationalt bør der udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud, som samtidigt sikrer, at der for særlige patientgrupper, situationer m.v. fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse. Der kan med fordel etableres et tæt samarbejde mellem den akutte indsats i regionerne og den psykosociale indsats i kommunerne eksempelvis via sundhedsaftalerne.

4. Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid vedrørende somatisk og psykisk sygdom, der ikke er livstruende og tidskritisk, med fordel kan varetages i et tæt tværfagligt samarbejde, som både omfatter speciallæger i almen medicin, eller speciallæger med tilsvarende kompetencer, samt sygeplejersker med relevant erfaring og kompetencer.

5. Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen

At AMK-vagtcentralernes borgerrettede telefoniske visitation ved tidskriske tilstande varetages af sundhedsfaglige visitatorer med særlige kompetencer, og med mulighed for lægefagligt backup fra speciallæger med relevante kompetencer. Derudover skal AMK-vagtcentralen i relevant omfang have umiddelbar adgang til speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats (præhospital akutlæge) der kan varetage operativ ledelse og koordinering ved større hændelser.

6 Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer

At kommunen ved akut forværring af sygdom eller funktionsniveau hos borgere, der modtager kommunal sygepleje, inddrager særlige sygeplejekompetencer fra eksempelvis akutfunktioner før eventuel kontakt til andre dele af den borgerrettede visitation. Herunder til vurdering af, om der er tale om problemstillinger, som kan håndteres af sygeplejen inden for allerede fastlagt behandlingsplan og til kvalificering af den sygeplejefaglige vurdering af borgerens tilstand før videre kontakt.

7 Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation tilrettelægges mest hensigtsmæssigt i forhold til at sikre tilgængelighed og ressourceanvendelse, herunder ved afprøvning af mulighed for at angive særligt behov ("akutknop") med henblik på prioriteret adgang.

8 Ensartet organisering i akutklinikker og skadeklinikker

At lægebemandede almen medicinske konsultationer, som i vagttid varetager akut opstået og forværret sygdom samt mindre skader m.v., som ved telefonvisitation vurderes ikke at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente til en indsats næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium, i fremtiden bør benævnes 'akutklinik'. Sygeplejebemandede behandlingssteder som udelukkende varetager behandling af visiterede småskader uden lægelig tilstedeværelse bør benævnes 'skadeklinik'. Betegnelsen 'skadestue' bør forlades, da den kan skabe uklarhed om tilbud og kompetenceniveau.

9 Kompetencer og lokalisering af akutklinikker

At behandlingen på akutklinikker varetages af speciallæger i almen medicin eller læger med tilsvarende kompetencer i samarbejde med sygeplejersker, gerne med uddannelse inden for det akutmedicinske område, og andre relevante faggrupper med særlig kompetence. Ved inddragelse af øvrige speciallæger til varetagelse af almen medicinske konsultationstilbud i vagttid, herunder til skader, særlige patientgrupper som børn m.v., skal dette være velbegrundet, og ske under hensyntagen til den mest hensigtsmæssige opgavevaretagelse og ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen. For at sikre tæt samarbejde med mulighed for deling af udstyr, kompetencer og ressourcer, og for hurtig og let videre visitation, kan akutklinikker med fordel placeres på akutsygehuse samlokalisert med akutmodtagelser. Modeller med fælles data- og kvalitetsorganisation, enstrenget ledelse m.v. bør udvikles og afprøves. For akutklinikker, der placeres uden for akutsygehuse af hensyn til for eksempel geografisk bredde i tilbud, bør der sikres faste samarbejdsaftaler med akutsygehus, så der sikres hurtig overflytning dertil ved behov for indlæggelse til sygehusbehandling.

10 Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid

At samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og de almen medicinske tilbud i vagttid styrkes og udvikles, herunder muligheden for at der indgås nærmere aftaler om samarbejdet i relation til eksempelvis sygebesøg.

11 Disponering af præhospital akutlæge

At der for patienter med tidskritiske tilstande, herunder hjertestop, hovedtraume og andre svære traumer, sikres hurtig adgang til præhospital behandling, visitation og triage ved præhospital akutlæge. Den præhospital akutlæge kan disponeres til skadested med akutlægebil eller med akutlægehelikopter, der regionalt bør planlægges på baggrund af nationale faglige principper som blandt andet tager hensyn til geografi, trafikforhold, befolkningstæthed, sygdoms- og skademønstre, samt biler og helikopteres indbyrdes placering.

12 Anvendelsen af akutlægehelikopter

At akutlægehelikoptererne fortsat prioriteres til tidskritiske tilstande og skader, men fremover også kan bruges i udvalgte tilfælde ved akutte og sub-akutte overflytninger mellem sygehuse til kritisk syge patienter, der har behov for behandling på højere specialiseringsniveau, og hvor tidsfaktoren er vigtig.

13 Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem

At uddannelserne til ambulancebehandler på sigt evalueres med fokus på opnåede kompetencer, rekruttering, fastholdelse, karriereudviklingsmuligheder m.v. Evalueringen bør perspektiveres i forhold til både den faglige og teknologiske udvikling på det præhospitalt område og den generelle udvikling i sundhedsvæsenet, herunder paramedicineres muligheder for videre karriereforløb i sundhedsvæsenet. Som opfølgning på evalueringen bør Sundhedsstyrelsen sammen med relevante myndigheder og aktører drøfte behov og muligheder for at styrke paramedicinerens rolle, herunder undersøge, hvordan man kan sikre udvikling og løft af kompetence. I den forbindelse bør det vurderes, om der på sigt skal ske justeringer i uddannelsen, herunder yderligere styrkelse af efter- og videreuddannelsen til paramediciner.

14 Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom

At regionerne i vagttid etablerer rådgivende og evt. udgående funktioner med særlige sundhedsfaglige kompetencer i forhold til akut indsats til patienter med psykisk sygdom i risiko for akut indlæggelse eller tvangsindlæggelse med henblik på at styrke en tidlig og tilgængelig indsats.

15 Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner

At der på tværs af landet sikres fortsat udvikling af den kommunale sygepleje i forhold til at indgå i samarbejdet omkring den akutte patients forløb. Erfaringer med implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017 skal vurderes med henblik på en opdatering af anbefalingerne, herunder i forhold til om der skal etableres bindende krav fx således, at alle kommuner skal kunne tilbyde indsatser i kommunale akutfunktioner ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at etablere kommunale akutfunktioner. Derudover bør det sundhedsfaglige tilbud i de kommunale akutfunktioner på sigt også kunne omfatte andre problemstillinger end de rent somatiske, og der bør sikres samarbejde med den kommunale psykosociale indsats, ligesom der bør sikres ensartet mulighed for lægefaglig rådgivning til alle kommuner. Det vil desuden være hensigtsmæssigt at se på, hvordan den samlede kommunale sygepleje kan rustes i varetagelsen af den komplekse sygepleje for dermed at give kommunerne bedre muligheder for at agere i den akutte sundhedsindsats.

16 Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud

At samarbejdsformer mellem regionale akuttilbud og den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner opbygges og udvikles, eksempelvis på baggrund af læring fra erfaringerne med fremskudt kommunal visitation på akutsygehuset, tværsektoriel kompetenceudvikling, fælles retningslinjer og kommunikationsveje mellem regionale og præhospitalt organisationer og den kommunale sygepleje. Samt at der sikres klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten.

17 Akutsygehusets opgaver

At et akutsygehus som varetager både somatik og psykiatri døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner.

At et somatisk akutsygehus døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af somatisk skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret somatisk sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner. At et psykiatrisk akutsygehus døgnet rundt

skal kunne modtage alle patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom samt patienter med psykisk belastning, der kræver akut intervention.

Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør kun modtages på sygehusematrikler med børne- og ungdomspsykiatri.

At alle akutsygehuse skal:

- kunne sikre umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau for alle akutte patienter. For psykiatriske akutsygehuse skal umiddelbar diagnostik og behandling varetages af relevante lægelige kompetencer
- have faciliteter og kompetencer til at stabilisere patienter, at sikre relevant umiddelbar udredning og diagnostik, at iværksætte og behandle intensivt og til at udføre livreddende og førlighedsbevarende behandling
- have klare procedurer for overdragelse og samarbejde:
 - fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
 - til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuset og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor
 - fra akutmodtagelse til kommunalt tilbud
 - mellem henholdsvis psykiatrisk akutmodtagelse og de psykiatriske specialer og somatisk akutmodtagelse og somatiske specialer i øvrigt
- tilbyde den specielle pleje og behandling, der skal ydes til ældre og skrøbelige patienter i form af eksempelvis rolige omgivelser og kendskab til ældres ændrede klinik og behov i forbindelse med behandling.

18 Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000

At akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, fortsat skal planlægges ud fra et befolkningsunderlag på 200.000 - 400.000 borgere for så vidt angår hovedfunktionsniveau. På baggrund af faglige, driftsmæssige og geografiske forhold kan det være hensigtsmæssigt at planlægge akutte hovedfunktioner med et større befolkningsunderlag end 400.000. For udvalgte grupper af patienter med akut opstået sygdom eller skade med en vis kompleksitet, sjældenhed og særlige krav til kompetencer og ressourcer skal funktioner på akutsygehuse planlægges ud fra et større befolkningsunderlag, som fastlægges i Sundhedsstyrelsens specialeplan.

19 Befolkningsunderlag under 200.000

At hvor helt særlige geografiske forhold gør det nødvendigt og fagligt hensigtsmæssigt at kunne modtage patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade til sygehusbehandling, kan akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, undtagelsesvist planlægges med befolkningsunderlag mindre end 200.000. Disse mindre akutsygehuse med særlige geograf forntes ikke at have fuld bredde i kompetencer og vagtberedskaber, og skal derfor indgå i et fastlagt samarbejde med et eller flere større akutsygehuse med henblik på at sikre optimal præhospital visitation samt understøttelse af varetagelsen af akutfunktioner.

20 Krav til traumesygehuse

At traumesygehuse skal kunne modtage alle typer af akut opstået somatisk sygdom og skade, også tilstande hvor kompleksitet, sjældenhed, kompetencer, ressourcer m.v. tilsiger behandling på højt specialiseret niveau, fraset enkelte funktioner der i henhold til den gældende specialeplan er samlet ét eller få steder i landet som eksempelvis replantation af afrevne fingre, børnehjertekirurgi, trykkammerbehandling m.v. Da terminologien omkring traumefunktioner er uklar, og der kan være behov for præcisering af krav til kompetencer og robusthed, skal relevante specialevejledninger revideres.

21 Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling

At modtagelse til sygehusbehandling af patienter med skader, eller med akut opstået eller forværret sygdom, både psykisk og somatisk, skal være visiteret. For udvalgte patientgrupper og tilstande, for eksempel fødsel, akut forværring af kendt sygdom, selvmordsforsøg, seksuelle overgreb m.v. kan selvvisitation være hensigtsmæssigt, og der bør foreligge klare retningslinjer og patientinformation eksempelvis for brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v.

22 Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehus

At alle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade skal modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehuset. Dog kan det for udvalgte patientgrupper, for eksempel kvinder i fødsel, præhospitalt diagnosticeret akut koronarsygdom, eller indlæggelse med tvang i henhold til psykiatriloven, være relevant med modtagelse direkte på specialafsnit, og der bør foreligge klare procedurer samt relevant patientinformation fx for brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v. I akutmodtagelsen bør der sikres omgivelser, som tager hensyn til forskellige typer patienters behov, herunder eksempelvis børn og ældre medicinske patienter. Specialsygehuse kan dog i begrænset omfang varetage behandling af akut opstået sygdom og skade.

Se også anbefaling 23.

23 Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse

At patienter med medicinske sygdomme i et vist omfang kan modtages akut på specialsygehuse, dog kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner fx patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb. Der kan herudover i mindre omfang modtages visiterede akutte medicinske patienter med nyopstået sygdom, dog aldrig såfremt det drejer sig om børn eller ved mistanke om sygdom, der er defineret som en specialfunktion fx mistanke om meningitis, sepsis mv. Såfremt der modtages akutte patienter på specialsygehus, skal der være adgang til relevante lægefaglige specialer med mulighed for assistance fra speciallæge i anæstesiologi umiddelbart. Derudover skal der foreligge klare visitationsretningslinjer og en fast samarbejdsaftale med et akutsygehus.

24 Krav til assistance i akutmodtagelsen

At der i den fælles akutmodtagelse på et somatisk akutsygehus eller et akutsygehus, der varetager både somatik og psykiatri, altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæge med særlige kompetencer og erfaringer i vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med skade samt akut opstået eller forværret sygdom. Disse kompetencer opfyldes af det nye speciale i akutmedicin, og af andre speciallæger med relevant erfaring og kompetencer. I den fælles akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mf., samt sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte patienter, der på sigt opfyldes af ny specialuddannelse i akutsygepleje. Såfremt der er tale om en somatisk akutmodtagelse, skal der derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den psykiatriske akutmodtagelse.

Krav til assistance på akutsygehuset er beskrevet i anbefaling 26, 27 og 28.

25 Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse

At der hvor det ikke er geografisk muligt at samlokalisere somatik og psykiatri, på den psykiatriske akutmodtagelse skal sikres assistance umiddelbart af relevante lægelige kompetencer til at sikre vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med psykisk sygdom, som kræver akut intervention, samt akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Det skal derudover være mulighed for at få assistance inden for kort tid af speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri. I den psykiatriske akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mf., samt sygeplejersker med

særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte psykiatriske patienter. Der skal derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den somatiske akutmodtagelse.

26 Krav til assistance på somatisk akutsygehus

At der på akutsygehuset med somatiske funktioner altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de ni specialer inden for intern medicin, kirurgi, samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen. Ved modtagelse af børn bør der være mulighed for assistance fra plejepersonale uddannet til at varetage børns behov. Der skal være mulighed for assistance inden for kort tid fra intern medicin: kardiologi; såfremt akutsygehuse med særlig geograf, ikke har mulighed for dette, skal der etableres formaliseret samarbejde med andet akutsygehus omkring telemedicinsk løsning, hvormed der sikres mulighed for direkte kontakt til speciallæge i intern medicin: kardiologi inden for kort tid. Som udgangspunkt skal der også være assistance umiddelbart af speciallæger i ortopædisk kirurgi, men lokalt kan der afviges herfra efter konkret vurdering af omfang og tyngde af skader, akutmedicinsk tilstedeværelse og kompetencer m.v., således at der er mulighed for assistance inden for kort tid. Skrøbelige ældre udgør en væsentlig andel af patienterne og kræver en særlig indsats og forløb. Det bør derfor tilstræbes, at der er adgang til tværfaglig geriatrisk ekspertise i dagtid alle ugens dage.

27 Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri

At der på akutsygehuset med både somatiske og psykiatriske funktioner og med fælles akutmodtagelse udover ovennævnte skal etableres faste aftaler for samarbejdet mellem akutmedicin og psykiatriske specialer, og det skal være muligt at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

28 Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus

At der på akutsygehuset med psykiatriske funktioner skal være mulighed for at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

29 Flow på akutsygehuset

At arbejdet på akutsygehuset døgnet rundt skal være tilrettelagt således, at der er tilstrækkelige kompetencer til faglig ledelse af patientflowet i akutmodtagelsen og på hele akutsygehuset, således at der sikres systematik i visitation og den bedst mulige udnyttelse af kapaciteten både i og uden for sygehus. Lokalt skal der ledelsesmæssigt sikres relevante aftaler om vagtberedskab og adgang til tilkald, disponering af sengekapacitet, udskrivning m.v.

30 Adgang til centrale patientoplysninger på tværs

At administrative, tekniske og organisatoriske forhold fortsat udvikles således, at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats umiddelbart kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger på tværs af sektorer, med inspiration fra gode erfaringer med FMK og Et Samlet Patientoverblik.

31 Sammenhæng mellem dokumentationssystemer

At der sikres større sammenhæng mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, så væsentlige informationer udveksles, herunder også elektronisk billeddokumentation.

32 Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer

At anvendelsen og kvaliteten af data styrkes på tværs af sektorer, herunder også kommuner og almen praksis, samt at relevante kvalitetsdatabaser udvikles og styrkes med henblik på at sikre national kvalitetsudvikling i det sammenhængende patientforløb.




33 Styrket udvikling og implementering af nye teknologier






At udvikling og implementering af nye teknologier styrkes i alle led i den akutte indsats. Herunder styrkelse af videnscentre, forsknings- og innovationsmiljøer, ved etablering af netværk på tværs af land og sektorer, samt ved hurtig vurdering og implementering af teknologiske løsninger, der kan øge kvaliteten.

UDKAST

Bilag 3. Oversigt over anbefalinger, status i Region Syddanmark og forslag til nye indsatser i akutplanen










Forklaring til farvemarkering

Status planlægning	Forklaring
	Lever ikke op til anbefalinger og er ikke planlagt.
	Afventer andet arbejde
	Vurderes tilstrækkeligt opfyldt, eller forslag indgår i akutplan.

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
1. Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation	AMK-vagtcentral er delvis bemandet med læge i dagtid (½ stilling). Arbejdet med 1-1-3 er sat i bero. Teknologisk udvikling afventes.	Visitationsplads i AMK-vagtcentralen bemannes af en vagtlæge i vagttid (7.1)	
2. Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation	Odense Kommunes akutteam er placeret på FAM OUH.	Gradvist styrket samarbejde med kommunerne via de nye akutte visitationenheder (6.1)	
3. Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom	Region Syddanmark har opretholdt mulighed for at borgere uvisiteret kan henvende sig.	Afventer udmelding om nationale principper	
4. Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation	I Region Syddanmark er lægevagten henlagt til PLO. Visitationen sker ved almen medicinsk speciallæge.		
5. Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen	Den sundhedsfaglige visitator i AMK-vagtcentralen er i Region Syddanmark en	Etablering af visitationsplads i AMK-vagtcentralen, der	

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
	<p>sygeplejerske med særlig erfaring og kompetencer.</p> <p>I Region Syddanmark er der normeret en ½ tilstedeværende læge i vagtcentralen i dagtid. AMK har mulighed for at kontakte akutlæger.</p> <p>Delestilling mellem AMK-vagtcentral og det kommunale akutteam i Odense Kommune i form af en sygeplejerske.</p>	bemandes af en vagtlæge (7.1)	
6. Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer	Retter sig mod kommunerne.		
7. Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation	Status vedr. akutknop undersøges.		●
8. Ensartet organisering i akutklinikker og skadeklinikker	<p>Lægevagtskonsultationer skal betegnes akutklinikker,</p> <p>Skadestuefunktion i Vejle og Sønderborg skal have ny betegnelse, evt. skadeklinik med lægelig back-up.</p> <p>Skadeklinikker i Grindsted og Tønder kan beholde deres betegnelse.</p>		●
9. Kompetencer og lokalisering af akutklinikker	<p>Lægevagtskonsultationer bemandes af speciallæger i almen medicin.</p> <p>Der er brobyggerordninger ved akutsygehusene samt i Vejle og Sønderborg, hvor sygeplejersker binder lægevagt og sygehusets akutfunktioner sammen.</p>	<p>Modernisering af lægevagtskonsultationer. (7.4)</p> <p>Forsøgsprojekt med integration og samdrift mellem lægevagt og sygehusfunktioner (7.2)</p> <p>Samarbejde, sammenhæng og samdrift i akutfunktioner på sygehus og i lægevagten (7.2)</p>	●

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
10. Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid	Lokalaftaler for almen praksis om besøg i hjemmet.	Udvikling af samarbejde mellem lægevagt og kommunal sygepleje (7.3)	●
11. Disponering af præhospital akutlæge	Opfyldt		●
12. Anvendelsen af akutlægehelikopter	Opfyldt		●
13. Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem	Afventer nationalt arbejde		●
14. Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom	Der er etableret en døgndækket akut psykiatrisk udrykningstjeneste i Region Syddanmark. Der er etableret en mobil psykiatrisk skadestuefunktion.		●
15. Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner	Retter sig mod kommunerne.		
16. Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud	Der eksisterer en række samarbejde, eksempelvis er Odense Kommunes akutteam placeret på FAM OUH.	Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospital behandling i eget hjem (6.6) Fælles viden, kompetencer og samarbejde på tværs af sektorer (6.7)	●
17. Akutsygehusets opgaver	Opfyldt. Samarbejdsaftaler og visitationsretningslinjer under gennemgang.		●
18. Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000	Opfyldt, når Nyt OUH står færdigt og OUH Svendborg Sygehus skifter status.		●

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
19. Befolkningsunderlag under 200.000	Opfyldt.		
20. Krav til traumesygehuse	Opfyldt OUH		
21. Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling	Somatik altid visiteret. Afventer udmelding om nationale principper vedr. visitation af patienter med akut psykisk sygdom	Afventer udmelding om nationale principper vedr. visitation af patienter med akut psykisk sygdom.	 
22. Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehus	Opfyldt		
23. Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse	Visitationsretningslinjer gennemgås.	Visitationsretningslinjer mellem akutsygehus og specialsygehus (6.2)	
24. Krav til assistance i akutmodtagelsen	Opfyldt. Gradvis anvendelse af nyt speciale i akutmedicin og specialuddannelse i akutsygepleje.		
25. Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse	Opfyldt Der er akut psykiatrisk modtagelse af voksne i Vejle, Aabenraa, Odense og Esbjerg Der er akut psykiatrisk modtagelse af børn i Odense og Esbjerg.	Værktøjer til forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (6.4) Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (6.5)	
26. Krav til assistance på somatisk akutsygehus	Opfyldt.		

Anbefaling	Status	Forslag i akutplanen	Status
27. Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri	Opfyldt.	Etablering af akutte visitationsenheder ved akutmodtagelser (6.1) Værktøjer til forbedret visitation mellem somatik og psykiatri (6.4) Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (6.5)	●
28. Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus	Opfyldt.	Bedre koordinering mellem somatik og psykiatri (6.5)	●
29. Flow på akutsygehuset	Alle akutsygehusene har organiseret det daglige arbejde med at sikre flow omkring flow-masters og centrale koordineringsfunktioner.		●
30. Adgang til centrale patientoplysninger på tværs		Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer (6.8)	●
31. Sammenhæng mellem dokumentationssystemer		Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer (6.8) Forebygge indlæggelse og forbedre den præhospital behandling i eget hjem (6.6)	●
32. Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer		-Styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer (6.8)	●
33. Styrket udvikling og implementering af nye teknologier	Syddansk Sundhedsinnovation fungerer som videnscenter i Region Syddanmark. Innovation & MTV, Odense Universitetshospital gennemfører medicinske teknologivurderinger.		●

Bilag 4. Eksempler på projekter til forebyggelse af indlæggelse af ældre sårbare borgere mv.

Nedenfor skitseres nogle af de projekter, der er gode erfaringer med eller som er igangsat med det formål blandt andet at forebygge indlæggelse af ældre, sårbare borgere.

Projektet ”Tværsektorielt samarbejde omkring forebyggelse af indlæggelser i FAM, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg”

I projektet identificerer en tværkoordinerende sygeplejerske i FAM patienter der gennem dialog med praktiserende læge kan visiteres til en klinisk sygeplejefaglig vurdering ved det kommunale akutteam i Varde, Vejen og Billund kommuner.

Målsætningerne er at:

- Undgå unødvendige indlæggelser
- Styrke det tværsektorielle samarbejde mellem de kommunale akutteams og FAM
- Sikre patienten et sammenhængende patientforløb
- Udbrede kendskabet til indsatser i de kommunale akutteams
- Anvende virtuelle værktøjer til at understøtte de tværsektorielle overgange for patienter.

Målgruppen er patienter i alderen 65 til 80+, som visiteres til FAM af praktiserende læge i dagtimerne fra mandag til fredag, og som er bosat i Varde, Vejen eller Billund kommuner. Den tværkoordinerende sygeplejerske har kommunal erfaring og stor viden om de kommunale akutteams, herunder deres ydelser og organiseringsform.

Når praktiserende læge visiterer en patient til FAM vurderer den tværkoordinerende sygeplejerske, om patienten er i målgruppen for akutteamets sygeplejefaglige udredning. Såfremt den praktiserende læge ønsker en sygeplejefaglig vurdering ved akutteamet, koordineres kontakten til det relevante akutteam af den tværkoordinerende sygeplejerske. Hvis akutteamet i samarbejde med de praktiserende læger fortsat finder indlæggelses nødvendig, koordineres dette af den tværkoordinerende sygeplejerske.

Den tværkoordinerende sygeplejerske vil på daglig basis have kontakt med den daglige ”tovholder” i akutteamet for vurdering af dagens kapacitet. Hver 14. dag vil der være virtuelle møder af ½ times varighed mellem den tværkoordinerende sygeplejerske og lederne af kommunernes akutteams. Projektet blev igangsat i november 2020, og der laves en evaluering af projektet i maj 2021. På baggrund af evalueringen vurderes det, hvorvidt projektet stopper eller går i drift.

[Obs på opdatering af tekst, da det er et igangværende projekt]

Projektet "Kom trygt hjem"

Projektet "Kom trygt hjem" var et samarbejde mellem akutsygeplejerskerne og plejecentrene i Kolding og Fredericia Kommune og Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 på Sygehus Lillebælt i Kolding. Projektet omhandlede patienter med hoftenært lårbensbrud, som blev udskrevet til et plejecenter.

Projektet bestod af 3 dele:

- Et "Dag-til-dag-program" som var grundlag for plejecenterets pleje de første 6 dage efter udskrivelsen samt dag 14. Programmet indeholdt anvisninger ift. målinger, observationer og handlinger. Hensigten med programmet var at sikre en systematisk forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom og komplikationer
- En besøgsprotokol for kommunale akutsygeplejersker som indebar, at der blev gennemført planlagte besøg hos patienten på dag 3, 6 og 14 efter udskrivelsen samt ved behov. Hensigten var at øge kompetenceniveauet på plejecentret ved besøg af kommunale akutsygeplejersker.
- Et styrket samarbejde mellem kommunale akutsygeplejersker og læger/sygeplejersker fra Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1. Sygehuset var behandlingsansvarlig 14 dage efter udskrivelsen og varetog behandlingen i samarbejde med den kommunale akutsygeplejerske.

Af rapporten om projektet fremgår det at: "Projektet viste en klinisk signifikant stigning i overlevelsen indenfor 30 dage fra 87 % til 94 %, en signifikant reduktion i antallet af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage fra 30 % til 14 %, samt en signifikant højere livskvalitet, målt med EQ5D".

Tidsperioden for projektet var fra den 1. januar 2018 til den 31. juli 2020. Der var tale om et ikke-randomiseret interventionsstudie. 252 patienter deltog i projektet, fordelt med 100 patienter i interventionsgruppen (Kolding og Fredericia Kommune) og 152 patienter i kontrolgruppen (Vejle, Vejen og Middelfart Kommune.) De to grupper var ens i forhold til demografi og indlæggelsestid.

Ph.d.-projektet ”Forløbet ved akut sygdom hos plejehjemsbeboeren – Viden, udvikling og intervention”

Formålet med ph.d.-studiet er at forbedre forløbet for den akut syge plejehjemsbeboer. Ved at opdage tegnene på begyndende sygdom tidligt og ved øget samarbejde mellem plejehjem, pårørende, praktiserende læge og sygehusene er forventningen, at mange indlæggelser kan forebygges.

I den første del af studiet beskrives det hvor mange, hvornår, hvordan og hvorfor borgere fra plejebolig indlægges akut. Alle plejehjemsbeboere i en given periode inkluderes. Herudover laves der en grundig gennemgang af forløbet for 100 akutte indlæggelser, hvor det belyses hvilke faktorer der fører til akut indlæggelse af plejehjemsbeboere.

I den anden del af studiet præsenteres viden fra første del af studiet for praktiserende læger, specialister i ældre medicin, plejehjems personale, plejehjemsbeboere og pårørende. På baggrund heraf udvikles interventioner og nye modeller, som i fremtiden kan forbedre forløbet for plejehjemsbeboeren under et akut sygdomsforløb.

I tredje del af studiet afprøves nogle af interventionerne på enkelte plejehjem under løbende evaluering og tilpasning for at vurdere effekten.

Projektet forventes afsluttet med udgangen af 2023.

[Obs på opdatering af tekst, da det er et igangværende projekt]

Ph.d.-projektet ”Prevention of AcuTe admISSION Algorithm (PATINA) – Effekten af en notifikationsalgoritme og et digitalt beslutningsstøtteværktøj”

Formålet med ph.d.-projektet er at undersøge om en algoritme, baseret på stigninger i visiteret hjemmepleje over tid, får hjemmesygeplejen til proaktivt at opspore og forebygge begyndende akut sygdom på et tidligere tidspunkt, hvorved akut indlæggelse kan undgås. Algoritmen anvender data fra det kommunale sundheds- og omsorgsydelses system, og dens effekt undersøges vha. et multicenter stepped wedge cluster-randomiseret kontrolleret studie (SW-CRT) i Odense, Kerteminde og Svendborg kommuner. Studiet er igangværende og afsluttes til maj 2021, hvor det forventes at inkludere 6500 borgere. Der kobles til registerdata for at måle det primære outcome mål: akut indlæggelse.

Resultaterne forventes at foreligge i løbet af 2022.

Projektet "FAM Odense akutlægebil – Udrykning til plejehjem i Odense Kommune"

FAM på Odense Universitetshospital har etableret en akutlægebil bemandet med en speciallæge fra FAM til at tilse akut syge plejehjemsbeboere i Odense Kommune. Alle plejehjemsbeboere i Odense Kommune, hvortil der rekvireres ambulance til akut indlæggelse inkluderes i projektet. Når AMK kontaktes alarmeres FAM-bilen og Odense Kommunes akutteam. Begge parter kører til plejehjemmet. I hvert enkelt tilfælde vurderes det, om der skal sendes en ambulance med.

På plejehjemmet foretager FAM-lægen klinisk vurdering, stabilisering og diagnostik. Der fastlægges en behandlingsplan og tages stilling til, om patienten kan behandles på plejehjemmet, eller om en indlæggelse er nødvendig. FAM har behandlingsansvaret for plejehjemsbeboeren indtil patienten overgår til egen læge igen. Behandlingen varetages i et samarbejde mellem Odense Kommunes akutteam og akutlægen. FAM standard blodprøver mv. transporteres i akutlægebilen til OUH mhp. analyse eller der foretages analyser på stedet.

Ud over akutteamet i Odense Kommune og AMK-vagtcentralen arbejdes der tæt sammen med almen praksis, lægevagten og Ambulance Syd.

I projektet er der fokus på:

1. Andelen af patienter, der kan færdigbehandles på plejehjemmet og derved ikke kræver indlæggelse og ikke genindlægges inden for 7 dage efter kontakt.
2. Patient- og pårørendetilfredshed og tilfredshed blandt samarbejdspartnere ved at blive behandlet på plejehjemmet fremfor (fornyet) indlæggelse på FAM OUH.
3. Ressourceforbrug (økonomisk og humant) ved behandling på plejehjemmet.
4. Effekten på antal transporter med Ambulance Syd
5. Om der i forhold til patienter, der bliver indlagt efter kontakt med akutteam/akutlæge er en hurtigere diagnostik, om behandlingen er begyndt hurtigere, om indlæggelsen er kortere og om dødeligheden er mindre.
6. Om en indlæggelse giver anledning til livsforlængende behandling således at patienter ikke flyttes i terminalfasen for at dø på OUH.

Forventningen er, at der i en projektperiode på 6 måneder vil inkluderes ca. 4-500 patienter i projektet. Projektet startede op i november 2020, men siden droslet ned til dagtid på hverdage. Foreløbige data på de første 50 patienter viser, at 76 % af alle patienter afsluttes uden indlæggelse. For 28 % af de 50 patienter gælder at de er kommet til skade, mens 72 % af patienterne har en medicinsk problemstilling. 47 % af de patienter der havde skader blev ikke indlagt, mens 91 % af de medicinske patienter undgik indlæggelse. Interventionen vil efter endt projektperiode blive analyseret kvalitativt og kvantitativt jf. ovenstående. Der gøres status på projektet ultimo april 2021.

[Obs på opdatering af tekst, da det er et igangværende projekt]

Bilag 5. Overblik over implementeringstakt

INDSATS	INDHOLD	HANDLING	2022	2023	2024	2025	2026
1	Etablering af akutte visitationsenheder	Etablering af struktur og organisering Udbygning til døgndækning vurderes og implementeres. Læring og konsolidering af samarbejde og funktion					
2	Screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	Udbredelse					
3	Fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og kommuner med daglige virtuelle konferencer.	Samarbejdsstruktur aftales. Udrulning med kommuner					
4	Erfaringer og potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser	Udbredelse					
5	Digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	Overblik over tilbud Udvikling og ibrugtagning af digital løsning Eventuelt udvikling af funktionalitet.					
6	Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	Udvikling					
7	Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	Samarbejdsstruktur aftales. Udrulning					
8	Beskrive rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	Indgå aftale					
9	Erfaringer med effekter af lokalefællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse	Afdækning. Initiativ til planlægning af afledte indsatser					
10	Information og kommunikation for patienter, indlagt < 48 timer	Afdækning					
11	Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	Erfaringsopsamling og pilotafprøvning Udrulning					
12	Tværsektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling	Beskrivelse, etablering af platform, aftaler om vedligehold af data.					
13	Tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	Afdækning af muligheder					
14	Fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	Beskrivelse, etablering af platform, aftaler om vedligehold af data.					
15	Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	Udviklingsprojekt					
16	Oprettelse af visitationsplads i AMK-vagtcentralen.	Etablering					
17	Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	Pågår. Udbredes					
18	Undersøge samarbejdsmuligheder med specialuddannede paramedicinere	Pilotprojekt Evaluering og udbredelse					
19	Udbygning af brobyggerordning til akutte modtageafsnit for børn.	Udbygning					
20	Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning Evaluering og eventuelt udbredelse					
21	Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning Evaluering og eventuel udbredelse					
22	Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	Pågår. Udbredes					
23	Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	Udviklingsprojekt					
24	Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	Udviklingsprojekt med pilotafprøvning Evaluering og eventuel udbredelse					
25	Modernisering af lægevagtskonsultationerne	Afdækning af behov. Aftale om moderniseringsplan. Anskaffelse mv.					
26	Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	Udviklingsprojekt					
27	Samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	Indgåelse af aftaler					
28	Videokonsultation i lægevagten	Pågår. Udbredes					
29	Tilbud til akutte hjertepatienter	Fastlæggelse af mål og monitorering af akutte hjerteforløb.					
30	Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	Teknik, valg af model +anskaffelse. Undervisning og udbredelse					
31	Evt. inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb	Udrulle, men afvente erfaringer fra Region Midtjylland					
32	Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	Relation og kompetencer - afventer EKG-apparater					

Forklaring til farver:

	Pilotprojekt eller udvikling
	Udrulning og drift

Bilag 6. Overslag over budgetmæssige konsekvenser af akutplanens indsatser

Driftsudgifter (overslag)

INDSATS	INDHOLD	2022	2023	2024	2025
1	Etablering af akutte visitationsenheder	-	1,4	5,9	9,4
2	Screeningsværktøj til alle fælles akutmodtagelser mhp. triagering af den psykisk sårbare patient	-	-	-	-
3	Fast samarbejdsstruktur mellem FAM og PAM og kommuner med daglige virtuelle konferencer.	-	-	-	-
4	Erfaringer og potentiale i øget samarbejde vedr. forebyggelse af indlæggelser	-	-	-	-
5	Digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	-	0,1	0,1	0,1
6	Udvikling af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	0,1	0,1	0,1	0,1
7	Etablering af daglig virtuel konference mellem akutafdeling og kommunalt akutteam.	-	-	-	-
8	Beskrive rammedelegation og forudsætninger herfor for kommunalt sundhedspersonale.	-	-	-	-
9	Erfaringer med effekter af lokalefællesskaber/fremskudte funktioner på akutsygehuse	-	-	-	-
10	Information og kommunikation for patienter, indlagt < 48 timer	-	-	-	-
11	Udvikling af tværsektorielle undervisningsforløb.	-	0,3	0,3	0,3
12	Tværasektoriel adgang til aggregerede data til brug for ledelsesinformation og kvalitetsudvikling	0,3	0,3	0,1	0,1
13	Tekniske og juridiske muligheder for at dele data om akutte patienter i den akutte situation.	-	-	-	-
14	Fælles data på individniveau om akutpatienters tilstand og situation.	0,3	0,3	0,1	0,1
15	Udvikling af tværsektorielle modeller til forudsigelse og forebyggelse af akutte indlæggelser.	0,2	0,2	0,2	0,1
16	Oprettelse af visitationsplads i AMK-vagtcentralen.	0,7	0,7	0,7	0,7
17	Udbredelse af videoopkald som supplement ved 1-1-2-opkald.	-	-	-	-
18	Undersøge samarbejdsmuligheder med specialuddannede paramedicinere	0,5	0,5	1,0	1,0
19	Udbygning af brobyggerordning til akutte modtageafsnit for børn.	-	0,5	0,5	0,5
20	Etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	-	-	-	-
21	Forsøgsordning med integration af sygehusets akutfunktion og lægevagtskonsultationen.	-	-	-	-
22	Øget adgang til specialistrådgivning fra sygehusafdelinger til almen praksis.	-	-	-	-
23	Mulighed for fra almen praksis at booke sub-akutte tider på sygehusafdeling.	0,3	0,3	0,1	0,1
24	Styrket samarbejdet mellem lægevagten og kommunale akutfunktioner.	-	-	-	-
25	Modernisering af lægevagtskonsultationerne	-	-	-	-
26	Mulighed for differentieret visitation til lægevagtskonsultation ud fra diagnostisk udstyr.	-	-	-	-
27	Samarbejdsaftaler mellem lægevagten og sygehusene.	-	-	-	-
28	Videokonsultation i lægevagten	-	-	-	-
29	Tilbud til akutte hjertepatienter	-	-	-	-
30	Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	0,2	0,1	0,1	0,1
31	Evt. inddragelse af troponin-måling i det præhospitale forløb	-	-	-	-
32	Styrke kompetencer og relationer mellem almen praksis/lægevagt og hjerteafdelinger.	-	0,1	0,1	-
	Tværgående udviklingspulje til akutplan	4,0	6,0	6,0	6,0
	I alt driftsudgifter (overslag)	6,6	10,8	15,2	18,6

Anlægsudgifter (overslag)

INDSATS	INDHOLD	2022	2023	2024	2025
5	Eventuelt system til digitalt katalog over relevante tilbud på tværs af sektorer.	0,3			
6	Eventuelt it-system til understøttelse af fælles værktøjer til beskrivelse af patientens tilstand og funktionsniveau.	0,3			
20	Flystole til etablering af funktion til observation af patienter i lægevagten.	0,5			
25	Anskaffelser til modernisering af lægevagtskonsultationerne (overslag)	1,0	1,0	1,0	
30	Mobile EKG-apparater i lægevagtskonsultationer.	1,1			
	I alt anlægsudgifter	3,2	1,0	1,0	-

Supplerende bilag til udkast til akutplanen.

Aktivitet i akutmodtagelser, skadestuefunktioner, skadeklinikker mv. i Region Syddanmark

Tabel 1. Aktivitet i akutmodtagelser, skadestuefunktioner, skadeklinikker mv.

	Antal forløb
OUH Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus	
Fælles Akutmodtagelse Odense	64.757
Børneambulatoriet Odense	7.198
Fælles Akutmodtagelse Svendborg	28.771
Ærø	1.199
OUH i alt	101.925
Sydvestjysk Sygehus	
Fælles Akut Modtagelse Esbjerg	28.423
Skadestue Esbjerg	17.674
Skadeklinik Grindsted	4.000
Sydvestjysk Sygehus i alt	50.097
Sygehus Lillebælt	
Akutmodtagelse/Skadestue Kolding	52.536
Skadestuefunktion Vejle	20.271
Sygehus Lillebælt alt	72.807
Sygehus Sønderjylland	
Fælles Akutmodtagelse Aabenraa	10.503
Skadestuen Aabenraa	25.920
Skadeklinikken Sønderborg	6.083
Skadeklinikken Tønder	3.316
Sygehus Sønderjylland i alt	45.822
Psykiatrien i Region Syddanmark	
Fælles Akutmodtagelse FAM/PAM Aabenraa	2.318
Psykiatrisk Akutmodtagelse Esbjerg	4.339
Psykiatrisk Akutmodtagelse Vejle	2.838
Psykiatrisk Akutmodtagelse Odense	5.575
Psykiatrisygehuset i alt	15.070
Hovedtotal	285.721

Data er trukket for perioden 1. marts 2019 - 29. februar 2020

Tabel 2. Forløb i akutmodtagelser, skadestuefunktioner, skadeklinikker mv.

	Antal forløb
OUH Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus	
Hjemsendt efter akut ambulans kontakt	73.053
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse i FAM	6.749
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse på specialafdeling	11.157
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse i FAM og siden specialafdeling	10.966
OUH i alt	101.925
Sydvestjysk Sygehus	
Hjemsendt efter akut ambulans kontakt	31.576
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse i FAM	9.527
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse på specialafdeling	1.754
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse i FAM og siden specialafdeling	7.240
Sydvestjysk Sygehus i alt	50.097
Sygehus Lillebælt	
Hjemsendt efter akut ambulans kontakt	53.118
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse i FAM	5.830
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse på specialafdeling	2.518
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse i FAM og siden specialafdeling	11.341
Sygehus Lillebælt alt	72.807
Sygehus Sønderjylland	
Hjemsendt efter akut ambulans kontakt	31.109
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse i FAM	8.098
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse på specialafdeling	448
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse i FAM og siden specialafdeling	6.167
Sygehus Sønderjylland i alt	45.822
Psykiatrien i Region Syddanmark	
Hjemsendt efter akut ambulans kontakt	7.769
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse i FAM	6.429
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse på specialafdeling	686
Akut ambulans kontakt efterfulgt af indlæggelse i FAM og siden specialafdeling	186
Psykiatrisygehuset i alt	15.070
Hovedtotal	285.721

Data er trukket for perioden 1. marts 2019 - 29. februar 2020

Tabel 3. Forløb i akutmodtagelser, skadestuefunktioner, skadeklinikker mv. fordelt på bopæl

Bopælskommune	Antal forløb
Odense	45.759
Esbjerg	30.468
Vejle	22.219
Kolding	20.640
Svendborg	13.799
Sønderborg	13.445
Aabenraa	13.316
Haderslev	11.446
Varde	11.176
Fredericia	11.134
Faaborg-Midtfyn	10.587
Vejen	8.951
Tønder	8.759
Assens	7.974
Middelfart	7.459
Nyborg	6.268
Nordfyns	5.865
Billund	5.775
Kerteminde	4.874
Langeland	2.812
Ærø	650
Fanø	591
Kommuner uden for Region Syddanmark	21.754
Hovedtotal	285.721

Data er trukket for perioden 1. marts 2019 - 29. februar 2020

Afdeling: Sundhedsplanlægning

Udarbejdet af: Jan Hermansen/Sara Trelald
Dige

Journal nr.: 19/36737

E-mail: Sara.T.Dige@rsyd.dk

Dato: 16. marts 2021

Telefon: +45 23440804

Tids- og procesplan for akutplan

Forum/aktør	Dato/periode	Indhold
Marts 2021		
Kommunekontaktudvalget	Møde: 12/3 Frist: 3/2	Orientering om akutplan.
Direktionen	Møde: 15/3 Frist: 10/3	Drøftelse af høringsudkast mhp. høringsfase.
Sundhedsbrugerrådet ¹	Møde: 17/3	Orientering om kommende høring.
Samarbejdsudvalget for almen praksis	Møde: 17/3 Frist: 3/3	Orientering om kommende høring.
Koncernledelsesforum	Møde: 23/3 Frist: 9/3	Drøftelse af høringsudkast.
April 2021		
Sundhedsudvalget	Møde: 6/4 Frist: 17/3	Behandle høringsudkast mhp. høringsfase.
Psykatri- og socialudvalget	Møde: 8/4 Frist: 12/3	Behandle høringsudkast mhp. høringsfase.
Det præhospitale udvalg	Møde: 8/4 Frist: 17/3	Behandle høringsudkast mhp. høringsfase.
Udvalget for det nære sundhedsvæsen	Møde: 12/4 Frist: 18/3	Behandle høringsudkast mhp. høringsfase.
Forretningsudvalget	Møde: 14/4 Frist: 25/3	Behandle høringsudkast mhp. høringsfase.
Regionsrådet	Møde: 26/4 Frist: 12/4	Godkende høring.
Hovedudvalget	Møde: 29/4 Frist: 8/4	Orientering om akutplan forud for høring
MED-udvalgene	Ultimo april	Orientering om akutplan forud for høring.
Maj 2021		
Høringsparter	6/5 – 30/8	Høringsperiode.
Psykiatrisk dialogforum	26/5	Afgivelse af høringssvar.
Juni 2021		
Samarbejdsudvalget for almen praksis	Møde: 10/6 Frist: 27/5	Afgivelse af høringssvar (via Lægeforeningen Syddanmark).
Sundhedskoordinationsudvalget	Møde: 23/6 Frist: 25/5	Afgivelse af høringssvar.
Sundhedsbrugerrådet	Møde: 26/6	Afgivelse af høringssvar.
August 2021		
Kommunekontaktudvalget	Møde: 27/8	Orientering om status for akutplanen
September 2021		
Styregruppen for akutplanen	Møde: 28/9 Frist: 21/9	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.

¹ Sundhedsbrugerrådet inkluderer også aktører på seniorområdet.

Forum/aktør	Dato/periode	Indhold
Oktober 2021		
Direktionen	Møde: 11/10 Frist: 6/10	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Koncernledelsesforum	Møde: 26/10 Frist: 12/10	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
November 2021		
Udvalget for det nære sundhedsvæsen	Møde: 1/11 Frist: 15/10	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Sundhedsudvalget	Møde: 2/11 Frist: 15/10	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Det præhospitale udvalg	Møde: 4/11 Frist: 19/10	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Psykiatri- og socialudvalget	Møde: 24/11 Frist: 8/11	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
December 2021		
Sundhedskoordinationsudvalget	Møde: 1/12 Frist: 2/11	Orientering om endelige version af akutplan med forbehold for endelig politisk behandling.
Forretningsudvalget	Møde: 8/12 Frist: 26/11	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Regionsrådet	Møde: 20/12 Frist: 6/12	Behandling af forslag til endelig akutplan, herunder høringssvar.
Primo 2022		
Nyt Regionsråd	-	Ekstrabehandling i nyt regionsråd.



Høringsvar fra Sundhedskordinationsudvalget vedr. udkast til Region Syddanmarks Akutplan

Sundhedskordinationsudvalget takker for muligheden for at give et høringssvar til udkast til Akutplan i Region Syddanmark. Sundhedskordinationsudvalget anerkender det gennemgående fokus på at skabe et endnu mere sammenhængende sundhedsvæsen i Syddanmark samt opmærksomheden på samarbejdet på tværs af sektorerne.

Sundhedskordinationsudvalget har løbende fulgt arbejdet med implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger til akutområdet fra 2007 og glæder sig over, hvor langt de 22 syddanske kommuner, almen praksis og Region Syddanmark er kommet med at efterleve disse. Dette både i forhold til etableringen af de nye akutsygehuse og i forhold til det tværsektorielle samarbejde om de akutte patienter både på det somatiske og det psykiatriske område.

Med Sundhedsstyrelsens anbefalinger til akutområdet fra 2020, som Region Syddanmarks Akutplan er udarbejdet med udgangspunkt i, bygges der videre på de tidligere anbefalinger, og der lægges op til et endnu tættere samarbejde mellem sygehusene, almen praksis og kommunerne. Dette blandt andet i forhold til styrket anvendelse af data og viden på tværs af sektorer, fælles tværsektoriel kompetenceudvikling, et tættere samarbejde om både somatiske og psykiatriske patienter samt fokus på at nedbringe antallet af akutte, forebyggelige indlæggelser. Disse områder udgør en stor del af de politiske målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-23. Sundhedskordinationsudvalget hilser derfor ovenstående elementer i Akutplanen velkommen, da det er udviklingsområder, som også har stor betydning i regi af samarbejdet om Sundhedsaftalen 2019-23.

I arbejdet med implementeringen af den kommende Akutplan anbefaler Sundhedskordinationsudvalget, at der tages hensyn til, at de syddanske kommuner er forskelligartede i både organisering, befolkningsgrundlag samt placering i forhold til akutsygehuse i regionen. Dette har konsekvenser for i hvor stor grad anbefalingerne i Akutplanen kan implementeres. Ligeledes er Akutplanen baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger til akutområdet. Kommunerne kan, ligesom regionerne, vælge at arbejde med anbefalingerne i det omfang, de giver mening i den enkelte kommune, men kommunerne er ikke forpligtede på at implementere alle anbefalinger ordret.

Sundhedskordinationsudvalget bakker op om, at implementeringen af de tværsektorielle elementer i Region Syddanmarks Akutplan sker på baggrund af drøftelser i de eksisterende tværsektorielle fora, herunder Følgegruppen for behandling og pleje, Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskordinationsudvalget. Ligeledes er Sundhedskordinationsudvalget enige i, at nye indsatser i det tværsektorielle samarbejde på akutområdet, der forudsætter øget ressourcebehov i kommunerne, skal drøftes nærmere mellem regionen og kommunerne.

Sundhedskordinationsudvalget ser frem til at drøfte det tværsektorielle indhold i Region Syddanmarks Akutplan, når den er endeligt vedtaget i regionsrådet.



Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Venlig hilsen

Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark

Antal medlemmer kommunerne i Syddanmark har siddende i tværgående arbejdsgrupper og i følgegrupperne

Kommune	Antal medlemmer i grupper udenfor Sundhedsaftalen	Antal medlemmer i aktive arbejdsgrupper i regi af Sundhedsaftalen	Antal medlemmer i følgegrupper og kompetencegrupper
Odense Kommune	8	12	3
Esbjerg Kommune	5	10	1
Vejle Kommune	3	5	3
Aabenraa Kommune	4	4	2
Sønderborg Kommune	3	4	3
Middelfart Kommune	2	1	5
Vejen Kommune	3	5	3
Billund Kommune	2	1	2
Svendborg Kommune	2	3	2
Nordfyns kommune	3	1	1
Tønder Kommune	4	4	2
Varde Kommune	4	6	2
Fredericia Kommune	1	6	3
Fanø Kommune	1	0	0
Kolding Kommune	2	3	1
Assens Kommune	0	0	0
Kerteminde Kommune	0	1	1
Faarborg-Midtfyn Kommune	0	1	1
Haderslev Kommune	4	3	2
Nyborg Kommune	1	2	2
Ærø Kommune	0	0	0
Langeland Kommune	0	0	0

Fælles overordnet funktionsbeskrivelse for kommunale praksiskonsulenter i Syddanmark

Baggrund	<p>Flere kommuner i Danmark har en ordning med praktiserende læger om konsulentbistand. Ordningen har til formål at udvikle det gode, sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet og fremme samarbejdet mellem kommunens forvaltninger og de læger, der har praksis i kommunen.</p> <p>I de Syddanske kommuner, er der typisk tilknyttet en eller flere praksiskonsulenter til den enkelte kommune og nærværende funktionsbeskrivelse er udarbejdet for at skabe tydelighed og gensidig inspiration om funktion og opgaver for den kommunale praksiskonsulent.</p>
Formål	<p>Praksiskonsulenten har fokus på alment medicinske aspekter og bidrager til arbejdet med udvikling, implementering, monitorering og evaluering af de patientforløb der går på tværs af kommuner og almen praksis, til gavn for patienterne</p> <p>Endvidere har den kommunale praksiskonsulent til opgave at facilitere samarbejdet og videndele mellem kommune og læger med praksis i kommunen.</p> <p>Nærværende funktionsbeskrivelse er generisk og den egentlige opgaveportefølje kan variere mellem de Syddanske kommuner.</p>
Reference	<p>Praksiskonsulenten er tilknyttet den kommune vedkommende har indgået aftale med, og er ikke valgt som repræsentant for de praktiserende læger i kommunen. Det er den enkelte kommune, som selvstændigt beslutter hvem praksiskonsulenten refererer til.</p>
Opgaver og ansvarsområder	<p>Den kommunale praksiskonsulent vil som udgangspunkt beskæftige sig med en eller flere af nedenstående opgaver:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fremme samarbejdet og være bindeled mellem kommune og læger med praksis i kommunen• Samarbejde med og være sparringspart for kommunale nøglepersoner og sundhedsledelsen ifm. kvalitetsudvikling af kommunikation, samarbejdet og patientforløb i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen• Yde generel almenmedicinsk rådgivning til kommunens forvaltninger f.eks. i forhold til sundhedsfremme, forebyggelse,

	<p>rehabilitering, alkohol- og stofmisbrugsbehandling samt socialmedicin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formidle viden/information til læger med praksis i kommunen om kommunens sundhedstilbud til borgerne • Understøtte arbejdet og implementering af Praksisplanen • Deltage i det tværsektorielt koordinerende arbejde og klinisk faglige netværk <p>Dertil kan den enkelte kommune tilføje eller fjerne opgaver til praksiskonsulentens opgaveportefølje. Den egentlige opgaveportefølje bør fremgå af kommunens egen funktionsbeskrivelse eller i kontrakten der indgås med praksiskonsulenten.</p>
Uddannelses- og faglige kompetencer	Den kommunale praksiskonsulent skal være speciallæge i almen medicin og have erfaring fra almen praksis i området
Personlige og faglige kompetencer	<p>En praksiskonsulent:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har pædagogiske og relationelle kompetencer til at understøtte samarbejdet mellem kommunen og læger med praksis i kommunen og formidle viden herimellem



Samarbejdsaftale for IV-behandling i nærområdet

Antibiotika og væske i kommunalt regi

Baggrund

Sundhedsaftalen har fokus på at udvikle et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance, hvor parterne i fællesskab kan håndtere de udfordringer, sundhedsvæsenet står over for nu og i fremtiden. Det betyder, at vi skal tænke innovativt og i fællesskab anvende vores ressourcer klogt og til størst mulig gavn for borgerne i Syddanmark. Det skal ske ved i fællesskab at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og med dette som bagtæppe præsenteres herværende samarbejdsaftale, som omhandler IV-behandling¹ i kommunalt regi.

IV-behandling med antibiotika og væske foregår som udgangspunkt på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter er dog stabile og friske nok til at kunne tage hjem i nogle timer mellem hver behandling. Andre modtager ambulante behandling, hvor de møder ind to-fire gange i døgnet til planlagt infusion. For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen, når man flere gange dagligt skal møde på sygehuset til behandling, og de fleste foretrækker at modtage behandlingen i nærmiljøet², hvis den kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset.

Patienten vil ved behandling i eget nærmiljø, ud over en relativ kort indlæggelse, blive sparet for transporttid, undgå isolation og vil kunne drage nytte af sit sociale netværk. Erhvervsaktive borgere vil bedre være i stand til at passe uddannelse eller arbejde. Desuden forventes det, at IV-behandling i nærmiljøet vil reducere risikoen for sygehusinfektioner og konfusion hos ældre/svage patienter, som ligeledes bedre vil kunne fastholde vanligt funktions- og aktivitetsniveau eller tidligere påbegynde rehabilitering og dermed undgå immobilisering i forbindelse med indlæggelse.

Samarbejdsaftalen rammesætter samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de syddanske kommuner om færdiggørelse af IV-behandling med antibiotika eller væske i borgerens nærmiljø og beskriver opgaver, ansvar og økonomi for de involverede parter³. Samarbejdsaftalen tager afsæt i sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (2017).

1. Parter i aftalen

Samarbejdsaftalen er udarbejdet i regi af sundhedsaftalen 2019-2023. Parterne er Region Syddanmark og de syddanske kommuner. Aftalen indgås mellem regionen og den enkelte kommune.

¹ Intravenøs behandling.

² Eget hjem, på kommunal sygeplejeklinik eller lignende

³ Parenteral ernæring og lavpotent kemoterapi adresseres i særskilte samarbejdsaftaler (bl.a. Samarbejdsaftale om behandling af patienter med lavpotent kemoterapi i eget hjem).



2. Formål

Samarbejdsaftalen giver mulighed for, at IV-behandling kan foregå tæt på borgerens hverdag, når der ikke længere er behov for behandling i sygehusregi ud over IV-behandlingen. Aftalen bygger på Sundhedsaftalens vision om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen på borgerens præmisser og med sundhedsløsninger tæt på borgeren.

Formålet med samarbejdsaftalen er:

- Inden for de givne rammer at skabe forløb på borgernes præmisser
- At borgeren får mulighed for behandling i nærmiljøet/eget hjem
- At sikre en rammeaftale for ensartet praksis på tværs af alle sygehuse og kommuner til gavn for borgerne
- At udnytte ressourcerne optimalt på tværs af sektorerne

3. Målgruppen

Målgruppen er borgere fra 15 år, hvor der er påbegyndt IV-behandling i sygehusregi, og hvor der er et fortsat behov for IV-behandling, men hvor der ikke er behov for indlæggelse. Borgerne skal være stabile, og lægefagligt vurderet egnet til at færdiggøre behandlingen i nærmiljøet. Borgeren skal bo under forhold, der vurderes egnet til hjemmebehandling af den kommunale sygepleje, eller hvor behandlingen kan foretages i en kommunal funktion. Den samlede vurdering beror på en samtale mellem borger, evt. pårørende samt kommunalt og regionalt sundhedspersonale.⁴

4. Afgrænsning

Samarbejdsaftalen inkluderer følgende behandlinger:

- IV-behandling med isotone væsker
- IV-behandling med alle typer antibiotika

Krav:

- Behandlingen skal administreres i et lukket system
- Behandlingen må maksimalt skulle administreres tre gange i døgnet
- Den enkelte infusion skal kunne administreres på en måde, der tilgodeser, at kommunalt personale skal opholde sig i borgerens hjem i mindre end én time ad gangen

Aftalen omfatter alle lukkede systemer herunder fx:

- Codan-mix Add sæt⁵
- Elastomerisk pumpe
- CADD-pumpe
- DivibaX overføringskanyle

Aftalen omfatter alle følgende velfungerende IV- adgange herunder fx:

⁴ Obs. en patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information (jf. SUL §16), og inddrages i den mindreåriges stillingtagen (SUL §17).

⁵ Kombineret blande- og infusionssæt der kobles manuelt til hætteglasset kort før brug. Det er muligt at forfylde og efterskylle med saltvand i det lukkede system, og sættet tilgodeser arbejdsmiljø både ved blanding og administration. Der kan ved senere udbud vælges et andet system, der opfylder samme kriterier. Evt. implementering af nyt system følges af tilbud om oplæring.



- Perifert venekateter (PVK)
- Centralt venekateter (CVK)
- PICC-line eller MID-line
- Vaskulær injektionsport (VIP) som fx Porth-a-cath

Der kan lokalt indgås aftale om supplerende behandlingsforløb i kommunalt regi, hvis begge parter finder det hensigtsmæssigt – fx i forhold til unge under 15 år eller flere forløb end de i aftalen fastlagte.

5. Forpligtigelse

Kommunerne forpligter sig til at varetage IV-behandlingen inden for IV-aftalens ramme, når sygehuslægen vurderer, at IV-behandling i kommunalt regi er det bedste for patienten.

I tillæg til ovenstående kan der være ekstraordinære situationer, hvor det af hensyn til patientsikkerheden er muligt for kommunen at afvise kommunal håndtering af IV- behandlingsforløb. Forløbet håndteres i så fald i sygehusregi. Der er enighed mellem parterne om, at dette kun undtagelsesvist forventes at være tilfældet. Ved generel manglende kapacitet i den enkelte kommune afklares kapacitetstilpasning på direktionsniveau parterne imellem.

6. Indsatsen

IV-behandling er i Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje* defineret som en "kan" opgave. Det betyder, at det lokale samarbejde skal udvikles i et gensidigt og aftalt tempo. Sygehusene skal stille kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning af den kommunale sygepleje.

Borgerne starter behandlingen på sygehuset og skal ved IV-behandling med antibiotika have modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale sygepleje af hensyn til risikoen for et eventuelt anafylaktisk chok.

Sygehuset er ansvarligt for, at borgeren sendes hjem med en velfungerende IV-adgang med slange, og at der medsendes IV-kasse med ordineret antibiotika/væske og remedier til det antal dage, hvor det forventes, at borgeren skal fortsætte behandling.

Den kommunale sygepleje administrerer, efter vejledning fra den udskrivende sygehusafdeling, den videre behandling. Administration af IV-behandlingen sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø etc. IV-behandling i kommunalt regi varetages i nærmiljøet af den kommunale sygepleje med maksimalt 3 behandlinger i døgnet, i tidsrummet kl. 07.00-23.00. 6 måneder efter aftalens ikrafttræden drøftes behov og relevans for at øge antallet af behandlinger til 4 gange i døgnet.

For at sikre, at patienterne får den korrekte og bedste behandling skal patienter i IV-antibiotikaforløb have kontrolleret deres CRP-niveau på den tredje dag, og resultatet konfereres med den behandlingsansvarlige læge/afdeling for hermed at vurdere:

- om IV-behandlingen fortsætter i eget hjem
- om det er muligt at fortsætte forløbet med tablet i stedet for IV-behandling
- om patienten skal indlægges på sygehuset igen

Det lægefaglige behandlingsansvar:



Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar. Ansvaret indebærer:

- At borgeren er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og IV-behandling med antibiotika
- At ordinere IV- behandling (både væske og antibiotika) i FMK
- At vurdere om borgeren kan behandles i hjemmet/kommunalt regi
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrationsform, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv. Dette skrives ind i udskrivningsrapporten – jf. SAM:BO
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge
- At sikre mulighed for at kontakte den behandlingsansvarlige afdeling (herunder den vagthavende læge) 24/7, hvis den kommunale sygepleje har spørgsmål til sygehusafdelingen

I nogle tilfælde vil borgere få ordineret og starte IV-behandling på et andet sygehus i Region Syddanmark end det i deres lokalområde. I disse tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre udlevering af medicin og remedier - også hvis behandlingen forlænges. Det er tilsvarende en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge IV-adgang.

Efter afslutning af IV-behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har borgers praktiserende læge ansvaret.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner* samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

7. Remedier og øvrigt udstyr

Når det er aftalt, at en borger skal færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller nærmiljø, medsender sygehuset ved udskrivelse en IV-kasse, som indeholder de nødvendige remedier evt. pumpe, og medicin/væske til den ordinerede behandling.

IV-kassen for antibiotikabehandling varierer iht. de medicinske præparater, men indeholder som udgangspunkt:

- Medicin, borgerinformation, infusionsæt, 10 ml. NaCl skyl, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang

IV-kassen for væskebehandling varierer i indhold, men indeholder som udgangspunkt:

- Væske, borgerinformation, infusionsæt, 10 ml. NaCl skyl, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang

Dokumentation:

- Kommunerne sikrer tidstro dokumentation⁶

⁶ Tidstro registrering betyder, at personalet registrerer/dokumenterer samtidig med, at hændelsen finder sted, det vil sige, at fx patienten registreres udskrevet, idet patienten forlader sygehuset

Opbevaring af medicin i borgerens hjem:

- Medicin, væsker og remedier opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt for børn

Utensilier:

- Brugte utensilier såsom engangshandsker m.m. kasseres som almindelig dagrenovation
- Kanyler kasseres i kanyleboksen, mens medicinbeholder, mini-bag og infusionsslanger med evt. lægemiddelrester efter endt behandling, betragtes som risikoaffald og skal i gul kasse, som medbringes af patienten i forbindelse med kontrol på sygehuset. Patienten/pårørende/sygeplejerske kan også aflevere brugte kanyler mm. til kassation på et apotek

Indholdet af IV-kassen og information om utensiliernes anvendelse er nærmere beskrevet i lokale instrukser. Den kommunale akutfunktion medbringer øvrige nødvendige utensilier, så som engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier.

8. Kompetenceudvikling

Det aftales i de lokale samordningsfora, hvordan de kommunale sygeplejersker sikres mulighed for relevant kompetenceudvikling ift. at udføre IV-behandling – f.eks. via ”Fælles Skolebænk”. De lokale samordningsfora understøtter hinanden i kompetenceudviklingen. Kompetencer, der skal være til stede hos kommunale sygeplejersker, i forhold til IV-behandling:

- Medicinadministration i diverse intravenøse adgange
- Anvendelse af lukkede systemer, f.eks. elastomerisk pumpe, Codan-mix Add sæt og CADD-pumper
- Observation af og relevant handling på virkning og bivirkninger (herunder observation af allergiske reaktioner) under infusion
- Påbegyndelse af behandling af akut allergisk chok
- Pleje- og observation af IV-adgang
- Anlæggelse af perifert venekateter (PVK)

9. Opgave- og ansvarsfordeling

Ansvarsfordeling mellem sygehus og kommune er angivet nedenfor, se ligeledes bilag 1 for en tabeloversigt og flowdiagram.

9.1 Regionen, herunder sygehuset og den behandlende afdeling

Regionen, herunder sygehuset og den behandlende afdeling, har det lægefaglige ansvar for den påbegyndte IV-behandling, indtil denne er afsluttet.

Det omfatter ansvar for:

- At udarbejde en individuel behandlingsplan (både for IV-væske og IV-antibiotika), herunder plan for kontrol, opfølgning og behandlingsafslutning, samt formidle denne behandlingsplan, jf. SAM:BO aftale. Behandlingsplanen skal have fokus på behandlingens varighed, anvendelse af pumpe og overgang til tabletbehandling eller selvadministration. Plan for evt. måling af vitale værdier
- At behandlingen starter på sygehuset, og borgeren ved IV-behandling med antibiotika har modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale sygepleje af hensyn til risikoen for anafylaktisk chok



- At foretage en lægefaglig vurdering af, om patienten kan behandles i kommunalt regi og tage stilling til om patienten kan forlades under infusionen (Forudsætter at patienten kan komme i kontakt med behandlingsansvarlig sygeplejerske)
- At kontakte hjemkommunen, jf. SAM:BO, med henblik på at aftale opgavens løsning i kommunalt regi
- At ajourføre Fælles medicinkort (FMK) med dosis, antal doser pr. dag, antal behandlingsdage og seponering af IV-behandling
- At informere patienten og/eller pårørende om den ordinerede IV-behandling, herunder behandlingsplan, kontrol
- Oplyse patient/pårørende samt kommunale sygeplejersker om direkte telefonnummer på den behandlingsansvarlige læge/vagthavende læge (hovednummer) i afdelingen
- At rådgive og undervise kommunale sygeplejersker, der varetager medicinadministrationen, samt evt. stå til rådighed ved kompetenceudvikling jf. ovenstående
- At levere medicin og specifikke sygeplejeartikler til den ordinerede behandling
- At videregive epikrise til praktiserende læge ved behandlingens afslutning jf. retningslinjer i InfoNet
- At genanlægge IV-adgange i det omfang kommunen vurderer, at de ikke har de nødvendige kompetencer til det

9.2 Kommunerne, herunder den kommunale sygeplejerske

Kommunerne, herunder den kommunale sygeplejerske, har ansvar for:

- At kommunale sygeplejersker er oplært i intravenøs medicinadministration
- At planlægge og organisere hvor IV-behandlingen varetages i kommunalt regi
- At sørge for, at patienten kan få fat i sygeplejen, hvis patienten forlades under administrationen
- At kommunale sygeplejersker er oplært i, og følger, lokal kommunal instruks vedrørende behandling af anafylaktisk chok
- At kommunerne genanlægger IV-adgang hvis kompetencerne er til stede
- Administration af IV-behandling kræver en sygeplejefaglig baggrund og må ikke delegeres til andre faggrupper. Der kan på lokalt initiativ tages stilling til videredelegation af dele af opgaven til andre faggrupper, så længe det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede.

9.3 Praktiserende læge/vagtlæge

Praktiserende læge/vagtlæge har ikke ansvar for IV-behandling i kommunalt regi, som er påbegyndt i sygehusregi. Efter afslutning af IV-behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har patientens praktiserende læge ansvaret.

10. Information

10.1 Information mellem region og kommune forud for overdragelse

Når det besluttes, at en patient skal færdiggøre IV-behandling i eget hjem eller tæt på sit nærmiljø, vil personalet på den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven jf. SAM:BO. Sygehuset kan tidligst overdrage opgaven til kommunen, når kommunen har accepteret.

I henhold til SAM: BO-aftalen skal der sendes information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige



afdeling, herunder et telefonnummer, som er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks været et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med IV-behandling med antibiotika. Sygehuset er ansvarligt for, at informationsmaterialet er opdateret.

10.2 Patientinformation

Sygehuset skal sikre, at patienten er informeret mundtligt og skriftligt om udskrivelsen med IV-behandling med antibiotika. Informationen skal beskrive IV-behandlingen i kommunalt regi og ansvarsfordelingen mellem den behandlingsansvarlige sygehusafdeling og patientens praktiserende læge. Patienten skal acceptere tilbuddet om IV-behandling i kommunalt regi og informeres om muligheden for en ambulant tid eller indlæggelse, hvis noget uforudset opstår, og dette ikke kan løses uden for sygehuset. I forbindelse med udskrivelse kan der blive afholdt udskrivningskonference, gerne virtuelt, med deltagelse af repræsentanter fra kommunen, patienten og evt. pårørende. Patienten udskrives med telefonnummeret på den behandlingsansvarlige afdeling, således det er lettilgængeligt ved behov for kontakt, samt aftaler om behandlingsplan og kontrol i sygehusregi. Derudover skal patienten udskrives med telefonnummer til den kommunale sygepleje, hvis der skulle opstå behov for kontakt, inden iværksættelse af den kommunale behandling.

11. Økonomi

Region Syddanmark og kommunerne finansierer IV-behandlinger i kommunalt regi i fællesskab, hvor regionen finansierer 70 procent af forløbstaksten og kommunen finansierer 30 procent af forløbstaksten.

Den økonomiske ramme for den nye IV-aftale er en økonomimodel bestående af 3 typer forløbstakster. Anvendelse af forløbstakster skal bidrage til en smidig afregning og monitorering.

Økonomisk model med 3 forløbstakster:

1. Forløb med IV-antibiotika uden pumpe 7.000 kr.
2. Forløb med IV-antibiotika, hvor patienten får hjælp til montering af pumpe 1.400 kr.
3. Forløb med IV-væske 1.000 kr.

Modellen vil være en pilotaftale på 12 måneder med start fra 1. september 2021. I den periode vil kommunerne finde de rette rutiner i arbejdet, og samarbejdet mellem sygehusene og kommunerne udvikles. Efter de første 12 måneder evalueres modellen og taksterne genberegnes med udgangspunkt i den udviklede praksis i samarbejdet.

Pilotaftalens betalinger efterreguleres ikke. I forbindelse med evalueringen tages, med udløbet af de 12 måneder, stilling til en mere permanent aftale med udgangspunkt i de genberegne takster. Taksterne reguleres herefter ved almindelig pris og lønfremskrivning, og genberegnes hvert andet år.

Kommunerne sender regninger til det sygehus, som patienten udskrives/hjemskrives fra.

Forventninger til aktivitet og økonomi.



I 2018 var gennemsnittet for et IV-behandlingsforløb 5 dage. Det forventes også at være udgangspunktet for IV-aftalen. Med en konsekvent vurdering af behandlingen efter 3 dage på baggrund af CRP-niveau, forventes gennemsnitsforløbet dog at blive kortere. Væskebehandling forventes at være 3 dage med 1 behandling dagligt.

Det betyder at der med forløbsmodellen, uanset længden af behandlingsforløbet, vil være finansiering svarende til enten:

- 9-15 behandlinger uden pumpe i eget hjem
- 14 behandlinger uden pumpe i sygeplejeklinik
- 5 behandlingsdage med pumpe.
- 3 behandlingsdage med IV-væske.

12. Monitorering og opfølgning

Det er vanskeligt at vurdere hvor stort omfanget af aftalen vil blive, da vilkårene i aftalen er væsentligt anderledes, end det man har haft tidligere. Derfor vil det være helt centralt med en tæt monitorering af alle aktiviteterne i det første år. Derfor skal der etableres et særskilt arbejde med at fastlægge de endelige parametre i forhold til monitorering af aftalen.

Følgegruppen for Behandling og Pleje har ansvaret for, at der bliver monitoreret på samarbejdsaftalen. Følgegruppen for behandling og pleje vil følge aftalen løbende i pilotperioden. Følgegruppen skal sikre løbende dialog og inddragelse af SOF'erne i forhold til at tilvejebringe viden om aftalens implementering og anvendelse.

Data for de første 12 måneder samles og analyseres med henblik på at få et mere klart billede af:

- Omfanget af forløb med IV-behandling i kommunalt regi
- Tidsforbrug i forbindelse med behandlingerne
- Antallet af daglige besøg
- Reale og afledte udgifter ved behandlingerne (brugertidsprocent mm.)

På den baggrund vurderes taksterne og revideres eventuelt, som grundlag for en mere permanent aftale om samarbejdet.

Region:

I den regionale registrering og indberetning til Landspatientregisteret er der ikke endnu lavet særlige koder til denne slags hjemskrivninger, hvor sygehuset fortsat har et behandlingsansvar, men hvor en anden part udfører behandlingen og plejen af patienten. Der forventes dog at komme en løsning på dette i 2. halvår 2021. Kontakter mellem sygehus og kommune registreres som vanlig i patientens journal, herunder konference om vurdering af patienten på baggrund af CRP-måling.

Sygehusene gennemfører endvidere en optælling af de tilfælde, hvor kommunerne i helt særlige situationer har måttet afvise at tage imod en patient.

Kommune:

I den kommunale registrering er det centralt at følgende dokumenteres:

- Type behandling
- Sted for behandling
- Tidsrum hos borgeren

- Hvem udfører behandlingen
- Observationer ifm. behandlingen
 - Herunder CRP på 3. dag

13. Aftalens ikrafttræden og opsigelse

Aftalen er godkendt politisk i Sundhedskoordinationsudvalget og er gældende fra det tidspunkt, hvor der er indgået aftale mellem [NAVN] Kommune og Region Syddanmark.

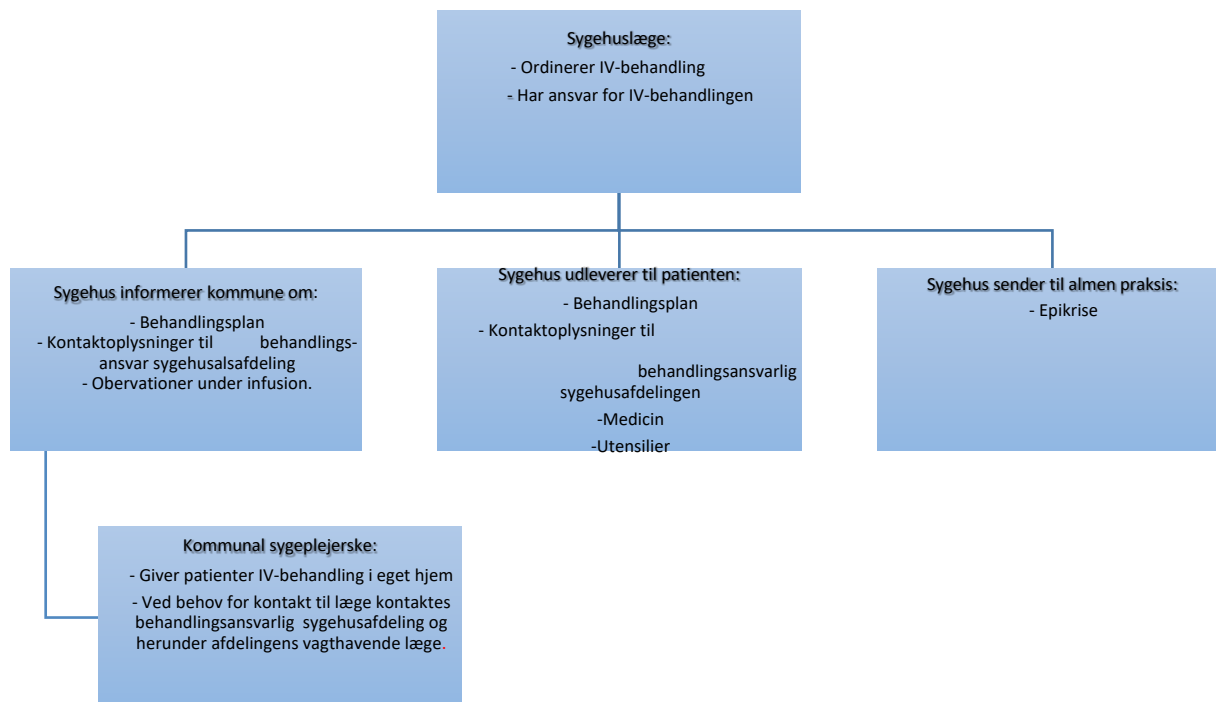
Aftalen kan opsiges af begge parter ([NAVN] Kommune og Region Syddanmark) med tre måneders varsel.

Det er frivilligt for kommunerne at tiltræde den nye IV-aftale med en økonomiske model. Ønsker en kommune ikke at tiltræde den nye IV-aftale, er der mulighed for at fortsætte de to nuværende "KAN" samarbejdsaftaler for hhv. væske og antibiotika. I de nuværende samarbejdsaftaler aftales det lokale samarbejde uden afregning mellem region og kommune.

Bilag 1

Opgave	Sygehus	Kommune	Praktiserende læge
Lægefagligt ansvar for IV-behandlingen	X		
Behandlingsplan, herunder evt. overgang til tabletbekhandling	X		

Ordination	X		
Opstart af behandling	X		
Blodprøver	X		
Stillingtagen til om patienten kan forlades under infusionen	X		
Medicin og utensilier	X	X	
Planlægning af udskrivning	X	X	
Information til patienten om behandlingsplan og kontrol	X		
Oplysning om telefonnummer på behandlingsansvarlige afdeling til patienten	X		
Epikrise til praktiserende læge	X		
Information til kommune om observationstid, behandlingsplan via. plejeforløbsplan og/eller korrespondance	X		
Sygeplejersker med kompetencer til opgaven		X	
Undervisere til kompetenceudvikling	X		
Afvikling af kompetenceudvikling +lokaler til kompetenceudvikling	X	X	
Planlægning og organisering af hvor IV-behandlingen varetages i kommunalt regi		X	
Sygdom/behov som ikke vedrører IV-behandlingen			X





Vejledning til Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse

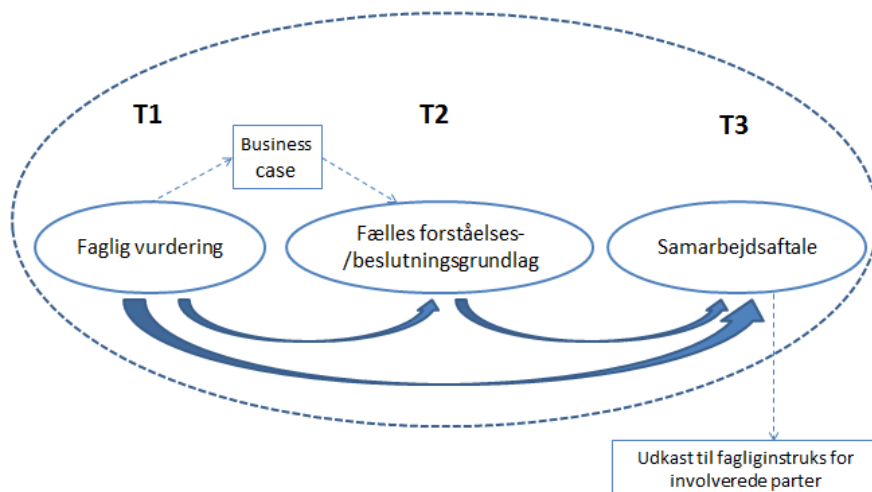
Kompetencegruppens anbefalinger for anvendelse af modellen på nye opgaver er markeret med rød.

Et styrket tværsektorielt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor, herunder delegation af sundhedsopgaver, er nødvendigt for at sikre fortsat udvikling og effektivitet i det danske sundhedsvæsen, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau.

Det er som en del af Sundhedsaftalen 2015-18 aftalt, at der i regi af Det Administrative Kontaktforum skal udarbejdes en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse. Modellen skal sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelse igennem tre trin:

1. Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse
2. Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag til drøftelse i Det Administrative Kontaktforum
3. Udarbejdelse af samarbejdsaftale

Tre trins model



Konkret delegation, af fx medicinsk behandling, sårpleje mm., mellem sundhedspersoner på et af regionens sygehuse og kommunernes hjemmesygeplejer eller almen praksis forekommer dagligt i det syddanske sundhedsvæsen – dette for at tage højde for individuelle behov samt sikre de mest hensigtsmæssige behandlings- og rehabiliteringsforløb. Den fælles model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse må ikke hindre dette fleksible samarbejde



Fremtidens nære sundhedsvæsen skal i endnu højere grad bero på tæt samarbejde om opgaveløsning på tværs af den primære og sekundære sundhedssektor. Men der er behov for at formalisere samarbejdet, når opgaver overdrages mellem sektorerne. Dette for at sikre høj kvalitet, patienttilfredshed og patientsikkerhed.

Denne model, for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, har til formål at kvalificere beslutningsgrundlaget for og kvaliteten af overdragelse af sundhedsopgaver. Modellen kan anvendes, ligegyldigt fra hvilken aktør opgaven ønskes overdraget fra og til (fx fra almen praksis til sygehus eller fra kommune til almen praksis).

Modellen for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse er udarbejdet af Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Opbygningen af modellens faglige del er inspireret af processen for Medicinske Teknologi Vurderinger.

Denne vejledning beskriver;

- hvordan modellen anvendes
- hvilke delelementer modellen indeholder
- samt hvordan disse delelementer udfyldes.

Der kan via Følgegruppen for opgaveoverdragelse hentes erfaring og inspiration fra tidligere arbejdsgruppers afdækning af konkrete opgavers potentiale for opgaveoverdragelse.



Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

Den faglige vurdering skal udfyldes af en arbejdsgruppe bestående af relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen koordineres og sekretariatsbetjenes af følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Dato

Her angives datoen for hvornår arbejdsgruppen har igangsat arbejdet med vurdering af en konkret opgave.

Opdrag

Her beskrives hvilket opdrag arbejdsgruppen har til at vurdere den konkrete opgave.

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel mm.)

Her angives arbejdsgruppens navn samt titel, tilhørsforhold og navn på arbejdsgruppens medlemmer.

For nye opgaver vurderes det, at det er mest hensigtsmæssigt, at modellen udfyldes af den arbejdsgruppe, der fremkommer med forslaget til en ny opgave/funktion, nok typisk i forbindelse med udarbejdelse af nyt forløbsprogram, samarbejdsaftale ell. lign., så modeludfyldelsen bliver en integreret del af arbejdet og kan indgå som del af beslutningsprocessen.

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Her angives titel for opgaveoverdragelse

Hvad er formålet med at overdrage opgaven

Her beskrives formålet med at overdrage opgaven samt en kort begrundelse af opdraget herfor (hvorfor det er relevant at overdrage opgaven)

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

For nye opgaver bør det her beskrives hvilke delelementer af opgaven der evt. løses allerede, og i hvilket regi, samt hvilket samarbejde der evt. er om opgaven, så det bliver tydeligt, hvor stor en del af opgaven, der reelt er ny og hvor stor en del af opgaven der allerede løses og af hvem.



Her beskrives hvordan opgaven primært løses i dag.

Bør indeholde:

- *Gennemgang af opgaveløsningen, herunder procedure, remedier og medicin, der anvendes ved behandlingen.*
- *Beskrivelse af fagpersoners ansvar*
- *Beskrivelse af patientgruppen og angivelse af typiske patientforløb (punktform)*

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Her beskrives den målgruppe for hvem opgaveoverdragelsen er relevant.

Bør indeholde:

- *Beskrivelse af målgruppen*
- *Inklusion- og eksklusionskriterier*
- *Krav til den nye samarbejdsform*
- *Mulige udfordringer vedr. Målgruppen*

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Denne kan evt. udvides til også at beskrive baggrunden eller ophængen for forslaget om den nye opgavevaretagelse, f.eks. strategi, politiske målsætninger, (nationale) handleplaner eller andet. Såfremt der foreligger evidens for den foreslåede opgavevaretagelse bør dette også fremgå.

På baggrund af relevant litteratur og evt. en afdækning af lokale, regionale og nationale erfaringer, beskrives videns- og erfaringsgrundlaget for opgaveoverdragelse.

Bør indeholde:

- *En afdækning af litteratur og evidens for opgaveoverdragelsen*
- *Indhentning og sammenfatning af evt. lokale, regionale og nationale erfaringer med opgaveoverdragelse*
- *En beskrivelse af de faglige retningslinjer for opgaveoverdragelsen*

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Her beskrives hvordan opgaven skal løses fremadrettet.

For nye opgaver er udfyldelsen af denne meget væsentlig. Arbejdsgruppen skal være så konkret som mulig på opgavens/funktionens:

- *Formål*
- *Indhold*
- *Omfang*
- *Funktioner*
- *Kompetencer til varetagelsen*
- *Samarbejde omkring opgaven (hvem og hvordan)*



- Kommunikation, herunder både til hvem, hvordan og hvornår
- Ansvar (herunder behandlings-)

Det skal være endvidere gerne være tydeligt om det er en "kan" eller "skal" opgave (f.eks. ny lovgivning) for den nye udfører

Der kan med fordel udarbejdes en funktionsbeskrivelse, hvis der er tale om en ny funktion – se bilag

Bør indeholde:

- En beskrivelse af opgaveløsningen (herunder ændringer som afviger fra det vanlige samarbejde og den vanlige kommunikation – *såfremt dele af opgaven løses allerede*).
- En beskrivelse af den enkelte aktørs ansvar, herunder en beskrivelse af det lægefaglige ansvar
- En beskrivelse af den fremadrettede monitorering og ansvaret herfor

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven

For nye opgaver bør denne udvides til lovgrundlag (Service og sundhedslov mv.) for opgaveløsningen, men dog også omfattende behandlingsansvar og delegation hvis relevant.

Her afdækkes det lovmæssige grundlag for delegation af opgaven.

Reglerne om delegation og videredelegation af sundhedsfaglig virksomhed udspringer af autorisationsloven. Bekendtgørelse (BEK) nr. 1219 af 11. december 2009 fastsætter de nærmere rammer for autoriserede sundhedspersoner benyttelse af medhjælp.

Grundlæggende er tre forhold bestemmende for om en opgave kan delegeres til en medhjælp:

1. lovmæssige forbud mod delegation,
2. medhjælpens konkrete kompetencer,
3. opgavens egnethed til at blive løst under delegation.

Bør indeholde:

- En afdækning af de tre ovennævnte forhold, som beskrives ud fra den gældende lovgivning samt faglige anbefalinger for varetagelsen af opgaven.

SIKKERHED

Beskrivelse af arbejdsmiljømæssige risici

Her beskrives væsentlige arbejdsmiljømæssige risici eller foranstaltninger, som skal håndteres ved opgaveoverdragelse.

Bør indeholde:

- Beskrivelse af risici
- Beskrivelse af arbejdsmæssige kompetencer, som skal være tilstede
- Beskrivelse af affaldshåndtering



Beskrivelse af remedier og tekniske aspekter

Her beskrives hvilke remedier, som skal være tilgængelig for at løse opgaven samt hvorledes ansvaret for at fremskaffe og finansiere disse remedier er fordelt. Udgangspunktet for fordelingen af udgifter er Afgrænsningscirkulæret.

Bør indeholde:

- *Beskrivelse af nødvendige remedier, medicin og hjælpemidler*
- *Beskrivelse af hvorledes udgifterne til ovenstående fordeles mellem aktørerne*

Beskrivelse af hygiejnemæssige forhold

Her beskrives om der er specielle hygiejnemæssige forhold, som skal tages i betragtning ved opgaveoverdragelsen, og hvorledes disse kan løses.

Beskrivelse af patientsikkerhedsmæssige aspekter

Beskrivelse af sikkerhedsmæssige aspekter for patient/borger

Overskriften for denne er ændret for at understrege at det også kan handle om "borgerrettede" opgaver, ikke kun patientbehandling

Her beskrives om det er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven. Hvis der er specielle sikkerhedsmæssige forhold, som skal være afdækket eller kræver handling inden opgaven kan overdrages, skal de anføres her.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Beholdes, under forudsætning af at der finder en behandling sted

Alternativt, hvilke andre kompetencer der er behov for

Her præciseres det lægefaglige ansvar, samt hvilke handlinger og opgaver der påhviler den behandlingsansvarlige læge før, under og efter opgaveoverdragelsen.

Beskrivelse af medhjælperens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Beholdes

-Alternativt, hvilke andre kompetencer der er behov for

OBS: "medhjælperen" erstattes af "medarbejderens" kompetencer, hvis der ikke finder delegation sted



Her beskrives de kompetencer, som skal være til stede hos medhjælpen (fx en hjemmesygeplejerske) for at kunne håndtere opgaven under delegation. Det skal af arbejdsgruppen anføres om kompetencerne vurderes at være til stede og hvis ikke, om disse kan udvikles og evt. hvordan.

Beskrivelse af forbud eller krav til videredelegation

Ved nye opgaver vil denne sandsynligvis ikke være så relevant, men såfremt der foretages videredelegation, skal det beskrives her.

Her beskrives det om hele eller dele af opgaven må videredelegeres fra medhjælpen.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Beskrivelse af behandlings- og rehabiliteringsforløbet

Det beskrives hvorledes det ændrede samarbejde vil påvirke det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Beskrivelse af evt. konsekvenser for patientens økonomi

Her afdækkes det, hvilke konsekvenser den ændrede arbejdsdeling har for patientens økonomi.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Volumen (forventet antal patienter pr. år)

Ved nye opgaver udfyldes denne efter bedste skøn/estimat

På baggrund af de bedst tilgængelige data estimeres det, hvor mange patienter der vil modtage behandlingen under den nye samarbejdsform. Alt efter hvor opgaver overdrages fra og til beskrives antallet for enten sygehuse, kommuner eller almen praksis (eksemplificeret ved kommuner nedenfor) Datagrundlaget og udregningen skal beskrives og vil indgå i udregningen af den efterfølgende business case.

Eksempel

Kommune

Antal patienter pr. 10.000 borgere

Aabenraa

Assens

Billund

Esbjerg

Faaborg-Midtfyn

Fanø

Fredericia



Haderslev
Kerteminde
Kolding
Langeland
Middelfart
Nordfyns
Nyborg
Odense
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Ærø

Beskrivelse af omkostninger og udgifter for de involverede aktører

Ved nye opgaver beskrives de forventede udgifter efter bedste skøn. Det er vigtigt at forudsætningerne for skønnet er tydelige.

Her beskrives de faktiske omkostninger og udgifter for de enkelte aktører i forbindelse med opgaveoverdragelsen. Beskrivelsen vil indgå i udregningen af den efterfølgende business case, såfremt det besluttes, at der skal udarbejdes en sådan.

Bør indeholde:

- *Beskrivelse af tidsforbrug med anførelse af personale gruppe*
- *Beskrivelse af udgifter til behandlingsremedier, medicin, hjælpemidler mv.*



Trin – 2: Fælles forståelses- /beslutningsgrundlag

Trin 2 bevares –også relevant for nye opgaver

På baggrund af den faglige vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse udfylder Følgegruppen for opgaveoverdragelse et beslutningsgrundlag, som præsenteres for Det Administrative Kontaktforum med henblik på beslutning om overdragelse og videre udarbejdelse af en samarbejdsaftale (trin 3).

Dato

Her anføres datoen for hvornår følgegruppen har udfyldt trin 2

Beskrivelse af opgaven

Her anføres en kort beskrivelse af hvordan opgaven løses i dag, og hvordan den kan løses fremadrettet.

Hvad er formålet og hvem er målgruppen for opgaveoverdragelsen

Her beskrives formålet med at overdrage opgaven

Eksempel:

"Formålet med at overdrage opgaven er at give patienter muligheden for at færdiggøre behandling med XXX i eget hjem"

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Her laves en kort opsummering af afsnittet fra trin 1.

Beskrivelse af væsentligste konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

Her beskrives de positive og negative konsekvenser for det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

Volumen (forventet antal patienter pr. år)

På baggrund af de bedst tilgængelige data estimeres det hvor mange patienter, der vil modtage behandlingen under den nye samarbejdsform. Alt efter hvor opgaver overdrages fra og til beskrives antallet for enten sygehuse, kommuner eller almen praksis (eksemplificeret ved kommuner nedenfor)

Kommune

Antal patienter pr. 10.000



Aabenraa
Assens
Billund
Esbjerg
Faaborg-Midtfyn
Fanø
Fredericia
Haderslev
Kerteminde
Kolding
Langeland
Middelfart
Nordfyns
Nyborg
Odense
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Ærø

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

På baggrund af de i Trin 1 angivet omkostninger og udgifter, og en evt. beregnet business case, vurderer følgegruppen de samlede økonomiske aspekter. Følgegruppen skal påpege evt. uligheder og økonomisk problemstillinger, som kræver afklaring på administrativt og politisk niveau. Ligeledes skal konsekvenserne for patientens økonomi beskrives.

Plan for monitorering og evaluering

Her beskrives en evt. plan for monitorering og evaluering af samarbejdsaftalen for opgaveoverdragelsen.

OMRÅDE	SPØRGSMÅL	Ja/Nej*
JURA	Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?	
KOMPETENCER	Er de nødvendige kompetencer til stede?	
SIKKERHED	Er det arbejdsmiljømæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	
	Er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	
<i>*Hvis "Ja" jura eller "Nej" til kompetencer og sikkerhed uddybes problemstillingen i det følgende afsnit</i>		

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål



Her opsummeres de faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål som arbejdsgruppen og følgegruppen, i forbindelse med udfyldelse af trin 2, vurderer er relevant at få bragt til afklaring i Det Administrative Kontaktforum.

Tilføjet: vurdering: Er der rum/mulighed for lokal tilpasning

Arbejdsgruppen bør vurdere og tydeliggøre om beskrivelsen af den nye opgave skal følges, eller om der er rum til lokal tilpasning i tilrettelæggelse/organisering/behov, herunder

- hvor kan der afviges
- Hvilke betydning får det (f.eks. monitorering, økonomi, kompetencer)
- Hvor skal anbefalinger *skal* følges af hensyn til f.eks. patientsikkerhed, samarbejde eller andet.

Følgegruppens vurdering og indstilling

Her giver følgegruppen sin samlede vurdering og anbefaling for en udarbejdelse af en evt. samarbejdsaftale/*funktionsbeskrivelse*.



Trin – 3: Samarbejdsaftale – for nye opgaver foreslås det, at der også udarbejdes en eller flere funktionsbeskrivelser

Hvis Det Administrative Kontaktforum på baggrund af det fælles forståelses- og beslutningsgrundlag beslutter, at opgaven skal overdrages, udarbejder følgegruppen et udkast til en samarbejdsaftale *og/eller funktionsbeskrivelse*. Denne skal efterfølgende godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget, inden den sendes videre til politisk behandling.

Krav og behov for indholdet i samarbejdsaftalen kan variere fra opgave til opgave, nedenstående er vejledende. [Se bilag for funktionsbeskrivelse](#)

Baggrund

En kort beskrivelse af baggrunden for opgaveoverdragelsen og den ændring det medfører samt hvilket opdrag den er udarbejdet på baggrund af.

Formål med samarbejdsaftalen

Her beskrives formålet med samarbejdsaftalen

Eksempel:

”Formålet med samarbejdsaftalen er at formalisere samarbejdet om behandling med XXX i eget hjem, således at den kommunale hjemmesygepleje fremover kan varetage denne opgave”

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Her beskrives hvem, der er målgruppen for samarbejdsaftalen.

Forankring og ikrafttræden

Her præciseres i hvilket aftalegrundlag samarbejdsaftalen er forankret, samt hvornår den træder i kraft.

Eksempelvis:

”Samarbejdsaftalen er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18 og træder i kraft d. XX/XX-XXXX”

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Denne og den næste er noget målrettet behandlingsopgaver – det kan måske være relevant i stedet at henvise til en funktionsbeskrivelse eller lignende, der viser hvilke kompetencer, der skal være til stede for at løse opgaven, hvis der ikke er tale om behandling

Her beskrives grundprincipperne for samarbejdet, det inkluderer:

- *Beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar*



- *Beskrivelse af roller og ansvar i det samlede behandlingsforløb*

Information forud for overdragelse

Her beskrives det hvilken information og af hvem den skal leveres, forud for en overdragelse af opgaven. Afsnittet skal ligeledes henvise til de instrukser, der skal udarbejdes i de respektive sektorer, således at medhjælpen kan udføre opgaven på aftalt og forsvarlig vis.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Her beskrives hvilke remedier og ressourcer den enkelte aktør skal levere samt hvordan dette organiseres. Det skal ligeledes beskrives om der er specielle forhold vedr. håndtering af medicin og medicinsk affald.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Her beskrives initiativer målrettet faglige kvalitetssikring af opgaveoverdragelsen samt plan for monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse og evt. effekt.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Her beskrives hvor eventuelle fortolkningsspørgsmål kan bringes til behandling.

Eksempelvis:

"Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora"

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Her beskrives regler for opsigelse og evt. plan for genforhandling på baggrund af monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse og effekt.



Afdeling/ Kompetencegruppen for
Følgegruppe: opgaveoverdragelse
Journal nr.: 20/45764
Dato: 09-06-2021

Bilag: Udkast til Funktionsbeskrivelse (nye opgaver) – model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse

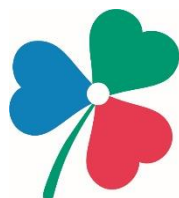
Organisation	Afdeling:
Stilling	
Organisatorisk placering	
Ansvarsområde	
Opgaver	
Kompetencekrav	
Uddannelseskrav	
Væsentlige referencer og samarbejdsrelationer	
Evt. personaleansvar	
Evt. Undervisningsforpligtelse	
Evt. Forskningsforpligtelse	
Muligheder for Efteruddannelse – kompetenceudvikling	



Samarbejdsaftale på stomiområdet

Region Syddanmark

UDKAST – februar 2021



Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
Samarbejdsaftale på stomiområdet	2
1. Indledning.....	2
2. Målgruppe.....	2
3. Relevant lovgivning.....	3
4. Forløbsbeskrivelse.....	3
5. Kompetencer og kompetenceudvikling.....	6
6. Økonomi.....	7
7. Plan for implementering og evaluering af samarbejdsaftalen.....	7
Bilag 1 – Kompetencekrav og kompetenceudvikling i stomipleje	8
Baggrund.....	8
Formålet.....	8
Kompetencekrav indenfor stomipleje.....	8
Kompetenceniveauer.....	9
Fælles om kompetenceudvikling.....	10



Samarbejdsaftale på stomiområdet

1. Indledning

Denne fælles samarbejdsaftale beskriver forløbet og samarbejdet mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner, når en borger har fået anlagt en permanent stomi på sygehuset og efterfølgende skal leve med stomi. Samarbejdsaftalen er en aftale i regi af Sundhedsaftalen.

Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i at sikre det gode sammenhængende patientforløb. En af de centrale værdier i sundhedsaftalen er, at borgeren sættes først og ikke falder mellem to stole. Hvis der opstår tvivl om, hvor ansvaret ligger, er det den part med kontakten til borgeren, der handler. Borgeren skal behandles værdigt og opleve, at kommune og region arbejder sammen som et team med et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde.

Samarbejdsaftalen på stomiområdet har til hensigt at skabe bedre kvalitet for borgere med stomi ved at optimere sammenhængende behandlingsforløb. Samarbejdsaftalen skal ud over at skabe ensartethed være med til at lette overgangen mellem hospital og kommune for borgere med stomi. Samarbejdsaftalen skal derudover sikre et velfungerende samarbejde, hvor de faglige kompetencer anvendes mest hensigtsmæssigt, og skabe en effektiv udnyttelse af de samlede ressourcer til gavn for borgerne.

Der er i tillæg til samarbejdsaftalen udarbejdet:

- Skema til ansøgning om stomiprodukter (benyttes på kommunernes selvbetjeningsløsning ved brug af "trepartsaftale" / alternativt anvendes skemaet som supplement til borgerens ansøgning. Skemaet udfyldes af stomiklinikken og sendes via korrespondancemeddelelse)
- Frase ved ansøgning om ændringer af stomiprodukter

Ansøgningskemaet til ansøgning om stomiprodukter skal lægges på kommunernes selvbetjeningsløsninger, og kan tilgås af borger. Hvis borgeren har brug for det, kan stomiklinikken eller en kommunal medarbejder bistå den digitale ansøgning.

Det anbefales at kommunerne overvejer muligheden for at benytte "trepartsaftaler"¹ til ansøgningen af kropsbårne hjælpemidler, da det gør ansøgningsprocessen og sagsbehandlingen enklere, mere ensartet og hurtigere, hvilket kommer borgeren til gavn.

Stomiklinikkerne i Region Syddanmark er beliggende i Aabenraa, Esbjerg, Vejle, Odense, Svendborg og Kolding.

2. Målgruppe

I Region Syddanmark er der ca. 4.200 borgere med permanent stomi, hvilket er målgruppen for denne samarbejdsaftale.

Mange borgere med stomi oplever det som et tabu. Stomiopererede forventer, at der er en vis gene forbundet med stomien, men de har en begrænset viden om, hvad der konkret kan forventes af gener. Derfor lever mange stomiopererede med unødige gener, der kan afhjælpes med kyndig rådgivning samt korrekt produktmatch og anvendelse.

¹ En trepartsaftale vil være gældende for alle kropsbårne hjælpemidler, og ikke kun stomihjælpemidler.

3. Relevant lovgivning

Sundhedsloven og Serviceloven samt bekendtgørelse om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven (nr. 1247 af 13/11/2017) samt Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (nr. 9079 af 22. februar 2013), danner ramme for denne samarbejdsaftale

4. Forløbsbeskrivelse

4.1. Anlæggelse af stomi

Kommunen kontaktes altid inden udskrivelse i tilfælde af behov for stomipleje efter udskrivelsen. Borgeren skal give tilsagn hertil.

4.2. Opfølgingsbesøg på stomiklinikken (inden for 14 dage efter udskrivelsen)

Efter anlæggelse af stomi gennemføres der typisk inden for 14 dage efter udskrivelsen et opfølgingsbesøg på stomiklinikken. For ileostomipatienter kan der være behov for at ses tidligere end 14 dage efter udskrivelse. Det vil bero på en individuel vurdering. Personalet på stomiklinikkerne informerer patienten omkring det videre forløb og mulighed for genhenvisning.

4.3. Behovsbesøg på stomiklinikken (typisk 2 gange inden for et halvt år)

Stomiklinikken har et bredt sortiment af stomiprodukter til afprøvning på patienterne, der i udgangspunktet er afgrænset af sortimentet i leverandøraftalen. Det er dog muligt for patienten at vælge andre produkter/forhandler, men her vil patienten skulle betale merudgiften. Stomiklinikken foretager sundhedsfaglige, konkrete og individuelle vurderinger af, hvilke stomiprodukter der er bedst egnet til den enkelte patient inden for sortimentet i leverandøraftalen. Efter operationen ændrer stomien sig en del, og der kan være behov for hyppige skift af stomiprodukter. Lægen og stomisygeplejersken fører kontrol med stomien i den periode, og der er et tæt samarbejde mellem borger og stomiklinikken samt eventuelt kommunal sygeplejerske. Typisk er en borger med stomi på behovsbesøg i stomiklinikken 2 gange inden for det første halve år, efter stomien er anlagt.

4.4. Overgangen fra behandlingsredskab til hjælpemiddel

Stomiprodukter kan både være et behandlingsredskab efter Sundhedsloven og et hjælpemiddel efter de særlige bestemmelser i hjælpemiddelbekendtgørelse i henhold til Serviceloven. For at sikre et sammenhængende forløb for borger, og for at undgå flere ansøgninger om ændringer inden for en kort periode efter operationen aftales følgende:

1. At stomiprodukter betragtes som behandlingsredskaber efter Sundhedsloven fra operationstidspunktet og frem til den første kontrol, da stomien ikke er stationær i starten. I den periode er stomiklinikken ansvarlig for levering af stomiprodukter
2. Såfremt stomisygeplejersken vurderer, at der er behov for at ændre i stomiprodukterne under 1. kontrol, så betragtes stomiprodukterne fortsat som behandlingsredskaber frem til næste kontrol.

Først når borger efter en kontrol ikke får ændret i stomiprodukterne overgår produkterne til at være hjælpemidler, og der sendes en ansøgning til kommunen.



Dette begrundes med, at stomien ikke er stationær i begyndelsen. Samtidig fører lægen og stomisygeplejersken fortsat kontrol med stomien. Stomien ændrer sig, og der kan være behov for hyppige skift af stomiprodukter. Der er grundlag for at betragte stomiprodukter som behandlingsredskaber i perioden lige efter operationen (jf. cirkulæret nr. 9079 af 22. februar 2013, 2.1).

4.5. Ansøgningsproceduren

1. Borger ansøger om stomihjælpemidler på borger.dk (digitalt). Hvis borger har brug for det, kan stomiklinikken eller egen kommune bistå med ansøgningen.
2. Stomiklinikken sender ansøgning til kommunen med beskrivelse af bl.a. oplysninger om stomien og valg af produkt. (jf. Tillægget "Ansøgning om stomiprodukter")
3. Stomiklinikken og kommunerne kommunikerer via korrespondancemodulet i MedCom eller sikker post, der tjekkes dagligt af kommunen.
4. Ansøgningsskemaet betragtes som en anmodning om støtte efter Servicelovens § 112. Anmodningen indeholder sagsoplysninger, og et forslag til den videre sagsbehandling i kommunerne.
5. Årsagen til anvendelse af særlige produkter begrundes.
6. Ansøgningsskemaet sendes først til kommunen, når behovet for stomiprodukter er stationært. Stomiklinikken medgiver borgeren nye produkter svarende til 4 uger.
7. Kommunerne har efter lovgivningen ret op til 6 ugers sagsbehandlingstid, men kommunerne tilstræber at behandle ansøgningen indenfor 4 uger til gavn for borgerne.

Enkelte kommuner benytter de såkaldte "Trepartsaftaler", hvilket betyder, at stomiklinikken kan udfylde og ansøge om stomiprodukter på vegne af borgeren. Det gør ansøgningsproceduren enklere, da det kun kræver én ansøgning og dermed kan forkorte sagsbehandlingstiden.

4.6. Bevillingsproceduren

De kommunale sagsbehandlere foretager en konkret og individuel vurdering på baggrund af de oplysninger, som de har modtaget fra stomiklinikken.

Kommunerne har op til 6 uger, til at behandle en ansøgning om stomiprodukter, men kommunerne tilstræber at behandle ansøgningen indenfor 4 uger til gavn for borgerne.

Kommunerne oplyser borgerne om afgørelsen samt borgerens rettigheder og pligter. Dette kan gøres på forskellige vis. Nogle kommuner fremsender bevillingsbreve, andre sender informationsfoldere, nogle har elektroniske bevillinger, som borger kan tilgå via weblogin-koder og andre sender ikke bevillingsbreve, når borger får medhold i deres ansøgning.

Kommunerne oplyser borgerne om, at bevillingen er løbende, og at der kan ske ændringer i stomiprodukterne, uden at der fremsendes et nyt afgørelsesbrev.

På den måde undgås det, at de kommunale sagsbehandlere skal sende nye bevillingsbreve ved løbende ændringer.

4.7. Behov for hjælp/kontakt til kommunal sygeplejerske efter udskrivelse

Sygehuset kontakter den kommunale sygeplejerske/stomisygeplejerske ved behov for besøg efter udskrivelse, kontakten sker ved ambulante korrespondance meddelelse.

Den kommunale sygeplejerske kontakter borger.

Der er forskel på, hvorvidt der er ansat kommunale stomisygeplejersker, stominøglepersoner m.m. i den kommunale sygepleje, ligesom der er forskel på deres kompetencer.



Det anbefales, at kommunerne har ansat en stomisygeplejerske eller en sygeplejerske med kompetencer indenfor området (jf. bilag 1 – Kompetencekrav og kompetenceudvikling i stomipleje), der kan møde borgeren i hjemmet eller på den kommunale sygeplejeklinik, spotte udfordringer samt hjælpe borgeren med valg af produkter. Sygeplejersken vil kunne medvirke til at sikre, at der hurtigere bliver taget hånd om borgernes eventuelle udfordringer med stomien.

Mange stomiopererede lever med unødige gener, der kan afhjælpes med kyndig rådgivning samt korrekt produktmatch og anvendelse.

4.8. Komplikationer samt råd og vejledning

Der kan opstå både tidlige og sene komplikationer med stomien.

Borgere med stomi kan altid henvende sig til den kommunale (stomi-) sygeplejerske eller til almen praksis. Borgere der ikke har afsluttet sit forløb på stomiklinikken, kan også henvende sig direkte til Stomiklinikken ved problemer med stomi eller bandage.

Den kommunale (stomi-) sygeplejerske og almen praksis kan henvende sig direkte til stomiklinikken.

Borgeren kan løbende få behov for stomirelateret rådgivning. I tabellen er skitseret, hvilke områder, det kan dreje sig om, og hvor borgeren kan/skal henvende sig og få hjælp.

Spørgsmål	Leverandør	Stomiklinik el. andre med tilsvarende faglighed i kommunen	Myndighedsafd., Kommunen
Stomirelateret <ul style="list-style-type: none"> Lækage Hudproblemer Stomikomplikationer Brok ved stomi Oplæring i irrigation		X OBS hvis forløb er afsluttet i stomiklinikken kræves ny henvisning fra almen praksis	
Livet med stomi <ul style="list-style-type: none"> Arbejde/fritid/rejser/sek-sualitet/kropsopfattelse, kost/væske, etc. 			
Produktspecifikt <ul style="list-style-type: none"> Posestørrelser Hulstørrelse, fast hul/opklipbar 	X	X	(X) Hvor der er faglig kompetence til dette
Bevilling, §112 Serviceloven Tilføjelser/ændringer, f.eks. ændret behov, forbrug		X (Ansøgning om bevilling)	X

4.9 Patientforening

Borgere med stomi og deres pårørende kan altid få hjælp og rådgivning ved Stomiforeningen (COPA). Hos COPA tilbydes gratis rådgivning og vejledning til alle, der har spørgsmål omkring stomi eller reservoir, livet med stomi, operationen og meget mere. Rådgivningen er af ikke-lægelig karakter, da rådgiverne ved COPA alle er stomi- eller reservoiropererede. Rådgivning kan foregå i hjemmet, på sygehuset, telefonisk eller online.



4.10. Almen praksis

Almen praksis bør være velorienteret omkring denne samarbejdsaftale og opgavefordelingen mellem kommune og sygehus/stomiklinik. Almen praksis har en koordinerende rolle i forhold til den enkelte patient og en forpligtelse i forhold til at give patienten korrekt vejledning.

Almen praksis kan altid søge vejledning hos stomiklinikken eller sende patienten videre til stomiklinikken.

4.11. Ændringer i behovet for stomiprodukter

Borger kan henvende sig til en kommunal sygeplejerske eller til stomiklinikken (hvis borgeren stadig er i forløb i stomiklinikken). Er borgeren afsluttet i stomiklinikken skal borgeren kontakte almen praksis for at få en ny henvisning til stomiklinikken.

Stomiklinikken sender på vegne af borgeren en korrespondance meddelelse til kommunen om ændring af produkter inden for bevillingen.

Stomiklinikken beskriver begrundelsen for det ændrede behov.

Den kommunale sagsbehandler foretager en konkret og individuel vurdering ud fra sagsoplysningerne og de forslag til ændringer, som stomiklinikken har fremsendt.

Sagsbehandleren behandler sagen og tilretter bestillingen hos leverandøren indenfor 10 hverdage.

Stomiklinikken medgiver borgeren nye produkter svarende til 14 dage.

Ved behov for yderligere produkter fremsendes en ny ansøgning til kommunen, da dette er en ny bevillingssag.

Som tillæg til samarbejdsaftalen er frasen "Ændring i behovet for stomiprodukter" vedlagt til brug på sygehusene, for at standardisere og kvalitetssikre ansøgningerne.

4.12. Opfølgning og kontrol af bevillinger

Kommunerne har løbende mulighed for at følge udviklingen i antallet af stomi-bevillinger.

Kommunerne følger op på den enkelte borgers forbrug efter behov, ligesom kommunen fører kontrol med det samlede forbrug af stomiprodukter hos kommunens borgere med stomi (ved hjælp af forbrugsstatikker udarbejdet af leverandørerne af stomiprodukter). Opfølgningen på den enkelte borgers forbrug sker med henblik på at sikre, at den enkelte borger modtager de rette produkter i den rette mængde. En borgers behov ligger muligvis først fast efter et år med stomi og kan ændre sig løbende.

5. Kompetencer og kompetenceudvikling

Som bilag til samarbejdsaftalen er der udarbejdet et "Koncept for kompetenceudvikling i stomipleje", der beskriver, hvilke kompetencer medarbejdere, der håndterer sundhedsfaglige opgaver i forbindelse med stomier, bør have.

Konceptet for kompetenceudvikling er ikke en beskrivelse af status quo, men derimod en situation, der bør tilstræbes. Der igangsættes en fælles kompetenceudviklingsindsats mellem kommuner og sygehuse. Dertil er en beskrivelse af grundprincipperne for at sikre kvalitet og sammenhæng i kompetenceudvikling.

Konceptet beskriver, hvilke kompetencer der konkret bør være til stede i forbindelse med varetagelse af stomipleje. Formålet er at sikre, at de sundhedsprofessionelle som varetager stomipleje har den fornødne viden om stomi og det nødvendige kendskab til de anvendte produkter. Det rette faglige niveau hos medarbejderne skal sikre, at stomiplejen fungerer tilfredsstillende for den enkelte borger, der har en ileo-, kolo- og/eller urostomi, så den stomiopererede så vidt muligt kan leve det ønskede liv.



Patientforeningen COPA vil være behjælpelige med anvendelsen af peers i kompetenceudviklingen. Peers kan også anvendes i samarbejde med de sundhedsfaglige uddannelser, hvor de kan være med til at skabe større indsigt i stomiområdet hos kommende sundhedsfaglige medarbejdere.

6. Økonomi

Samarbejdsaftalen skærper opgavefordelingen og sagsgange, men flytter ikke opgaver. For enkelte kommuner kan en kortere sagsbehandlingstid medføre et ekstra ressourcetræk.

Det forventes dog, at der skal afsættes ressourcer til indsatsen omkring kompetenceudvikling.

7. Plan for implementering og evaluering af samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalen implementeres fra **indsæt dato** og evalueres efter **indsæt dato**.

Samarbejdsaftalen er forankret i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering. Tvivlsspørgsmål i relation til aftalen vil blive håndteret af Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.



Bilag 1 – Kompetencekrav og kompetenceudvikling i stomipleje

Baggrund

Udviklingen af sundhedsvæsenet med indførelse af optimerede borgerforløb og ambulante behandling har medført at kerneopgaver, der tidligere blev udført på sygehuset, er overdraget, og bliver udført i primære sektoren². Fortællinger fra borgere, om varierende viden i forhold til stomipleje hos de fagprofessionelle i kommunerne og på sygehusafdelinger, hvor stomipleje ikke er en kerneopgave kombineret med henvendelser fra samarbejdspartnere om specifikke problemstillinger i forhold til stomipleje, belyser et behov for kompetenceløft hos disse faggrupper³.

Regeringen ønsker, at borgerne møder et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor sundhedspersonale på tværs af sektorer og faggrupper arbejder sammen om og med borgeren⁴.

Regionen og kommunerne i Syddanmark har udarbejdet en tværsektoriel samarbejdsaftale, hvor hensigten er at sikre sammenhængende borgerforløb mellem sundhedsvæsenets sektorer. Der lægges vægt på, at samarbejdet skal styrkes gennem dialog og koordinering parterne imellem, så borgeren føler sig inddraget og oplever at forløbet er sammenhængende. Ansvar for de opgaver, der skal løses ligger hos sygehusene, almen praksis og kommunerne (SAM:BO).

Formålet

Formålet med at udvikle kompetencekrav og kompetenceudvikling i stomipleje er følgende:

- At borgere med stomi får viden og støtte samt mulighed for at lære af andre borgeres erfaringer
- At understøtte kommunalt sundhedspersonale i at give borgerne den rette stomipleje og behandling i nærmiljøet
- At understøtte sammenhængende forløb med optimal stomipleje og behandling, så borgerne så vidt muligt kan leve det liv de ønsker

Kompetencekrav indenfor stomipleje

Social- og sundhedsassistenter og –hjælper samt ufraglærte - i kommunerne

² Borgernes sundhedsvæsen, 2016, Regeringen, 2019

³ Analyse foretaget i 2017 af Region Syddanmark og enkelte kommuner, som led i det fælles udbud på stomiområdet

⁴ Danske regioner, 2018, Regeringen, 2019



De basale kompetencer forudsættes erhvervet på social- og sundhedsskolerne. Den videre kompetenceudvikling sker ved, at faggrupper med en merviden forpligtes til at give denne videre. Det kan konkret ske ved at der udbydes kurser, hvor social- og sundhedsassistenter og –hjælpere kan få viden om stomipleje.

De kommunale hjemmesygeplejersker forpligter sig til at reflektere og ræsonnere sammen med social- og sundhedsassistenter og –hjælpere samt ufaglærte i forhold til iagttagne observationer og vurderinger, så den tilegnede viden fra kurset kan omsættes til praksis.

Sygeplejersker - i kommunerne

Stomisygeplejerskerne på sygehusene vil med jævne mellemrum udbyde--kurser (fx online kurser) i grundlæggende stomipleje til de kommunale sygeplejersker samt stiller sig til rådighed for rådgivning og sparring.

Sygeplejersker der ikke er specialiserede i stomipleje - på sygehuset

Stomisygeplejerskerne på sygehusene vil to gange om året udbyde kursus i grundlæggende stomipleje, så sygeplejerskerne kan erhverve sig grundlæggende viden om stomipleje.

Kompetenceniveauer

Faggrupperne vil forventeligt have forskellige niveauer af kompetencer, men der er vigtigt at viden og kompetencer løftes hos alle målgrupperne, så de som minimum har kompetencer som beskrevet nedenfor.

Social- og sundhedshjælper samt ufaglærte - i kommunerne

- Kendskab til og forståelse for den grundlæggende stomipleje ved den stabile og ukomplicerede stomi.

Social- og sundhedsassistenter - i kommunerne

- Anatomi og fysiologi i relation til stomi
- Kendskab til og forståelse for den grundlæggende stomipleje
- Hyppigste peristomale hudproblemer og kan observere og handle på dette
- Sene stomikomplikationer og kan observere samt videregive observationer
- Typer af tilbehør og kan anvende de bevilgede produkter.

Basissygeplejersker - i kommunerne

Udover kompetencer som Social- og sundhedshjælper- og assistenterne skal besidde, skal basissygeplejersken ligeledes:

- kunne analysere og fortolke på det observerede på baggrund i sygdomslære og stomiens konstruktion
- kunne være i stand til at fortsætte oplæringsprogrammet fra sygehuset til de borger som på sigt forventes at kunne varetage stomiplejen



- selvstændigt kunne identificere og handle på andre faktorer, der livslangt potentielt kan have indvirkning på stomiens funktion og hudens beskaffenhed.

Sygeplejersker med kompetencer indenfor stomi - i kommunerne

Udover ovenstående kompetencer, skal en sygeplejerske med kompetencer indenfor stomi kunne:

- være med til at udvikle og organisere stomiplejen i kommunen
- have en undervisende og rådgivende funktion
- samarbejde med Myndighedsafdelingen og stomiklinikken/ambulatoriet

Sygeplejersker der ikke er specialiserede i stomipleje - på sygehuset

- Kendskab til og forståelse for den grundlæggende stomipleje ved den stabile og ukomplicerede stomi.

Fælles om kompetenceudvikling

Et sammenhængende sundhedsvæsen fremmer kendskab og indsigt i hinandens arbejde på tværs. Jo større sammenhæng der er imellem praksis på henholdsvis sygehuset og i kommunerne, jo større vil følelsen af sammenhæng i behandlingen opleves hos borgeren. Derfor skal kompetenceniveauet for de fagprofessionelle være ens på tværs af sygehus og kommune. Kompetenceudviklingen skal derfor tilsigte konceptet for "fælles skolebænk".

Ligeledes skal kompetenceudviklingen være praksisnær og borgernær. Praksisnær kompetenceudvikling betyder, at medarbejderen kan forbinde viden til praksis, og at kompetenceudviklingen bliver meningsfuld for den enkelte medarbejder i forhold til det daglige arbejde. Dette understøtter, at ny viden bliver omsat i de daglige arbejdsgange. Praksisnær læring foregår borgernært. Udveksling af erfaringer, udnyttelse og implementering af kompetencer på tværs af faggrupper og sektorer, der er involveret i det enkelte stomiforløb skal sikre borgernær og praksisnær kompetenceudvikling.

Konceptet for kompetenceudvikling udvikles i løbet af 2021, således at kurserne kan opstartes i løbet af 2022. Det vil være nøglepersoner fra regionen, med sparring fra kommunale nøglepersoner, der er ansvarlige for kursernes indholdsbeskrivelse og afholdelse.

Formidlingsform

- Formidlingen kan foregå via kurser med fysisk fremmøde eller som online kurser.
- Det vil være fagpersonale på stomiklinikkerne, der vil undervise kollegaer på sygehuset og fagpersoner i kommunerne
- Undervisningen vil tage afsæt i allerede udviklet materiale og praksisnære cases

Netværk



Kompetenceudviklingen vil også medvirke til øget kendskabet til hinanden på tværs af sektorer og dermed styrke netværks- og relationsdannelsen, herunder udbrede kendskabet til allerede eksisterende netværk (Erfagrunder) på området.

KLADDE





Afdeling/
Følgegruppe: Følgegruppen for
genoptræning og
rehabilitering

Journal nr.: 19/51035

Dato: April 2021

Bilag: Uddybning af praksis på stomiområdet ved henvisning til nye forløb

Udarbejdelsen af samarbejdsaftalen på stomiområdet har skabt opmærksomhed på, at praksis på de fire stomiklinikker i Region Syddanmark har været forskellig i forhold til afslutning af forløb og opstart af nye forløb.

Tre af regionens fire stomiklinikker har haft/har en praksis, hvor patienternes forløb er forblevet åbent, til trods for, at der ikke længere har været planlagte aktiviteter. Derved har der ikke været behov for nye henvisninger, når der er opstået nye problemstillinger, som har krævet vurdering på stomiklinikken.

Udarbejdelsen af samarbejdsaftalen har rettet fokus mod denne praksis, og stomiklinikkerne er blevet bevidste om, at forløbene skal afsluttes, hvis ikke patienten har problematikker, planlagte aftaler mm.

Ifølge Landspatientregistreret (LPR3) har borgeren mulighed for "åben indlæggelse" så længe, der fortsat er en problematik, planlagte aftaler mv. Herefter kræves en ny henvisning: "*Forløbselementet fortsætter, så længe enheden har hele eller dele af det kliniske ansvar for patientens helbredsforløb – dvs. så længe, at der er planlagt nye kontakter, procedurer, afventes svar, eller der er andre aftaler i helbredsforløbet under den organisatoriske enhed. (...) Ved ny hændelse i samme sygdomsforløb oprettes nyt forløbselement*".¹

Ved nye forløb foreskriver Sundhedsloven kap. 17, §79, at det skal ske gennem egen læge: "*Medmindre behandling sker akut, hvor henvisning ikke kan indhentes forinden, skal personen være henvist til behandling af en læge eller tandlæge*".

Lovgivningen på området er tydeligt beskrevet og foreskriver, at borgere med stomi skal have en henvisning fra egen læge ved opstart af et nyt forløb på stomiklinikken.

I Sundhedsloven kap. 17, §79 er der imidlertid skrevet en mulighed ind for, at regionsrådet kan give andet autoriseret sundhedspersonale, herunder sygeplejersker og læger på stomiklinikkerne, bemyndigelse til at henvise borgere til et nyt forløb på stomiklinikken: "*Personen kan også være henvist af andre autoriserede sundhedspersoner eller myndigheder, når regionsrådet forinden har offentliggjort, at disse har adgang til henvisning*".

Arbejdsgruppen, som har udarbejdet den nye samarbejdsaftalen, vurderer ikke, at det er hensigtsmæssigt for borgeren, at henvisning til et nyt forløb skal ske gennem almen praksis. Der er derimod et ønske om at give borgerne mulighed for at kontakte stomiklinikken direkte for hurtig og kompetent vejledning og hjælp. Der lægges derfor op til, at Det Administrative Kontaktforum på mødet d. 27.5.2021 beslutter at rette henvendelse til regionsrådet for at give bemyndigelse til, at andre sundhedspersoner kan henvise til et nyt forløb. Fordele og ulemper ved denne mulighed er skitseret nedenfor.

¹ [Patientregistrering - LPR3 - Sundhedsdatastyrelsen](#)



Fordele ved at ”andre autoriserede sundhedspersoner” kan henvise til nyt forløb:

- Borgeren møder specialisten på stomiklinikken ved første henvendelse og kommer dermed i kontakt med en fagperson der hurtigt kan sætte sig ind i problemstillingen og kan tage stilling til, om borgeren blot har behov for at afprøve nye præparater, tilpasse de eksisterende, eller om patienten har behov for en akut/sub-akut tid.
 - Uanset behovet medfører en hurtig kontakt med specialisten, at borgeren hjælpes hurtigt, samt at antallet af uheld mindskes, hvilket også har betydning for borgerens aktive liv (aktiviteter/ job/sociale fællesskaber).
- Borgeren vinder tid ved ikke først at skulle tilses hos egen læge og derefter vente på at blive indkaldt, da henvisningen skal forbi en speciallæge.
- På nuværende tidspunkt har mange borgere allerede denne mulighed, da tre ud af fire stomiklinikker i Region Syddanmark ikke afslutter alle forløb som foreskrevet i LPR, og de åbne forløb giver borgerne mulighed for altid at kunne kontakte klinikkerne. Denne gruppe vil se det som en forringelse af service, at de fremover ikke har den direkte kontaktmulighed til stomiklinikkerne, hvis de i stedet skal forbi egen læge.
- Det vil kræve ressourcer på stomiklinikkerne at vejlede i, at borgeren ikke kan ringe til stomiambulatoriet men i stedet skal henvende sig til egen læge for at blive henvist.

Ulemper ved at ”andre autoriserede sundhedspersoner” kan henvise til nyt forløb:

- Det kræver flere ressourcer på stomiklinikkerne at håndtere opkald fra borgere, der har brug for henvisning til nyt forløb.

Betydning for almen praksis

Som følge af almen praksis' honorering af ydelser og henvisninger, vil det have betydning for almen praksis, hvilken model der vælges.

Eftersom praksis på 3 ud af de 4 stomiklinikker i dag giver borgerne mulighed for direkte at kontakte stomiklinikkerne, vil det have betydning for antallet af henvisninger, hvis det besluttes at efterleve gældende lovgivning på området, eller hvis regionsrådet afviser, at andre autoriserede sundhedspersoner kan henvise til nye forløb.

Hvis der derimod rettes henvendelse til regionsrådet, og regionsrådet godkender, at andre autoriserede sundhedspersoner kan henvise til nye forløb, kan det medføre et lille fald i henvisninger hos almen praksis. Dette er særligt gældende for Sygehus Lillebælts område, da Sygehus Lillebælt i dag som den eneste klinik afslutter alle forløb og kræver ny henvisning gennem egen læge.



Region Syddanmark og de 22 kommuner

Midtvejsstatus for Sundhedsaftalen 2019-2023 i Region Syddanmark

Indledning	1
Resume	1
Baggrund	2
Organisering af sundhedsaftalearbejdet i Syddanmark	2
Visioner og målsætninger	4
Ændringer og status på målsætningerne i Sundhedsaftalen 2019-2023	5
U hensigtsmæssigheder i forhold til kravet om, at målopfyldelsen skulle tage udgangspunkt i de otte nationale mål	6
Status på indsatser i Sundhedsaftalen 2019-2023	6
Nye indsatser i Sundhedsaftalen 2019-2023	6
Overblik over aftaler, der er på vej under de forskellige indsatsområder	8
Status på organisationen af sundhedsaftalearbejdet	8
U hensigtsmæssigheder i vilkårene for sundhedsaftalearbejdet	9
Erfaringer fra COVID-19 relateret samarbejde i regi af sundhedsaftalearbejdet	10
Konklusion	11

Indledning

Resume

Midtvejsstatussen viser, at alle Følgegrupper, som er nedsat i regi af Sundhedsaftalen i Syddanmark, er godt i gang med at arbejde med indsatserne, der skal indfri de ambitiøse politiske målsætninger. Der er en klar opfattelse af, at de enkelte måltal og udspecificering af, hvilken målgruppe i Sundhedsaftalen, indsatsen henvender sig til, har givet god retning for samarbejdet omkring indsatserne. COVID-19 pandemien betyder, at vi kommer senere i mål med indsatserne, og at en lang række indsatser forventes at ville strække sig ind i den næste sundhedsaftaleperiode.

Yderligere opleves helt generelt en stor tilfredshed i forhold til organiseringen af sundhedsaftalesamarbejdet, selv om det er en stor og kompleks organisation. Det fremhæves som en stor styrke i den nuværende organisering, at de lokale samordningsfora er blevet knyttet tættere til den øvrige del af sundhedsaftaleorganisationen, og at der derigennem er kommet øget fokus på implementeringen af indsatserne i Sundhedsaftalen.

I forhold til COVID-19 er der enighed om, at Sundhedsaftalens organisatoriske ramme og de gode relationer i sundhedsaftalesamarbejdet har sikret et stærkt, godt og fleksibelt samarbejde i den kritesituation, som COVID-19 pandemien har medført.

Baggrund

Det fremgår af bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at der senest to år efter, at Sundhedsaftalen er indgået, skal indsendes en midtvejsstatus til Sundhedsstyrelsen. Det betyder konkret, at Sundhedskoordinationsudvalget har ansvaret for at fremsende en midtvejsstatus for Sundhedsaftalen i Syddanmark 2019-2023 senest den 1. juli 2021. Midtvejsstatussen er udarbejdet på baggrund af en inddragende proces, hvor alle relevante aktører har haft mulighed for at bidrage med input til midtvejsstatussen. Midtvejsstatus blev godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget den 23. juni 2021.

Målsætningerne i Region Syddanmarks Sundhedsaftale er fastsat ud fra de otte nationale mål for sundhedsvæsenet med det formål at kunne monitorere på de fastsatte målsætninger. Da der fortsat er udfordringer med implementeringen af den nye version af Landspatientregisteret (LPR3), har det endnu ikke været muligt at følge op på, hvordan det præcist går med indfrielsen af målsætningerne i Sundhedsaftalen 2019-2023. Nærværende midtvejsstatus bliver af den årsag alene af kvalitativ karakter baseret på spørgsmålene vedrørende oplevelser af sundhedsaftalesamarbejdet, status på indsatser til indfrielse af målsætningerne i Sundhedsaftalen samt håndteringen af COVID-19 i regi af sundhedsaftalesamarbejdet.

Organisering af sundhedsaftalearbejdet i Syddanmark

I Syddanmark har vi opbygget en solid og velfungerende tværsektoriel organisering omkring sundhedsaftalearbejdet, som er videreført i Sundhedsaftalen 2019-2023.

Den samlede opgaveportefølje i relation til sundhedsaftalearbejdet er meget omfangsrig, hvorfor man har valgt at nedsætte fire følgegrupper, som afspejler de politiske visioner:

- Følgegruppen for forebyggelse
- Følgegruppen for behandling og pleje
- Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
- Følgegruppen for uddannelse og arbejde

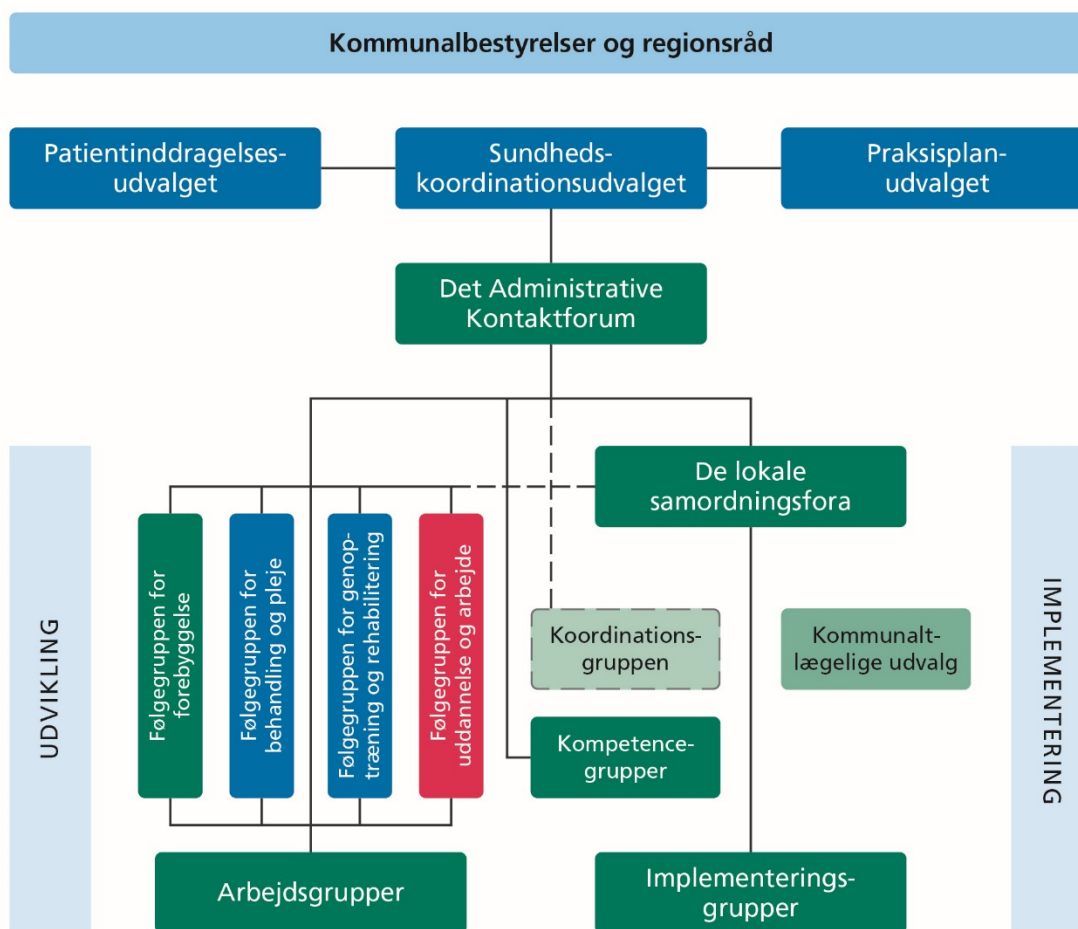
Følgegrupperne består af et delt formandskab mellem region og kommune, som er udpeget blandt sundhedschefer eller sundhedsdirektører i kommunerne samt direktører fra regionens sygehuse. Derudover er de sammensat med geografisk repræsentativitet, således at der sidder repræsentanter med fra det sygehus og de kommuner, som sygehuset har hovedparten af sine patientkontakter til, ligesom psykiatrien er repræsenteret.

Under følgegrupperne er nedsat arbejdsgrupper, der sammen med følgegrupperne understøtter den fælles udvikling og opgaveløsning på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger.

Omkring hver sygehusenhed har de lokale samordningsfora (SOF) ansvar for implementeringen af Sundhedsaftalens konkrete indsatser, samarbejdsaftaler mv. De lokale samordningsfora omfatter de kommuner, som sygehuset har hovedparten af sine patientkontakter til samt praksisrepræsentanter udpeget af Praksiskonsulentorganisationen og Praksisudvalget. Tidligere har der været lokale samordningsfora for såvel somatik (SOF) som psykiatri (PSOF), men i denne periode er der lagt op til, at somatik og psykiatri tænkes sammen enten ved et fælles forum eller ved fælles møder.

Dertil er der etableret kompetencegrupper inden for opgaveoverdragelse, sundhedsteknologi og monitorering, som har til opgave at agere sparringspartnere og levere input til følgegruppernes arbejde inden for det givne område ved behov.

Se billede 1 for overblik over sundhedsaftaleorganiseringen i Syddanmark.



Billede 1: Oversigt over sundhedsaftaleorganiseringen

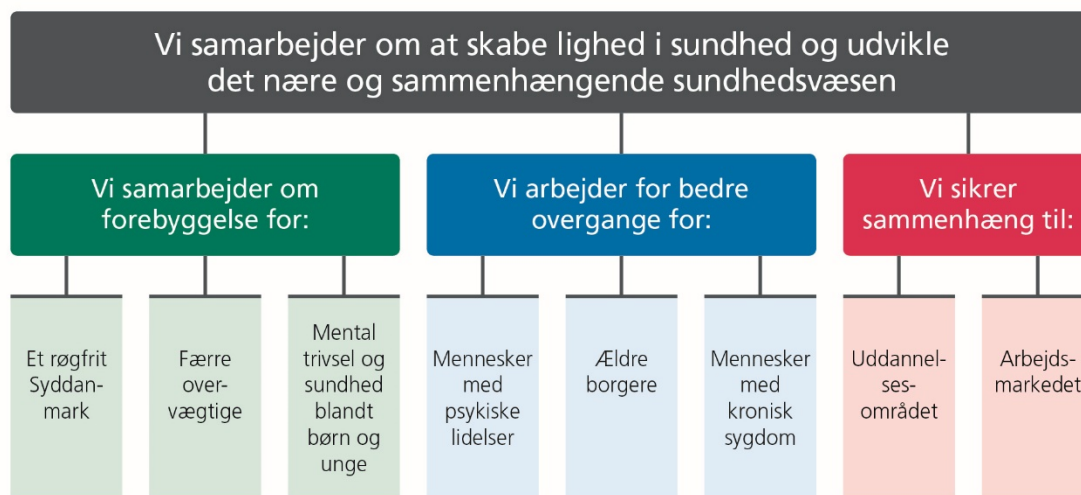
Visioner og målsætninger

Sundhedsaftalens overordnede vision er at styrke det tværsektorielle samarbejde, skabe mere lighed i sundhed og i fællesskab udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med afsæt i de udfordringer, vi står overfor.

Den overordnede vision for Sundhedsaftalen 2019-2023 udfoldes i tre visionsområder med tilhørende målsætninger, som er koblet til de otte nationale mål for sundhedsvæsenet. Visionerne fremgår nedenfor af billede 2.

Sundhedsaftalens overordnede vision om at styrke det tværsektorielle, samarbejde om at skabe lighed i sundhed og i fællesskab udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er fortsat ambitionen og det primære fokus for sundhedsaftlearbejdet.

Visioner i Sundhedsaftalen 2019-2023



Billede 2: Visioner i Sundhedsaftalen 2019-2023

Ændringer og status på målsætningerne i Sundhedsaftalen 2019-2023

Målsætningerne fremgår på s. 6-7 i Sundhedsaftalen 2019-2023.

Til opfølgning på størstedelen af målsætningerne i Sundhedsaftalen 2019-2023 benyttes de otte nationale mål for sundhedsvæsenet som datakilde, hvor en lang række af indikatorerne i de nationale mål er helt eller delvist baseret på Landspatientregisteret (LPR). Efter Sundhedsaftalen 2019-2023 trådte i kraft, undergik LPR i 2019 en omfattende omlægning til LPR3, og ændringerne dannede nyt datagrundlag for opgørelsen af de nationale mål. Med de nye opgørelsesmetoder var det ikke længere muligt at benytte de nationale mål til opfølgning på en række af de målsætninger, der er formuleret i Sundhedsaftalen 2019-2023, fordi det nye datagrundlag ikke stemmer overens med måltallene. Fra 2019 er fem målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2023 berørt. Her er der tale om målsætningerne om forebyggelige indlæggelser for ældre patienter, fastholdelse af hhv. somatisk og psykisk syge på arbejdsmarkedet samt antallet af akutte genindlæggelser for KOL- eller diabetes type-2 patienter.

For fortsat at kunne følge op på Sundhedsaftalens målsætninger har der derfor været behov for at opdatere de berørte målsætninger, så måltallene stemmer overens med det nye datagrundlag. Det grundlæggende princip herfor har været, at de nye måltal følger samme procentvise udvikling i sundhedsaftaleperioden, som de tidligere måltal. Sundhedskoordinationsudvalget godkendte ændringerne på mødet d. 28. oktober 2020, og de konkrete ændringer kan ses i referatet på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Uhensigtsmæssigheder i forhold til kravet om, at målopfyldelsen skulle tage udgangspunkt i de otte nationale mål

I forhold til opfølgningen på målsætningerne i Sundhedsaftalen ønsker vi at påpege følgende uhensigtsmæssigheder i forhold til kravet om, at målsætningerne skal fastlægges med udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet (jf. vejledning nr. 9504 af 04/06/2018).

Med udgangspunkt i ovenstående er størstedelen af målsætningerne i Region Syddanmarks sundhedsaftale fastlagt ud fra de nationale mål, og for at kunne følge op på disse mål, benyttes dermed data fra de nationale mål for sundhedsvæsenet. Det har derfor givet udfordringer, at Sundhedsdatastyrelsen efterfølgende ændrede opgørelsesmetoden for flere indikatorer i de nationale mål, fordi data nu bliver opgjort anderledes og med tilbagevirkende kraft. Dette har krævet et større arbejde med at omsætte de berørte målsætninger og måltal, så det fortsat er muligt at følge udviklingen ud fra de nye opgørelsesmetoder på de nationale mål.

Dertil er der den udfordring med de nationale mål for sundhedsvæsenet, at mange af tallene for indikatorerne er flere år gamle. Eksempelvis er seneste tal på indikatoren for fastholdelse af borgere med psykisk syge på arbejdsmarkedet fra 2016. Så selv hvis tallene var tilgængelige, ville det fortsat på en række indikatorer ikke være muligt at følge op på målsætningerne i sundhedsaftalen, fordi der ikke findes tal fra den aktuelle sundhedsaftaleperiode.

Endelig kommer udfordringerne med implementeringen af LPR3, som har medført, at det to år inde i aftaleperioden fortsat ikke har været muligt at tilvejebringe data på indikatorerne i de nationale mål og dermed følge op på målsætningerne i sundhedsaftalen.

Status på indsatser i Sundhedsaftalen 2019-2023

Der arbejdes målrettet med at indfri målsætningerne i Sundhedsaftalen. Det er en generel opfattelse i følgegrupperne, at arbejdet med indsatserne er godt i gang. Der er en klar opfattelse af, at de enkelte måltal og udspecificering af, hvilken målgruppe i Sundhedsaftalen, den enkelte indsats har omhandlet, har givet retning for samarbejdet omkring indsatserne.

Der har været nogle justeringer i forhold til den initiale tidsplan, hvor nogle indsatser er blevet udskudt til påbegyndelse på et senere tidspunkt, men fortsat inden for rammen af sundhedsaftaleperioden. COVID-19 situationen betyder samtidig, at vi med stor sandsynlighed kommer senere i mål, og at en række indsatser forventes at strække sig ind i den næste sundhedsaftaleperiode.

Nye indsatser i Sundhedsaftalen 2019-2023

Følgende indsatser er nye i Sundhedsaftalen 2019-2023:

Implementering af partnerskabsprojektet "Røgfri fremtid"

Formålet med indsatsen er at sikre røgfrie ungdomsuddannelser for at realisere visionen om en røgfri generation i 2030.

Samarbejdsaftale for børn og unge med overvægt og overvægtige gravide

Formålet med en samarbejdsaftale er at kæde den tidlige opsporing, forebyggelsestiltag og behandlingstilbud endnu tættere sammen, således at færre børn, unge og voksne bliver overvægtige, og flest mulige for den rette indsats i rette tid.

Implementering af partnerskabsprojektet "ABC for mental sundhed"

Formålet med indsatsen er at fremme mental sundhed i Syddanmark. Overordnet kan der arbejdes inden for tre kategorier: gør noget aktivt (Act), gør noget sammen (Belong), gør noget meningsfuldt (Commit).

Tværasektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser

Formålet med pakkeforløbet er at identificere de patienter, der har særlige behov og løfte kvaliteten af disse forløb. Forløbene dækker både forløb i somatikken og psykiatrien. Det indebærer, at det sikres, at en indlæggelse finder sted, når der er behov samt at antallet af indlæggelser reduceres.

Tværasektoriel understøttelse af kommunale akutfunktioner

Formålet er at sætte fokus på det tværasektorielle samarbejde om udvikling og understøttelse af akutte sygeplejeindsatser i det nære sundhedsvæsen. Det forventes, at denne indsats kan være med til at forebygge indlæggelse og genindlæggelser.

Fleksible indlæggelser

Formålet er at sikre et tæt samarbejde mellem kommune og sygehus, som vurderer, om patienten skal indlægges. Det forventes, at denne indsats kan forebygge indlæggelse og genindlæggelser. Endvidere forventes det, at en tættere kommunikation omkring borgerne evt. kan dæmme op for færdigbehandlingsdage.

Samarbejde om rehabilitering og recovery vedrørende psykiatrien

Formålet er at sikre en integreret indsats mellem aktørerne gennem implementeringen af det syddanske "forløbsprogram for mennesker med depression" samt indsatserne i IPS-metoden (Individuelt Planlagt job med støtte).

Samarbejdet mellem psykiatrien, uddannelsesområdet og almen praksis – forberedende grunduddannelse (FGU)

Formålet er at identificere de typiske årsager til unges frafald fra FGU og udarbejde forslag til samarbejdsindsatser. Endvidere inddrages ungerepræsentanter i arbejdet.

Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

Formålet er at sikre, at der er fokus på palliation gennem hele kræftforløbet og fokus på behovet for rehabilitering efter endt forløb, således at borgeren kan klare sig selv i hverdagen og genvinde sin funktionsevne.

Ud over de ovenfor nævnte nye indsatser i Sundhedsaftalen for 2019 – 2023 har følgegrupperne en lang række eksisterende indsatser, som man fortsat arbejder videre med fra den tidligere Sundhedsaftale. Der er fra følgegrupperne udtrykt bekymring for, hvorvidt det vil lykkes at nå i mål med de politiske målsætninger, som Sundhedsaftalen 2019-2023 indeholder – ikke mindst set i lyset af de forsinkelser og de påkrævede personaleressourcer som COVID-19 medfører.

Følgegrupperne har derfor i løbet af sommeren 2020 foretaget en prioritering af de indsatser, som de vurderede skulle igangsættes før andre og som man vil have et særligt fokus på. Baggrunden for prioriteringerne er et målrettet fokus på indfrielsen af de politiske målsætninger. Nedenfor fremhæves en række af de prioriterede indsatser.

Overblik over aftaler, der er på vej under de forskellige indsatsområder

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte i oktober 2020 følgegruppernes forslag til prioritering og her kan bl.a. fremhæves følgende:

- Fælles kommunal-regional tilslutning til Partnerskabsprojektet vedr. ABC for mental sundhed
- Samarbejdsaftale mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger vedr. familiebase- ret tilgang til forebyggelse af overvægt
- Evaluering og revision af "Aftale om infektionshygiejnisk rådgivning" (fremrykket og oppriori- teret som følge af COVID-19)
- Samarbejdsaftale på stomiområdet
- Samarbejde mellem psykiatrien, uddannelsesområdet og almen praksis
- Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med alvorlig sygdom
- Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagende indlæggelser
- Ny samarbejdsaftale om IV behandling

Status på organiseringen af sundhedsaftalearbejdet

Af tilbagemeldingerne fra Følgegrupperne og de lokale Samordningsfora fremgår det, at der helt generelt opleves en stor tilfredshed i forhold til organiseringen af sundhedsaftalesamarbejdet, selv om det er en stor og kompleks organisation.

Det er en klar fordel, at man har valgt at videreføre organiseringen fra den forrige sundhedsaftale, da det tager tid at lære den organisatoriske ramme at kende for at kunne agere heri. At organisere-

ringen er videreført, har desuden medført, at arbejdet med indsatserne er kommet hurtigere i gang sammenlignet med tidligere sundhedsaftaleperioder.

Det fremhæves som et særdeles vigtigt element, at SOF- og PSOF-formandskaberne nu er repræsenteret i Det Administrative Kontaktforum, da det er med til at skabe sammenhæng og vidensdeling. I det hele taget er det væsentligt, at de samme personer går igen på tværs af flere fora (Implementeringsgrupper, Samordningsfora og Det Administrative Kontaktforum), for at sikre kontinuitet og videndeling, om end det er ressourcekrævende at deltage i både Følgegruppe, SOF og Implementeringsgruppe.

Det fremhæves som en stor styrke i den nuværende organisering, at samordningsforaene er blevet knyttet tættere til den øvrige del af sundhedsaftaleorganisationen, og at man således har fået øget fokus på implementeringsrollen.

I alle samordningsfora er der tillige fokus på et tættere samarbejde mellem somatik og psykiatri. Et enkelt samordningsforum har taget skridtet fuldt ud og har kun ét samlet SOF, medens øvrige samordningsfora har valgt at indføre fællesmøder mellem SOF og PSOF. Der er foretaget organisatoriske ændringer i samordningsforaene, som fokuserer på at opkvalificere implementerings- og udviklingsopgaver i sundhedsaftalesamarbejdet.

Endelig peges der på, at sammensætningen i følgegrupperne vurderes at være hensigtsmæssig, hvilket er væsentligt, ift. at sikre, at medlemmerne kan både agere og repræsentere i de forskellige fora.

Skal der afslutningsvis peges på en enkelt uhensigtsmæssighed, så er det, at det er vanskeligt at få involveret praksiskonsulenterne i følgegruppernes omfattende arbejde. Det betyder således, at almen praksis' rolle sjældent belyses tilstrækkeligt i følgegruppernes diskussioner.

Men konkluderende opleves organiseringen som stærk og med god sammenhængskraft på tværs af sektorerne og mellem ledelseslagene.

Uhensigtsmæssigheder i vilkårene for sundhedsaftalearbejdet

I Sundhedsaftalen har vi tilsluttet os, at når vores tværsektorielle samarbejde udfordres af incitamenter og strukturelle rammer (eksempelvis økonomiske rammevilkår), så vil vi i fællesskab finde løsninger til gavn for borgerne og samtidig søge at påvirke de nationale rammer og de årlige økonomiforhandlinger.

I forhold til økonomien ses en udfordring i den eksisterende model for kommunal medfinansiering i forhold til hvorledes incitamentsvirkninger for kommuner og region bedst tilgodeses for begge parter. Derfor har Sundhedskoordinationsudvalget også tidligere rettet en henvendelse til ministeren, hvor der opfordres til, at der ses på at få skabt en model, som sikrer, at incitamenterne er klare og relevante, så det kan betale sig at tænke i nye samarbejdsformer i det tværsektorielle samarbejde. I det hele taget vil vi gerne opfordre til, at man fra centralt hold prioriterer en reform af sundheds-

væsenet, som tilvejebringer den nødvendige finansiering og fordeling af opgaverne mellem sektorerne.

Det betyder konkret, at alle kommuner og regioner nu hver for sig er i gang med, eller har vedtaget, forskellige aftaler om IV-behandling i nærmiljøet, hvor der med fordel kunne have været en fælles, national ramme for denne indsats. Det er en omfattende og udfordrende proces, når aftaler indeholder økonomi af så betragtelig karakter.

Yderligere er der behov for, at lovgivningen i langt højere grad understøtter det tværsektorielle samarbejde. Konkret har vi i Syddanmark arbejdet med problemstillingen om borgerens fald i eget hjem, men den manglende lovhjemmel, står i vejen for, at der kan findes en løsning i regi af sundhedsaftalesamarbejdet. Denne problematik, er et grundlæggende problem for samarbejdet på tværs og for de borgere, som er afhængige af et sammenhængende sundhedsvæsen. Maskinel dosisdispensering og afgrænsningscirkulæret er også eksempler på områder, hvor der savnes lovgivning, der understøtter det tværsektorielle samarbejde.

Erfaringer fra COVID-19 relateret samarbejde i regi af sundhedsaftalearbejdet

I Region Syddanmark er der enighed om, at det tværsektorielle samarbejde under COVID-19 har fungeret rigtigt godt. Der blev ved epidemiens udbrud etableret en tværsektoriel COVID-19 Taskforce, som er baseret på den eksisterende organisering omkring Sundhedsaftalen. Til Taskforce-møderne er det muligt at dagsordenssætte og drøfte COVID-19 relaterede spørgsmål. Der har i den organisering været fokus på den fælles udfordring med virusset og gensidig understøttelse af opgaveløsningen i forbindelse med COVID-19.

Der er bred enighed om, at den udbredte anvendelse af videomøder har en lang række fordele og har bidraget til, at sundhedsaftalesamarbejdet ikke er gået i stå på grund af manglende muligheder for at mødes.

I den fremadrettede aktivitet i følgegrupperne og de lokale samordningsfora kan vi dog ikke nøjes med videomøder. De fysiske møder er stærkt efterspurgt i forhold til at komme skridtet videre med relationsdannelser og en lang række vigtige udviklingsopgaver.

I forhold til COVID-19 samarbejdet har parterne særligt fremhævet følgende væsentlige erfaringer:

- 1. Værdien af videomøder**

Videomøderne giver mulighed for hurtige beslutninger, hurtige implementeringer, løbende problemafklaring og fælles "fodslaw". Kan med fordel ligeledes anvendes til fremtidige implementeringsopgaver.

- 2. Fælles prioriteringer** ift. at hjælpe hinanden bedst muligt med håndtering af COVID-19 relaterede opgaver, hvor volumen og ressourcer har været anvendt som hjælp til beslutningsgrundlaget.

- 3. Deling af data**

Antal indlagte på sygehuset og akutkapacitet i kommunerne er blevet delt på tværs og det har givet en god forståelse for hinandens udfordringer og problemstillinger.

4. Den regionale tværsektorielle Task Force

Etableringen af denne har sikret sammenhæng mellem regionens kommuner og agilitet i fælles beslutninger og videndeling.

5. God kommunikation

Styrket kendskab og relation - "*Dialog fremmer forståelsen*".

6. Hyppige møder

Møder med fast struktur, aftaler og hurtig opfølgning har fungeret – herunder fælles ansvar for dagsorden, mødeledelse og logbog.

7. Aftaler for overdragelse mellem sygehus og kommuner på akutområdet etableret

8. Fokus på fælles opgaveløsning og omstillingsparathed.

I det tværsektorielle samarbejde har der været stor velvillighed til at tænke fælles *opgaveløsning og omstillingsparathed, som er kommet såvel kommuner, region som borgere til gode.*

9. Fælles kompetenceudvikling

Styrken i tankegangen vedr. fællesskab om fælles kompetenceudvikling – "Fælles skolebænk" har vist sit værd.

10. Behovet for hygiejneorganisering i kommunerne

Det er under pandemien blevet synligt, at der er behov for et større fokus på hygiejneområdet med sygehuset som sparringspartner

11. Mindre fokus på økonomi

De særlige omstændigheder gør, at "økonomi" ikke har været et problem – en forskel i forhold til fremtidige drøftelser om opgaveløsning/deling.

Den generelle holdning er, at Sundhedsaftalens organisatoriske ramme har sikret et stærkt, godt og fleksibelt samarbejde under COVID-19. Ud over den organisatoriske ramme fremhæves tillige de stærke og gode relationer, der gennem årene er oparbejdet i regi af sundhedsaftlearbejdet.

Konklusion

Visionerne for Sundhedsaftalen 2019-2023 om at styrke det tværsektorielle samarbejde, skabe mere lighed i sundhed og i fællesskab udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er fortsat ambitionen for sundhedsaftlearbejdet.

Følgegrupperne er godt i gang med indsatserne i Sundhedsaftalen, og der er en klar opfattelse af, at de enkelte måltal og udspecificeringen af, hvilken målgruppe i Sundhedsaftalen indsatsen henvender sig til, giver god retning for samarbejdet omkring indsatserne. Sundhedsaftlearbejdet fungerer godt med den nuværende organisering, og i fællesskab arbejdes der målrettet med at indfri målsætningerne i Sundhedsaftalen 2019-2023. Der er ikke nogen tvivl om, at en del indsatser er berørt af COVID-19 situation i Danmark, og at de ambitiøse målsætninger kan blive svære at indfri i indeværende periode, hvorfor arbejdet forventes at strække sig ind i den næste sundhedsaftaleperiode.

Vi ser frem til at kunne få leveret data for de otte nationale mål, så det bliver muligt at vurdere kvantitativt, hvordan det går med målopfyldelsen af Sundhedsaftalen 2019-2023.

Mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark

Tina Harmer Lassen
Ida Nielsen Sølvhøj
Amalie Oxholm Kusier
Josefine Ranfelt Andersen
Andrea Huber Jezek
Michael Davidsen
Maj Britt Dahl Nielsen
Maja Bæksgaard Jørgensen

Mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark

Tina Harmer Lassen
Ida Nielsen Sølvhøj
Amalie Oxholm Kusier
Josefine Ranfelt Andersen
Andrea Huber Jezek
Michael Davidsen
Maj Britt Dahl Nielsen
Maja Bæksgaard Jørgensen

Copyright © 2021 Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Internt review: Ziggi Ivan Santini, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-539-1

Statens Institut for Folkesundhed
Studivstræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Forord

Rapporten *Mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark* har til formål at give et overblik over den mentale sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark og bidrage med viden om sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

I rapporten belyses forekomsten og udviklingen i selvrapporteret mental sundhed og udvalgte psykiske sygdomme blandt børn og unge i Region Syddanmark samt mulige årsager til udviklingen. Endvidere beskrives, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed, og derudover belyses de unges forståelse af det gode ungdomsliv. Endelig giver rapporten viden om danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser baseret på interview med udvalgte eksperter og praktikere.

Rapporten er baseret på både eksisterende viden og en række nye analyser om børn og unges mentale sundhed. Udgangspunktet for analyserne er dels register- og spørgeskemadata, dels interview med unge i Region Syddanmark samt eksperter og praktikere med særlig viden på området. Det anvendte spørgeskemadata består af to parallelt udførte spørgeskemaundersøgelser: *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* gennemført af Statens Institut for Folkesundhed, SDU samt *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* gennemført af Sundhedsfremme, Steno Diabetes Center Copenhagen.

Rapporten er tænkt som et opslagsværk og henvender sig til sundheds- og fagprofessionelle samt beslutningstagere i Region Syddanmark. Rapportens resultater kan bidrage til at identificere, hvor der er behov for indsatser, samt pege på relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som har til formål at fremme den mentale sundhed blandt børn og unge.

Mange tak til de unge fra Region Syddanmark, der har deltaget i undersøgelsen, samt til de eksperter og praktikere, der har bidraget med deres erfaringer og viden.

Undersøgelsen er finansieret af Region Syddanmark og er gennemført af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Projektgruppen består af forsker Tina Harmer Lassen, videnskabelig assistent Ida Nielsen Sølvhøj, videnskabelig assistent Amalie Oxholm Kusier, videnskabelig assistent Josefine Ranfelt Andersen, videnskabelig assistent Andrea Huber Jezek, seniorforsker Michael Davidsen, seniorforsker Maj Britt Dahl Nielsen og forskningsgrupeleder Maja Bæksgaard Jørgensen.

Maj 2021

Morten K. Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Stephanie Lose
Regionsrådsformand
Region Syddanmark

Indhold

1 Sammenfattende diskussion og konklusion.....	5
2 Indledning og læsevejledning.....	14
3 Baggrund.....	16
3.1 Definitioner og kernebegreber	16
3.2 Faktorer der påvirker den mentale sundhed	19
3.3 Forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.....	26
4 Udvikling i mental sundhed og udvalgte psykiske sygdomme i Region Syddanmark ..	28
4.1 Udvikling i selvrapporteret mental sundhed	29
4.2 Udvikling i udvalgte psykiske sygdomme	32
5 Karakteristik af unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark.....	42
5.1 Fordeling af dårlig mental sundhed blandt unge	46
5.2 Trivsel og mistrivsel	49
5.3 Krop og helbred	56
5.4 Sociale relationer	61
5.5 Skoleliv og grundskolekarakter.....	65
5.6 Forældres socioøkonomiske position og psykisk sygdom	69
5.7 Sundhedsadfærd	72
5.8 Kontakt til sundhedsvæsenet og sigtelser for strafbar handling	80
6 Det gode ungeliv – set fra de unges perspektiv	84
6.1 Karakteristika af deltagerne	85
6.2 Overgang fra barn (til ung) til voksen	87
6.3 Venner og familie	91
6.4 Hverdagslivet	95
6.5 Det digitale ungdomsliv.....	101
7 Ekspertes og praktikers syn på mental sundhed blandt børn og unge.....	104
7.1 Informanternes bud på årsager til den stigende mistrivsel.....	106
7.2 Mental sundhed og trivsel i praksis	113
7.3 Barrierer og anbefalinger	117
7.4 Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.....	127
Bilag 1: Metodebeskrivelse	136
Kvantitative metoder	136
Kvalitative metoder	148
Bilag 2: Oversigt over resultater fra karakteristik af unge med dårlig mental sundhed ...	155
Referencer	158

1 Sammenfattende diskussion og konklusion

Formålet med denne rapport *Mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark* er at belyse den mentale sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark fra en række forskellige vinkler samt at bidrage med viden om relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Rapporten sammenfatter eksisterende viden på området og præsenterer en række nye analyser baseret på register- og spørgeskemadata og interview med unge i Region Syddanmark samt eksperter og praktikere, som har særlig viden om målgruppen.

Rapporten belyser de unges forståelse af det gode ungdomsliv og udviklingen i selvrapporteret mental sundhed og psykisk sygdom blandt børn og unge i Region Syddanmark. Derudover beskrives mulige årsager til denne udvikling på baggrund af eksisterende litteratur og interview med eksperter og praktikere. Endeligt giver rapporten en karakteristik af unge med dårlig mental sundhed og viden om danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser ud fra interview med udvalgte eksperter og praktikere.

I dette kapitel følger en kort sammenfatning og diskussionen af resultaterne, hvor resultaterne kort sammenlignes på tværs af de forskellige datakilder. Diskussionen afsluttes med en samlet konklusion.

DE UNGES OPLEVELSE AF DET GODE UNGELIV

Gennem en række workshops og interview med unge i Region Syddanmark belyses det gode ungdomsliv – og dets udfordringer – set ud fra et ungeperspektiv. Resultaterne præsenteres i kapitel 6 under de fire hovedtemaer: (1) overgangen fra barn til voksen, (2) venner og familie, (3) hverdagslivet, og (4) det digitale ungdomsliv. Informanterne består af unge i alderen 14-24 år fra folkeskolen og forskellige ungdomsuddannelser samt unge, der ikke er i gang med en uddannelse eller arbejde¹. De unge fremhæver særligt fem aspekter som særligt karakteristiske for det gode ungdomsliv:

- Overgangen fra barn til voksen er karakteriseret ved mere frihed og ansvar, og dét at flytte hjemmefra og blive selvforsørgende er en skelsættende begivenhed.
- De unge oplever, at fritidsinteresser, især fysisk aktivitet, er med til at fremme trivsel og mental sundhed. Her søger de unge typisk et socialt fællesskab med andre unge, mens andre er mere motiverede af at få "den rigtige krop".
- Fester fremhæves særligt, når de unge italesætter det gode ungdomsliv. Her udgør alkohol et centralt emne, som for de unge er forbundet med forskellige dilemmaer. På den ene side oplever nogle unge, at de bliver ekskluderet af fællesskabet, hvis de vælger alkohol fra, og

¹ Deltagerne er således ikke udvalgt på baggrund af, om de for eksempel har en psykiatrisk diagnose eller har oplevet problemer med mistrivsel.

på den anden side oplever andre unge, at indtagelse af alkohol kan lede til situationer og konflikter, der kan have negative konsekvenser.

- Interviewene viser, at nedlukningen i foråret 2020 som følge af COVID-19 pandemien har påvirket de unges hverdagsliv markant, hvor flere har oplevet magtesløshed, ensomhed, stress og bekymringer. Her har de sociale medier og muligheden for digitalt samvær været essentielt for at opretholde de sociale relationer og en så normal hverdag som mulig.
- Alenetid og det at kunne koble af fremhæves også af flere unge som vigtigt for at kunne håndtere stress i dagligdagen.

Det er også karakteristisk, at det gode ungdomsliv er forbundet med en række dilemmaer og dobbeltheder. Det gælder for eksempel i forhold til at finde en balance mellem behovet for meningsfulde aktiviteter i fællesskab med andre unge og behovet for alenetid og det at kunne koble fra.

Dobbeltheden kommer også udtryk i et andet centralt tema, nemlig at overgangen fra barn til voksen er karakteriseret ved mere frihed og ansvar. Selvom dette for de fleste unge opleves som altovervejende positivt, kan denne overgang være svær – især hvis man ikke kan få hjælp og støtte hjemmefra. Mens nogle unge oplever at kunne få støtte hjemmefra, og for hvem familien er en ressource, så oplever andre ofte konflikter og sociale problemer. Disse unge fortæller blandt andet, hvordan problemer i familien har betydet, at de har set sig nødsaget til tidligere at flytte hjemmefra. Mens familien for nogle unge er en væsentlig ressource, er familien også en kilde til stress for andre. Især de hjemmeboende unge fremhæver deres familie og forældre som en væsentlig ressource. På samme måde kan de unges forhold til alkohol og sociale medier også ses som et eksempel på, hvordan den samme faktor både negativt og positivt kan påvirke de unges trivsel.

UDVIKLING I MENTAL SUNDHED OG PSYKISK SYGDOM

I rapporten sondres mellem mental sundhed og psykisk sygdom. Mental sundhed handler både om, hvordan vi har det med os selv, for eksempel at være glad og tilfreds med livet, og om at fungere godt i dagligdagen, for eksempel at kunne udvikle sig og lære og at kunne klare dagligdagens gøremål og indgå i sociale relationer. Mental sundhed er derfor noget man kan have i mere eller mindre grad, og i denne rapport benyttes begreberne trivsel og mistrivsel som synonyme for henholdsvis god og dårlig mental sundhed.

Psykisk sygdom anvendes som en betegnelse for tilstande, hvor der er tydelig belastning og påvirkning af de daglige og sociale funktioner gennem længere tid. I rapportens kvantitative analyser af forekomsten af psykisk sygdom beror opgørelserne på kontakter med psykiatrien og brug af psykofarmaka (dermed medtages kun tilfælde, hvor en læge har fastsat en diagnose), mens mental sundhed beror på selvrapporeret spørgeskemadata.

På baggrund af udvalgte eksisterende undersøgelser (kapitel 4) ses følgende resultater for udviklingen i selvrapporeret mental sundhed:

- **Kønsskelskel i mental sundhed i folkeskolen:** Skolebørnsundersøgelsen omfatter børn og unge i alderen 13-15 år. En opgørelse (på nationalt plan) præsenteret i en nyligt publiceret rapport (3) viser, at der sket en stigning i andelen af 13-årige og 15-årige piger med dårlig mental sundhed. I 2014 havde 17 % af pigerne dårlig mental sundhed, mens 20 % blandt de 13-årige og 21 % af de 15-årige havde dårlig mental sundhed i 2018. Der ses ikke en stigning blandt drengene, hvor andelen ligger mellem 10 og 11 % i begge år (3).
- **Kønsskelskel i mental sundhed i alder 16-24 år:** Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viser, at der er sket en stigning blandt de 16-24-årige med dårlig mental sundhed i Region

Syddanmark (fra 2010-2017). Det gælder især blandt de unge kvinder. Således stiger andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed med syv procentpoint i perioden mod tre procentpoint blandt de unge mænd. Omtrent dobbelt så stor en andel af de unge kvinder har dårlig mental sundhed (23 % i 2017) sammenlignet med de unge mænd i samme aldersgruppe (11 % i 2017) (4-7).

- **Ingen eller marginale ændringer i den mentale sundhed blandt gymnasieelever:** I perioden 2014 til 2019 er der ikke sket nogle ændringer i den selvrapporterede mentale sundhed blandt de unge mænd på STX i Region Syddanmark (13 % havde dårlig mental sundhed i begge år). Blandt de unge kvinder ses et marginalt fald fra 24 % i 2014 til 23 % i 2019 (8).

Analyserne i de eksisterende undersøgelser peger således på lidt forskellige udviklingstendenser i forskellige aldersgrupper og spørgeskemaundersøgelser. Det kan skyldes, at undersøgelserne benytter forskellige mål for mental sundhed og/eller omfatter forskellige grupper af unge og tidsperioder. Alt i alt peger undersøgelserne dog på en tendens til, at især piger og unge kvinder i højere grad oplever dårlig mental sundhed. Dertil er det værd at bemærke, at der er en risiko for, at den mentale sundhed blandt børn og unge kan blive yderligere forværret i forbindelse med COVID-19 pandemien, da forskningen tyder på, at pandemien og nedlukningerne generelt påvirker danskernes mentale sundhed negativt (9). I denne undersøgelse peger de unge interviewpersoner også selv på, at nedlukningen i foråret 2020 har haft stor betydning for deres trivsel og medførte stress, ensomhed, og bekymringer for smitte. Idet interviewene primært blev gennemført inden den anden nedlukning i vinteren 2020/2021, ved vi ikke, hvordan den anden bølge har påvirket de unge.

Vores viden om den mentale sundhed blandt de helt små børn er begrænset. Det skyldes blandt andet, at spørgeskemametoder ikke er særligt anvendelige for netop denne målgruppe. Rapporten belyser også udviklingen i udvalgte psykiske sygdomme blandt børn og unge baseret på registerdata fra Lægemedeldatabasen og Landspatientregisteret for perioden fra 2009 til 2018. Fordelen ved at bruge registerdata er blandt andet, at vi også har data for de helt små børn, og analyserne dækker derfor alle børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark og i hele Danmark. I kapitel 4.2 belyses både prævalensen (forekomsten) og incidensen (nye tilfælde) af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse samt mindst én af disse psykiske sygdomme blandt børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark og hele Danmark. Prævalens angiver antallet af eksisterende sygdomstilfælde i en befolkning på et givent tidspunkt, og kan benyttes til at vurdere omfanget af personer med behov for behandling, mens incidens kan benyttes til at vurdere omfanget af nye tilfælde.

På baggrund af de registerbaserede analyser (kapitel 4.2) ses følgende:

- Prævalensen (både antal og rate) af ADHD og angst/depression er steget betydeligt fra 2009 til 2018. I samme periode ses der en mindre stigning i spiseforstyrrelse. De største procentvise stigninger finder generelt sted i perioden 2009-2013.
- Incidensen (både antal og rate) af ADHD og spiseforstyrrelse er faldet lidt eller ligger på nogenlunde samme niveau i perioden 2009 til 2018. Der ses dog mindre udsving hen over perioden. I samme periode ses en mindre stigning for angst/depression.

For både prævalens og incidens er raten af børn og unge med mindst én af de psykiske sygdomme lavere i Region Syddanmark end i hele landet.

ÅRSAGER TIL UDVIKLINGEN I DEN MENTALE SUNDHED OG PSYKISK SYGDOM

Rapporten belyser forskellige teorier om, hvad der har påvirket udviklingen blandt børn og unge med udgangspunkt i den videnskabelige litteratur på området og kvalitative interview med eksperter (forskere og embedsmænd) og praktikere, der til dagligt arbejder med målgruppen.

Både den videnskabelige litteratur samt eksperterne og praktikerne peger på, at mange forskellige faktorer spiller ind, og at der ikke findes et entydigt svar på, hvorfor flere børn og unge mistrives, og flere diagnosticeres med en psykisk sygdom. Helt overordnet set fremhæver informanterne særligt fire forklaringsmodeller som vist i nedenstående figur 1.1.

Figur 1.1 Årsager til udviklingen i den mentale sundhed og psykiske sygdom

(1) Øget diagnosticering/højere grad af legitimering af psykisk sygdom	(2) Strukturelle og kulturelle faktorer (for eksempel ulighed i sundhed, perfektionskultur, præstationssamfund og sociale medier)
(3) Individuelle faktorer (for eksempel overvægt og søvn)	(4) Sociale faktorer (for eksempel forældre-barn-relation og mobning)

Særligt forskere og embedsmænd er dog forsigtige med at udtale sig om årsagsmekanismer, og både litteraturen (10) og interviewene peger på, at mange forskellige forhold spiller ind. En af de forklaringer, der ofte fremhæves, er blandt andet, at vi er blevet bedre til at opspore og diagnosticere børn og unge med psykisk sygdom, og at det er blevet mindre tabuiseret at tale om psykisk sygdom og mistrivsel.

I interviewundersøgelsen diskuterer praktikerne især betydningen af forældrenes rolle samt kulturelle normer og værdier relateret til præstationssamfundet. Netop betydningen af kulturelle normer og værdier er svære at belyse empirisk. Det skyldes blandt andet, at vores kultur konstant forandrer sig og dermed ikke er statisk (10). For eksempel bliver flere skilt i dag, og selv om skilsmisse kan ses som en stressende begivenhed, som kan have negative konsekvenser for den mentale sundhed, så har den øgede forekomst også medført, at det i mindre grad er stigmatiserende og tabulagt. Dermed er det vil det være forventeligt, at den negative effekt på den mentale sundhed vil være mindre i dag end for 20 år siden.

De unge i den kvalitative interviewundersøgelse diskuterer også betydningen af jagten på præstationer og den perfekte krop for deres trivsel². Her oplever flere af de unge, at de ofte bliver præsenteret for og konfronteret med meget idealiserede kroppe, som kan være svære at leve op til på de sociale medier. Samtidig viser interviewene, at mange af de forhold, som de unge selv fremhæver som betydningsfulde for deres trivsel, rummer en vis dobbelthed. Det gælder for eksempel de sociale medier. Her oplever de unge, at brugen af de sociale medier kan være stressende, fordi de altid er på, og som beskrevet tidligere oplever nogle unge, at de i høj grad bliver konfronteret med idealiserede kroppe, som negativt kan påvirke deres kropsopfattelse. På den anden side er de sociale medier også forbundet med en række positive aspekter, især i forhold til at facilitere og understøtte samværet med andre unge. Her har COVID-19 pandemien understreget den positive værdi, fordi det fysiske samvær har været udfordret, og hvor de sociale medier har muliggjort, at de unge har kunne fastholde deres relationer. Analyserne peger altså både på aspekter ved de sociale

² De unge er ikke, som eksperter og praktikere, blevet spurgt til årsagerne til udviklingen, men mere generelt til, hvad der påvirker deres trivsel og mentale sundhed.

medier, som har en positiv betydning for de unge, samtidig med, at andre aspekter har en mere negativ betydning. Dette er også i tråd med tidligere forskning på området. Forskningen er dog stadig meget ny og derfor et område, hvor der er behov for flere undersøgelser.

Selvom det ikke vides, hvad der driver udviklingen i den mentale sundhed, er der en stor viden om hvilke faktorer, der fremmer og hæmmer den mentale sundhed. I rapportens baggrundsafsnit (kapitel 3) gennemgås en række forskellige faktorer på det individuelle, sociale og strukturelle niveau, der enten positivt eller negativt påvirker den mentale sundhed. Netop derfor peger én af eksperterne i interviewundersøgelsen også på, at selvom vi ikke ved, hvorfor flere børn og unge diagnosticeres med en psykisk sygdom og/eller mistrives, så har vi stadig en viden, der gør, at vi er i stand til at handle på et evidensbaseret grundlag. Netop denne pointe skal både ses i lyset af en nylig rapport netop har vist, at der findes evidens for en række forskellige forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (3).

KARAKTERISTIK AF UNGE MED DÅRLIG MENTAL SUNDHED

Selvom det er uvist, hvad der driver udviklingen i psykisk sygdom og mental sundhed, findes der en masse viden om, hvilke faktorer der fremmer og hæmmer den mentale sundhed. Litteraturen peger på, at mange forskellige faktorer på forskellige niveauer påvirker de unges mentale sundhed – både på det individuelle (for eksempel mestringssevne), det sociale (for eksempel relationer til familie og venner) og det strukturelle niveau (for eksempel økonomisk sikkerhed). Resultaterne af analysen af spørgeskemadata fra unge på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser ligger i tråd med tidligere studier (som beskrevet i baggrundsafsnittet).

Resultaterne viser, at de unge med dårlig mental sundhed er karakteriseret ved en højere forekomst af risikofaktorer på alle tre niveauer i forhold til unge med moderat/god mental sundhed. På det individuelle niveau ses, at unge med dårlig mental sundhed er mere udsatte på en række parametre. For eksempel har de i mindre grad et højt selvværd, og der er større risiko for, at de har søvnproblemer og med vilje har gjort skade på sig selv sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed. De har også en større risiko for næsten dagligt at opleve fysiske symptomer, for eksempel hovedpine, mavepine eller andre smerter, og de vurderer i mindre grad deres helbred som godt.

Forskellene mellem de to grupper viser sig også på det sociale og strukturelle niveau; for eksempel oplever de unge med dårlig mental sundhed i mindre grad fortrolighed i relationer til venner og forældre, og de har en større risiko for at komme fra hjem med en lavere indkomst, eller fra hjem, hvor én eller begge forældre selv har en psykisk sygdom.

På samme måde viser den kvalitative interviewundersøgelse med unge i Region Syddanmark, at netop gode relationer til familie og venner har stor betydning for de unges trivsel. Selvom venner og kærester begynder at spille en større rolle i de unges liv, så er forholdet til familien og støtten herfra stadig vigtig i forhold til at hjælpe de unge gennem overgangen fra barn til voksen. Mens de fleste af de unge i denne kvalitative interviewundersøgelse trives og lever et helt normalt ungdomsliv, har vi også talt med unge, som er mere sårbare, for eksempel fordi de har en psykisk sygdom, er flygtet fra krig eller har oplevet store konflikter og sociale problemer i familien. Disse unge beretter om, hvordan de i en tidlig alder har skullet stå på egne ben og for eksempel følt sig nødsaget til at flytte hjemmefra. Den kvalitative interviewundersøgelse kan ikke sige noget om, hvilke konsekvenser dette har på længere sigt, men de kvantitative analyser peger på, at unge med dårlig mental sundhed har højere risiko for at pjække fra undervisningen, i mindre grad er tilfredse med at gå i skole, og (for de unge mænds vedkommende) i højere grad har været sigtet for en strafbar handling. Der tegner sig altså et billede af en ophobning af en række risikofaktorer, som også har relation til de unges evne til at fungere i uddannelsessystemet og i samfundet generelt. Det er ikke muligt at afgøre, hvorvidt denne ophobning af risikofaktorer er resultatet af deres dårlige mentale sundhed eller omvendt.

Derudover peger de kvantitative analyser på, at unge med dårlig mental sundhed har højere risiko for at være ensomme sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed. I de kvalitative interview peger de unge selv på, at det at dyrke fritidsinteresser, for eksempel sport og fysisk aktivitet, bidrager positivt til deres mentale sundhed og trivsel, blandt andet gennem fællesskab med andre unge, som deler deres interesser. Netop fritidsliv og fællesskaber fremhæves også i interviewene med eksperter og praktikere som et område der med fordel kan styrkes og systematiseres. Flere af informanterne henviser blandt andet til partnerskabet *ABC for mental sundhed*.

KONTAKT MED PSYKIATRIEN BLANDT UNGE MED DÅRLIG MENTAL SUNDHED (OG DERES FORÆLDRE)

I denne rapport sonderer vi mellem mental sundhed og psykisk sygdom som to forbundne men alligevel forskellige dimensioner. Med det menes, at man godt kan have en psykisk sygdom og trives i sin dagligdag (og dermed have god mental sundhed), ligesom man godt kan mistrives uden at have en psykisk sygdom. Når det er sagt, er der en sammenhæng mellem mistrivsel og psykisk sygdom, hvilket analyserne i indeværende rapport også viser.

Analyserne i indeværende rapport viser, at de unge, som selv rapporterer dårlig mental sundhed, i højere grad har kontakt med psykiatrien. Det gælder både blandt mænd (15% blandt mænd med dårlig mental sundhed; 6 % blandt referencegruppen) og kvinder (17% blandt kvinder med dårlig mental sundhed; 9 % i referencegruppen). Derudover ses, at de unge med dårlig mental sundhed oftere har forældre, som selv har haft kontakt med psykiatrien.

SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE INDSATSER I DANMARK

På baggrund af interviewene med forskere, embedsmænd og praktikere har vi identificeret og beskrevet en række danske indsatser målrettet børn og unge i alderen 0-24 år. I denne rapport har fokus været på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser fremfor behandling, såsom kognitiv adfærdsterapi og forskellige former for psykofarmaka. Mens forebyggelse og sundhedsfremme typisk varetages i regi af kommunerne, så varetages behandlingen hos lægerne og i psykiatrien i regionerne.

Informanterne i denne undersøger peger på forskellige forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, som de mener er særligt lovende eller gode, og som er implementeret i Danmark. Det omfatter både indsatser, som er på projektbasis, og indsatser, som er forankret i praksis, og som derfor ikke er tidsbegrænsede. I analysen har vi primært fokuseret på indsatser af en vis størrelse, for eksempel indsatser, som er implementeret i en kommune eller på nationalt plan. Disse indsatser kan kategoriseres i to grupper, de universelle og de selektive/indikerede indsatser. De universelle indsatser har typisk til formål at fremme børnenes trivsel, udvikling og evne til at tilpasse sig og håndtere udfordringer, mens de selektive/indikerede indsatser typisk er målrettet befolkningsgrupper eller individer med kendte risikofaktorer eller risikoadfærd, eller grupper med en forøget risiko for at udvikle alvorlig psykisk sygdom.

Tabellen nedenfor viser de forskellige indsatser, som særligt fremhæves af informanterne. Det skal dog bemærkes, at der kan være lovende indsatser, som ikke er blevet identificeret af informanterne, og der findes på nuværende tidspunkt ikke en komplet oversigt over alle eksisterende indsatser i Danmark. Rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år*, udgivet af Vidensråd for Forebyggelse i 2020 (3) omfatter også en oversigt over indsatser. Mange af de indsatser, som fremhæves af informanterne i denne rapport.

Tabel 1.1 Universelle indsatser og selektive og indikerede forebyggende indsatser

Universelle indsatser	
Hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none"> • ABC for mental sundhed
Småbørn (hjemmet)	<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsplejens tilbud om hjemmebesøg • NBO (New Born Observation) og PUF programmet (Psykisk Udvikling og Funktion). • The first 1000 days in the Nordic Countries
Børn i dagtilbud og skole	<ul style="list-style-type: none"> • De Utrolige År® Børnehave og Skole (DUÅ) • Fri for Mobberi* • Skolesundhedsplejen* • Adfærd, Kontakt og Trivsel (AKT)* • Skole, Socialforvaltning og Politi (SSP)* • Zippys venner* • Optur* • Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)* • TRIV NU* • Robusthed.dk • The FRIENDS* • Jagten på den tabte time
Unge	<ul style="list-style-type: none"> • Studievejledning på SDU • Mindhelper.dk* • Anonym psykologisk rådgivning • Nordiske unges psykiske mistrivsel
Selektive og indikerede forebyggende indsatser	
Forældretræningsprogrammer for forældre med børn med ADHD-relaterede adfærdsproblemer	<ul style="list-style-type: none"> • De Utrolige År® Børnehave og Skole (DUÅ)* • Triple P (Positive Parenting Program)* • Parent Management Training Oregon – Oregon-modellen (PMTO)*. • Kærlighed i Kaos (KiK)*
Forløb for børn og unge med angst	<ul style="list-style-type: none"> • Cool Kids* • Chilled • LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge
Fastholdelse af unge i uddannelse samt unge uden for uddannelse og arbejdsmarkedet	<ul style="list-style-type: none"> • Fremskudt trivselsberedskab • Tilbage til skolen • Brobygning til Uddannelse • Job-bro til Uddannelse – Forsøg med virksomhedsforløb som vejen til uddannelse
Andre indsatser	<ul style="list-style-type: none"> • Fremskudt funktion fra psykiatrien • Ungehuset

Note: Indsatser, der også beskrives i rapporten "Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år" fra Vidensråd for Forebyggelse (3), er markeret med en stjerne.

Interviewene med eksperter og praktikere viser, at der ikke er enighed om vægtningen af henholdsvis de universelle og de selektive/indikerede indsatser. Interviewene peger også på, at mens praktikerne efterspørger mere hjælp til at prioritere og få overblik over virksomme indsatser, efterspørger forskere og embedsmænd i højere grad mere systematik, en højere grad af metodeloyalitet og evaluering af nye tiltag.

Interviewene med eksperter (forskere og embedsmænd) og praktikere peger på, at der er kommet mere fokus på mental sundhed, men de peger samtidig på en række områder, som de mener med fordel kan styrkes for at fremme den mentale sundhed blandt børn og unge. Det omfatter blandt andet:

- **Mere fokus på mental sundhed – men behov for mere tværsektorielt samarbejde.** På tværs af de tre informantgrupper er der fokus på at fremme den mentale sundhed ved at sætte ind i de arenaer, hvor børn og unge lever deres daglige liv. Det kræver dog ifølge informanterne et fortsat fokus på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, og at den mentale sundhed også tænkes ind i tilbud, som ikke har mental sundhed som det primære formål.
- **Behov for at fokusere på evidensbaserede indsatser og evaluering af nye tiltag.** Informanterne peger på et behov for, at evidensbaserede indsatser i højere grad implementeres efter forskrifterne, og at nye indsatser evalueres. Det fremhæves især af forskerne, mens praktikerne i højere grad peger på et behov for at tilpasse indsatserne til den relevante kontekst og efterlyser hjælp til overblik og prioritering.
- **Bedre overgange, for eksempel mellem daginstitutioner og skoler.** Informanterne fremhæver, at der er behov for at styrke overgangene, herunder at videreføre sprog og redskaber omkring mental sundhed fra den ene arena til den anden, for eksempel i overgangen fra børnehave til skole. Derudover understreger alle informanterne et behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner og regioner.
- **Flere børn og især unge lærer, hvad mental sundhed er, og hvordan de selv kan fremme den.** Der er ligeledes behov for at give dem nogle gode redskaber til at navigere i hverdagen.

KONKLUSION

Denne rapport sammenfatter eksisterende viden og præsenterer en række nye analyser om børn og unges mentale sundhed. Analyserne bygger både på kvantitative register- og spørgeskemadata og kvalitative interview med unge i Region Syddanmark samt eksperter og praktikere, som har særlig viden om målgruppen.

Resultaterne fra forskellige spørgeskemaundersøgelser, der belyser selvrapporteret mental sundhed, viser, at der især er sket en stigning i andelen af piger med dårlig mental sundhed. Det gælder dog ikke blandt gymnasieelever, hvor der ses ingen eller marginale ændringer i perioden 2014 til 2019. Registerbaserede analyser viser samlet set en stigning i antallet af børn og unge, der lever med ADHD og angst/depression i Region Syddanmark i perioden 2009-2018. De største procentvise stigninger ses i perioden 2009-2013, mens der i de efterfølgende år ses en mindre stejl stigning. I forhold til nye tilfælde ses for ADHD og spiseforstyrrelse overordnet et mindre fald eller et nogenlunde konstant niveau i perioden 2009-2018, mens der i samme periode ses en lille stigning for angst/depression.

Ekspertene og praktikerne fra interviewundersøgelsen peger på, at mange forskellige forhold spiller ind, og at der ikke findes en entydig forklaring på udviklingen. Faktorer, der fremmer og hæmmer den mentale sundhed, er dog velbeskrevne i den videnskabelige litteratur (11, 12), og enkelte af disse faktorer indgår helt eller delvist i de kvantitative analyser af karakteristika ved unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark. Resultaterne peger blandt andet på, at de unge med

dårlig mental sundhed har højere risiko for at komme fra et hjem med en lavere indkomst samt at en af forældrene selv har en psykisk sygdom. Endvidere trives disse unge på en række områder dårligere end unge med moderat/god mental sundhed. De har eksempelvis øget risiko for at pjække ofte, at have søvnproblemer og for at have en mindre grad af fortrolighed til venner og forældre.

De kvalitative interview med de unge i Region Syddanmark giver et indblik i de unges karakteristik af det gode ungdomsliv og af de forhold, der hæmmer og fremmer den mentale sundhed. Resultaterne ligger i tråd med de kvantitative analyser i rapporten, men illustrerer også, hvordan nogle faktorer både kan have positiv og negativ betydning for de unge, for eksempel sociale medier og alkohol. De unge fremhæver også faktorer, som de mener fremmer trivsel gennem ungdomslivet – særligt fester, fællesskab og fritidsaktiviteter.

Interviewene med eksperter og praktikere peger på, at der generelt er kommet mere fokus på mental sundhed, men at der er behov for et bedre tværfagligt samarbejde på tværs af kommuner og regioner, bedre overgange mellem for eksempel dagtilbud og skole samt et behov for at skabe mere bevidsthed om mental sundhed blandt børn og unge. Især efterspørger eksperterne bedre implementering af evidensbaserede indsatser og evaluering af nye indsatser, mens praktikerne efterspørger hjælp til at danne sig et overblik over relevante indsatser. På baggrund af interviewene er en række forebyggende og sundhedsfremmende indsatser blevet identificeret og beskrevet. Mens nogle indsatser er specifikt målrettet børn og unge, som udviser tegn på mistroivsel eller psykisk sygdom (eller som er i særlig risiko herfor), er andre mere universelle indsatser, som typisk er målrettet børn og unge i forskellige aldersgrupper.

2 Indledning og læsevejledning

Den mentale sundhed er vigtig for børn og unges udvikling, livskvalitet, sociale relationer og dagligdag. Psykiske sygdomme og selvrapporterede mentale helbredsproblemer er udbredte blandt børn og unge i Danmark, og samlet set har der været en stigning i de seneste år.

Udviklingen er bekymrende, da psykisk sygdom og dårlig mental sundhed kan få alvorlige konsekvenser for barnet og den unges mulighed for at gennemføre en uddannelse og få fodfæste på arbejdsmarkedet. Hertil kommer, at mentale helbredsproblemer tidligt i tilværelsen er forbundet med en øget risiko for både psykiske og somatiske sygdomme i ungdoms- og voksenlivet.

Som følge heraf har Region Syddanmark ønsket mere viden om den mentale sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Region Syddanmark har derfor bedt Statens Institut for Folkesundhed, SDU, om at udarbejde en undersøgelse, der kan give et overblik over den mentale sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark og bidrage med input til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Undersøgelsen er finansieret af Region Syddanmark og gennemføres af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

De fem overordnede formål med denne rapport er:

1. At belyse forekomsten og udviklingen i selvrapporteret mental sundhed og psykisk sygdom blandt børn og unge i Region Syddanmark.
2. At beskrive, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark.
3. At undersøge de unges forståelse af det gode ungdomsliv og de faktorer, der enten positivt eller negativt kan påvirke deres mentale sundhed og trivsel.
4. At beskrive mulige årsagsforklaringer til udviklingen i psykisk sygdom og mental sundhed.
5. At belyse og identificere danske indsatser, som har til hensigt at fremme mental sundhed og trivsel blandt børn og unge.

Rapporten sammenfatter eksisterende viden på området og præsenterer en række nye analyser, som er baseret på register- og spørgeskemadata og interview med unge i Region Syddanmark samt eksperter og praktikere, som har særlig viden om netop denne målgruppe.

Målgruppe og afgrænsning

Denne rapport vedrører målgruppen børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark. Det har, så vidt muligt, været målet at inddrage data for hele gruppen. Det skal dog bemærkes, at datagrundlaget for de helt små børn er mere fragmenteret og mindre systematisk end for de større børn. Idet de kvantitative analyser i denne rapport bygger på eksisterende data, har vores muligheder for at inddrage data om de helt små børn derfor været begrænset. Det gælder særligt analyserne af trivsel og mental sundhed, hvor rapporten bygger på selvrapporteret spørgeskemadata. På samme måde er de kvalitative interview begrænset til unge på 14-24 år. De registerbaserede

analyser af forekomsten af psykisk sygdom omfatter derimod hele målgruppen, ligesom at eksperter og praktikerne er udvalgt, så de repræsenterer viden om et bredt spektrum af børn og unge i forskellige aldersgrupper.

I nedenstående læsevejledning findes en mere detaljeret beskrivelse af hvilke kapitler, der belyser hvilke af de fem formål, og med hvilke datakilder.

Læsevejledning

- **Kapitel 1** indeholder en sammenfattende diskussion, som præsenterer og sammenligner resultaterne på tværs af de forskellige datakilder. Kapitlet afsluttes med en konklusion.
- **Kapitel 2** omfatter indledning, formål og læsevejledning
- **Kapitel 3** omfatter baggrunden. I dette kapitel gennemgås centrale begreber, som anvendes senere i rapporten, herunder mental sundhed og psykisk sygdom samt sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Herefter gennemgås tidligere litteratur om faktorer, der fremmer og hæmmer mental sundhed, og til slut præsenteres tidligere danske rapporter, der belyser effekten af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.
- **Kapitel 4-7** præsenterer rapportens resultater, hvor de to første kapitler (kapitel 4-5) bygger på kvantitative datakilder og de to sidste (kapitel 6-7) bygger på kvalitative datakilder.
 - **Kapitel 4** vedrører rapportens første formål om *at belyse udviklingen i selvrapporteret mental sundhed og udvalgte psykiske sygdomme blandt børn og unge i Region Syddanmark*. Første del af kapitlet belyser udviklingen i selvrapporteret mental sundhed baseret på udvalgte eksisterende spørgeskemaundersøgelser: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Ungdomsprofilen 2014 og UNG19 samt skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018 (denne undersøgelse er ikke opgjort separat for Region Syddanmark). Disse undersøgelser omfatter børn ned til 13-årsalderen og opefter. Anden del af kapitlet belyser forekomsten af og udviklingen i udvalgte psykiske sygdomme i perioden 2009-2018 baseret på data fra Landspatientregisteret og Lægemiddeldatabasen. Disse registerbaserede analyser omfatter børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark.
 - **Kapitel 5** vedrører rapportens andet formål om *at beskrive, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark*. Analyserne er baseret på spørgeskemadata fra UNG19 blandt unge i alderen 15 til 24 år fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark. For nogle faktorer er der kun data fra unge fra gymnasiale uddannelser.
 - **Kapitel 6** vedrører rapportens tredje formål om *at undersøge de unges forståelse af det gode ungdomsliv og de faktorer, der enten positivt eller negativt kan påvirke deres mentale sundhed og trivsel*. Analyserne bygger på fire workshops på henholdsvis en erhvervsskole, produktionsskole, et alment gymnasium og en UU-enhed i Region Syddanmark samt 12 individuelle interview med unge i alderen 14-24 år fra førnævnte institutioner samt fire 9. klasseelever fra forskellige folkeskoler.
 - **Kapitel 7** vedrører rapportens fjerde og femte formål om *at beskrive mulige årsagsforklaringer til udviklingen i mental sundhed og psykisk sygdom og at belyse og identificere danske indsatser, som har til hensigt at fremme mental sundhed og trivsel blandt børn og unge*. Dette kapitel bygger på interview med 20 informanter, som omfatter forskere, embedsmænd og praktikere, som til dagligt arbejder med børn og unge.

Bilag 1 omfatter en metodebeskrivelse for de kvalitative og kvantitative metoder og **bilag 2** indeholder en skematisk oversigt over resultater fra karakteristikken af unge med dårlig mental sundhed (kapitel 5).

3 Baggrund

Dette kapitel indledes med en kort beskrivelse af, hvordan begrebet mental sundhed bliver anvendt i denne rapport, og hvilke definitioner og forståelser der ligger til grund for rapporten. Herefter følger en gennemgang af de faktorer, der enten positivt eller negativt kan påvirke den mentale sundhed blandt de helt små børn og blandt de større børn og unge. Det sidste afsnit gennemgår eksisterende viden om sundhedsfremmende og forebyggende indsatser med særlig fokus på indsatser i en dansk kontekst. Kapitlet bygger på tidligere forskning og vidensoversigter.

3.1 Definitioner og kernebegreber

3.1.1 Definition af mental sundhed og psykisk sygdom

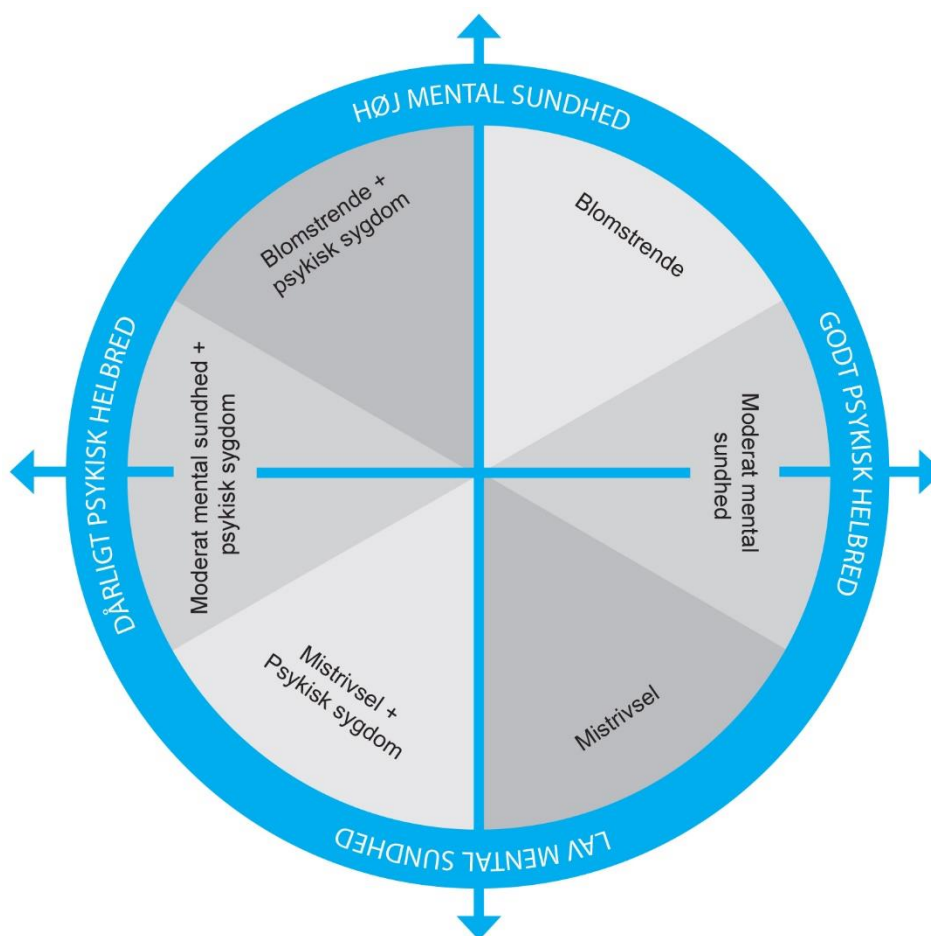
Der findes ikke en entydig definition af mental sundhed, men en stor del af litteraturen om mental sundhed læner sig op ad World Health Organizations (WHO) definition af mental sundhed, hvilket også gælder for Sundhedsstyrelsen, som anvender følgende definition som pejlemærke:

"Mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor det enkelte menneske kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagsudfordringer og stress, og indgå i fællesskaber med andre mennesker. Mental sundhed er altså ikke kun fraværet af psykisk sygdom, men består også af psykologiske ressourcer og evner, som er nødvendige for at kunne udvikle sig og klare de udfordringer, der dukker op i alle menneskers liv." (13)

WHO's definition rummer både en *oplevelsesdimension* og en *funktionsdimension*. Hvor oplevelsesdimensionen handler om at *have* det godt med sig selv, være glad og tilfreds med livet, dækker funktionsdimensionen over det at *fungere* godt i dagligdagen i samspil med andre, at kunne udvikle sig og lære, at kunne klare dagligdagens gøremål og at kunne indgå i sociale relationer og håndtere livets udfordringer. Netop udviklingsperspektivet er særligt relevant i forhold til børn og unge, hvor WHO især vægter aspekter såsom positivt selvværd, evnen til at håndtere følelser og tanker, evnen til at opbygge positive sociale relationer og evnen til at lære og gennemføre en uddannelse (3, 14).

Igennem tiden har der været en større diskussion om, hvordan de to begreber mental sundhed og psykisk sygdom relaterer sig til hinanden. I denne rapport tages udgangspunkt i en forståelsesmodel udviklet af den amerikanske professor Corey Lee M. Keyes. I denne model er mental sundhed og psykisk sygdom relaterede, men forskellige dimensioner (15, 16).

Figur 3.1.1 Model for mental sundhed og psykisk sygdom baseret på Keyes



Kilde: For Mental Sundhed – et nyt perspektiv (14)

Som vist i figur 3.1.1 arbejder Keyes ud fra to dimensioner: psykisk helbred og mental sundhed. Den mentale sundhedsdimension går fra et optimalt niveau af mental sundhed, hvor en person blomstrer og trives (flourishing), til et minimum af mental sundhed, hvor vedkommende mistrives. Har man begrænset mental sundhed og mistrives, er man ikke nødvendigvis på vej til at udvikle psykisk sygdom. Ikke desto mindre skal signalerne tages alvorligt, og man skal hjælpe disse børn og unge til at kunne håndtere hverdagens udfordringer (3).

Psykisk helbred spænder fra fravær af psykisk sygdom til svær psykisk sygdom, som beror på en række diagnostiske kriterier. For at kunne tale om psykisk sygdom kræves altid tilstedeværelse af både: 1) væsentlige symptomer og 2) en væsentlig grad af belastning og funktionspåvirkning i dagligdagen. Psykiske sygdomme diagnosticeres derfor kun, når der er tale om en tydelig belastning og påvirkning af de daglige og sociale funktioner gennem længere tid, og målet med behandling er at forbedre patientens evne til at mestre dagligdagen og leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv på trods af psykiske sårbarheder og symptomer. Der er dog tale om et kontinuum af symptomer,

belastning og funktionspåvirkning, der typisk udvikler sig over tid og er afhængig af livssituation og udviklingsniveau (3).



Sådan bruges begreberne i denne rapport

I denne rapport arbejder vi ud fra Keyes to dimensioner (her benytter vi dog begrebet psykisk sygdom i stedet for psykisk helbred). I rapporten omfatter *mental sundhed* den selvoplevede og selvrapporterede dimension, som kan gå fra trivsel (eller *flourishing*) til mistrivsel. Når der i rapporten præsenteres opgørelser af trivsel og mistrivsel bygger disse på selvrapporterede mål, for eksempel fra interview eller spørgeskemaer. I modsætning hertil benyttes begrebet psykisk *sygdom* som en betegnelse for tilstande, der beror på kliniske diagnoser. Når der i rapporten præsenteres opgørelser over psykisk sygdom, bygger disse på data fra registre, for eksempel baseret på kontakter med psykiatrien.

3.1.2 Definition af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser

I rapporten er fokus på forebyggelse og sundhedsfremme frem for behandling. Mens forebyggelse handler om at undgå uønskede tilstande og processer med fokus på risikofaktorer og risikogrupper, handler sundhedsfremme om at opnå og fremme ønskværdige processer og ressourcer. Det kan for eksempel være med fokus på at øge psykisk velvære, kompetencer og robusthed samt skabe støttende miljøer. Som vist i figur 3.1.2 ligger sundhedsfremmende og forebyggende indsatser ofte i kommunerne og/eller i regi af frivillige organisationer, hvorimod behandling primært varetages i regionernes psykiatri og i almen praksis.

Figur 3.1.2 Sammenhæng mellem sundhedsfremme, forebyggelse og behandling



I denne rapport skelner vi dog ikke mellem forebyggelse og sundhedsfremme, idet begreberne indeholder elementer af hinanden (17). I stedet arbejdes der med en opdeling i følgende kategorier;

- universelle sundhedsfremmende eller forebyggelsesindsatser
- selektive forebyggelsesindsatser
- indikerede forebyggelsesindsatser (18, 19).

Universelle sundhedsfremmende eller forebyggelsesindsatser omfatter indsatser, som er rettet mod alle eller brede grupper i befolkningen, hvor der ikke på forhånd er identificeret individer eller grupper med øget risiko for helbredsproblemer. *Selektive forebyggelsesindsatser* henvender sig til en særlig målgruppe, som ud fra en række kriterier har en dokumenteret højere risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. *Indikerede forebyggelsesindsatser* henvender sig til de børn og unge, som udviser tegn på at være i risikozone for at udvikle mentale helbredsproblemer eller egentlig psykisk sygdom (3).



Sådan bruges begreberne i denne rapport

I rapportens kapitel 7 *Eksperters og praktikers syn på mental sundhed blandt børn og unge* præsenteres en liste og beskrivelse af danske indsatser målrettet børn og unge i alderen 0-24 år. Disse indsatser er udpeget i interview med 20 informanter (eksperter og praktikere med særligt indblik på området) som særligt lovende eller gode, og som er implementeret i Danmark. Indsatserne er opdelt i universelle indsatser og selektive og indikerede forebyggende indsatser.

3.2 Faktorer der påvirker den mentale sundhed

I dette afsnit beskrives faktorer, der enten positivt eller negativt kan påvirke mental sundhed. Negative faktorer omtales som risikofaktorer, mens der bruges begrebet beskyttende faktorer om positive forhold, der reducerer risikoen for dårlig mental sundhed (11). Som vist i tabel 3.2.1 kan man opgøre disse faktorer på forskellige niveauer, herunder et individuelt niveau, et socialt niveau og et strukturelt niveau (12). Bemærk, at listerne i tabellen ikke er udtømmende, da mange forskellige faktorer kan påvirke den mentale sundhed. I tabellen har vi med en stjerne markeret de faktorer, som helt eller delvist indgår i analyserne af karakteristika ved unge med dårlig mental sundhed, som er baseret på spørgeskema- og registerdata (kapitel 5).

Tabel 3.2.1 Faktorer der påvirker den mentale sundhed

Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	
<ul style="list-style-type: none"> • Godt selv vurderet helbred* • Positiv selvopfattelse, kropsovfattelse og selvværd* • God evne til at håndtere stress og udfordringer • Høj self-efficacy • Følelse af mening og sammenhæng i hverdagslivet 	<ul style="list-style-type: none"> • Lav grad af læring/udvikling i dagtilbud/skoler • Forringet fysisk helbred eller langvarig sygdom f.eks. kræft, diabetes eller hjerte-kar-sygdom* • U hensigtsmæssig sundhedsadfærd* • Træthed og søvnmangel* • Stress*
Socialt niveau	
<ul style="list-style-type: none"> • Omsorgsfulde forældre/gode familiebånd • Tilhørsforhold til omgivelser • Støttende sociale relationer* • Deltagelse i positive fællesskaber* • Social anseelse, for eksempel i skolen eller blandt venner • Positiv erfaring med uddannelse og arbejdsliv* 	<ul style="list-style-type: none"> • Fysisk og psykisk vold og seksuelt misbrug • Usikker tilknytning til forældre/omsorgsperson • Forældre med alkohol- og stofmisbrug/psykisk sygdom* • Manglende omsorg • Svage sociale tilhørsforhold/ensomhed* • Langvarige stressbelastninger i nære relationer* • Mobning, diskrimination og andre krænkende hændelser
Strukturelt niveau	
<ul style="list-style-type: none"> • Trygge omgivelser og gode boligforhold • Økonomisk sikkerhed • Et støttende og trygt uddannelses- og arbejdsmiljø • Adgang til uddannelse og beskæftigelse • Adgang til sociale støttefunktioner 	<ul style="list-style-type: none"> • Belastet boligområde • Fattigdom • Psykisk og fysisk belastende arbejdsmiljø • Sygefravær og arbejdsløshed • Lav socioøkonomisk status, herunder uafsluttet grundskole og ungdomsuddannelse* • Lav social anseelse

Kilde: Figuren er lånt fra Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke – Mental Sundhed og tilpasset denne undersøgelse (12)

* Faktorer, som helt eller delvist indgår i analyserne af karakteristika ved unge med dårligt mental sundhed, som er baseret på spørgeskema- og registerdata.

I den eksisterende forskning om børns mentale sundhed har det primære fokus været på børn over otte år, hvilket betyder, at de mindre børns mentale sundhed er mindre udforsket. I den viden, der foreligger, fremgår det dog, at der allerede i de to første leveår kan identificeres en række tidlige tegn på mistrivsel, der kan have betydning for barnets senere udvikling.

Når et spædbarns mentale sundhed undersøges, observeres barnets udviklingskompetencer sideløbende med en generel vurdering af, om barnet trives og er tilfreds ud fra barnets sociale relationer og daglige opvækstmiljø (20, 21). Barnets udviklingskompetencer vurderes ud fra, hvordan forældre, sundhedsplejerske og andre omsorgspersoner omkring barnet oplever det. Små børn udvikler sig i samspil med det omgivende miljø i forskellige arenaer, herunder familie, venner og dagtilbud. Der er i forskningen påvist en række faktorer i de første leveår, som kan benyttes i vurderingen af små børns mentale sundhed (21-25), herunder: 1) udviklingsproblemer, 2) problemer med at regulere spisning, søvn og gråd, og 3) problemer med kontakt og samspil. Det er dog væsentligt at påpege, at det i barnets første leveår kan være vanskeligt at afgøre grænserne mellem normal udvikling, udviklingsvanskeligheder, miljøpåvirkninger og egentlig mistrivsel. Et udviklingstræk kan være normalt på ét tidspunkt og tegn på mistrivsel nogle måneder senere. I vurderingen af små

børns trivsel og udvikling er det afgørende at forholde sig til de hurtige udviklingsmæssige skift samt betydningen af forældre-barn-relationen (21).

3.2.1 Individuelle faktorer

I dette afsnit beskrives en række individuelle faktorer, hvor de to første faktorer (udviklingsproblemer og problemer med at regulere spisning og gråd) kun vedrører de helt små børn under 1 år, mens søvn vedrører både små og større børn/unge. De øvrige faktorer, som for eksempel sundhedsadfærd og kropsoptagelse, vedrører udelukkende de større børn/unge.

Udviklingsproblemer

I det første leveår kan en forsinkelse af barnets psykomotoriske udvikling (det vil sige sammenhængen mellem psykiske processer og bevægelser) være en tidlig markør og risikofaktor for mistrivsel (21, 26). Flere studier finder sammenhæng mellem forsinket motorisk udvikling i første leveår og senere diagnosticering af ADHD (21, 27) og autismespektrum tilstande (21, 28-31). Derudover kan manglende brug af både kropssprog og verbalt sprog være en tidlig markør for senere mentale sundhedsproblemer. Flere studier finder en sammenhæng mellem disse kommunikationsproblemer i første leveår og senere diagnosticeret autismespektrum tilstande og ADHD.

Problemer med at regulere spisning og gråd

Problemer med regulering af søvn, spisning og følelsesmæssigt udtryk, herunder gråd, inden for det første leveår kan være prædiktorer for adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (21, 25, 32). Hvis et lille barn er energiforladt, har spise- eller søvnproblemer eller fremtræder mimikfattigt uden spontanitet og glæde, kan det være et udtryk for, at barnet mistrives (21, 26). Selvom der eksisterer sparsom viden om tidlige spiseproblemer, tegner der sig et billede af, at spiseproblemer i første leveår kan være et udtryk for, at barnet mistrives, og at denne mistrivsel blandt andet kan medføre forsinket motorisk-, sproglig-, kognitiv- og/eller vægtudvikling (25). Derudover ses der en risiko for nedsat autonomi hos barnet, når det bliver lidt ældre (33), risiko for belastet mor-barn-kontakt, øget risiko for omsorgssvigt og rusketure (25), øget risiko for psykiske vanskeligheder og adfærdsvanskeligheder senere i barndommen (34) samt øget risiko for, at barnet ikke udvikler gode sociale kompetencer (35). Spiseproblemer optræder oftere blandt piger end blandt drenge (21, 36). I forhold til gråd peger forskningen på, at omfattende gråd og uro i de første levemåneder øger risikoen for senere adfærdsproblemer, emotionelle og kognitive problemer samt problemer med børnenes sociale udvikling (25, 32, 35, 37). Forskningen peger også på, at omfattende gråd og uro i de første levemåneder øger risikoen for senere adfærdsproblemer, emotionelle og kognitive problemer samt problemer med børnenes sociale udvikling (25, 32, 35, 37).

Søvn

Søvn har afgørende betydning for et barns udvikling. Det gælder både de helt små og større børn og unge. Kroppen bruger natten på at restituere, og søvn er derfor fundamental for en sund udvikling og vækst. Ligesom søvn har en betydning for vores fysiske helbred, har søvn også betydning for vores mentale helbred, da en god søvn øger koncentration, forbedrer indlæring og sikrer den daglige trivsel (38-40).

Problemer og bekymringer i forhold til søvn og søvnrytme er ofte udbredt i det første leveår. Det er dog vanskeligt at opgøre forekomsten af søvnproblemer blandt spædbørn, dels på grund af manglende undersøgelser inden for denne aldersgruppe, dels på grund af uklarhed om definitionen af søvnproblemer blandt spædbørn (35, 41). Blandt de større børn kan problemer med at falde i søvn, dårlig søvnkvalitet, utilstrækkelig søvn og træthed i løbet af dagen, både skyldes fysiologiske

ændringer i kroppen, men også udefrakommende forhold som for eksempel bekymringer, stressbelastning, mistroivsel eller brug af sociale medier inden sengetid (38, 40, 42-46). Studier peger på, at utilstrækkelig nattesøvn kan have konsekvenser i form af problemer i skolen, depression, lav selvtillid, dårligere karakterer og brug af rusmidler (38, 45, 47, 48). Ligeledes viser en dansk undersøgelse, at 15- og 19-årige, der ikke får den anbefalede søvn, i højere grad rapporterer lav livsglæde, ligesom at de unge, der sover tilstrækkeligt, i højere grad rapporterer høj livstilfredshed (49).

Kropsopfattelse

Det er særligt i perioden 11-15 år, at børn og unge bliver kritiske over for deres krop (50). De præsenteres samtidig i stort omfang for en række kropsidealer i medierne. Blandt piger er idealet oftest en slank krop, mens det blandt de ældre drenge er en veltrænet og muskuløs krop. Det er idealer, som kan være svære at leve op til, hvilket kan gøre dem kritiske og usikre på egen krop på trods af en sund fysiologisk kropssammensætning (51, 52). Især blandt piger kan utilfredshed med kroppen være et tidligt tegn på spiseforstyrrelse (3, 50, 53-55). Idealet om den perfekte slanke og/eller muskuløse krop medvirker til, at overvægt blandt børn og unge kan have betydning for deres livstilfredshed.

Self-efficacy og selvværd

Begrebet self-efficacy kan defineres som troen på egen evne til at kunne håndtere svære opgaver og modgang i særligt krævende situationer. Self-efficacy bliver ofte betragtet som et vigtigt aspekt af mental sundhed og som et udtryk for, at man har ressourcer til at kunne fungere godt (14, 52, 56). Begrebet er ikke blevet oversat til dansk, men kan sættes i relation til oplevelsen af selvværd eller selvtillid i den forstand, at man tror på sine evner til at tackle de udfordringer, man møder i livet (54). Et godt selvværd er en betydningsfuld ressource for et menneske og kan have afgørende betydning for en sund udvikling fra barn til voksen (50).

Stress

Stress kan defineres som en tilstand karakteriseret ved ulyst og anspændthed og er en følelse, der kan opstå, når der ikke er balance mellem de krav, der stilles til en person, og de ressourcer vedkommende har (38, 52). I daglig tale kan stress således blive italesat som oplevelsen af at have travlt, og at tingene vokser over hovedet på én (38).

Når oplevelsen af stress får betydning for børn og unges mentale sundhed, er der tale om en langvarig form for stress (57). Dette må ikke forveksles med kortvarig stress, der er en normal reaktion og et almindeligt livsvilkår. Langvarig stress har derimod en negativ påvirkning på menneskets livskvalitet og kan medføre en lang række fysiske og psykiske tilstande, for eksempel hjertebanken, rastløshed, hovedpine, søvnbesvær, manglende koncentrationsevne, angst, depression og selvmordstanker (58-60). Desuden kan stress være medvirkende til usunde adfærdsmønstre som for eksempel dårlige kostvaner, inaktivitet, øget alkoholindtag og tobaksrygning (52, 61, 62). Undersøgelser viser, at børn og unge, der oplever stress, vurderer deres helbred dårligere end de, der ikke oplever stress (54, 62). Stress blandt børn og unge ses ligeledes relateret til sundhedsadfærd, da de, der føler sig stressede, oftere har et højt indtag af alkohol, sover mindre, er fysisk inaktive og ryger (38, 62, 63).

Psykiske og psykosomatiske symptomer

At være ked af det, irriteret eller nervøs en gang imellem er en naturlig del af ungdomslivet, men hvis symptomerne opleves flere gange i løbet af ugen, kan det være en betydelig belastning (52,

64). For børn og unge, som oplever psykiske symptomer, ses ofte en ophobning af flere forskellige symptomer (65, 66), og at have psykiske symptomer har ofte negative konsekvenser for deres sociale aktiviteter og for indlæringen (38, 64). Der ses derfor en sammenhæng mellem psykisk mistrivsel og indlæring samt skolefravær (67). Derudover er psykisk mistrivsel i barndommen og ungdommen forbundet med en øget risiko for blandt andet depression og mistrivsel som voksen (52, 68, 69).

I mange undersøgelser, som har set på selvrapporterede psykiske symptomer blandt børn og unge, er der en generel tendens til, at forekomsten er højere blandt piger end blandt drenge. For nogle symptomer (for eksempel at være irriteret/i dårligt humør) er tendensen, at forekomsten stiger i takt med stigende alder, mens det for andre symptomer (for eksempel at være ked af det) gælder, at forekomsten falder med stigende alder (38).

Hos børn og unge såvel som hos voksne kommer psykiske belastninger ofte ikke kun til udtryk som psykiske symptomer, men kan også komme til udtryk gennem fysiske eller psykosomatiske smerter (38).

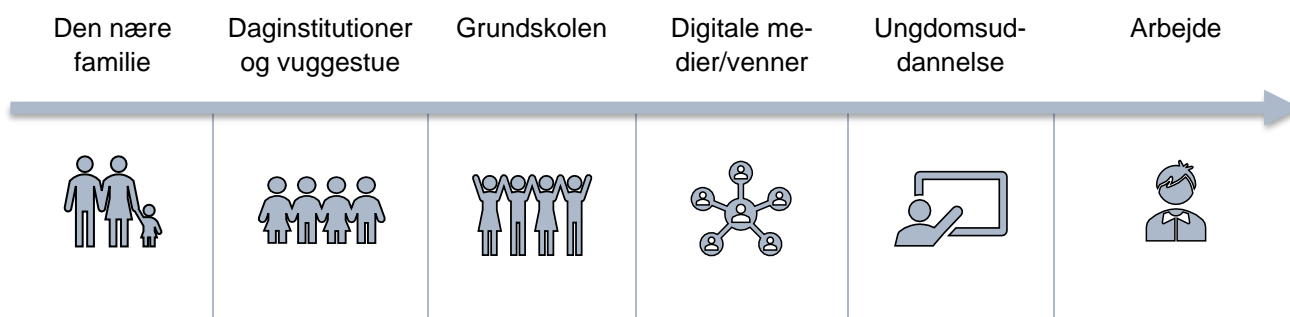
Sundhedsadfærd

Især ungdomsårene kan sundhedsadfærd som kostvaner, fysisk aktivitet, tobaksforbrug og rusmiddelbrug udforme sig (11). De unge eksperimenterer og afprøver grænser. En u hensigtsmæssig sundhedsadfærd kan også have konsekvenser for unges mentale sundhed – et højt alkoholindtag svækker dømmekraften og kan medføre en øget risiko for ulykker og uheld, konflikter med venner og familie samt uønsket sex (52, 70). Ligeledes kan en usund kost, manglende måltider, dårlig søvn eller tømmermænd påvirke de unges skolegang ved svækket koncentrationsevne i undervisningen (50, 52).

3.2.2 Sociale og strukturelle faktorer

Beskyttende faktorer og risikofaktorer vil forandre sig gennem livet. Som del af den naturlige udvikling vil man gennem barndom og ungdom skifte og udvide sine arenaer og referencerammer. Det betyder, at risikofaktorer i barndommen ikke vil have samme betydning i voksenlivet, hvilket også gælder for mange beskyttende faktorer (11, 12). Figur 3.2.1 illustrerer de centrale fællesskaber og arenaer, som børn og unge indgår i, herunder den nære familie, daginstitutioner og vuggestue, grundskole, digitale medier og venner, ungdomsuddannelse og arbejde.

Figur 3.2.1 Eksempler på centrale arenaer



3.2.3 Den nære familie

Familien er den første sociale sammenhæng, som et barn indgår i. De seneste årtiers forskning viser desuden, at faktorer under graviditeten og tidligt i livet kan have indflydelse på barnets mentale sundhed senere i livet (71, 72). Udviklingen af barnet sker i tæt samspil med nære omsorgspersoner, fra de er nyfødt og i tidlig barndom. Her spiller kvaliteten af relationen og familiekulturen, herunder kvaliteten af kommunikationen i familien, en væsentlig rolle for, hvordan blandt andet barnets sundhedsadfærd formes (50, 73-75) og for dets forståelse for sig selv og andre mennesker samt dets kompetencer til at indgå i nye sociale relationer for eksempel ved skolestart (35, 76-78).

Hvis relationen mellem barn og forælder derimod er problematisk, påvirker det barnet negativt, hvilket kan medføre kognitive og følelsesmæssige problemer, som kan øge risikoen for angst, depression og adfærds- og relationsproblemer (35, 74, 76, 79, 80). Psykisk sygdom hos forældrene, manglende uddannelse, arbejdsløshed, misbrug og konfliktfyldte forhold kan ligeledes have stor betydning for et barns opvækst, og optræder flere af disse risikofaktorer i familien samtidigt, kan det over tid føre til en opvækst med stressfyldte oplevelser og omsorgssvigt (21, 26, 35, 81-83).

3.2.4 Daginstitutioner, vuggestue og grundskole

For den mindste målgruppe er især hjemmet og daginstitutionen (dagpleje, vuggestue og børnehave) de to mest centrale arenaer, hvorfor det er vigtigt at skabe positive miljøer for de mindre børn her. Undersøgelser af større børn viser, at de fleste mentale sundhedsproblemer har deres oprindelse tidligt i børnenes liv (21). Det er derfor vigtigt at sikre, at alle børn er en del af et positivt socialt fællesskab, der giver anledning til at udfolde sig og opleve mestring (11).

Når et barn starter i skole, opstår der mange nye forventninger til barnet både i forhold til indlæring, men også socialt og emotionelt. Et sundhedsfremmende skolemiljø giver eleverne mulighed for at deltage aktivt, udfolde sig, opleve mestring, og til at udvikle sociale kompetencer. Skolen udgør således en afgørende ramme for børn og unges sociale og psykiske udvikling og spiller en afgørende rolle for børn og unges mentale sundhed, herunder identitetsudvikling og sociale kompetencer (84). Det er derfor vigtigt, at skolemiljøet er inkluderende, anerkendende og tryghedsskabende, og at der sikres et positivt socialt fællesskab (11, 50). Hertil kan det nævnes, at gode sociale relationer og integration i et godt socialt netværk er afgørende og vigtige forudsætninger for at leve et godt børne- og ungdomsliv. Følelsen af at høre til blandt andre er fundamentalt for god mental sundhed, særligt gennem barndommen og ungdomsårene, hvor sociale relationer samt behov for sociale relationer forandres over tid, men vægtes meget højt (38, 68, 85, 86).

Skoletrivsel påvirkes af, hvorvidt det enkelte barn oplever støtte fra forældre, kammerater og lærere. Børn og unge, der får den rette støtte fra deres lærere, er mere tilbøjelige til at være tilfredse med deres skolearbejde, have kontakt med venner og familie samt engagere sig i sociale aktiviteter senere i livet end de elever, der ikke oplever denne støtte (14, 50). Børn, der har gode kammerater og føler sig anerkendt af jævnaldrende, har bedre sociale kompetencer og færre følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer (49). Modsat peger forskning på, at dårlig kontakt til venner og mobning kan medføre mistrivsel og dårlig mental sundhed, som kan manifestere sig i nervøsitet, ensomhed og hjælpeløshed (78, 87) samt spiseforstyrrelse og sociale problemer (35, 88). Mobning udgør en central risikofaktor for mistrivsel i grundskolen og er et velkendt folkesundhedsproblem (21, 38, 50). Konsekvenser af mobning i børne- og ungdomsårene kan fortsætte ind i voksenlivet i form af mentale og sociale problemer. Mobning kan derudover få negative konsekvenser for dem, der udøver mobning (50, 89).

Et skolemiljø kan således både være sundhedsfremmende, men kan ligeledes rumme belastninger, der kan have alvorlige konsekvenser for elevernes trivsel (90, 91). Forskning peger på, at

skolebørn, der ikke trives, klarer sig dårligere i skolen, har forhøjet risiko for stress, vrede, angst, depression og fravær (21, 67, 92-95). Blandt større skolebørn med lav skoletrivsel ses desuden en hyppigere forekomst af risikoadfærd i forbindelse med rygning, alkohol og sex (96). På sigt kan mistrivsel resultere i selvskadende og selvmordsrelateret adfærd, og dårlig trivsel kan følge barnet ind i voksenlivet, idet børn med mentale helbredsproblemer har øget risiko for at have dårlig mental sundhed i voksenlivet (35, 97-100).

3.2.5 Venner og digitale medier

I alderen 11-15 år begynder de unge at løsrive sig fra deres forældre, og relationer til venner og sociale relationer får en større betydning i disse år, hvor de unge udvikler deres egen identitet (50, 51). Gode sociale relationer betragtes som en beskyttende faktor, hvorimod ensomhed betragtes både som en risikofaktor og en indikator for dårlig mental sundhed. Der findes børn og unge, der ikke føler sig ensomme, selvom de er meget alene, og andre børn og unge, der oplever en høj grad af ensomhed, selvom de er omgivet af mennesker (38). Et væsentligt aspekt af ensomhed omhandler også kvaliteten af de relationer, man har, for eksempel ved, at man føler sig inkluderet i de fællesskaber, man indgår i, og at man kan betro sig til de mennesker, man omgås (54). Ensomhed kan derfor opstå, når éns sociale relationer ikke lever op til det behov, man har for social kontakt (50, 101).

Ud over arenaer som skole og hjem er brugen af sociale medier og digital kommunikation (Facebook, Instagram, Snapchat, TikTok eller lignende) en vigtig del af børn og unges hverdagsliv, da det er blevet en del af unges måde at kommunikere og være sammen med sine venner på (52, 102). Sociale medier er således også blevet en ny måde for unge at indgå i sociale relationer, om end disse sker online.

Selvom brugen af sociale medier er steget i alle aldersgrupper i en årrække, er brugen stadig hyppigst blandt de 16-24-årige (103). Der eksisterer kun beskednen viden om børn og unges brug af sociale medier, og hvad det betyder for deres udvikling, trivsel og sundhed. Nogle undersøgelser peger på, at brugen af sociale medier øger risikoen for dårlig mental sundhed, herunder lavt selvværd, ensomhed og depression (52, 104, 105), mens det samtidig anses som sandsynligt, at mange timer foran en skærm har uheldige konsekvenser for sundheden, fordi det er knyttet til mere stillesiddende tid, mindre fysisk aktivitet og for lidt søvn (50, 106). Mobning på internettet er også et emne, der er sparsomt undersøgt i forskningen, men der tegner sig et billede af, at skadevirkningerne er de samme som mobning i for eksempel skolen. Nogle studier finder dog ikke denne sammenhæng mellem brugen af sociale medier og mistrivsel (107, 108).

3.2.6 Ungdomsuddannelserne og arbejde

Ligesom et velfungerende skoleliv har en væsentlig betydning for børns mentale sundhed, udgør ungdomsuddannelserne også en central arena i unges liv og danner ramme for en stor del af unges dagligdag. Ungdomsuddannelser er ikke blot et fagligt læringsmiljø, men også et dannelses- og udviklingsmiljø, hvor de udvikler sociale, mentale og sundhedsrelaterede færdigheder (109). Høj skoletilfredshed blandt unge hænger sammen med bedre akademiske færdigheder (110), mindre frafald fra uddannelserne, færre mentale problemer (111-113) og øget trivsel (114). Herudover er der en positiv sammenhæng mellem gode relationer i skolen (klassekammerater og lærere) og mental sundhed samt færre psykiske og fysiske symptomer (93, 115).

I ungdomsårene sker der ligeledes mange forandringer – både fysiske, psykiske og sociale. I alderen efter grundskolen kan der ske væsentlige skift i unges sociale omgangskreds og tilknytning til forskellige arenaer. De unge skal træffe vigtige beslutninger om fremtiden i forhold til valg af uddannelse, og det er i ungdomsårene, at de fleste unge flytter hjemmefra. En stor del af de unge

fortsætter efter endt grundskole på en ungdomsuddannelse. Dog viser tal fra Børne- og Ungdomsministeriet, at mere end 45.000 unge i alderen 15-24 år i 2018 stod uden tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked (116, 117). Hvilke valg de unge træffer, og hvor de unge befinder sig i livet i denne periode, kan have væsentlig betydning for deres mentale sundhed. Undersøgelser viser for eksempel, at ledighed kan have en markant negativ effekt på den unges trivsel og livskvalitet (118).

3.3 Forebyggende og sundhedsfremmende indsatser

Dette afsnit indeholder en redegørelse af resultaterne fra tidligere kortlægninger af indsatser på børne- og ungeområdet. I afsnittet gennemgås resultater og anbefalinger fra tre nyere rapporter fra henholdsvis Aarhus Universitet, VIVE og Vidensråd for Forebyggelse. Der lægges særligt vægt på den nyeste rapport fra Vidensråd for Forebyggelse, som udkom i november 2020 (3).

3.3.1 Hovedresultater fra rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse fra 2020

Vidensråd for Forebyggelse udgav i november 2020 rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år. Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder* (3). Formålet med rapporten er at samle den nyeste viden om forekomsten, fordelingen og udviklingen over tid i indikatorer for mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme hos danske børn og unge i alderen 10-24 år. Derudover har rapporten til formål at levere en oversigt over udvalgte vidensbaserede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (universelle, selektive og indikerede) til 10-24-årige børn og unge med fokus på programmer, interventioner og principper, der er målrettet mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme i Danmark. Det er denne anden del, der fokuseres på i denne rapport. Rapporten af Vidensråd for Forebyggelse har endelig til formål at udarbejde en række råd til politikere og beslutningstagere på baggrund af den indsamlede viden. Disse anbefalinger skitseres nedenfor.

Blandt de universelle indsatser viser kortlægningen, at der er dokumentation for små, men alligevel betydningsfulde effekter, der styrker elevernes relationer, selvværd og handlekompetencer, særligt i skoler og på videregående uddannelser. Her nævnes blandt andre indsatserne Zippys venner og Optur. Disse to indsatser er ligeledes fremhævet i interviewene i denne rapport. For mere information om disse indsatser, se afsnittet *Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser*. Rapporten viser desuden, at der forelægger dokumentation for, at pædagogiske indsatser, der sigter på at reducere mobning og afbøde de negative konsekvenser af mobning, har en tydelig effekt. Her fremhæves antimobbeindsatsen Fri for Mobberi. Kortlægningen peger derudover på, at det ser ud til, at helskoleindsatser, der er mere krævende at indføre (da de involverer børn, unge, forældre og fagprofessionelle på skolerne), også er de mest effektive til fremme af mental sundhed. Her peges på indsatsen Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS). De få sundhedsøkonomiske evalueringer på området tyder på, at Fri for Mobberi og PALS er omkostningseffektive. Dokumentation for positiv effekt af universelle forebyggelsesindsatser af mentale sundhedsproblemer (såsom symptomer på angst og depression) i skoler og på videregående uddannelser er til gengæld usikre og blandede.

Blandt de selektive og indikerede forebyggende indsatser viser kortlægningen, at der mangler evidens for effekten af indsatser til børn og unge af forældre med psykisk sygdom, fordi der mangler forskning på området. Det fremgår til gengæld af rapporten, at der er nogen evidens for effekten af indsatser mod bekymrende skolefravær rettet mod børn og unge med skolevægring, men disse effektstørrelser er dog små. De nævner her indsatsen Back2School (B2S). For mere viden om denne indsats henvises til rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse. Kortlægningen viser yderligere, at der samlet set er god evidens for gavnlige effekter af en række forskellige pædagogiske

og psykologiske behandlingsprogrammer til børn og unge med mentale helbredsproblemer af mere almindelig karakter (for eksempel angst, depressive symptomer, tvangstanker/handlinger, urolig og forstyrrende adfærd, spiseforstyrrelser og selvskade). Her fremhæver de blandt andet De utrolige år (DUÅ), Parent Management Training – Oregon model (PMTO), Triple P, Kærlighed i Kaos (KiK), Cool Kids og LÆR AT TACKLE angst og depression for unge. Disse indsatser bliver yderligere beskrevet i denne rapport's afsnit *Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser*. Kortlægningen peger samtidig på, at der er behov for øget tilgængelighed af effektive indsatser over for de mest almindelige psykiske sygdomme, såsom angst, depression, adfærdsforstyrrelser samt forstyret spisning og selvskade.

3.3.2 Hovedresultater fra rapporten fra VIVE fra 2018

I 2018 udarbejdede VIVE rapporten *Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel – En vidensoversigt* rekvireret af Socialstyrelsen (19). Formålet med rapporten er at indkredse indsatser, der tilbydes unge i psykisk mistrivsel, samt at tilvejebringe viden om effekten af indsatser, som tilbydes målgruppen. Analysen i rapporten omfatter tre delelementer; 1) en forskningsbaseret gennemgang af karakteristika ved målgruppen; 2) en indkredsning og karakteristik af indsatser, der aktuelt tilbydes psykisk sårbare unge i Danmark; 3) en systematisk litteraturkortlægning, der tilvejebringer viden om effekten af indsatser, som tilbydes målgruppen. Der rapporteres nedenfor kun konklusioner vedrørende den systematiske litteraturkortlægning.

I litteraturkortlægningen er der udelukkende fokuseret på indsatser, som har vist en dokumenteret positiv effekt. Kortlægningen identificerer 17 studier, hvoraf otte udgør systematiske reviews og meta-reviews, mens ni studier er enkeltstudier af én eller flere indsatser. De 17 studier afdækker effekterne af indsatser, der primært har fokus på ét eller flere af følgende områder: mental sundhed, selvskadende adfærd, selvmordsforsøg/selvmodstanker, spiseforstyrrelser, depression, angst og søvnløshed. Samlet set peger de inkluderede studier på, at der findes forebyggende indsatser, der har vist positive effekter i forhold til forebyggelse af forskellige symptomer på psykisk mistrivsel blandt unge. Det er samtidig en væsentlig konklusion, at der på tværs af studierne peges på et behov for yderligere dokumentation af effekter af indsatsene, hvis der skal kunne drages mere entydige konklusioner (19).

3.3.3 Hovedresultater fra Aarhus rapporten fra 2016

Rapporten *Indsatser der fremmer mental sundhed blandt børn og unge – Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser* blev udarbejdet i 2016 af Aarhus Universitet for Sundhedsstyrelsen (18). Det overordnede formål med rapporten er at gennemføre et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser, der har undersøgt effekten af indsatser til at understøtte mental sundhed hos børn og unge i skolealderen. Derudover identificerer rapporten fællestræk ved de indsatser med størst effekt på børn og unges mentale sundhed. Denne viden bidrager til, at danske kommuner og andre aktører kan udvikle indsatser for målgruppen på et kvalificeret vidensgrundlag. Nedenfor fokuseres udelukkende på litteraturstudiet.

Der er i den systematiske litteraturgennemgang identificeret 126 artikler, der samlet set evaluerer 93 indsatser rettet mod at fremme eller forebygge børn og unges mentale sundhed. Rapporten konkluderer, at der ikke er et kvalificeret grundlag for at fremhæve og vurdere specifikke indsatsers effekt. Det bliver dog pointeret, at indsatser udviklet i en amerikansk kontekst ikke umiddelbart kan overføres til en dansk kontekst grundet en anden kultur og tradition. Det bliver i rapporten fremhævet, at der på tværs af indsatserne eksisterer en række fællestræk, der syntes at have betydning for indsatsernes effekt. Disse fællestræk er præsenteret under fire overordnede temaer: 1) målgruppe, 2) indhold og opbygning, 3) implementering og 4) kontekst (18).

4 Udvikling i mental sundhed og udvalgte psykiske sygdomme i Region Syddanmark



Hovedpointer i kapitlet:

I dette kapitel belyses udviklingen i selvrapporteret dårlig mental sundhed blandt børn og unge belyst ud fra udvalgte eksisterende danske undersøgelser. Endvidere belyses udviklingen i prævalens (forekomst) og incidens (nye tilfælde) af sygdommene ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse samt mindst én af disse psykiske sygdomme blandt børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark ud fra registerbaserede analyser.

Udvikling i selvrapporteret dårlig mental sundhed blandt børn og unge:

- Belyst ud fra eksisterende danske undersøgelser har forekomsten af selvrapporteret dårlig mental sundhed blandt børn og unge været stigende eller forholdsvis uændret over en årrække. Piger og unge kvinder oplever i højere grad dårlig mental sundhed end drenge og unge mænd.

Udvikling i udvalgte diagnosticerede psykiske sygdomme blandt børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark:

Prævalens

Prævalensopgørelser kan benyttes til at vurdere omfanget af personer med behov for behandling. For prævalens er opgjort *antal personer* (belastning i psykiatrien) og *raten* (sygdommenes hyppighed).

- Prævalensen (både antal og rate) af ADHD og angst/depression er steget betydeligt fra 2009 til 2018. I samme periode ses der en mindre stigning i spiseforstyrrelse. De største procentvise stigninger finder generelt sted i perioden 2009-2013.

Incidens

Incidensopgørelser kan benyttes til at vurdere omfanget af nye tilfælde. For incidens er opgjort *antal personer* (belastning i psykiatrien) og *raten* (sygdommenes hyppighed).

- Incidensen (både antal og rate) af ADHD og spiseforstyrrelse er faldet lidt eller ligger på nogenlunde samme niveau i perioden 2009 til 2018. Der ses dog mindre udsving hen over perioden. I samme periode ses der en mindre stigning for angst/depression.

For både prævalens og incidens er raten af børn og unge med mindst én af de psykiske sygdomme lavere i Region Syddanmark end i hele landet.

Denne undersøgelse ser ikke på, hvornår de 0-24-årige børn og unge udgår af behandling (afgang). Man skal derfor være varsom med en tolkning af samspillet mellem incidens og prævalens.

I dette kapitel belyses udviklingen i selvrapporteret dårlig mental sundhed samt udviklingen i udvalgte diagnosticerede psykiske sygdomme blandt børn og unge i Region Syddanmark. Afsnit 4.1 beskriver udviklingen i forekomsten af selvrapporteret dårlig mental sundhed ud fra forskellige udvalgte danske spørgeskemaundersøgelser, der har belyst mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark og i hele landet over tid. Herefter følger afsnit 4.2, som beskriver udviklingen i prævalens (forekomst) og incidens (nye tilfælde) af de udvalgte psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse hos børn og unge alderen 0-24 år i Region Syddanmark fra 2009 til 2018.

4.1 Udvikling i selvrapporteret mental sundhed

I dette afsnit præsenteres forekomsten og udviklingen i en række udvalgte selvrapporterede indikatorer for mental sundhed, som er baserede på forskellige danske spørgeskemaundersøgelser. Det er nødvendigt at understrege, at dette kun er et uddrag af de eksisterende undersøgelser og indikatorer. En del af disse mål for mental sundhed har ikke været inkluderet i danske befolkningsundersøgelser så langt tilbage i tid, og derfor er der stadig kun få gentagne målinger af mental sundhed over tid blandt børn og unge i Danmark (3), jævnfør nedenstående afsnit.

I rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse fra 2020 om mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år (3) finder man, at en del børn og unge scorer lavt på forskellige indikatorer for mental sundhed, og overordnet set synes udviklingen at være negativ med et stigende antal børn og unge med lav mental sundhed, hvilket bekræftes af nedenstående opgørelser.

4.1.1 Den Nationale Sundhedsprofil

I spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 er dårligt mentalt helbred blandt unge opgjort med udgangspunkt i besvarelser af spørgsmålsbatteriet SF-12 (5, 6) (7). SF-12 består af tolv spørgsmål, der handler om, hvorvidt svarpersonen inden for de seneste fire uger har oplevet begrænsninger i en række dagligdagsaktiviteter (119). Ud fra deltagerens besvarelser på alle tolv spørgsmål beregnes en samlet score for henholdsvis en fysisk og en mental helbredskomponent. Personer med dårligt mentalt helbred defineres ud fra en standardafgrænsning³ på den mentale helbredskomponent. Der er i alle tre undersøgelsesår anvendt samme standardafgrænsning.

³ Personer med dårligt mentalt helbred er defineret som personer med en samlet score på 35,76 eller derunder på den mentale helbredskomponent. Denne grænse blev fastlagt i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, hvor der blev afgrænset til de 10 % med den

Tabel 4.1.1. Andel med dårligt mentalt helbred blandt unge 16-24-årige i Region Syddanmark og i hele Danmark. Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017. Procent.

	Region Syddanmark			Danmark		
	2010	2013	2017	2010	2013	2017
	%	%	%	%	%	%
Mænd	8,2	7,8	11,2	8,3	8,2	12,9
Kvinder	16,0	18,3	23,1	15,8	17,5	23,8

Kilder: *Hvordan har du det? Trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2017* (4); *Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?* (5); *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013* (6); *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017* (7).

Det fremgår af tabel 4.1.1, at andelen af både unge mænd og kvinder med dårligt mentalt helbred i Region Syddanmark samlet set er steget fra 2010 til 2017, om end der ses et lille fald i andelen blandt unge mænd fra 2010 til 2013. Samtidig ses det, at andelen af unge kvinder med dårligt mentalt helbred er omtrent dobbelt så stor som andelen af unge mænd med dårligt mentalt helbred i alle tre undersøgelsesår. Eksempelvis har 11,2 % af de unge mænd mod 23,1 % af de unge kvinder, der deltog i 2017, et dårligt mentalt helbred. Der ses ingen væsentlige forskelle mellem Region Syddanmark og hele landet i fordelingen af unge mænd og kvinder med dårlig mentalt helbred i de enkelte år.

4.1.2 Ungdomsprofilen 2014 og UNG19

Udviklingen i gymnasieelevers sundhed og trivsel fra 2014 til 2019 er belyst i en nyligt publiceret rapport, der bygger på data fra henholdsvis *Ungdomsprofilen 2014* og *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019*, som begge er nationale spørgeskemaundersøgelser forankret på Statens Institut for Folkesundhed, SDU (8). Ungdomsprofilen 2014 er en national repræsentativ undersøgelse af sundhed og trivsel blandt unge på ungdomsuddannelser i Danmark. *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* er beskrevet i detaljer i bilag 1.

I rapporten om udviklingen i gymnasieelevers sundhed og trivsel fra 2014 til 2019 inkluderes kun STX-elever, da HTX- og HHX-elever ikke indgår i Ungdomsprofilen 2014, og HF- og EUD-elever er ekskluderet, da disse to elevgrupper ikke er sammenlignelige mellem de to undersøgelser som følge af forskelle i dataindsamlingsmetoder (8). Slutteligt er data kalibreret på alder, region, herkomst og forældres højeste fuldførte uddannelse med det formål at gøre tallene fra de to undersøgelser sammenlignelige (8).

Nedenfor beskrives andelen med dårlig mental sundhed målt ved hjælp af den korte version af the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS)⁴ blandt STX-elever i alderen 15-24 år, der har deltaget i *Ungdomsprofilen 2014* og *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* i henholdsvis Region Syddanmark og i hele landet, og som havde oplysninger om alder, køn og herkomst.

laveste score på den mentale helbredskomponent, hvilket svarede til en samlet score på 35,76 eller derunder. Der anvendes samme grænse for både mænd og kvinder.

⁴ En nærmere beskrivelse af SWEMWBS er at finde i metodeafsnittet bilag 1, herunder afgrænsningen af personer med dårlig mental sundhed.

Tabel 4.1.2. Andel med dårlig mental sundhed¹ blandt unge 15-24-årige gymnasieelever i Region Syddanmark og i hele Danmark. Ungdomsprofilen 2014² og UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019². Procent.

	Region Syddanmark		Danmark	
	Ungdomsprofilen 2014	UNG19	Ungdomsprofilen 2014	UNG19
	%	%	%	%
Mænd	12,9	12,9	13,3	12,6
Kvinder	24,1	22,6	24,7	22,4

¹Mental sundhed er målt ved den korte version af the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS)

²Kun elever fra STX-uddannelsen.

Kilde: Sundhed og trivsel blandt gymnasieelever. Udviklingen fra 2014-2019 (8).

Det fremgår af tabel 4.1.2, at blandt unge mænd fra STX-uddannelsen i Region Syddanmark har andelen med dårlig mental sundhed ikke ændret sig fra 2014 til 2019 (12,9 % i begge år). For de unge kvinders vedkommende ses et lille fald i andelen med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark fra 24,1 % i 2014 til 22,6 % i 2019.

Udviklingen i forekomsten af gymnasieelever med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark fra 2014 til 2019 er helt tilsvarende den udvikling, der ses på landsplan i de to undersøgelser (tabel 4.1.2).

4.1.3 Skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018

I en nyligt publiceret rapport om mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år fra Vidensråd for Forebyggelse præsenteres opgørelser om mental sundhed målt med blandt andet SWEMWBS fra Skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018 (3).

Skolebørnsundersøgelsen er en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse blandt skolebørn i alderen 11, 13, og 15 år, som omhandler skolebørnenes sundhed, trivsel og sundhedsadfærd (50). I Skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018 har man tilpasset SWEMWBS, således at den er anvendelig til børn fra 13 år og opefter (HBSC-DK SWEMWBS), og svarkategorierne er ændret i forhold til den oprindelige korte 7-itmes-version, således at der ikke spørges til de seneste 14 dage, men har følgende fem svarkategorier: "Altid", "For det meste", "Nogle gange", "Sjældent" og "Aldrig".

Tabel 4.1.3 indeholder de rapporterede opgørelser fra Skolebørnsundersøgelsen, der indgår i rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse (3). Tabellen viser andelen af skolebørn med lav score på HBSC-DK SWEMWBS (3). En lav score indikerer dårlig mental sundhed.

Tabel 4.1.3. Andel med lav HBSC-DK SWEMWBS score blandt 13- og 15-årige i hele Danmark. Skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018. Procent.

	2014		2018	
	13-årige	15-årige	13-årige	15-årige
	%	%	%	%
Drenge	10,5	10,2	11,3	10,1
Piger	17,1	17,0	20,2	21,4

Kilde: Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år. Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder (3).

Af tabel 4.1.3 fremgår det, at blandt de 13- og 15-årige drenge er andelen med dårlig mental sundhed på 10-11 %, og der ses ingen væsentlig forskel mellem 2014 og 2018. Blandt de 13- og 15-årige piger er andelen med dårlig mental sundhed 17 % i 2014. Denne andel stiger til 20,2 % i

2018 for de 13-årige piger og 21,4 % for de 15-årige piger. Det er her tale om besvarelser fra hele landet, ikke kun fra Region Syddanmark.

Det konkluderes i rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse, at der på nuværende tidspunkt kun er få danske befolkningsundersøgelser blandt børn og unge, der har gentagne målinger af positive aspekter af mental sundhed (herunder SWEMWBS), hvorfor det ikke er muligt at drage overordnede konklusioner om udviklingen i disse mål over tid (3).

4.2 Udvikling i udvalgte psykiske sygdomme

I dette afsnit beskrives udviklingen i og forekomsten af de psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark fra 2009 til 2018. Opgørelserne er baseret på data fra Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen. De inkluderede børn og unge er identificeret ud fra diagnoser ved kontakt til det psykiatriske sygehusevæsen, og der er også inkluderet børn og unge, som modtager medicin mod ADHD.

Opgørelserne er lavet med udgangspunkt i tilgangen anvendt i rapporten *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*, der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatasstyrelsen i 2017 (120). Opgørelserne i afsnit 4.2 anvender samme definitioner for de inkluderede sygdomme som i rapporten af Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatasstyrelsen fra 2017 (120) med undtagelse af, at der til nedenstående opgørelser er blevet tilføjet et præparat til behandling af ADHD. Endvidere anvendes en anden aldersfordeling i nedenstående opgørelser. Se Bilag 1 for en nærmere beskrivelse af de anvendte datakilder samt definitionerne af de inkluderede psykiske sygdomme.

4.2.1 Prævalens for ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse i Region Syddanmark

Nedenfor beskrives udviklingen i prævalensen for de udvalgte psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse hos børn og unge i Region Syddanmark og hele Danmark fra 2009 til 2018. Prævalens angiver antallet af eksisterende sygdomstilfælde i en befolkning på et givent tidspunkt. Prævalensen kan benyttes til at vurdere omfanget af personer med behov for behandling inden for de udvalgte psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse. I denne undersøgelse opgøres prævalensen dels ved et antal og dels ved en prævalensrate.

Prævalens:

Antal: Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet registreret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år (prævalente personer).

Prævalensrate: Antal prævalente personer per 10.000 børn og unge. For eksempel for Region Syddanmark i 2018 er prævalensraten:

$$\text{Prævalensrate} = \frac{10.000 \times (\text{antal prævalente personer i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}{(\text{antal indbyggere i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}$$

For at kunne sammenligne tal over tid og mellem Region Syddanmark og hele Danmark anvendes rater. For at sikre, at eventuelle aldersforskelle ikke påvirker resultaterne, er der foretaget en aldersstandardisering af raterne.

Tabel 4.2.1.1 Prævalens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge i Region Syddanmark og hele Danmark. 2009-2018. Antal¹ og prævalensrate²

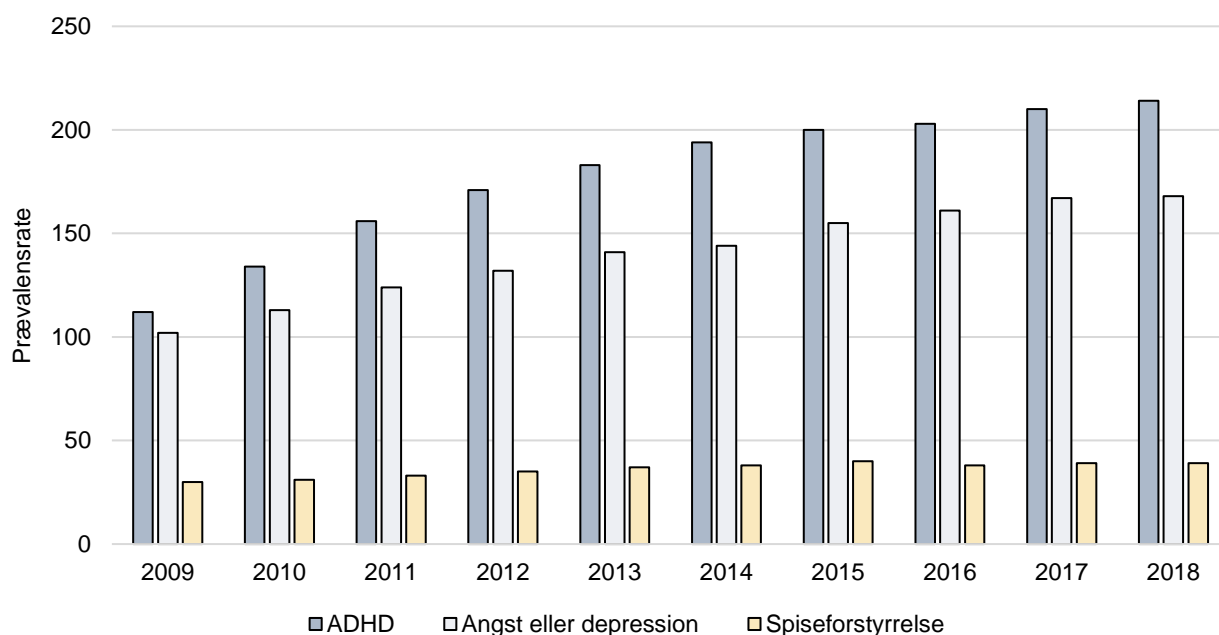
	År									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ADHD										
Antal	4.069	4.857	5.605	6.133	6.537	6.887	7.120	7.254	7.485	7.547
Prævalensrate i Region Syddanmark	112	134	156	171	183	194	200	203	210	214
Prævalensrate i Danmark	139	172	199	222	239	254	266	274	283	292
Angst/depression										
Antal	3.341	3.751	4.204	4.534	4.910	5.063	5.490	5.731	5.946	5.942
Prævalensrate i Region Syddanmark	102	113	124	132	141	144	155	161	167	168
Prævalensrate i Danmark	94	101	109	117	126	134	146	152	160	164
Spiseforstyrrelse										
Antal	1.022	1.049	1.128	1.218	1.306	1.348	1.407	1.366	1.373	1.370
Prævalensrate i Region Syddanmark	30	31	33	35	37	38	40	38	39	39
Prævalensrate i Danmark	28	29	31	33	36	38	41	41	42	43
Mindst én af sygdommene³										
Antal	7.980	9.131	10.281	11.159	11.899	12.403	13.077	13.394	13.795	13.887
Prævalensrate i Region Syddanmark	231	262	293	317	337	351	368	376	388	393
Prævalensrate i Danmark	244	282	315	344	368	391	414	427	443	455

¹ Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år; ² Antal prævalente personer per 10.000 børn og unge.

³ Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen.

Figur 4.2.1.1 Prævalensrate¹ af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge i Region Syddanmark. 2009-2018.



¹ Antal prævalente personer per 10.000 børn og unge.
Kilde: Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen.

Af tabel 4.2.1.1 og figur 4.2.1.1 fremgår det, at prævalensen (både antal og rate) for ADHD og angst/depression blandt børn og unge i Region Syddanmark er steget betydeligt fra 2009 til 2018. I samme periode ses der en lidt mindre stigning for spiseforstyrrelse. Den samme tendens gør sig gældende for raten for ADHD og angst/depression blandt børn og unge i hele Danmark.

For børn og unge stiger antal prævalente personer med ADHD fra 4.069 i 2009 til 7.547 i 2018 i Region Syddanmark, hvilket svarer til en stigning på 85 %. Den procentvise stigning er størst i perioden 2009-2013, og den årlige stigning aftager gradvist gennem hele perioden (tabel 4.2.1.1). Tilsvarende tendens gør sig gældende for raten for ADHD i perioden fra 2009 til 2018. I 2009 var raten for ADHD på 112 per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark mod 214 i 2018, hvilket svarer til en stigning på 91 % (tabel 4.2.1.1). Prævalensraten for ADHD er igennem hele perioden lavere i Region Syddanmark end i hele landet. Således er ADHD mindre hyppig i Region Syddanmark end i hele landet.

For børn og unge i Region Syddanmark stiger antallet med angst/depression fra 3.341 i 2009 til 5.942 i 2018. Det svarer til en stigning på 78 %, og ligeledes ses her den største stigning i den første del af perioden (tabel 4.2.1.1). Samme tendens gør sig gældende for prævalensraten for angst/depression i perioden 2009 til 2018. I 2009 var prævalensraten for angst/depression på 102 per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark mod 168 i 2018, hvilket svarer til en stigning på 65 % (tabel 4.2.1.1). Prævalensraterne for angst/depression i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra de tilsvarende prævalensrater i hele landet.

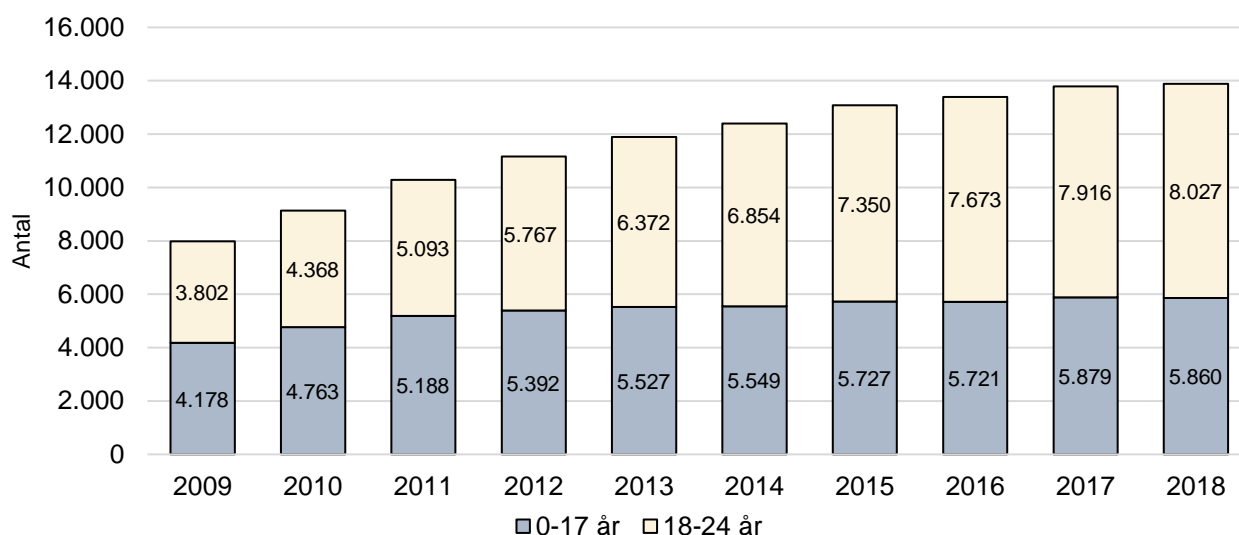
For spiseforstyrrelse stiger antallet i perioden 2009 til 2018 fra 1.022 til 1.370 diagnosticerede børn og unge i Region Syddanmark, hvilket svarer til en stigning på 34 %. I perioden 2016-2018 har antallet med spiseforstyrrelse ligget forholdsvis stabilt på omkring 1.370 (tabel 4.2.1.1). Prævalensraten for spiseforstyrrelse udviser ligeledes en mindre stigning i perioden fra 2009 til 2018 (figur

4.2.1.1). Prævalensraterne for spiseforstyrrelse i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra de tilsvarende prævalensrater i hele landet.

I tabel 4.2.1.1 og figur 4.2.1.2 fremgår prævalensen (antal og rate) for børn og unge, der har mindst én af de pågældende psykiske sygdomme (ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse) i Region Syddanmark. For børn og unge stiger antallet med mindst én af de psykiske sygdomme fra 7.980 i 2009 til 13.887 i 2018 i Region Syddanmark, hvilket svarer til en stigning på 74 %. Samme tendens gør sig gældende for raten, der stiger fra 231 i 2009 til 393 i 2018. Prævalensraten for mindst én af de psykiske sygdomme er igennem hele perioden lavere i Region Syddanmark end den tilsvarende rate i hele landet (tabel 4.2.1.1).

I figur 4.2.1.2 ses fordelingen af antal opdelt på 0-17-årige og 18-24-årige over tid. Det er vigtigt at notere sig, at der i figuren ikke er taget højde for alderssammensætningen over tid.

Figur 4.2.1.2 Antal prævalente personer med mindst én af de psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse¹ blandt børn og unge opdelt på 0-17-årige og 18-24-årige i Region Syddanmark. 2009-2018. Antal².



¹Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

²Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Af figur 4.2.1.2 fremgår det, at den største stigning i perioden ses for aldersgruppen 18-24 år. I denne aldersgruppe er der sket en fordobling i antallet af unge med mindst én af de pågældende psykiske sygdomme fra 3.802 i 2009 til 8.027 i 2018. For aldersgruppen 0-17 år ses en stigning fra 4.178 diagnosticerede børn og unge i 2009 til 5.860 i 2018, hvilket svarer til en stigning på 40 %.

Nedenfor beskrives prævalensen af de udvalgte psykiske sygdomme i 2018 fordelt på køn og alder.

Tabel 4.2.1.2 Prævalens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge opdelt på køn i Region Syddanmark. 2018. Antal¹ og procent.

	2018			
	Antal ¹		Procent	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
ADHD	5.292	2.255	70,1	29,9
Angst/depression	2.076	3.866	34,9	65,1
Spiseforstyrrelse	100	1.270	7,3	92,7
Samlet antal med mindst én af sygdommene ²	7.144	6.743	51,4	48,6

¹Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år.

²Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Tabel 4.2.1.2 viser antal prævalente personer for de udvalgte psykiske sygdomme opdelt på køn blandt børn og unge i Region Syddanmark i 2018. Af tabellen fremgår det, at der er en større andel af mænd, der er diagnosticeret med ADHD end kvinder, mens det forholder sig omvendt for andelen, der er diagnosticeret med henholdsvis angst/depression og spiseforstyrrelse. Mændene udgør 70,1 % af børn og unge diagnosticeret med ADHD. Kvinderne udgør 65,1 % af børn og unge diagnosticeret med angst/depression og 92,7 % af børn og unge diagnosticeret med spiseforstyrrelse. I gruppen af børn og unge diagnosticeret med mindst én af de tre sygdomskategorier ses en næsten ligelig kønsfordeling.

Tabel 4.2.1.3 Prævalens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge opdelt på alder blandt børn og unge opdelt på 0-17-årige og 18-24-årige i Region Syddanmark. 2018.

Antal¹ og procent.

	2018			
	Antal ¹		Procent	
	0-17 år	18-24 år	0-17 år	18-24 år
ADHD	4.112	3.435	54,5	45,5
Angst/depression	1.486	4.456	25,0	75,0
Spiseforstyrrelse	494	876	36,1	63,9
Samlet antal med mindst én af sygdommene ²	5.860	8.027	42,2	57,8

¹Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år; ²Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Tabel 4.2.1.3 viser prævalensen af de udvalgte psykiske sygdomme opdelt på alder (0-17 år og 18-24 år) i 2018 i Region Syddanmark. Af tabel 4.2.1.3 fremgår det, at der er en lidt større andel diagnosticeret med ADHD blandt de 0-17-årige (54,5 %) end blandt de 18-24-årige (45,5 %). Omvendt ses en større andel diagnosticeret med henholdsvis angst/depression og spiseforstyrrelse blandt de 18-24-årige end blandt de 0-17-årige. For den samlede gruppe diagnosticeret med mindst én af sygdommene ses ligeledes en større andel blandt de 18-24-årige end blandt de 0-17-årige.

4.2.2 Incidens for ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse i Region Syddanmark

Nedenfor beskrives udviklingen i incidensen for de udvalgte psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse hos børn og unge i Region Syddanmark og hele Danmark fra 2009 til 2018. Incidens angiver antallet af nye sygdomstilfælde i en befolkning inden for en given periode. I denne opgørelse opgøres incidensen dels ved et antal og dels ved en incidensrate.

Incidens:

Antal nye tilfælde: Det samlede antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var diagnosticeret med pågældende sygdom, ikke indgår.

Incidensrate: Antal nye tilfælde per 10.000 børn og unge. Det beregnes for hele populationen blandt personer, der ikke har sygdommen. For eksempel for Region Syddanmark i 2018 er incidensraten:

$$\text{Incidensrate} = \frac{10.000 \times (\text{antal nye tilfælde i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}{(\text{antal indbyggere i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}$$

For at kunne sammenligne tal over tid og mellem Region Syddanmark og hele Danmark anvendes rater. For at sikre, at eventuelle aldersforskelle ikke påvirker resultaterne, er der foretaget en aldersstandardisering af raterne.

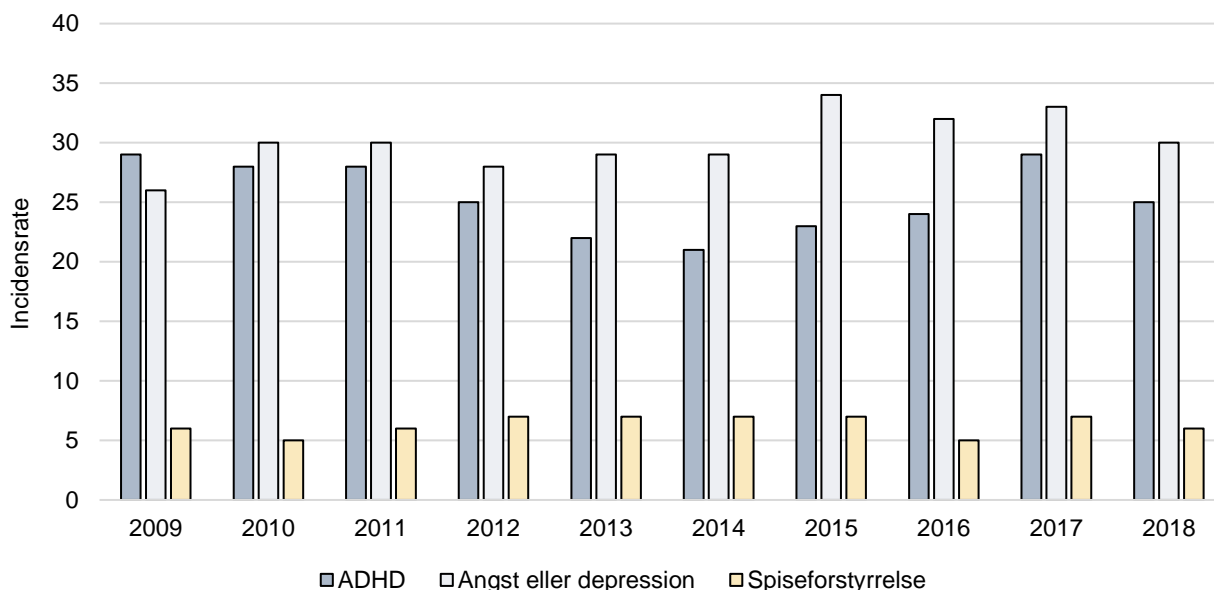
Table 4.2.2.1 Incidens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge 0-24 år i Region Syddanmark og hele Danmark i 2009-2018. Antal¹ og incidensrate²

	År									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ADHD										
Antal nye tilfælde	1.053	999	990	885	793	761	810	856	1.015	894
Incidensrate i Region Syddanmark	29	28	28	25	22	21	23	24	29	25
Incidensrate i Danmark	37	39	36	33	30	32	33	34	37	38
Angst/depression										
Antal nye tilfælde	881	1.019	1.022	988	1.002	1.019	1.212	1.136	1.172	1.055
Incidensrate i Region Syddanmark	26	30	30	28	29	29	34	32	33	30
Incidensrate i Danmark	23	24	25	27	29	31	34	31	32	31
Spiseforstyrrelse										
Antal nye tilfælde	215	187	221	263	262	248	255	190	259	215
Incidensrate i Region Syddanmark	6	5	6	7	7	7	7	5	7	6
Incidensrate i Danmark	5	5	6	7	8	8	8	6	7	6
Mindst én af sygdommene³										
Antal nye tilfælde	2.017	2.044	2.034	1.945	1.824	1.843	2.075	1.986	2.200	1.997
Incidensrate i Region Syddanmark	57	58	58	55	51	52	58	56	62	57
Incidensrate i Danmark	60	62	60	60	58	62	66	63	67	67

¹ Det samlede antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet registreret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår.; ² Antal nye tilfælde per 10.000 børn og unge; ³ Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen.

Figur 4.2.2.1. Incidensrate af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge i Region Syddanmark. 2009-2018. Incidensrate¹.



¹ Antal nye tilfælde per 10.000 børn og unge.

Kilde: Landspatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Af tabel 4.2.2.1 og figur 4.2.2.1 fremgår det, at incidensen (både antal og rate) for ADHD blandt børn og unge i Region Syddanmark overordnet set er faldet en smule i perioden 2009 til 2018, mens udviklingen i samme periode for spiseforstyrrelse har været forholdsvis konstant blandt børn og unge i Region Syddanmark. I samme periode ses en mindre stigning i angst/depression. Generelt gør de samme tendenser sig gældende for raten for ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge i hele Danmark.

For børn og unge falder antal nye tilfælde af ADHD fra 1.053 i 2009 til 894 i 2018 i Region Syddanmark, hvilket svarer til et fald på 15 %. Der ses dog mindre udsving i incidensen hen over perioden. Tilsvarende tendens gør sig gældende for raten for ADHD i perioden fra 2009 til 2018.

I 2009 var raten for ADHD på 29 per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark mod 25 i 2018, hvilket svarer til et fald på 14 % (tabel 4.2.2.1 og figur 4.2.2.1). Incidensraten for ADHD er igennem hele perioden lavere i Region Syddanmark end raten for ADHD i hele landet.

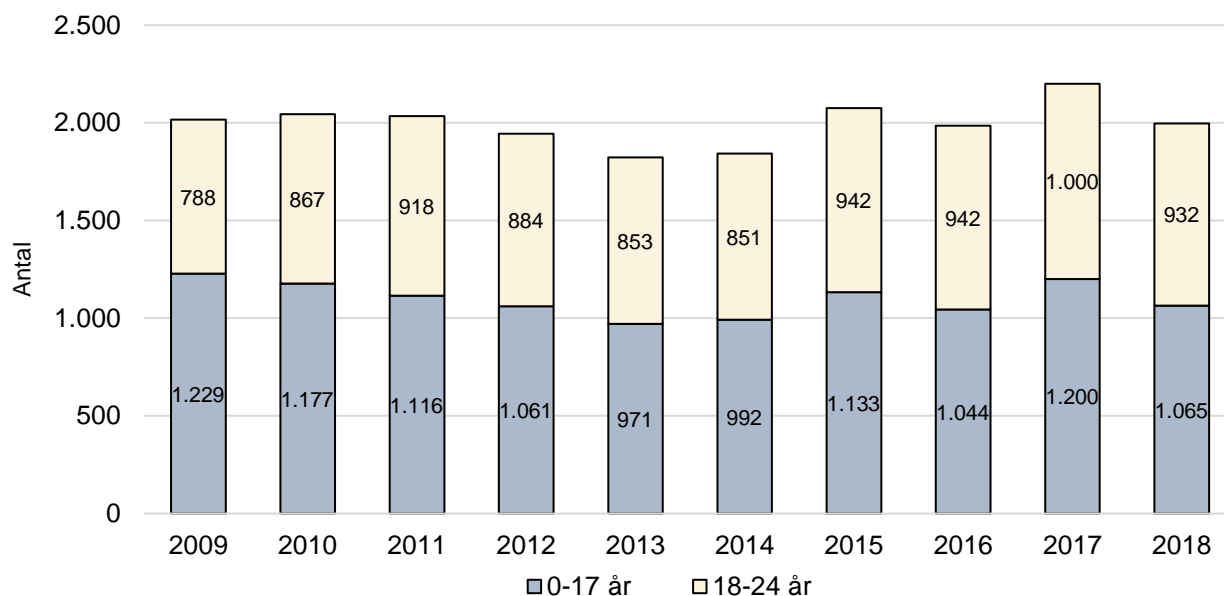
For børn og unge i Region Syddanmark stiger antallet med angst/depression fra 881 i 2009 til 1.055 i 2018. Det svarer til en stigning på 20 %, og her ses ligeledes udsving i incidensen hen over perioden (tabel 4.2.2.1). I 2009 var incidensraten for angst/depression på 26 per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark mod 30 i 2018, hvilket svarer til en stigning på 15 % (tabel 4.2.2.1 og figur 4.2.2.1). Incidensraterne for angst/depression i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra de tilsvarende incidensrater i hele landet.

For spiseforstyrrelse ligger antallet nogenlunde stabilt i perioden 2009 til 2018 (215 nye tilfælde begge år). Samme tendens gør sig gældende for incidensraten for spiseforstyrrelse i perioden fra 2009 til 2018. Incidensraten for spiseforstyrrelse i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra de tilsvarende incidensrater i hele landet (jf. tabel 4.2.2.1).

I tabel 4.2.2.1 og figur 4.2.2.2 fremgår incidensen (antal og rate) for børn og unge, der har mindst én af de pågældende psykiske sygdomme (ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse) i Region Syddanmark. Incidensen for mindst én af de psykiske sygdomme ligger forholdsvis stabilt på

omkring 2.000 nye tilfælde i perioden 2009 til 2018. Samme tendens gør sig gældende for incidensraten. Incidensraten for mindst én af de psykiske sygdomme er igennem hele perioden lavere i Region Syddanmark end den tilsvarende rate for hele landet (tabel 4.2.2.1).

Figur 4.2.2.2 Antal nye tilfælde med mindst én af de psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse¹ blandt børn og unge opdelt på 0-17-årige og 18-24-årige i Region Syddanmark. 2009-2018. Antal²



¹Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommen.²Det samlede antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår.
Kilde: Landpatientregisteret og Lægemedeldatabasen.

I figur 4.2.2.2 ses fordelingen af antal nye tilfælde opdelt på 0-17-årige og 18-24-årige over tid. Det er vigtigt at notere sig, at der i figuren ikke er taget højde for alderssammensætning over tid. For aldersgruppen 0-17 år ses en stigning fra 788 nye tilfælde blandt børn og unge i 2009 til 932 nye tilfælde blandt børn og unge i 2018, hvilket svarer til en stigning på 13 %, mens der ses et mindre fald i antal nye tilfælde for aldersgruppen 18-24-årige i perioden 2009 til 2018.

Tabel 4.2.2.2 Incidens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse opdelt på køn blandt børn og unge 0-24 år i Region Syddanmark. 2018. Antal¹ og procent.

	2018			
	Antal ¹		Procent	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
ADHD	588	306	65,8	34,2
Angst/depression	410	645	38,9	61,1
Spiseforstyrrelse	13	202	6,1	94,0
Samlet antal med mindst én af sygdommene ²	945	1.052	47,3	52,7

¹Det samlede antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet registreret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår.

²Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis

en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Tabel 4.2.2.2 viser incidensen for udvalgte psykiske sygdomme opdelt på køn blandt børn og unge i Region Syddanmark i 2018. Af tabellen fremgår det, at der er en større andel af nye tilfælde af ADHD blandt mænd end blandt kvinder, mens det forholder sig omvendt for andelen af nye tilfælde af henholdsvis angst/depression og spiseforstyrrelse. Mændene udgør 65,8 % af de nye tilfælde af ADHD i 2018. Kvinderne udgør henholdsvis 61,1 % og 94,0 % af de nye tilfælde af angst/depression og spiseforstyrrelse. I gruppen af børn og unge med mindst én af de tre sygdomskategorier ses en lidt større andel af nye tilfælde blandt kvinder (52,7 %) end blandt mænd (47,3 %).

Tabel 4.2.2.3 Incidens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse opdelt på alder blandt børn og unge i alderen 0-17 år og 18-24 år i Region Syddanmark. 2018. Antal¹ og procent.

	2018			
	Antal ¹		Procent	
	0-17 år	18-24 år	0-17 år	18-24 år
ADHD	590	304	66,0	34,0
Angst/depression	381	674	36,1	63,9
Spiseforstyrrelse	134	81	62,3	37,7
Samlet antal med mindst én af sygdommene ²	1.065	932	53,3	46,7

¹Det samlede antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet registreret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår.

²Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Tabel 4.2.2.3 viser incidensen for psykiske sygdomme opdelt på alder (0-17 år og 18-24 år) i 2018 i Region Syddanmark. Af tabel 4.2.2.3 fremgår det, at der er en lidt større andel af nye tilfælde af ADHD og spiseforstyrrelse blandt de 0-17-årige (66,0% og 62,3%) end blandt de 18-24-årige (34,0% og 37,7%). Omvendt ses en større andel nye tilfælde med henholdsvis angst/depression blandt de 18-24-årige end blandt de 0-17-årige. For den samlede gruppe med mindst én af sygdommene ses i 2018 ligeledes en større andel af nye tilfælde blandt de 18-24-årige end blandt de 0-17-årige.

5 Karakteristik af unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark



Hovedpointer i kapitlet:

Dette kapitel har til formål at beskrive, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark. Analyserne er baseret på spørgeskemadata fra unge i alderen 15 til 24 år fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark. For nogle indikatorer er der kun data fra unge fra gymnasiale uddannelser.

Analyserne viser, at der er en større andel af unge kvinder end mænd, der har dårlig mental sundhed. Samtidig stiger andelen af unge med dårlig mental sundhed med alderen.

For de indikatorer, hvor der er data fra både unge på gymnasiale uddannelser og fra erhvervsuddannelser, er konklusionerne af analyserne i store træk overensstemmende mellem de to grupper af unge.

Mere udsatte på en række områder

Analyserne viser, at unge med dårlig mental sundhed trives dårligere og er mere udsatte på en række områder end referencegruppen bestående af unge med moderat/god mental sundhed.

For unge med dårlig mental sundhed ses følgende:

- De har oftere oplevet brud i familien i løbet af barndommen og bor oftere i familier, hvor familiens indkomst er i laveste kvartil.
- De har gennemsnitligt lavere karakterer fra grundskolen, pjækker oftere og er mindre tilfredse med at gå i skole.
- De er oftere ensomme og oplever mindre fortrolighed med andre.
- De oplever oftere at være stressede og har i markant mindre grad et højt selvværd og høj livstilfredshed.
- De har oftere selvmordstanker og har oftere gjort skade på sig selv.

Derudover ses, at unge mænd med dårlig mental sundhed oftere har været sigtet for en strafbar handling (8 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed; 4 % blandt referencegruppen).

Oftere kontakt med psykiatrien

Unge, som selv rapporterer dårlig mental sundhed, har oftere haft kontakt med psykiatrien. Det gælder både blandt mænd (15 % blandt mænd med dårlig mental sundhed; 6 % blandt referencegruppen) og kvinder (17 % blandt kvinder med dårlig mental sundhed; 9 % blandt referencegruppen). Derudover har unge med dårlig mental sundhed større risiko for at have forældre, som selv har haft kontakt med psykiatrien.

Dårligere vurdering af eget helbred og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd

Sammenlignet med unge i referencegruppen ses for unge med dårlig mental sundhed følgende:

- De vurderer i mindre grad deres helbred som godt.
- De har i højere grad fysiske symptomer næsten dagligt i form af hovedpine, mavepine eller andre smerter (som for eksempel ondt i ryggen).
- De har i højere grad søvnproblemer og er i højere grad generet af træthed.

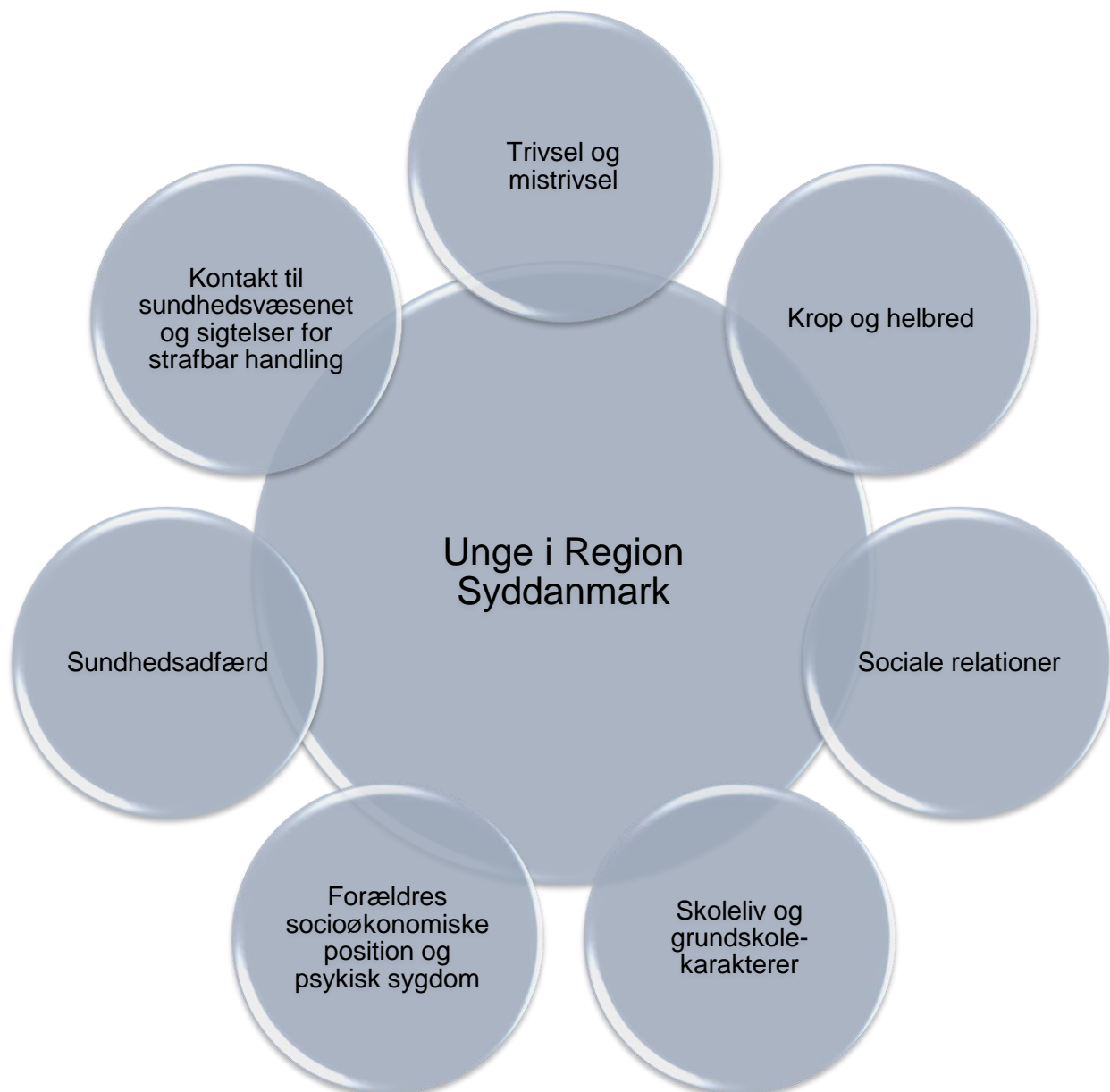
Endvidere ses i forhold til sundhedsadfærd, at unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed oftere er daglige rygere og er mindre fysisk aktive sammenlignet med referencegruppen. Der ses ikke entydige sammenhænge i forhold til rygning og fysisk aktivitet blandt unge fra erhvervsuddannelser.

I følgende kapitel gives en karakteristik af unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser. I afsnit 5.1 til afsnit 5.9 beskrives de unge ud fra en lang række indikatorer for trivsel og mistrivsel, krop og helbred, sociale relationer, skoleliv, forældres socioøkonomi og psykisk sygdom, sundhedsadfærd, kontakt til sundhedsvæsenet samt sigtelser for strafbar handling (figur 5.1). Se også en nærmere beskrivelse af en række af disse indikatorer i baggrundsafsnittet (afsnit 3.2).

Datagrundlaget for karakteristikken er to parallelt udførte spørgeskemaundersøgelser:

1. *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (UNG19-GYM), der inkluderer elever på gymnasiale uddannelser (Almen Studentereksamen (STX), Højere Forberedelseseksamen (HF), Højere Handelseksamen (HHX) og Teknisk Studentereksamen (HTX)) (52).
2. *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* (UNG19-EUD), der inkluderer elever fra erhvervsskoler (EUD og EUX) (121).

Resultaterne er i hele kapitlet opdelt på henholdsvis unge fra gymnasiale uddannelser og unge fra erhvervsuddannelser.



Figur 5.1 Indikatorer inkluderet i karakteristikken af unge i alderen 15-24 år med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser.



Sådan bruges begreberne i denne rapport

Dårlig mental sundhed

Inddelingen af de unge i henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed er baseret på de unges besvarelser af den korte 7-item version af the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS), som er en skala, der oprindeligt er udviklet til måling af positive aspekter af mental sundhed (122). Dårlig mental sundhed er defineret på baggrund af en grænseværdi bestemt ud fra fordelingen af skalaen i en tidligere national repræsentativ befolkningsundersøgelse, hvor de 15 %, der scorede lavest på skalaen, blev kategoriseret til at have dårlig mental sundhed. Dette svarer til en score mellem 7,00 og 19,98 for SWEMWBS (123). Unge med moderat og god mental sundhed, som er de unge med en score over 19,98, udgør i indeværende undersøgelse referencegruppen.



Sådan bruges begreberne i denne rapport

Til at karakterisere unge med og uden dårlig mental sundhed ud fra en række indikatorer er der beregnet frekvenser (antal og procent) samt via logistisk regressionsanalyse odds ratio (OR) med tilhørende 95 % sikkerhedsgrenser.

Odds ratio (OR)

Odds ratio (OR) udtrykker forholdet (ratioen) mellem to odds (chance), og er i denne undersøgelse et mål for, hvor meget mindre chance (eller større risiko) unge med dårlig mental sundhed har for at have angivet den pågældende indikator (eksempelvis at have et godt selv vurderet helbred) sammenlignet med referencegruppen. Referencegruppen er i denne undersøgelse de unge, der er blevet klassificeret til at have moderat eller god mental sundhed målt via SWEMWBS.

Fortolkningen af OR er, at hvis værdien af OR er 1, så er der ikke forskel i forekomsten af den aktuelle indikator mellem unge med dårlig mental sundhed og referencegruppen. Hvis OR er lavere eller højere end 1, betyder det generelt, at forekomsten er lavere eller højere blandt unge med dårlig mental sundhed end i referencegruppen.

I tabellerne vises endvidere "95 % sikkerhedsgrenser" for OR, som angiver den sikkerhedsmargin, som OR befinder sig inden for. Hvis 95 % sikkerhedsgrenserne indeholder værdien 1, er der ikke statistisk signifikant forskel i forekomsten af den pågældende indikator mellem unge med dårlig mental sundhed og referencegruppen.

Se Bilag 1 for en nærmere beskrivelse af de anvendte spørgeskema- og registerdata, definitionen af dårlig mental sundhed, anvendte statistiske metoder samt detaljeret læsevejledning. I Bilag 2 ses et samlet overblik over dette kapitels resultater.

5.1 Fordeling af dårlig mental sundhed blandt unge



Hovedpointer i afsnittet:

Blandt unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark ses, at:

- Der er en større andel af unge kvinder end mænd, der har dårlig mental sundhed.
- Andelen med dårlig mental sundhed stiger med alderen blandt de unge.
- Andelen med dårlig mental sundhed er større blandt unge med anden etnisk herkomst end dansk end blandt unge med dansk etnisk herkomst.
- Andelen af unge med dårlig mental sundhed er ens på henholdsvis gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser.
- Fordelinger af unge med dårlig mental sundhed i forhold til køn, alder og etnisk herkomst i Region Syddanmark adskiller sig ikke nævneværdigt fra tilsvarende fordelinger i hele landet.

I følgende afsnit beskrives fordelingen af unge med dårlig mental sundhed opdelt på køn, alder og etnisk herkomst blandt unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark og i hele landet.

5.1.1 Gymnasiale uddannelser

I tabel 5.1.1 er vist fordelingen af unge på gymnasiale uddannelser med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed (referencegruppen) i forhold til køn, alder og etnisk herkomst blandt deltagere fra *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (UNG19-GYM) (52). Det fremgår af tabellen, at der er en væsentlig større andel af unge kvinder end unge mænd med dårlig mental sundhed (hhv. 23,1 % og 14,0 %) i Region Syddanmark. Der ses desuden en klar sammenhæng mellem alder og andelen af unge med dårlig mental sundhed på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark. Således stiger andelen med dårlig mental sundhed fra 14,3 % blandt de 15-16-årige til 24,3 % blandt de 20-24-årige.

I forhold til etnisk herkomst ses en væsentlig større andel af unge med anden etnisk herkomst end dansk, der har dårlig mental sundhed, sammenlignet med unge med dansk herkomst blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark (hhv. 27,4 % og 18,1 %).

Fordelingen af unge med dårlig mental sundhed på køn, alder og etnisk herkomst i Region Syddanmark adskiller sig ikke nævneværdigt fra fordelingerne i hele landet.

Tabel 5.1.1 Dårlig og moderat/god mental sundhed i forhold til køn, alder og etnisk herkomst blandt deltagere 15-24 år i UNG19-GYM i Region Syddanmark og i hele Danmark. Antal og procent.

	Region Syddanmark				Danmark			
	Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed		Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Alle	1.468	18,9	6.281	81,1	5.410	19,4	22.514	80,6
Køn								
Mænd	496	14,0	3.041	86,0	1.759	14,2	10.640	85,8
Kvinder	972	23,1	3.240	76,9	3.651	23,5	11.874	76,5
Alder								
15-16 år	127	14,3	759	85,7	609	15,0	3.458	85,0
17 år	391	17,2	1.885	82,8	1.498	18,0	6.810	82,0
18 år	495	19,6	2.027	80,4	1.751	19,8	7.109	80,2
19 år	315	21,2	1.173	78,8	1.144	22,5	3.950	77,5
20-24 år	140	24,3	437	75,7	408	25,6	1.187	74,4
Etnisk herkomst								
Dansk	1.278	18,1	5.777	81,9	4.694	18,5	20.720	81,5
Anden etnisk herkomst end dansk	190	27,4	503	72,6	714	28,5	1.790	71,5

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

5.1.2 Erhvervsuddannelser

Fordelelsen af unge erhvervsskoleelever med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i forhold til køn, alder og etnisk herkomst blandt deltagere fra *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* (UNG19-EUD) (121) er vist i tabel 5.1.2. Det fremgår af tabellen, at der er en væsentligt større andel af unge kvinder end unge mænd, der har dårlig mental sundhed blandt erhvervsskoleeleverne i Region Syddanmark (hhv. 24,6 % og 14,7 %). Ved opdeling på alder ses en stigende andel af unge erhvervsskoleelever med dårlig mental sundhed med stigende alder. Blandt de 15-17-årige har 16,4 % dårlig mental sundhed, mens det gør sig gældende for 19,3 % af de 18-19-årige og for 20,0 % af de 20-24-årige i Region Syddanmark.

Endvidere er der en større andel af unge med anden etnisk herkomst end dansk, der har dårlig mental sundhed, sammenlignet med unge med dansk herkomst blandt erhvervsskoleelever i Region Syddanmark (hhv. 27,8 % og 17,6 %).

Der ses ikke betydelige forskelle i andelen af unge erhvervsskoleelever med dårlig mental sundhed opdelt på køn, alder og etnisk herkomst mellem Region Syddanmark og hele landet.

Tabel 5.1.2 Antal og fordeling af dårlig og moderat/god mental sundhed blandt deltagere i UNG19-EUD¹ i Region Syddanmark og i hele Danmark. Antal og procent.

	Region Syddanmark				Danmark			
	Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed		Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Alle	150	18,7	654	81,3	604	18,7	2.624	81,3
Køn								
Mænd	71	14,7	412	85,3	335	16,3	1.724	83,7
Kvinder	79	24,6	242	75,4	269	23,0	900	77,0
Alder²								
15-17 år	43	16,4	219	83,6	161	16,5	816	83,5
18-19 år	59	19,3	246	80,7	244	20,8	929	79,2
20-24 år	47	20,0	188	80,0	198	18,4	877	81,6
Etnisk herkomst								
Dansk	128	17,6	601	82,4	522	18,0	2.379	82,0
Anden etnisk herkomst end dansk	20	27,8	52	72,2	75	24,3	234	75,7

¹Blandt deltagere med oplyst CPR nr.

²Som følge af færre deltagere i UNG19-EUD indgår færre kategorier af alder end for UNG-19-GYM (tabel 5.1.1).

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

I de følgende afsnit beskrives de unge med dårlig mental sundhed ud fra indikatorer for trivsel og mistrivsel, krop og helbred, sociale relationer, skoleliv, forældres socioøkonomi og psykisk sygdom, sundhedsadfærd, kontakt til sundhedsvæsenet samt sigtelser for strafbar handling.

5.2 Trivsel og mistrivsel



Hovedpointer i afsnittet:

Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen generelt en højere risiko for at opleve dårligere trivsel.

- Således har unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for ofte eller meget ofte at føle sig ensomme, dagligt at være stressede, at have haft mindst ét psykisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder samt en lavere chance for at have et højt selvværd.
- Yderligere har unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark i sammenligning med referencegruppen en højere risiko for med vilje at have gjort skade på sig selv, at have overvejet at begå selvmord, at have en selvrapporert spiseforstyrrelse samt en lavere chance for at have høj livstilfredshed. Disse indikatorer har ikke været mulige at opgøre for unge på erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for trivsel og mistrivsel blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark.

For elever fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser beskrives indikatorerne ensomhed, stress, psykiske symptomer og selvværd. For elever fra gymnasiale uddannelser beskrives yderligere indikatorerne livstilfredshed, spiseforstyrrelse, selvskade samt selvmordstanker.

Det skal bemærkes, at en række af indikatorerne for trivsel og mistrivsel, herunder ensomhed, selvværd og stress, vedrører aspekter af mental sundhed, som også til dels er berørt i SWEMWBS-skalaen, som er anvendt til at definere unge med dårlig mental sundhed i denne undersøgelse. Det er derfor forventeligt, at der ses en sammenhæng mellem disse faktorer og dårlig mental sundhed målt ved SWEMWBS. Da der imidlertid ikke er tale om identiske mål, er disse indikatorer inddraget med henblik på at beskrive disse forskellige aspekter af trivsel og mistrivsel blandt unge med dårlig mental sundhed.

5.2.1 Gymnasiale uddannelser

Ensomhed

Eleverne i UNG19 – GYM har angivet, om de føler sig ensomme. Svarkategorierne var: "Ja, meget ofte", "Ja, ofte", "Ja, af og til" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der føler sig ensomme, defineret som de elever, der har svaret "Ja, meget ofte" eller "Ja, ofte".

Af tabel 5.2.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en markant større risiko for ofte eller meget ofte at føle sig ensomme. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed føler 21,2 % sig ofte eller meget ofte ensomme, mens det gør sig gældende for 3,5 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed føler 28,2 % sig ofte eller meget ofte ensomme, mens det gør sig gældende for 4,7 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Livstilfredshed

Eleverne i UNG19-GYM blev bedt at angive livstilfredshed på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er det værste mulige liv, og 10 er det bedste mulige liv. Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der angiver høj livstilfredshed, defineret som de elever, der har angivet 9 eller 10 på skalaen.

Unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at angive høj livstilfredshed sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.2.1. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed angiver 4,3 % høj livstilfredshed, mens det gør sig gældende for 29,0 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed angiver 1,6 % høj livstilfredshed, mens det gør sig gældende for 18,9 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Selv værd

Eleverne i UNG19-GYM er blevet spurgt, hvor enige de er i følgende udsagn: Jeg er god nok, som jeg er, med svarmulighederne: "Helt enig", "Enig", "Hverken enig eller uenig", "Uenig" og "Helt uenig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der synes, de er gode nok, som de er, defineret som de elever, der har svaret "Helt enig" eller "Enig" til spørgsmålet.

Det fremgår af tabel 5.2.1, at unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at synes, de er gode nok, som de er, sammenlignet med unge i referencegruppen.

Andelen, der synes, de er gode nok, som de er, er 41,2 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 85,6 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens andelen, der synes, de er gode nok, som de er, blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er 29,1 % mod 72,2 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Stress

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, hvor ofte de er stressede, med svarmulighederne: "Aldrig/næsten aldrig", "Månedligt", "Ugentligt" og "Dagligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der dagligt er stressede, defineret som de elever, der har svaret, at de er stressede "Dagligt".

Unge med dårlig mental sundhed har markant højere risiko for dagligt at være stressede sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.2.1.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er 19,1 % dagligt stressede, mens det gør sig gældende for 5,0 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed er 27,1 % dagligt stressede, mens det gør sig gældende for 8,6 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Psykiske symptomer

Eleverne i UNG19 – GYM har angivet, hvor ofte de har haft en række psykiske symptomer inden for de seneste 6 måneder, herunder været irriteret/i dårligt humør, været ked af det eller været nervøs. Svarmulighederne var: "Næsten hver dag", "Mere end en gang om ugen", "Næsten hver uge", "Næsten hver måned" og "Sjældent eller aldrig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har haft mindst ét af de psykiske symptomer næsten dagligt, defineret som de elever, der har svaret "Næsten hver dag" til mindst ét af de psykiske symptomer: irriteret/i dårligt humør, været ked af det eller været nervøs.

Af tabel 5.2.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en markant større risiko for at have haft mindst ét psykisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen, der har haft mindst ét psykisk symptom næsten dagligt er 22,6 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 3,5 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens tilsvarende andel er 32,2 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 7,2 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Spiseforstyrrelse

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, om de har en spiseforstyrrelse. Svarmulighederne var: "Ja", "Nej" og "Ved ikke". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har en spiseforstyrrelse, defineret som de elever, der har svaret "Ja" til, at de har en spiseforstyrrelse. Der er således tale om selvrapporeret forekomst af spiseforstyrrelse.

Unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have en spiseforstyrrelse sammenlignet med unge i referencegruppen. Især for unge mænd med dårlig mental sundhed er risikoen markant højere sammenlignet med unge mænd i referencegruppen, se tabel 5.2.1.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 4,1 % en spiseforstyrrelse, mens det gør sig gældende for 0,7 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 7,3 % en spiseforstyrrelse, mens det gør sig gældende for 2,8 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Selvskade

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, om de nogensinde med vilje har gjort skade på sig selv (f.eks. skåret, brændt, revet eller slået sig selv), med svarmulighederne: "Ja" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har gjort skade på sig selv, defineret som de unge, der har svaret "Ja" til nogensinde med vilje at have gjort skade på sig selv.

Af tabel 5.2.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en markant højere risiko for med vilje at have gjort skade på sig selv sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen, der har gjort skade på sig selv, er 24,8 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 8,3 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens andelen er 45,1 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 19,1 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Selvordstanker

I UNG19 – GYM er eleverne blevet spurgt til, om de nogensinde har overvejet at begå selvmord med svarmulighederne: "Ja" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har overvejet at begå selvmord, defineret som de elever, der har svaret "Ja".

Risikoen for at have overvejet at begå selvmord er markant højere for unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.2.1. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 39,1 % overvejet at begå selvmord, mens det gør sig gældende for 12,8 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 41,2 % overvejet at begå selvmord, mens det gør sig gældende for 16,3 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.2.1 Indikatorer for trivsel og mistrivsel blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Føler sig ofte eller meget ofte ensom								
Alle	25,8	1.438	4,1	6.219	7,58	(6,37 - 9,02)	7,70	(6,46 - 9,17)
Mænd	21,2	486	3,5	3.023	7,00	(5,22 - 9,38)	7,14	(5,31 - 9,59)
Kvinder	28,2	952	4,7	3.196	7,91	(6,37 - 9,83)	8,02	(6,45 - 9,98)
Høj livstilfredshed								
Alle	2,5	1.434	23,8	6.227	0,09	(0,06 - 0,13)	0,09	(0,06 - 0,13)
Mænd	4,3	485	29,0	3.024	0,11	(0,07 - 0,18)	0,11	(0,07 - 0,18)
Kvinder	1,6	949	18,9	3.203	0,07	(0,04 - 0,12)	0,07	(0,04 - 0,12)
Selvværd: Er helt enig eller enig i udsagnet: "Jeg er god nok, som jeg er"								
Alle	33,2	1.438	78,6	6.219	0,14	(0,13 - 0,16)	0,14	(0,13 - 0,16)
Mænd	41,2	485	85,6	3.018	0,12	(0,10 - 0,15)	0,12	(0,10 - 0,15)
Kvinder	29,1	953	72,0	3.201	0,16	(0,14 - 0,19)	0,16	(0,14 - 0,19)
Er dagligt stresset								
Alle	24,4	1.439	6,9	6.219	4,04	(3,45 - 4,72)	4,07	(3,48 - 4,77)
Mænd	19,1	486	5,0	3.021	4,34	(3,28 - 5,75)	4,33	(3,27 - 5,74)
Kvinder	27,1	953	8,6	3.198	3,91	(3,23 - 4,72)	3,97	(3,28 - 4,80)
Mindst ét psykisk symptom næsten dagligt (været irriteret/i dårligt humør, ked af det eller nervøs)								
Alle	29,0	1.350	5,4	5.858	6,71	(5,68 - 7,91)	6,71	(5,68 - 7,92)
Mænd	22,6	439	3,5	2.810	8,21	(6,05 - 11,14)	8,13	(5,98 - 11,04)
Kvinder	32,2	911	7,2	3.048	6,17	(5,07 - 7,51)	6,22	(5,11 - 7,58)
Har en spiseforstyrrelse (selvrapporteret)								
Alle	6,3	1.360	1,8	5.895	3,21	(2,39 - 4,31)	3,26	(2,42 - 4,39)
Mænd	4,1	444	0,7	2.826	5,69	(2,96 - 10,91)	5,40	(2,81 - 10,39)
Kvinder	7,3	916	2,8	3.069	2,77	(2,00 - 3,86)	2,88	(2,06 - 4,01)
Nogensinde med vilje gjort skade på sig selv								
Alle	38,4	1.329	14,0	5.746	3,47	(3,03 - 3,97)	3,43	(2,99 - 3,93)
Mænd	24,8	436	8,3	2.743	3,59	(2,77 - 4,65)	3,57	(2,75 - 4,62)
Kvinder	45,1	893	19,1	3.003	3,45	(2,94 - 4,05)	3,40	(2,90 - 4,00)
Nogensinde overvejet at begå selvmord								
Alle	40,5	1.324	14,6	5.736	3,75	(3,28 - 4,29)	3,73	(3,27 - 4,27)
Mænd	39,1	435	12,8	2.739	4,16	(3,33 - 5,21)	4,21	(3,36 - 5,28)
Kvinder	41,2	889	16,3	2.997	3,55	(3,00 - 4,18)	3,49	(2,96 - 4,13)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

5.2.2 Erhvervsuddannelser

Ensomhed

Eleverne i UNG19 – EUD har angivet, om de føler sig ensomme. Svarkategorierne var: "Ja, meget ofte", "Ja, ofte", "Ja, af og til" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der føler sig ensomme defineret som de elever, der har svaret "Ja, meget ofte" eller "Ja, ofte".

Af tabel 5.2.2 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en markant større risiko for ofte eller meget ofte at føle sig ensomme. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed føler 36,6 % sig ofte eller meget ofte ensomme, mens det gør sig gældende for 4,6 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed føler 32,9 % sig ofte eller meget ofte ensomme, mens det gør sig gældende for 5,8 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Selvværd

Eleverne i UNG19-EUD er blevet spurgt, hvor enige de er i følgende udsagn: "Jeg er god nok, som jeg er", med svarmulighederne: "Helt enig", "Enig", "Hverken enig eller uenig", "Uenig" og "Helt uenig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der synes, de er gode nok, som de er, defineret som de elever, der har svaret "Helt enig" eller "Enig" til spørgsmålet.

Det fremgår af tabel 5.2.2, at unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at synes, de er gode nok, som de er, sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen, der synes, de er gode nok, som de er, er 40,8 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 83,9 % blandt unge mænd i referencegruppen. Tilsvarende andel er 30,4 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 72,7 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Stress

Eleverne i UNG19 – EUD er blevet spurgt til, hvor ofte de er stressede med svarmulighederne: "Aldrig/næsten aldrig", "Månedligt", "Ugentligt" og "Dagligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der dagligt er stressede, defineret som de elever, der har svaret, at de "Dagligt" er stressede.

Unge med dårlig mental sundhed har en markant højere risiko for dagligt at være stressede sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.2.2. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er 16,9 % dagligt stressede, mens det gør sig gældende for 4,6 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed er 25,3 % dagligt stressede, mens det gør sig gældende for 6,6 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Psykiske symptomer

Eleverne i UNG19 – EUD har angivet, hvor ofte de har haft en række psykiske symptomer inden for de seneste 6 måneder, herunder været irriteret/i dårligt humør, været ked af det eller været nervøs. Svarmulighederne var: "Næsten hver dag", "Mere end en gang om ugen", "Næsten hver uge", "Næsten hver måned" og "Sjældent eller aldrig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der har haft mindst ét af de psykiske symptomer næsten dagligt, defineret som de elever, der har svaret "Næsten hver dag" til mindst ét af de psykiske symptomer: irriteret/i dårligt humør, været ked af det eller været nervøs.

Af tabel 5.2.2 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en markant større risiko for at have haft mindst ét psykisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen, der har haft mindst ét psykisk symptom næsten dagligt, er 29,6 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 6,2 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens tilsvarende andel er 39,7 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 11,2 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.2.2 Indikatorer for trivsel og mistrivsel blandt unge på erhvervsuddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Føler sig ofte eller meget ofte ensom								
Alle	34,7	150	5,0	654	9,59	(5,85 - 15,72)	9,80	(5,95 - 16,14)
Mænd	36,6	71	4,6	412	11,35	(5,80 - 22,24)	11,66	(5,91 - 22,98)
Kvinder	32,9	79	5,8	242	7,95	(3,86 - 16,34)	7,75	(3,75 - 16,05)
Selv værd: Er helt enig eller enig i udsagnet: "Jeg er god nok, som jeg er"								
Alle	35,3	150	79,8	653	0,15	(0,10 - 0,22)	0,15	(0,10 - 0,22)
Mænd	40,8	71	83,9	411	0,14	(0,08 - 0,24)	0,14	(0,08 - 0,24)
Kvinder	30,4	79	72,7	242	0,16	(0,09 - 0,28)	0,15	(0,09 - 0,27)
Er dagligt stresset								
Alle	21,3	150	5,4	654	4,45	(2,63 - 7,53)	4,47	(2,64 - 7,59)
Mænd	16,9	71	4,6	412	4,20	(1,93 - 9,12)	4,39	(2,01 - 9,58)
Kvinder	25,3	79	6,6	242	4,72	(2,29 - 9,73)	4,64	(2,25 - 9,59)
Mindst ét psykisk symptom næsten dagligt (været irriteret/i dårligt humør, ked af det eller nervøs)								
Alle	34,9	149	8,1	643	5,51	(3,52 - 8,62)	5,51	(3,52 - 8,62)
Mænd	29,6	71	6,2	401	5,93	(3,05 - 11,53)	5,82	(2,99 - 11,35)
Kvinder	39,7	78	11,2	242	5,20	(2,84 - 9,52)	5,15	(2,81 - 9,46)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

5.3 Krop og helbred



Hovedpointer i afsnittet:

- Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for næsten dagligt at have haft mindst ét fysisk symptom samt en lavere chance for at have et godt, vældig godt eller fremragende selv vurderet helbred. Det har dog ikke været muligt at opgøre selv vurderet helbred for unge mænd fra erhvervsuddannelser.
- Yderligere har unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for at have en langvarig sygdom samt at have brugt smertestillende og/eller sove-medicin inden for de seneste 14 dage. Disse indikatorer har ikke været mulige at opgøre for unge fra erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for krop og helbred blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark.

For elever fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser beskrives indikatorerne selv vurderet helbred og fysiske symptomer. For elever fra gymnasiale uddannelser beskrives yderligere indikatorerne langvarig sygdom, brug af sovemedicin og brug af smertestillende medicin.

5.3.1 Gymnasiale uddannelser

Selv vurderet helbred

I UNG19 – GYM er eleverne blevet spurgt til, hvordan de synes, deres helbred er alt i alt, med svarmulighederne: "Fremragende", "Vældig godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der synes deres helbred er godt, defineret som de elever, der enten har svaret "Fremragende", "Vældig godt" eller "Godt".

Det fremgår af tabel 5.3.1, at unge med dårlig mental sundhed har en markant lavere chance for at synes, at deres helbred er godt, sammenlignet med unge i referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed synes 75,9 %, at deres helbred er godt, mens det gør sig gældende for 95,6 % af unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed synes 75,5 %, at deres helbred er godt, mens det gør sig gældende for 92,9 % af unge kvinder i referencegruppen.

Fysiske symptomer

Eleverne i UNG19 – GYM har angivet, hvor ofte de inden for de seneste 6 måneder har haft en række fysiske symptomer, herunder hovedpine, mavepine eller andre smerter, f.eks. ondt i nakken eller ryggen. Svarmulighederne var: "Næsten hver dag", "Mere end en gang om ugen", "Næsten hver uge", "Næsten hver måned" og "Sjældent eller aldrig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har oplevet mindst ét af de fysiske symptomer næsten dagligt, defineret som de elever, der har svaret "Næsten hver dag" til mindst ét af de fysiske symptomer: hovedpine, mavepine eller andre smerter.

Det fremgår af tabel 5.3.1, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for næsten dagligt at have haft mindst ét fysisk symptom inden for de seneste 6 måneder sammenlignet med unge i referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 15,3 % haft mindst ét fysisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder, mens det gør sig gældende for 7,2 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed har 31,0 % haft mindst ét fysisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder, mens det gør sig gældende for 16,1 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Langvarig sygdom

I UNG19 – GYM er eleverne blevet spurgt til, om de har nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse (med langvarig menes mindst 6 måneder) med svarmulighederne: "Ja" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har en langvarig sygdom, defineret som de elever, der har svaret "Ja".

Af tabel 5.3.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have en langvarig sygdom sammenlignet med unge i referencegruppen.

Andelen, der har en langvarig sygdom, er 22,0 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 16,0 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens tilsvarende andel er 23,9 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 18,0 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Sovemedicin

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, om de inden for de seneste 14 dage har taget henholdsvis sovemedicin i håndkøb og sovemedicin på recept med svarmulighederne: "Ja" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har taget sovemedicin, defineret som de elever, der har svaret "Ja" til at have taget sovemedicin i håndkøb inden for de seneste 14 dage og/eller sovemedicin på recept inden for de seneste 14 dage.

Unge med dårlig mental sundhed har markant højere risiko for at have taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage sammenlignet med unge i referencegruppen (tabel 5.3.1).

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 8,0 % taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage, mens det gør sig gældende for 1,5 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 5,2 % taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage, mens det gør sig gældende for 1,7 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Smertestillende medicin

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, om de inden for de seneste 14 dage har taget henholdsvis smertestillende medicin i håndkøb og smertestillende medicin på recept med svarmulighederne: "Ja" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har taget smertestillende medicin, defineret som de elever, der har svaret "Ja" til at have taget smertestillende medicin i håndkøb inden for de seneste 14 dage og/eller smertestillende medicin på recept inden for de seneste 14 dage.

Af tabel 5.3.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage sammenlignet med unge i referencegruppen.

Andelen, der har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage, er 34,4 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 28,5 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens tilsvarende andel er 66,4 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 58,0 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.3.1 Indikatorer for krop og helbred blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred								
Alle	75,6	1.367	94,2	5.913	0,20	(0,17 - 0,24)	0,20	(0,17 - 0,24)
Mænd	75,9	448	95,6	2.837	0,15	(0,11 - 0,20)	0,15	(0,11 - 0,20)
Kvinder	75,5	919	92,9	3.076	0,24	(0,20 - 0,29)	0,24	(0,20 - 0,30)
Mindst ét fysisk symptom næsten dagligt (hovedpine, mavepine eller andre smerter, f.eks. ondt i nakken eller ryggen) inden for de seneste 6 måneder								
Alle	25,8	1.354	11,8	5.876	2,33	(2,01 - 2,71)	2,29	(1,98 - 2,66)
Mænd	15,3	445	7,2	2.818	2,30	(1,71 - 3,10)	2,27	(1,69 - 3,06)
Kvinder	31,0	909	16,1	3.058	2,34	(1,98 - 2,78)	2,30	(1,94 - 2,73)
Langvarig sygdom								
Alle	23,3	1.359	17,1	5.889	1,43	(1,23 - 1,65)	1,42	(1,23 - 1,65)
Mænd	22,0	445	16,0	2.824	1,43	(1,12 - 1,84)	1,45	(1,13 - 1,85)
Kvinder	23,9	914	18,0	3.065	1,42	(1,19 - 1,69)	1,41	(1,18 - 1,68)
Brug af sovemedicin inden for de seneste 14 dage ⁴								
Alle	6,1	1.339	1,6	5.836	3,94	(2,90 - 5,37)	3,93	(2,88 - 5,36)
Mænd	8,0	440	1,5	2.806	5,42	(3,39 - 8,65)	5,60	(3,50 - 8,96)
Kvinder	5,2	899	1,7	3.030	3,11	(2,08 - 4,65)	3,01	(2,01 - 4,51)
Brug af smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage ⁵								
Alle	55,9	1.337	43,8	5.841	1,39	(1,22 - 1,57)	1,38	(1,22 - 1,57)
Mænd	34,4	439	28,5	2.804	1,31	(1,05 - 1,62)	1,31	(1,05 - 1,62)
Kvinder	66,4	898	58,0	3.037	1,43	(1,23 - 1,67)	1,42	(1,22 - 1,66)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

⁴ Selvrapporeret brug af sovemedicin inden for de seneste 14 dage, på recept og/eller i håndkøb.

⁵ Selvrapporeret brug af smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage, på recept og/eller i håndkøb.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

5.3.2 Erhvervsuddannelser

Selv vurderet helbred

I UNG19 – EUD er eleverne blevet spurgt til, hvordan de synes, deres helbred er alt i alt, med svarmulighederne: "Fremragende", "Vældig godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der synes deres helbred er godt, defineret som de elever, der enten har svaret "Fremragende", "Vældig godt" eller "Godt".

Det fremgår af tabel 5.3.2, at unge kvinder med dårlig mental sundhed har en lavere chance for at synes, at deres helbred er godt, sammenlignet med unge i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed synes 75,9 %, at deres helbred er godt, mens det gør sig gældende for 86,8 % af unge kvinder i referencegruppen.

Det har ikke været muligt at beskrive selvvurderet helbred blandt unge mænd som følge af et for lille antal personer i opgørelserne.

Fysiske symptomer

Eleverne i UNG19 – EUD har angivet, hvor ofte de inden for de seneste 6 måneder har haft en række fysiske symptomer, herunder hovedpine, mavepine eller andre smerter, f.eks. ondt i nakken eller ryggen. Svaremulighederne var: "Næsten hver dag", "Mere end en gang om ugen", "Næsten hver uge", "Næsten hver måned" og "Sjældent eller aldrig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der har oplevet mindst ét af de fysiske symptomer næsten dagligt, defineret som de elever, der har svaret "Næsten hver dag" til mindst ét af de fysiske symptomer: hovedpine, mavepine eller andre smerter.

Det fremgår af tabel 5.3.2., at unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed har en højere risiko for næsten dagligt at have haft mindst ét fysisk symptom inden for de seneste 6 måneder sammenlignet med unge mænd og kvinder i referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 21,1 % haft mindst ét fysisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder, mens det gør sig gældende for 10,2 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed har 46,2 % haft mindst ét fysisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder, mens det gør sig gældende for 23,1 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.3.2 Indikatorer for krop og helbred blandt unge på erhvervsuddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred								
Kvinder	75,9	79	86,8	242	0,49	(0,26 - 0,94)	0,49	(0,26 - 0,94)
Mindst ét fysisk symptom næsten dagligt (hovedpine, mavepine eller andre smerter, f.eks. ondt i nakken eller ryggen) inden for de seneste 6 måneder								
Alle	34,2	149	15,1	643	2,67	(1,77 - 4,04)	2,69	(1,78 - 4,08)
Mænd	21,1	71	10,2	401	2,42	(1,25 - 4,68)	2,35	(1,21 - 4,56)
Kvinder	46,2	78	23,1	242	2,86	(1,67 - 4,90)	2,93	(1,71 - 5,04)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

5.4 Sociale relationer



Hovedpointer i afsnittet:

- Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en lavere chance for at opleve fortrolighed med venner samt fortrolighed med mindst én forælder, omend der ved sidstnævnte indikator kun er tale om en tendens blandt unge kvinder fra erhvervsuddannelser.
- Yderligere har unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark sammenlignet med referencegruppen en lavere chance for at være sammen med venner uden for skoletiden mindst én gang om ugen. Denne indikator har ikke været mulig at opgøre for unge på erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for sociale relationer blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark.

For elever fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser beskrives indikatorerne fortrolighed med venner og fortrolighed med forældre. For elever fra gymnasiale uddannelser beskrives yderligere indikatoren kontakt med venner uden for skoletid.

5.4.1 Gymnasiale uddannelser

Kontakt med venner uden for skoletid

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, hvor ofte de er sammen med deres venner uden for skoletiden. Svaremulighederne var: "Sjældent eller aldrig", "1-3 dage om måneden", "1-2 dage om ugen", "3-4 dage om ugen", "5-6 dage om ugen" og "Hver dag". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der er sammen med venner uden for skoletiden mindst én gang om ugen, defineret som de elever, der har svaret "1-2 dage om ugen", "3-4 dage om ugen", "5-6 dage om ugen" eller "Hver dag" til spørgsmålet.

Det fremgår af tabel 5.4.1, at unge med dårlig mental sundhed har lavere chance for at være sammen med venner uden for skoletiden mindst én gang om ugen sammenlignet med unge i referencegruppen.

Andelen, der er sammen med venner uden for skoletiden mindst én gang om ugen, er 65,2 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 79,4 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens andelen er 56,6 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 71,1 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Fortrolighed med venner

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, hvor nemt de har ved at tale med deres venner om noget, der virkelig plager dem, med svarmulighederne "Meget nemt", "Nemt", "Svært", "Meget svært" og "Har ikke/ser ikke". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der oplever fortrolighed med venner, defineret som de elever, der har svaret "Meget nemt" eller "Nemt" til spørgsmålet.

Unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at opleve fortrolighed med venner sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.4.1. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed oplever 61,7 % fortrolighed med venner mod 86,6 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed oplever 68,9 % fortrolighed med venner mod 90,1 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Fortrolighed med forældre

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, hvor nemt de har ved at tale med henholdsvis deres mor, far, papmor eller papfar om noget, der virkelig plager dem, med svarmulighederne "Meget nemt", "Nemt", "Svært", "Meget svært" og "Har ikke/ser ikke". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der oplever fortrolighed med mindst én forældre, defineret som de elever, der har svaret "Meget nemt" eller "Nemt" ved at tale med mindst én af følgende personer: mor, far, papmor eller papfar, om noget, der virkelig plager dem.

Chancen for at have fortrolighed med mindst én forælder er markant lavere for unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.4.1.

Andelen, der oplever fortrolighed med mindst én forælder, er 66,1 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 88,5 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens andelen er 73,0 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 89,9 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Table 5.4.1 Indikatorer for sociale relationer blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen								
Alle	59,4	1.351	75,1	5.839	0,51	(0,45 - 0,58)	0,52	(0,46 - 0,59)
Mænd	65,2	446	79,4	2.796	0,49	(0,39 - 0,61)	0,49	(0,40 - 0,61)
Kvinder	56,6	905	71,1	3.043	0,53	(0,45 - 0,62)	0,54	(0,46 - 0,63)
Fortrolighed med venner: Kan meget nemt eller nemt tale med venner om noget, der virkelig plager								
Alle	66,5	1.340	88,4	5.811	0,25	(0,21 - 0,29)	0,24	(0,21 - 0,28)
Mænd	61,7	441	86,6	2.786	0,25	(0,20 - 0,32)	0,25	(0,20 - 0,31)
Kvinder	68,9	899	90,1	3.025	0,24	(0,20 - 0,29)	0,24	(0,20 - 0,29)
Fortrolighed med mindst én forælder: Kan meget nemt eller nemt tale med mindst én forælder (evt. stedmor/stedfar) om noget, der virkelig plager								
Alle	70,7	1.332	89,2	5.734	0,29	(0,25 - 0,33)	0,28	(0,25 - 0,33)
Mænd	66,1	439	88,5	2.735	0,26	(0,21 - 0,33)	0,26	(0,21 - 0,33)
Kvinder	73,0	893	89,9	2.999	0,30	(0,25 - 0,37)	0,30	(0,25 - 0,37)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

5.4.2 Erhvervsuddannelser

Fortrolighed med venner

Eleverne i UNG19 – EUD er blevet spurgt til, hvor nemt de har ved at tale med deres venner om noget, der virkelig plager, dem med svarmulighederne "Meget nemt", "Nemt", "Svært", "Meget svært" og "Har ikke/ser ikke". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der oplever fortrolighed med venner, defineret som de elever, der har svaret "Meget nemt" eller "Nemt" til spørgsmålet.

Unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at opleve fortrolighed med venner sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.4.2. Dette gælder både blandt unge mænd og kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed oplever 54,9 % fortrolighed med venner mod 81,8 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed oplever 57,0 % fortrolighed med venner mod 85,1 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Fortrolighed med forældre

Eleverne i UNG19 – EUD er blevet spurgt til, hvor nemt de har ved at tale med henholdsvis deres mor, far, papmor eller papfar om noget, der virkelig plager dem, med svarmulighederne "Meget nemt", "Nemt", "Svært", "Meget svært" og "Har ikke/ser ikke". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der oplever fortrolighed med mindst én forældre, defineret som de elever, der har svaret "Meget nemt" eller "Nemt" ved at tale med mindst én af følgende personer: mor, far, papmor eller papfar, om noget, der virkelig plager dem.

Chancen for at have fortrolighed med mindst én forælder er lavere for unge mænd med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge mænd i referencegruppen, se tabel 5.4.2.

Blandt unge kvinder ses ikke en tydelig forskel mellem grupperne i chancen for at have fortrolighed med mindst én forælder (se tabel 5.4.2). Dog er der en tendens til en lavere chance herfor blandt de unge kvinder med dårlig mental sundhed.

Andelen, der oplever fortrolighed med mindst én forældre, er 64,8 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 83,5 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Tabel 5.4.2 Indikatorer for sociale relationer blandt unge på erhvervsuddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Fortrolighed med venner: Kan meget nemt eller nemt tale med venner om noget, der virkelig plager								
Alle	56,0	150	83,0	654	0,26	(0,18 - 0,38)	0,26	(0,17 - 0,38)
Mænd	54,9	71	81,8	412	0,28	(0,17 - 0,49)	0,27	(0,15 - 0,46)
Kvinder	57,0	79	85,1	242	0,23	(0,13 - 0,41)	0,23	(0,13 - 0,41)
Fortrolighed med mindst én forælder: Kan meget nemt eller nemt tale med mindst én forælder (evt. stedmor/stedfar) om noget, der virkelig plager								
Alle	69,3	150	83,2	654	0,47	(0,31 - 0,71)	0,47	(0,31 - 0,71)
Mænd	64,8	71	83,5	412	0,39	(0,22 - 0,68)	0,39	(0,22 - 0,68)
Kvinder	73,4	79	82,6	242	0,59	(0,32 - 1,07)	0,58	(0,32 - 1,06)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

5.5 Skoleliv og grundskolekarakter



Hovedpointer i afsnittet:

- Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en lavere chance for at synes godt eller meget godt om at gå i skole for øjeblikket. Det har dog ikke været muligt at opgøre skoletilfredshed for unge mænd på erhvervsuddannelser.
- Yderligere har unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for at have pjækket fra undervisningen mindst én dag inden for den sidste måned, og de har et lavere karaktergennemsnit fra grundskolen. Disse indikatorer har ikke været mulige at opgøre for unge på erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for skoleliv blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark.

For elever fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser beskrives indikatoren skoletilfredshed (for erhvervsskoleelever kun blandt unge kvinder). For elever fra gymnasiale uddannelser beskrives yderligere indikatorerne pjæk fra undervisningen og grundskolekarakterer.

5.5.1 Gymnasiale uddannelser

Skoletilfredshed

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, hvad de synes om at gå på deres skole for øjeblikket. Svarmulighederne var: "Meget godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der oplever høj skoletilfredshed, defineret som de elever, der har svaret "Meget godt" eller "Godt".

I tabel 5.5.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at synes godt eller meget godt om at gå i skole for øjeblikket (høj skoletilfredshed) sammenlignet med unge i referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed oplever 63,5 % høj skoletilfredshed, mens det gør sig gældende for 89,7 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed oplever 65,1 % høj skoletilfredshed, mens det gør sig gældende for 88,7 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Pjæk fra undervisning

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt, om de har pjækket fra undervisningen inden for den sidste måned, med svarmulighederne: "Nej", "Ja, nogle få timer", "Ja, 1-2 dage", "Ja, 3-5 dage", "Ja, 6-8 dage" og "Ja, mere end 8 dage". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har pjækket fra undervisningen mindst én dag inden for sidste måned defineret som de elever, der har svaret "Ja, 1-2 dage", "Ja, 3-5 dage", "Ja, 6-8 dage" eller "Ja, mere end 8 dage".

Risikoen for at have pjækket fra undervisningen mindst én dag inden for den sidste måned er højere for unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.5.1.

Andelen, der har pjækket fra undervisningen mindst én dag inden for den sidste måned, er 34,1 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 19,8 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens andelen er 24,9 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 13,8 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.5.1 Indikatorer for skoleliv blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Høj skoletilfredshed (synes meget godt eller godt om at gå i skole for øjeblikket)								
Alle	64,6	1.361	89,2	5.893	0,23	(0,20 - 0,26)	0,23	(0,20 - 0,26)
Mænd	63,5	444	89,7	2.829	0,21	(0,17 - 0,27)	0,21	(0,17 - 0,26)
Kvinder	65,1	917	88,7	3.064	0,24	(0,20 - 0,29)	0,24	(0,20 - 0,29)
Pjækket fra undervisningen mindst en dag inden for den sidste måned								
Alle	27,9	1.362	16,7	5.903	1,99	(1,73 - 2,29)	1,99	(1,72 - 2,29)
Mænd	34,1	446	19,8	2.829	1,93	(1,55 - 2,41)	1,93	(1,54 - 2,40)
Kvinder	24,9	916	13,8	3.074	2,03	(1,69 - 2,44)	2,02	(1,68 - 2,43)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

Gennemsnit af grundskolekarakter

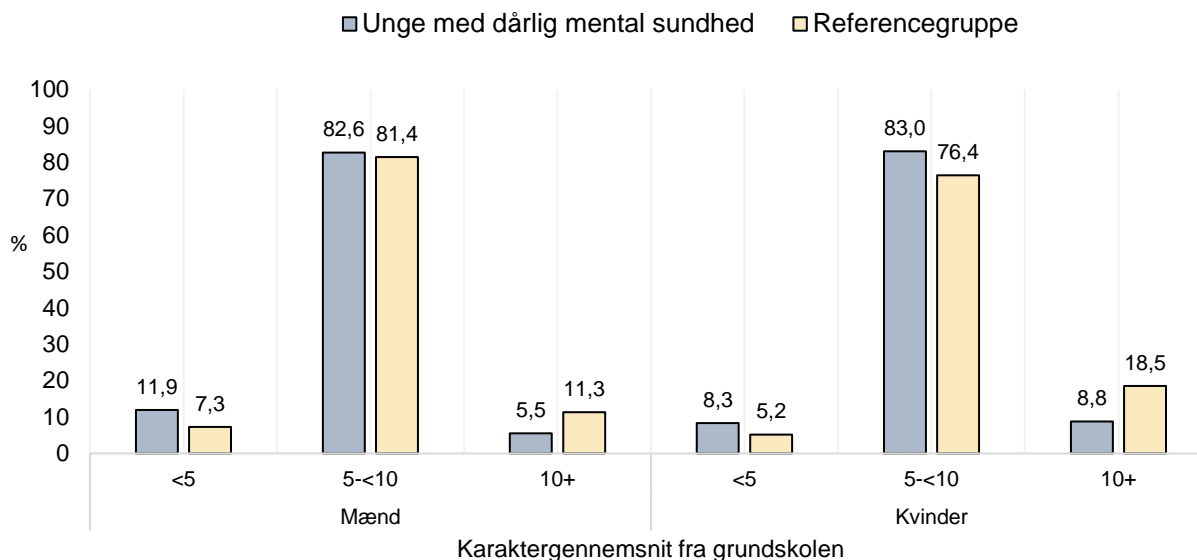
På baggrund af registeroplysninger om elevernes karakterer i grundskolen fra alle fag med karakterer (årskarakterer, skriftlige og mundtlige eksamenskarakterer) i 9. eller 10. klasse beskrives nedenfor andelen af elever fra de gymnasiale uddannelser, der havde et karaktergennemsnit i grundskolen på henholdsvis "mindre end 5", "5 til mindre end 10" og "10 eller derover".

Det fremgår af figur 5.5,1, at der både blandt unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed er en større andel af unge, der har et grundskolekaraktergennemsnit under 5, sammenlignet med unge mænd og kvinder i referencegruppen.

Omvendt ses en mindre andel blandt unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed, der har et grundskolekaraktergennemsnit på 10 eller derover, sammenlignet med unge mænd og kvinder i referencegruppen. Eksempelvis har 8,8 % af de unge kvinder med dårlig mental sundhed et karaktergennemsnit fra grundskolen på 10 eller derover, mens det gør sig gældende for 18,5 % af de unge kvinder i referencegruppen.

I gennemsnit har unge med dårlig mental sundhed et karaktergennemsnit fra grundskolen, der er 0,54 lavere (95 % sikkerhedsgrænser: -0.63 til -0.44) end blandt unge i referencegruppen, når der i analyserne er taget højde for køn, alder og forældrenes uddannelsesniveau.

Figur 5.5.1 Karaktergennemsnit fra grundskolen blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen. Procent.



Kilder: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52) og "UDKF – Grundskolekarakterer" fra Danmarks Statistik.

5.5.2 Erhvervsuddannelser

Skoletilfredshed

I UNG19 – EUD har eleverne angivet, hvad de synes om at gå på deres skole for øjeblikket. Svarmulighederne var: "Meget godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der oplever høj skoletilfredshed, defineret som de elever, der har svaret "Meget godt" eller "Godt".

I tabel 5.5.2 fremgår det, at unge kvinder med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at synes godt eller meget godt at gå i skole for øjeblikket (høj skoletilfredshed) sammenlignet med unge kvinder i referencegruppen. Det har ikke været muligt at beskrive høj skoletilfredshed blandt unge mænd som følge af et for lille antal personer i opgørelserne.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed oplever 75,9 % høj skoletilfredshed, mens det gør sig gældende for 94,6 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Table 5.5.2 Høj skoletilfredshed blandt unge kvinder på erhvervsuddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Høj skoletilfredshed (synes meget godt eller godt om at gå i skole for øjeblikket)								
Kvinder	75,9	79	94,6	242	0,18	(0,08 - 0,38)	0,19	(0,09 - 0,40)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

5.6 Forældres socioøkonomiske position og psykisk sygdom



Hovedpointer i afsnittet:

Unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen generelt en højere risiko for at have oplevet potentielt belastende livsbegivenheder i barndommen (psykisk sygdom hos forælder, brud i familien) samt højere risiko for, at familien er i en lavere socioøkonomiske position.

- Således har unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for at have oplevet brud i familien i løbet af barndommen, at have mindst én forælder, der har haft kontakt til psykiatrien i løbet af den unges barndom, og at familiens indkomst er i laveste kvartil. De har desuden en lavere chance for, at mindst én af den unges forældre er beskæftiget, om end sidstnævnte kun gør sig gældende blandt de unge kvinder. Disse indikatorer har ikke været mulige at opføre for unge på erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives socioøkonomiske faktorer og kontakt til psykiatrien hos forældre til unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark. Disse indikatorer har ikke været mulige at opføre for unge på erhvervsuddannelser.

Brud i familien

På baggrund af oplysninger fra CPR-registeret om forældres civilstand og familietype beskrives nedenfor andelen af deltagere i UNG19-GYM, der har oplevet brud i familien i løbet af barndommen. "Brud i familien" er defineret som deltagere med forældre, der har ændret status fra gift eller samlevende til enlige, mens deltageren var 0-18 år.

Af tabel 5.6.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have oplevet brud i familien i løbet af barndommen sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 38,1 % oplevet brud i familien i løbet af barndommen, mens det gør sig gældende for 30,9 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 42,4 % oplevet brud i familien i løbet af barndommen, mens det gør sig gældende for 35,3 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Forældres kontakt til psykiatrien

Forældres kontakt til psykiatrien blandt deltagere i UNG19-GYM er opgjort på baggrund af data fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister vedrørende kontakt til psykiatriske sygehusafdelinger før 1995, mens kontakter til psykiatriske sygehusafdelinger fra 1995 og frem (inklusive ambulante kontakter og skadestuekontakt) er baseret på data fra Landspatientregisteret. Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser med mindst én forælder, der har haft kontakt til psykiatriske sygehusafdelinger (psykiatrien), mens deltageren var 0-17 år.

Af tabel 5.6.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have mindst én forælder, der har haft kontakt til psykiatrien, sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 21,4 % mindst én forælder, der har haft kontakt til psykiatrien, mens det gør sig gældende for 14,9 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 23,6 % mindst én forælder, der har haft kontakt til psykiatrien, mens det gør sig gældende for 16,2 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Familiens indkomst

Baseret på oplysninger om "Ækvivaleret disponibel indkomst for familien" fra registeret "FAIK – familieindkomster" fra Danmarks Statistik opgøres familieindkomsten opdelt i kvartiler i året inden deltagelse blandt deltagere i UNG19-GYM (se mere detaljeret beskrivelse af registeret i metodeafsnittet). Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, hvor familiens indkomst er i laveste kvartil.

Det ses i tabel 5.6.1, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for, at familiens indkomst er i laveste kvartil, sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen, hvor familiens indkomst er i laveste kvartil, er 35,9 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 24,8 % blandt unge mænd i referencegruppen. Tilsvarende andel blandt kvinder med dårlig mental sundhed er 35,3 % og 26,3 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Forælder er beskæftiget

På baggrund af oplysninger om socioøkonomisk status (SOCIO13) fra Arbejdsklassifikationsmodulet fra Danmarks Statistik beskrives nedenfor andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har mindst én forælder, der er beskæftiget, defineret som enten at være lønmodtager, selvstændig eller medhjælpende ægtefælle blandt deltagere i UNG19-GYM (se mere detaljeret beskrivelse af variabelen i Bilag 1).

Det fremgår af tabel 5.6.1, at unge kvinder med dårlig mental sundhed har en lavere chance for, at mindst én af deres forældre er beskæftiget, sammenlignet med unge kvinder i referencegruppen.

For de unges mænds vedkommende ses der ikke forskel i chancen herfor mellem unge mænd med dårlig mental sundhed og referencegruppen af unge mænd, når der tages højde for deltagerens alder og forældrenes uddannelsesniveau.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 92,5 % mindst én forælder, der er beskæftiget, mens det gør sig gældende for 95,2 % af unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.6.1 Socioøkonomiske faktorer og kontakt til psykiatrien hos forældre til unge fra gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Brud i familien i barndommen⁴								
Alle	41,0	1.438	33,1	6.207	1,34	(1,19 - 1,51)	1,30	(1,15 - 1,46)
Mænd	38,1	485	30,9	3.016	1,34	(1,10 - 1,64)	1,31	(1,07 - 1,60)
Kvinder	42,4	953	35,3	3.191	1,34	(1,15 - 1,55)	1,29	(1,11 - 1,50)
Mindst én forælder har haft kontakt til psykiatrien⁵								
Alle	22,8	1.441	15,6	6.229	1,57	(1,36 - 1,81)	1,51	(1,31 - 1,74)
Mænd	21,4	487	14,9	3.025	1,55	(1,22 - 1,97)	1,48	(1,17 - 1,89)
Kvinder	23,6	954	16,2	3.204	1,59	(1,33 - 1,90)	1,53	(1,28 - 1,83)
Familiens indkomst er i laveste kvartil								
Alle	35,5	1.441	25,6	6.229	1,54	(1,36 - 1,74)	1,45	(1,27 - 1,64)
Mænd	35,9	487	24,8	3.025	1,59	(1,30 - 1,95)	1,49	(1,21 - 1,84)
Kvinder	35,3	954	26,3	3.204	1,51	(1,29 - 1,76)	1,42	(1,21 - 1,66)
Mindst én forælder er beskæftiget⁶								
Alle	92,3	1.438	94,9	6.221	0,65	(0,52 - 0,82)	0,71	(0,56 - 0,89)
Mænd	91,8	485	94,6	3.022	0,68	(0,47 - 0,97)	0,73	(0,51 - 1,05)
Kvinder	92,5	953	95,2	3.199	0,64	(0,48 - 0,86)	0,70	(0,52 - 0,94)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

⁴ Forældre, der har ændret status fra gift eller samlevende til enlige, mens deltageren var 0-18 år.

⁵ Mindst én forælder har haft kontakt til psykiatriske sygehusafdelinger (indlæggelser, ambulant kontakt eller skadestuekontakt), mens deltageren var 0-17 år.

⁶ Mindst én forælder er lønmodtager, selvstændig eller medhjælpende ægtefælle.

Kilder: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52), CPR-registeret, "FAIK – familieindkomster" fra Danmarks Statistik, Arbejdsklassifikationsmodulet fra Danmarks Statistik, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og Landspatientregisteret.

5.7 Sundhedsadfærd



Hovedpointer i afsnittet:

Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen generelt en højere risiko for at have en u hensigtsmæssig sundhedsadfærd.

- Unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for at være daglig ryger samt ikke at leve op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet. For unge på erhvervsuddannelser ses ikke tydelige sammenhænge i forhold til rygning og fysisk aktivitet.
- Der ses ikke en tydelig forskel i risikoen for at overskride Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag mellem gruppen med dårlig mental sundhed og referencegruppen.
- Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for at have været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage samt at have haft søvnproblemer mere end én gang ugentligt indenfor de sidste 6 måneder.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for sundhedsadfærd blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark.

For både elever fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser beskrives indikatorer for alkoholindtag, rygning, fysisk aktivitet og søvnproblemer.

5.7.1 Gymnasiale uddannelser

Alkohol

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, hvor mange genstande de drikker på hver af ugens dage i løbet af en normal uge, hvorudfra deres ugentlige alkoholindtag er beregnet.

Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag blandt voksne er 21 genstande per uge for mænd og 14 genstande per uge for kvinder. Unge i alderen under 16 år frarådes helt at drikke, og unge mellem 16 og 18 år rådes til at drikke mindst muligt samt at stoppe før 5 genstande ved samme lejlighed (1).

Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag.

Af tabel 5.7.1 ses, at der ikke er tydelig forskel i risikoen for at overskride højrisikogrænsen for alkoholindtag mellem gruppen med dårlig mental sundhed og referencegruppen, hverken blandt unge mænd eller kvinder.

Rygning

I UNG19 – GYM er eleverne blevet spurgt til, om de ryger cigaretter (ikke e-cigaretter). Svarmulighederne var "Ja, hver dag", "Ja, hver uge", "Ja, sjældnere end hver uge", "Nej, jeg er holdt op med at ryge cigaretter", "Nej, men jeg har prøvet at ryge cigaretter enkelte gange" og "Nej, jeg har aldrig prøvet at ryge cigaretter – ikke engang et enkelt sug". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har angivet, at de ryger dagligt.

Af tabel 5.7.1 fremgår det, at der er en højere risiko for at være daglig ryger blandt både unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed ryger 13,1 % dagligt, mens det gør sig gældende for 6,7 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed ryger 12,8 % dagligt, mens det gør sig gældende for 5,8 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Fysisk aktivitet

I UNG19 – GYM er eleverne blevet spurgt til, hvor mange timer og minutter de bruger på moderat og hård fysisk aktivitet på en typisk uge uden for skoletid (for eksempel rask gang, cykling som transport eller motion, havearbejde, løb eller motionsidræt). Ligeledes er de spurgt til, hvor meget af tiden, der bliver brugt på hård fysisk aktivitet, ud af den tid, de angiver at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge.

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) anbefaler, at voksne fra 18 til 64 år er fysisk aktive i mindst 2,5 timer om ugen ved moderat intensitet eller i mindst 75 minutter ved hård intensitet, eller en kombination heraf. For børn og unge i alderen 5 til 17 år er WHO's minimumsanbefaling mindst 60 minutters fysisk aktivitet dagligt ved moderat til høj intensitet (2).

Nedenfor beskrives andelen af unge af unge fra gymnasiale uddannelser, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet for voksne. Det skal bemærkes, at når der anvendes WHO's minimumsanbefaling for de voksne i opgørelsen, vil der være en større andel af de 15-17-årige i studiepopulationen, der opfylder minimumsanbefalingen, end hvis minimumsanbefalingen for børn og unge havde været anvendt.

Af tabel 5.7.1 fremgår det, at både blandt unge mænd og unge kvinder med dårlig mental sundhed ses en højere risiko for ikke at leve op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet for voksne sammenlignet med referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, 19,1 %, mens tilsvarende andel blandt unge mænd i referencegruppen er 11,3 %.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, 23,3 %, mens tilsvarende andel blandt unge kvinder i referencegruppen er 15,9 %.

Træthed

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, om de inden for de seneste 14 dage har været generet af træthed. Svarmulighederne var: "Nej", "Ja, lidt generet" og "Ja, meget generet". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage, defineret som de elever, der har svaret "Ja, meget generet".

Af tabel 5.7.1 fremgår det, at både blandt unge mænd og unge kvinder med dårlig mental sundhed ses en markant højere risiko for at have været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage sammenlignet med referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage, 37,2 %, mens tilsvarende andel blandt unge mænd i referencegruppen er 13,4 %.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage, 45,5 %, mens tilsvarende andel blandt unge kvinder i referencegruppen er 19,8 %.

Søvnproblemer

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, hvorvidt de inden for de sidste 6 måneder har haft søvnproblemer. Svarmulighederne var: "Sjældent eller aldrig", "Næsten hver måned", "Næsten hver uge", "Mere end en gang om ugen" og "Næsten hver dag". Nedenfor beskrives den andel af unge fra gymnasiale uddannelser, der mere end én gang ugentligt har haft søvnproblemer, defineret som de elever, der enten har svaret "Mere end en gang om ugen" eller "Næsten hver dag".

Det fremgår af tabel 5.7.1, at der er en markant højere risiko for mere end én gang ugentligt at have haft søvnproblemer inden for de sidste 6 måneder blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen. Dette gælder både blandt mænd og kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 45,9 % haft søvnproblemer mere end én gang ugentligt, mens det gør sig gældende for 16,6 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 52,2 % haft søvnproblemer mere end én gang ugentligt, mens det gør sig gældende for 21,3 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.7.1 Indikatorer for sundhedsadfærd blandt unge fra gymnasiale uddannelser (UNG19-GYM) i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtag								
Alle	25,9	1.264	23,7	5.562	1,12	(0,97 - 1,29)	1,10	(0,95 - 1,26)
Mænd	23,1	416	21,2	2.670	1,15	(0,90 - 1,47)	1,13	(0,88 - 1,44)
Kvinder	27,4	848	26,0	2.892	1,10	(0,93 - 1,31)	1,08	(0,90 - 1,28)
Daglig rygning								
Alle	12,9	1.387	6,2	5.977	2,11	(1,73 - 2,56)	2,03	(1,67 - 2,47)
Mænd	13,1	459	6,7	2.873	1,84	(1,35 - 2,53)	1,81	(1,32 - 2,48)
Kvinder	12,8	928	5,8	3.104	2,33	(1,82 - 3,00)	2,23	(1,73 - 2,87)
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet								
Alle	21,9	1.354	13,7	5.910	1,64	(1,41 - 1,91)	1,61	(1,38 - 1,87)
Mænd	19,1	445	11,3	2.847	1,76	(1,35 - 2,29)	1,72	(1,32 - 2,25)
Kvinder	23,3	909	15,9	3.063	1,59	(1,33 - 1,91)	1,55	(1,29 - 1,86)
Meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage								
Alle	42,7	1.378	16,7	5.964	3,49	(3,07 - 3,97)	3,48	(3,06 - 3,95)
Mænd	37,2	452	13,4	2.862	3,82	(3,06 - 4,76)	3,79	(3,04 - 4,73)
Kvinder	45,5	926	19,8	3.102	3,35	(2,86 - 3,92)	3,34	(2,86 - 3,91)
Søvnproblemer, mere end én gang ugentligt								
Alle	50,1	1.364	19,1	5.906	4,06	(3,58 - 4,61)	4,02	(3,55 - 4,56)
Mænd	45,9	447	16,6	2.833	4,12	(3,33 - 5,09)	4,08	(3,30 - 5,04)
Kvinder	52,2	917	21,3	3.073	4,02	(3,44 - 4,70)	3,98	(3,40 - 4,65)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

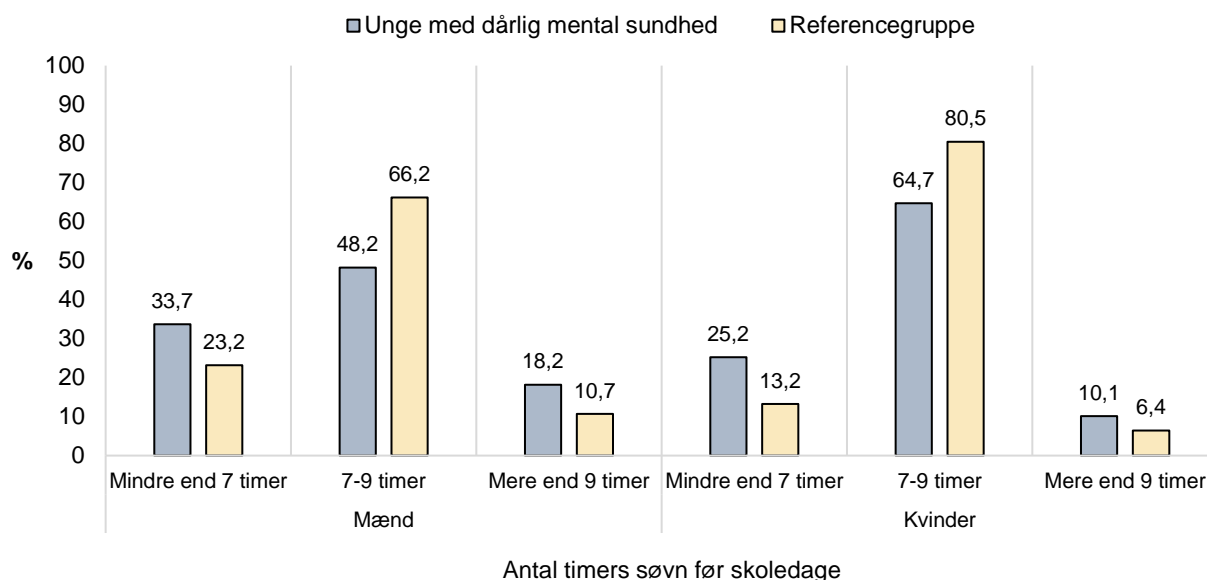
Søvnkvantitet

Eleverne i UNG19 – GYM har angivet, hvornår de plejer at falde i søvn, hvis de skal i skole næste dag, samt hvornår de plejer at vågne om morgenen, når de skal i skole, hvorudfra det samlede antal timers søvn før skoledage er beregnet. Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der får mindre end 7 timers søvn, 7-9 timers søvn og mere end 9 timers søvn før skoledage.

Det fremgår af figur 5.7.1, at både blandt unge mænd og unge kvinder med dårlig mental sundhed er der en større andel, der får mindre end 7 timers søvn før skoledage, sammenlignet med unge mænd og kvinder i referencegruppen. Der ses ligeledes en større andel, der får mere end 9 timers søvn før skoledage, blandt både unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen. Omvendt er der en mindre andel af unge med dårlig mental sundhed, der

får 7-9 timers søvn før skoledage, end blandt unge i referencegruppen. Dette ses både blandt unge mænd (48,2 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed; 66,2 % blandt unge mænd i referencegruppen) og kvinder (64,7 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed; 80,5 % blandt kvinder i referencegruppen).

Figur 5.7.1 Antal timers søvn før skoledage blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed og i referencegruppen. Procent.



Kilde: UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

5.7.2 Erhvervsuddannelser

Alkohol

I UNG19 – EUD har eleverne angivet, hvor mange genstande de drikker på hver af ugens dage i løbet af en normal uge, hvorudfra deres ugentlige alkoholindtag er beregnet.

Sundhedsstyrelsens højriskogrænse for alkoholindtag blandt voksne er 21 genstande per uge for mænd og 14 genstande per uge for kvinder. Unge i alderen under 16 år frarådes helt at drikke, og unge mellem 16 og 18 år rådes til at drikke mindst muligt samt at stoppe før 5 genstande ved samme lejlighed (1).

Nedenfor beskrives andelen af unge af unge fra erhvervsuddannelser, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse for alkoholindtag.

Af tabel 5.7.2 ses, at der ikke er en tydelig forskel i risikoen for at overskride højriskogrænsen for alkoholindtag mellem gruppen med dårlig mental sundhed og referencegruppen, hverken blandt unge mænd eller kvinder.

Rygning

I UNG19 – EUD er eleverne blevet spurgt til, om de ryger cigaretter (ikke e-cigaretter). Svarmulighederne var: "Ja, hver dag", "Ja, hver uge", "Ja, sjældnere end hver uge", "Nej, jeg er holdt op med at ryge cigaretter", "Nej, men jeg har prøvet at ryge cigaretter enkelte gange" og "Nej, jeg har aldrig prøvet at ryge cigaretter – ikke engang et enkelt sug". Nedenfor beskrives den andel af unge fra erhvervsuddannelser, der har angivet, at de ryger dagligt.

Af tabel 5.7.2 fremgår det, at der ikke er tydelig forskel i risikoen for at ryge dagligt mellem gruppen af unge med dårlig mental sundhed og referencegruppen, hverken blandt unge mænd eller unge kvinder.

Fysisk aktivitet

I UNG19 – EUD er eleverne blevet spurgt til, hvor mange timer og minutter de bruger på moderat og hård fysisk aktivitet på en typisk uge (for eksempel rask gang, cykling som transport eller motion, havearbejde, løb eller motionsidræt). Ligeledes er de spurgt til, hvor meget af tiden, der bliver brugt på hård fysisk aktivitet ud af den tid, de angiver at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge.

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) anbefaler, at voksne fra 18 til 64 år er fysisk aktive i mindst 2,5 timer om ugen ved moderat intensitet eller i mindst 75 minutter ved hård intensitet, eller en kombination heraf (2).

Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet for voksne.

Af tabel 5.7.2 fremgår det, at der ikke er tydelig forskel i risikoen for ikke at leve op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet mellem gruppen med dårlig mental sundhed og referencegruppen, hverken blandt unge mænd eller unge kvinder.

Træthed

I UNG19 – EUD har eleverne angivet, om de inden for de seneste 14 dage har været generet af træthed. Svarmulighederne var: "Nej", "Ja, lidt generet" og "Ja, meget generet". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage, defineret som de elever, der har svaret "Ja, meget generet".

Af tabel 5.7.2 fremgår det, at blandt unge med dårlig mental sundhed ses en højere risiko for at have været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage sammenlignet med referencegruppen. For unge mænd med dårlig mental sundhed er risikoen herfor markant højere sammenlignet med referencegruppen af unge mænd.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage 39,4 %, mens tilsvarende andel blandt unge mænd i referencegruppen er 16,1 %.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage 44,3 %, mens tilsvarende andel blandt unge kvinder i referencegruppen er 29,8 %.

Søvnproblemer

I UNG19 – EUD har eleverne angivet, hvorvidt de inden for de sidste 6 måneder har haft søvnproblemer. Svarmulighederne var: "Sjældent eller aldrig", "Næsten hver måned", "Næsten hver uge", "Mere end en gang om ugen" og "Næsten hver dag". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der mere end én gang ugentligt har haft søvnproblemer, defineret som de elever, der enten har svaret "Mere end en gang om ugen" eller "Næsten hver dag".

Det fremgår af tabel 5.7.2, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for mere end én gang ugentligt at have haft søvnproblemer inden for de sidste 6 måneder sammenlignet med referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen af unge mænd, der mere end én gang ugentligt har haft søvnproblemer inden for de sidste 6 måneder, er 35,2 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed mod 19,5 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 48,7 % haft søvnproblemer mere end én gang ugentligt inden for de sidste 6 måneder, mens det gør sig gældende for 27,7 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.7.2. Indikatorer for sundhedsadfærd blandt unge fra erhvervsuddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtag								
Alle	25,9	135	25,9	591	1,10	(0,71 - 1,70)	1,09	(0,71 - 1,70)
Mænd	36,5	63	26,3	377	1,78	(1,00 - 3,17)	1,74	(0,98 - 3,10)
Kvinder	16,7	72	25,2	214	0,60	(0,30 - 1,21)	0,61	(0,30 - 1,23)
Daglig rygning								
Alle	34,0	150	28,0	653	1,37	(0,93 - 2,01)	1,37	(0,93 - 2,01)
Mænd	31,0	71	28,7	411	1,15	(0,67 - 2,00)	1,17	(0,67 - 2,03)
Kvinder	36,7	79	26,9	242	1,63	(0,95 - 2,80)	1,59	(0,92 - 2,75)
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet								
Alle	30,0	150	25,0	648	1,29	(0,87 - 1,92)	1,29	(0,87 - 1,92)
Mænd	33,8	71	24,4	406	1,61	(0,93 - 2,77)	1,60	(0,93 - 2,76)
Kvinder	26,6	79	26,0	242	1,02	(0,57 - 1,82)	1,03	(0,58 - 1,84)
Meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage								
Alle	42,0	150	21,2	645	2,52	(1,72 - 3,69)	2,53	(1,72 - 3,71)
Mænd	39,4	71	16,1	403	3,43	(1,99 - 5,94)	3,35	(1,93 - 5,81)
Kvinder	44,3	79	29,8	242	1,92	(1,13 - 3,24)	1,91	(1,13 - 3,24)
Søvnproblemer, mere end én gang ugentligt								
Alle	42,3	149	22,6	643	2,43	(1,66 - 3,55)	2,43	(1,66 - 3,56)
Mænd	35,2	71	19,5	401	2,34	(1,35 - 4,05)	2,37	(1,36 - 4,10)
Kvinder	48,7	78	27,7	242	2,52	(1,49 - 4,27)	2,45	(1,44 - 4,16)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

5.8 Kontakt til sundhedsvæsenet og sigtelser for strafbar handling



Hovedpointer i afsnittet:

- Unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en større risiko for at have haft kontakt til psykiatrien i løbet af barndommen. For de unge kvinders vedkommende ses også en større risiko for at have indløst recept på psykofarmaka inden for det seneste år samt at have haft kontakt til privatpraktiserende psykolog eller psykiater inden for det seneste år. Det har ikke været muligt at opgøre kontakt til privatpraktiserende psykolog eller psykiater for unge mænd på grund af et for lille antal personer i opgørelsen.
- Der ses ikke en forskel mellem unge med dårlig mental sundhed og unge i referencegruppen i risikoen for kontakt til det somatiske sygehusvæsen (indlæggelser, skadestue, ambulans kontakt) og almen praktiserende læge inden for det seneste år.
- Unge mænd med dårlig mental sundhed fra gymnasiale uddannelser har i sammenligning med mænd i referencegruppen en højere risiko for at have været sigtet for en strafbar handling. Der ses ingen forskel i risikoen herfor mellem unge kvinder med dårlig mental sundhed og unge kvinder i referencegruppen.
- Disse indikatorer har ikke været mulige at opgøre for unge på erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for kontakt til sundhedsvæsenet, brug af psykofarmaka samt sigtelser for strafbare handlinger blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark. Disse indikatorer har ikke været mulige at opgøre for unge på erhvervsuddannelser.

5.8.1 Gymnasiale uddannelser

Kontakt til alment praktiserende læge det seneste år

Baseret på data fra Sygesikringsregisteret beskrives nedenfor andelen, der inden for det seneste år har haft kontakt til alment praktiserende læge blandt unge fra gymnasiale uddannelser, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark.

Af tabel 5.8.1 fremgår det, at der ikke ses en forskel i risikoen for kontakt til praktiserende læge det seneste år mellem unge med dårlig mental sundhed og unge i referencegruppen. Hverken blandt unge mænd eller unge kvinder.

Kontakt til psykiater eller psykolog det seneste år

Baseret på data fra Sygesikringsregisteret beskrives nedenfor andelen, der i året inden deltagelse i UNG19-GYM har haft kontakt til en privatpraktiserende psykolog eller psykiater via sygesikringsordningen blandt unge på gymnasiale uddannelser, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark. Det skal bemærkes, at kontakt til psykolog og psykiater, der ikke går via sygesikringen, er ikke inkluderet i denne opgørelse.

Kvinder med dårlig mental sundhed har en markant højere risiko for at have haft kontakt til en privatpraktiserende psykiater eller psykolog inden for det seneste år sammenlignet med kvinder i referencegruppen, se tabel 5.8.1. Som følge af et for lille antal af personer i opgørelsen, har det ikke været muligt at opgøre risikoen for kontakt til en privatpraktiserende psykolog eller psykiater inden for det seneste år blandt unge mænd.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 3,1 % haft kontakt til en privatpraktiserende psykolog eller psykiater inden for det seneste år, mens det gør sig gældende for 0,9 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Kontakt til somatisk skadestue det seneste år

Baseret på oplysninger om kontakt til somatiske skadestuer (akut ambulans kontakt) fra Landspatientregisteret beskrives nedenfor andelen, der har haft kontakt til en somatisk skadestue, inden for det seneste år, blandt unge på gymnasiale uddannelser, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark.

Af tabel 5.8.1 fremgår det, at der ikke er forskel i risikoen for kontakt til somatisk skadestue det seneste år mellem unge med dårlig mental sundhed og unge i referencegruppen. Hverken blandt unge mænd eller unge kvinder.

Indlæggelser og ambulante kontakter til somatisk hospital

Baseret på oplysninger om hospitalsindlæggelser og ambulante kontakter fra Landspatientregisteret, beskrives nedenfor andelen, der har været indlagt eller haft ambulans kontakt til et somatisk hospital i året inden deltagelse i UNG19-GYM blandt unge på gymnasiale uddannelser, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark.

Der ses ingen forskel i risikoen for indlæggelse eller ambulans kontakt til det somatiske hospitalsvæsen inden for det seneste år mellem unge med dårlig mental sundhed og unge i referencegruppen. Hverken blandt unge mænd eller unge kvinder.

Kontakt til psykiatrien

Kontakt til psykiatrien er opgjort på baggrund af data fra Landspatientregisteret. Nedenfor beskrives andelen, der har haft kontakt til psykiatriske sygehusafdelinger (psykiatrien) i alderen 0-18 år blandt unge på gymnasiale uddannelser, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark.

Af tabel 5.8.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have haft kontakt til psykiatrien i alderen 0-18 år sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 15,0 % haft kontakt til psykiatrien i løbet i alderen 0-18 år, mens det gør sig gældende for 5,5 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 16,7 % haft kontakt til det psykiatrien i alderen 0-18 år, mens det gør sig gældende for 8,5 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Psykofarmaka

På baggrund af oplysninger fra Lægemiddeldatasen beskrives nedenfor andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der inden for det seneste år før deltagelse i UNG19-undersøgelsen har indløst recept på psykofarmaka. Psykofarmaka er en samlet betegnelse for medicin mod forskellige psykiske lidelser (se liste med inkluderede præparater i Metodeafsnit).

Det ses af tabel 5.8.1, at risikoen for at have indløst en recept på psykofarmaka inden for det seneste år, er højere blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge kvinder i referencegruppen.

Blandt unge mænd er der ikke tydelig forskel i risikoen for at have indløst recept på psykofarmaka mellem unge mænd med dårlig mental sundhed og unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 3,6 % indløst recept på psykofarmaka inden for det seneste år, mens det gør sig gældende for 1,3 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Været sigtet for strafbar handling

Baseret på data fra Danmarks Statistiks register "KRSI – Kriminalstatistik sigtelser" beskrives nedenfor andelen af unge, der har været sigtet for en strafbar handling efter straffelove og særlove i alderen 0-18 år blandt unge, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark. Der er ikke inkluderet oplysninger om sigtelser efter færdselsloven.

Det fremgår af tabel 5.8.1, at der er en højere risiko for at have været sigtet for en strafbar handling blandt unge mænd med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge mænd i referencegruppen. Der ses ingen forskel i risikoen mellem unge kvinder med dårlig mental sundhed og unge kvinder i referencegruppen for at have været sigtet for en strafbar handling.

Andelen, der har været sigtet for en strafbar handling, er 7,6 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 3,8 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Tabel 5.8.1 Kontakt til sundhedsvæsenet og sigtelser for strafbar handling blandt unge fra gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Kontakt til praktiserende læge inden for det seneste år								
Alle	84,1	1.441	80,5	6.229	0,94	(0,80 - 1,10)	0,95	(0,81 - 1,11)
Mænd	72,5	487	72,0	3.025	0,97	(0,78 - 1,20)	0,97	(0,78 - 1,21)
Kvinder	90,0	954	88,5	3.204	0,88	(0,70 - 1,12)	0,91	(0,71 - 1,15)
Kontakt til psykiater eller psykolog via sygesikringen inden for det seneste år								
Kvinder	3,1	954	0,9	3.204	3,36	(2,00 - 5,64)	3,43	(2,03 - 5,78)
Kontakt til somatisk skadestue inden for det seneste år								
Alle	14,9	1.441	13,6	6.229	1,13	(0,96 - 1,33)	1,12	(0,95 - 1,32)
Mænd	14,2	487	14,3	3.025	0,97	(0,74 - 1,28)	0,96	(0,73 - 1,26)
Kvinder	15,3	954	13,0	3.204	1,23	(1,00 - 1,51)	1,23	(1,00 - 1,51)
Indlæggelser og ambulante kontakter til somatisk hospitalsvæsen inden for det seneste år								
Alle	29,4	1.441	26,6	6.229	1,12	(0,99 - 1,28)	1,11	(0,98 - 1,27)
Mænd	27,7	487	24,9	3.025	1,16	(0,93 - 1,44)	1,14	(0,92 - 1,42)
Kvinder	30,3	954	28,2	3.204	1,10	(0,94 - 1,29)	1,10	(0,94 - 1,29)
Kontakt til psykiatrien i alderen 0-18 år								
Alle	16,1	1.441	7,0	6.229	2,26	(1,90 - 2,69)	2,25	(1,89 - 2,69)
Mænd	15,0	487	5,5	3.025	2,63	(1,94 - 3,56)	2,63	(1,94 - 3,56)
Kvinder	16,7	954	8,5	3.204	2,09	(1,69 - 2,58)	2,08	(1,67 - 2,57)
Indløst recept på psykofarmaka inden for det seneste år ⁴								
Alle	3,1	1.441	1,2	6.229	2,39	(1,63 - 3,50)	2,38	(1,62 - 3,50)
Mænd	2,3	487	1,0	3.025	1,77	(0,86 - 3,61)	1,70	(0,83 - 3,49)
Kvinder	3,6	954	1,3	3.204	2,67	(1,69 - 4,23)	2,69	(1,70 - 4,27)
Været sigtet for strafbar handling i alderen 0-18 år								
Alle	3,3	1.441	2,3	6.229	1,54	(1,10 - 2,18)	1,52	(1,08 - 2,15)
Mænd	7,6	487	3,8	3.025	1,81	(1,23 - 2,68)	1,82	(1,23 - 2,69)
Kvinder	1,2	954	1,0	3.204	1,02	(0,50 - 2,06)	0,96	(0,48 - 1,95)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau

⁴ Baseret på oplysninger fra Lægemiddeldatabasen. Inkluderede præparater er antidepressive lægemidler (ATC gruppe N06A, bortset fra duloxetin N06AX21 i styrken 20 og 40 mg og bupropion N06AX12), antipsykotiske lægemidler og lithium (ATC-gruppe N05A), centralstimulerende lægemidler (ATC-gruppe N06BA og guanfacin C02AC02), benzodiazepiner, benzodiazepinlignende lægemidler og melatonin (ATC-grupperne N05BA, N05CD, N03AE, N05CF, N05CH01) (124).

Kilder: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52), Sygesikringsregisteret, Landpatientregisteret og "KRSI – Kriminalstatistik sigtelser" fra Danmarks Statistik, Lægemiddeldatabasen og medstat.dk (124).

6 Det gode ungeliv – set fra de unges perspektiv



Hovedpointer i kapitlet:

I dette kapitel belyses det gode ungdomsliv – og dets udfordringer – set ud fra et ungesperspektiv, repræsenteret af unge fra folkeskolen og forskellige ungdomsuddannelser samt unge, der ikke er i gang med en uddannelse eller arbejde.

- Overgangen fra barn til voksen er karakteriseret ved mere frihed og ansvar, og dét at flytte hjemmefra og blive selvforsørgende er en skelsættende begivenhed for de fleste unge i denne undersøgelse.
- Mens familien for nogle unge er en væsentlig ressource, er familien også en kilde til stress for andre. Især de hjemmeboende unge fremhæver deres familie og forældre som en væsentlig ressource.
- De unge oplever, at fritidsinteresser, især fysisk aktivitet, er med til at fremme den mentale sundhed. Her søger de unge typisk et socialt fællesskab med andre unge, mens andre er mere motiverede af at få den rigtige krop eller at kunne koble af. Netop alenetid og dét at koble af fremhæves også af flere unge.
- Fester fremhæves særligt, når de unge italesætter det gode ungdomsliv. Her udgør alkohol et centralt emne, som for de unge er forbundet med forskellige dilemmaer.
- Interviewene viser, at nedlukningen i foråret 2020 har påvirket de unges hverdagsliv og trivsel negativt. Her har de sociale medier og muligheden for digitalt samvær været essentielt for at opretholde sociale relationer og en så normal hverdag som mulig. De unge oplever dog også, at brugen af sociale medier er forbundet med forskellige udfordringer, for eksempel at man hele tiden er på, og at meget indhold er kropsfikseret. Flere oplever, at netop dette påvirker synet på dem selv og deres krop negativt.

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra den kvalitative undersøgelse blandt børn og unge i Region Syddanmark. Formålet er at belyse de unges forståelse af det gode ungdomsliv og af de faktorer, der enten positivt eller negativt kan påvirke deres trivsel og mentale sundhed. Afsnit 6.1 giver en kort karakteristik af de unge, som deltog i undersøgelsen. Herefter følger afsnit 6.2 til 6.7, som beskriver resultaterne af analyserne af workshops og interview, som er opsummeret i fire hovedtemaer: (1) Overgangen fra barn til voksen, (2) Venner og familie, (3) Hverdagslivet, og (4) Det digitale ungdomsliv.

Den kvalitative undersøgelse bygger på fire workshops på henholdsvis en erhvervsskole, produktionsskole, et alment gymnasium og en UU-enhed i Region Syddanmark, samt 12 individuelle interview med unge i alderen 14-24 år fra førnævnte institutioner og fire 9.-klasseelever fra forskellige folkeskoler. Hver workshop har haft en varighed halvanden time og består

af to øvelser, der handlede om, hvilke forhold der enten negativt eller positivt påvirker ungdomslivet. Disse workshops blev afholdt i efteråret 2020.

Interviewene var semistrukturerede og har til formål at belyse emner som sociale relationer, skole, fritid, digitale medier, fremtid. Metoden er nærmere beskrevet i bilaget. Interviewene blev udført fra september 2020 til januar 2021. I analysen har vi både sat fokus på de generelle forhold og tendenser i ungdomslivet, som går på tværs af hele gruppen af unge, og på de forskelligheder, vi ser i de unges problemer og måder at tackle forskellige situationer på.

6.1 Karakteristika af deltagerne

Deltagerne er udvalgt, så de repræsenterer unge i forskellige aldersgrupper og unge i folkeskolen, på ungdomsuddannelserne og unge, som ikke er tilknyttet et arbejde eller en ungdomsuddannelse. Deltagerne er således ikke udvalgt på baggrund af, om de, for eksempel, har en psykiatrisk diagnose eller har oplevet problemer med mistrivsel.

Der deltog 12 unge i interview og 34 til workshops, hvoraf otte af deltagerne i interviewene også deltog i en workshop. Blandt deltagerne, som deltog i interviewundersøgelsen, var otte hjemmeboende og fire udeboende⁵. Som det fremgår af tabel 6.1.1 er deltagerne i alderen 14-24 år, hvoraf fire var i gang med grundskolen, 27 var i gang med en ungdomsuddannelse, og syv var ledige. I både interview og workshops var der en næsten ligelig fordeling mellem mænd og kvinder.

Selvom de unge ikke er udvalgt med udgangspunkt i deres mentale sundhed, og langt de fleste af deltagerne udgøres af unge, som trives og lever et helt almindeligt ungdomsliv, så talte vi også med unge, som kæmpede med forskellige problemer og udfordringer. Det omfatter blandt andet psykisk sygdom (for eksempel anoreksi, selvskade og ADHD), mobning i skolen, skilsmisse og dødsfald i familien eller i den nærmeste omgangskreds, ligesom nogle af de unge var flygtet fra krig eller kom fra familier med store sociale problemer. Deltagerne udgør derfor en meget heterogen gruppe, som i mere eller mindre grad trives i deres dagligdag.

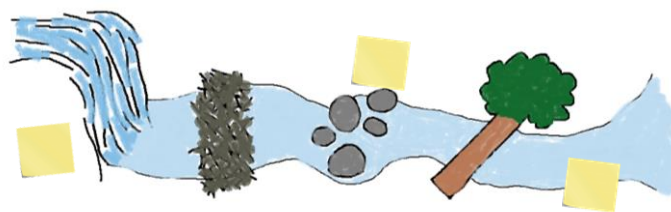
Øvelser under workshop

Billedøvelse

Denne øvelse går ud på, at de unge vælger billeder, som de forbinder med spørgsmålet, *hvad forbinder du med det gode ungdomsliv?* Dernæst bliver gruppens billeder præsenteret og tematiseret i plenum.

Flodøvelse

Floden er metafor for de op- og nedgange, man kan opleve i livet og sin hverdag. Nogle steder flyder vandet afsted i floden, mens der andre steder er forhindringer, som vandfald, dæmning, sten, væltet træ. I denne øvelse skal de unge reflektere over spørgsmålet, *hvad får dig til at trives?* og skrive stikord på post-it sedler, som de bliver bedt om at placere på en plache med en flod og sætte et par ord på, deres post-it og dens placering. Løbende i dette afsnit præsenterer vi post-it sedler fra de forskellige øvelser som eksempler på emner fra flodøvelsen.



⁵ Bosted er ikke opgjort for workshopdeltagerne

Table 6.1.1 Fordeling af de unge på køn, alder og job- og uddannelse

	Antal	Procent
Total	38	100
Deltagelse i analysen		
Kun interview	4	11
Kun workshop	26	68
Både interview og workshop	8	21
Køn		
Mænd	19	50
Kvinder og andre*	19	50
Alder (år)		
14-17	20	53
18-20	13	34
21-24	5	13
Uddannelse- og jobsituation		
Grundskole	4	11
Ungdomsuddannelse	27	71
Ledig	7	18

*For eksempel non-binære og genderfluid

6.2 Overgang fra barn (til ung) til voksen



Hovedpointer i afsnittet:

- Overgangen fra barn til voksen er karakteriseret ved mere frihed og ansvar. Dét at flytte hjemmefra og blive selvforsørgende er en skelsættende begivenhed for de fleste unge i denne undersøgelse. De unge er meget optagede af den øgede frihed og ansvar, der følger med det at blive voksen. Der ligger dog en dobbelthed i denne oplevelse; for de fleste af de unge opleves dette som overvejende positivt, mens andre føler sig tyngede af det øgede ansvar. Det hænger blandt andet sammen med, at mens nogle unge selv vælger, hvornår de flytter hjemmefra, oplever andre, at de er tvunget til det, for eksempel på grund af konflikter eller sociale problemer i familien.
- Nogle unge har i overgangen fra barn til ungdoms- og voksenlivet sat spørgsmålstegn ved deres seksualitet og kønsidentitet. Hos disse unge fylder bekymringer om familiens og vennernes reaktion samt accept fra deres omgivelser.

Dette afsnit afdækker de unges perspektiv og oplevelse af at gå fra at være barn til at blive ung og voksen. Afsnittet består af tre undertemaer, herunder oplevelsen af at få øget frihed og ansvar, dét at flytte i egen bolig og blive selvforsørgende og dét at blive mere opmærksom på og reflekteret om sin kønsidentitet og seksualitet. Mens en del af de unge er flyttet hjemmefra og er i gang med en videregående uddannelse, bor andre stadig hjemme og går i folkeskolen. Dermed befinder nogle af de unge sig på tærsklen til voksenlivet, mens andre er godt i gang. Overgangen fra barn til voksen er et centralt samtaleemne, som gik igen i både workshops og interview.

Flytte hjemmefra
(at blive smidt
ud i verden)

Stabil
indkomst

6.2.1 Frihed og ansvar

Flere af de unge er tydeligt optagede af den myndighed og frihed, som følger med dét at blive voksen, hvilket også forbindes med det gode ungdomsliv. Flere unge fremhæver blandt andet, at dét at fylde 18 år betyder, at de nu kan gå i byen og kan tage kørekort, hvilket er blandt de positive ting ved at blive myndig. Derudover fremhæver de unge, at de i højere grad bliver taget alvorligt af deres omgivelser i takt med, at de bliver myndige, hvilket illustreres i nedenstående citat:

"Så ting, jeg tænker også er vigtige for at unges stortrives, det er det her med, at alle bliver hørt mere generelt. Måske førhen oplevede jeg det her med, at jeg fik mundkurv på. På en måde, agtigt, af samfundet."

For andre unge er det ikke udelukkende positivt at skulle give slip på barndommen, som flere beskriver som sørgmodigt og tyngende. Disse unge oplever, at de går fra et bekymringsfrit barnsliv til en tilværelse i ungdomslivet- og voksenlivet, hvor de får flere forpligtelser og mere ansvar. Da vi spurgte de unge om betydningsfulde ting, der påvirker deres hverdag på gode og dårlige måder, fremhævede en ung barndommen som en positiv faktor og beskrev det således:

"Man skal til at blive voksen, og man får mere ansvar, og der er bare mange ting man skal tage stilling til."

Blandt de unge er der en stor forskel på, hvornår og hvilken alder de unge har, når de flytter hjemmefra. Hvad der adskiller de unge er, at nogle unge i en meget tidlig alder selv skal agere voksne

og tage ansvar, og på den måde tvinges ud af barndommen, for eksempel fordi de måtte flygte fra krig.

Fælles for hele gruppen af unge er dog, at overgangen fra barndommen til ungdoms- og voksenlivet fremhæves som væsentligt og betydningsfuld for de unge, uanset hvor de unge kommer fra.

6.2.2 At flytte hjemmefra

For de unge er det at flytte hjemmefra og få sin egen bolig en væsentlig markør for at indtræde i voksenlivet. For nogle af de unge er det at flytte hjemmefra en meget positiv begivenhed, mens det for andre er en stressbelastning. Disse forskelle skyldes, blandt andet, at mens nogle selv har valgt at flytte i egen bolig, så har andre følt sig nødsaget/tvunget til det. For en del af udeboende unge gælder det, at ydre betingelser har bestemt, hvornår og hvorfor de flyttede hjemmefra, for eksempel fordi de ikke har en familie at bo hos på grund af konflikter med familien eller for at starte på uddannelse, mens det for andre er et frivilligt valg. De unge, der selv har valgt at flytte, oplever det som et naturligt skridt at flytte hjemmefra, som for flere har bidraget positivt til deres følelse af at blive voksen og selvstændig.

De fleste udeboende unge oplever, at det at flytte hjemmefra har medvirket til en positiv selvudvikling. Flere af de unge beretter, at oplevelsen har gjort noget godt for dem, fordi de i højere grad skulle stå på egne ben, have styr på deres eget hjem og løsrive sig fra familien:

"For mig har en god ting været at flytte hjemmefra. Det synes jeg var meget fedt, at jeg fik lov til at være selvstændig og have mit eget lille sted at være, fordi vi er en familie på fire, der boede et meget lille sted. Så det var meget fint lige at have et pusterum, også at bo tættere på byen og ikke være så afhængig af, at min mor skulle køre mig rundt over det hele og sådan lidt, fordi jeg boede meget langt væk, ude på landet. Så jeg er meget glad for min lille lejlighed."

For denne person har det at flytte i egen bolig været positivt, fordi det har givet mere plads til at have sit eget. En vigtig faktor er, at personen selv har kunne vælge at flytte fra landet ind til centrum af byen. Denne person er et eksempel på de forskellige motivationer, de unge har for at flytte i egen bolig. I dette tilfælde har den unge haft ressourcerne til at have succes med udflytningen, og det har givet den unge en følelse af selvstændighed, som får den unge til at trives. På tværs af alle de unge udgør ideen om at flytte hjemmefra derfor en betydningsfuld milepæl i overgangen til voksenlivet.

For de unge, der har set sig nødsaget til at flytte hjemmefra og bo alene, er det derimod forbundet med stress. En ung fortæller om, hvordan vedkommende har oplevet at flytte mange gange i løbet af sit liv. Den unge fortæller, hvordan oplevelsen af at være den nye, hver gang man skulle starte op et nyt sted, har påvirket den unges trivsel negativt og har bidraget til følelsen af rodløshed.

6.2.3 Håndtering af økonomi og selvforsørgelse

For en del af de unge, særligt dem som er flyttet hjemmefra, fylder spørgsmål om økonomi og at kunne forsørge sig selv meget. Af ting, der påvirker de unge negativt, er blandt andet økonomisk ustabilitet; at opleve perioder, hvor de har haft økonomisk ubalance eller har manglet penge, hvilket i høj grad har påvirket dem mentalt og bidraget med tvivl og frustration i hverdagen.

"Jeg har i hvert fald skrevet det her ned, og jeg vil nok sige, at det er det vigtigste, efter jeg er flyttet hjemmefra. Der står bare stabil indkomst. Fordi hvis den ikke er der, og man bor for sig selv, så kan det meget hurtigt blive meget træls."

Økonomien spiller også ind for flere af de unge, når vi spurgte ind til deres ønsker for fremtiden, for eksempel i forhold til deres fremtidige beskæftigelse. Her fremhæver de unge typisk, at det handler om at vælge et job med en høj løn, og/eller at en god fremtid er lig en udsigt til flere penge og fast indkomst i stedet for at skulle leve af uddannelsesstøtte eller lommepenge fra familien. Flere unge beskriver, hvordan spørgsmål om penge også spiller ind i, hvad de kan lave af aktiviteter i hverdagen, og at det påvirker, hvordan de opfatter sig selv i forhold til deres venner:

"Jeg har det også på den måde, at hvis du ikke har nogle penge til at gå i byen, hvis du sådan er i slutningen af måneden og ikke har nogle penge til at gå ud og feste med de andre, jamen så føler du dig lidt udenfor, fordi det har alle andre. De er ude og hygge sig, og sådan nogle ting. Men du kan jo ikke rigtig betale for det. Så blev jeg bare lidt derhjemme."

For de unge hænger forholdet til penge, økonomisk selvstændighed og ideen om at forsørge sig selv tæt sammen med spørgsmålet om at træde over tærsklen til voksenlivet, ligesom det er en faktor, der meget direkte kan påvirke de unges humør i hverdagen. Ligesom i ovenstående citat kan økonomisk uafhængighed også være et spørgsmål om at lære at prioritere de ting, man kan og vil i hverdagen. De unge, som er flyttet hjemmefra, og for hvem økonomi er blevet en større del af hverdagen, beskriver også, hvordan de til stadighed er blevet økonomisk uafhængige af deres forældre. For de hjemmeboende unge fylder spørgsmålet om økonomi mindre. Flere beskriver, at de er fuldt økonomisk afhængige af deres forældre, og disse unge er på den måde også skånet for de bekymringer, der følger med at være selvforsørgende.

6.2.4 Seksualitet og køn

Nogle af de unge beretter om at have gennemgået processer i deres liv, som omhandler seksualitet og kønsidentitet. Disse unge fortæller i interviewene om, hvordan de har oplevet at sætte spørgsmålstegn ved deres egen seksualitet eller kønsorientering. For disse unge har det været en omvæltende begivenhed, som omfatter en kamp for accept fra deres omgivelser, men derefter oplevelsen af at kunne leve mere åbent og ærligt.

"Jeg har haft en lang periode, hvor jeg har været lidt i tvivl om mit køn i forhold til transkøn-nethed. Nu er jeg kommet frem til, at jeg er lidt mere flydende. Man kan kalde det nonbinær, fordi jeg har svært ved at skulle sætte mig ind i enten det feminine eller det maskuline. Det har jeg haft problemer med, så nu gør jeg det, som jeg har det bedst med, selvom det ikke er alle, der kan acceptere det."

De unge, som har været igennem overgange, der har omhandlet køn eller seksualitet, beskriver i sammenhæng med overgangen til voksenlivet, hvordan de i højere grad har fundet ro og accept i, hvem de er. Ligeledes beskriver disse unge, hvordan de også har skulle lære at acceptere ofte at skille sig ud fra størstedelen af deres venner og blive set som anderledes qua deres seksualitet eller kønspositionering. At skille sig ud og være anderledes har før i tiden kunne påvirke disse unges trivsel i det daglige, for eksempel oplevelsen af at få kommentarer for sin fremtoning eller skulle forsvare sig selv.

Åbenhed og accept fra de unges bagland i forhold til kønsorientering, seksualitet og seksualliv har vigtig betydning for den unges mentale sundhed. Vigtigheden af åbenhed og støtte i forbindelse med ens seksualitet kommer blandt andet til udtryk hos en ung, som sprang ud som biseksuel:

"Da jeg sprang ud over for min mor og min søster, støttede de mig rigtig meget i det. Men jeg bekymrede mig stadigvæk omkring, om de ville støtte mig i, at jeg er biseksuel. Så det at de bare støttede mig fuldt ud i det, det var det her lille lys i det store mørke rum."

Den støtte, den unge oplevede fra familien omkring at springe ud, bidrog positivt til relationen til familien. Flere unge, der har haft lignende oplevelser, beskriver, hvordan familiens accept af deres seksualitet eller kønspositionering ofte udgør en kilde til bekymring og er noget, de unge spekulerer meget over, da de frygter ikke at blive accepteret af deres familie. Her bliver det tydeligt, at familiens reaktion påvirker de unges selvopfattelse og trivsel.

6.3 Venner og familie



Hovedpointer i afsnittet:

- Blandt de unge er der stor forskel på, hvorvidt de unge oplever, at de kan gå til deres familie, hvis de har problemer eller ej. Især de hjemmeboende unge fremhæver deres familie og forældre som en væsentlig ressource – både praktisk og emotionelt. En del af de unge oplever ikke, at de kan gå til deres familie, hvis de har problemer, for eksempel hvis forældrene selv har problemer, eller den unge har oplevelser med tidligere afvisninger.
- I ungdomslivet benytter flere i stigende grad deres venner eller kæreste til støtte og konfliktløsning i tilfælde, hvor de tidligere ville have tyet til deres forældre. I forhold til kærester og seksualpartnere diskuterer de unge særligt vigtigheden af at lære at sætte grænser.

Dette afsnit beskriver de unges forhold til deres familie og venner og deres betydning for de unges trivsel. Derudover beskriver afsnittet, hvordan de unge løsriver sig mere fra familien, hvor venskaber i højere og højere grad fylder i de unges hverdagsliv, og hvor venner i højere grad begynder at erstatte støtten fra familien. Ordskyen (Figur 6.3.1) viser de mest populære emner, som de unge bragte op til flodøvelserne. De største ord i ordskyen repræsenterer de ord, som er blevet nævnt flest gange, da de unge blev spurgt, hvad der påvirker deres trivsel. Som det fremgår af ordskyen, er *familien* og *venner* mest fremtrædende under øvelserne. Dernæst er emner som at flytte hjemmefra, COVID-19, alkohol, stress og skole også populære emner ved øvelserne. Det følgende afsnit består af tre delafsnit, hvor første afsnit omhandler familien, det andet omhandler betydningen af venner, og det sidste afsnit omhandler de unges forhold til kærester.

6.3.1 Familien

De unge taler især om familien i forbindelse med svære situationer og problemer, for eksempel i forbindelse med skilsmisser og konflikter. Analyserne viser dog, at familien kan være en væsentlig ressource, som de unge kan støtte sig op ad, samtidig med at familien også kan være en kilde til stress og mistrivsel.

De unge har meget forskellige oplevelser af, hvorvidt deres forældre er/var der for dem og er i stand til at hjælpe dem gennem svære eller omvæltende perioder i den unges liv. For eksempel oplever en ung, at vedkommendes familie ikke kan rumme eller støtte den unge gennem perioder med depression:



Figur 6.3.1 Ordsky fra flodøvelserne

"Mine forældre har aldrig sagt til mig, at 'vi er her', eller 'du kan altid snakke med mig'. Jeg har aldrig følt, at jeg kunne gå til dem med mine problemer, og jeg var i tvivl, om de ville elske mig, hvis jeg fortalte dem om mine ting. Der er jo ingen, der skal føle sig som en byrde, men det har jeg følt fra min familie nogle gange."

Citatet skal illustrere, at forældrenes evne til at bistå de unge i forhold til problemstillinger som psykisk sygdom, mobning, køn, seksualitet m.v. i høj grad er med til at påvirke de unges trivsel, og at de negative konsekvenser ved ikke at have en tillidsfuld eller nær relation til sine forældre særligt påvirker de unge, som i forvejen er udsatte.

Vigtigheden af familien er dog tydeligst blandt gruppen af hjemmeboende unge, særligt unge med mere ressourcestærke forældre. Her kan de unge finde støtte i deres familie og bede om hjælp i situationer, som den unge selv finder kaotiske eller ikke selv ved, hvordan de skal håndtere, for eksempel pengeproblemer, konflikter i klassen eller ubehagelige episoder på sociale medier. Flere af de unge fra mere ressourcestærke hjem deler en oplevelse af, at deres bånd til familien bliver styrket i perioder, hvor de unge har det svært og har oplevet støtte og opbakning fra familien. I nedenstående citat fortæller en ung, om hvor vigtig familien er for vedkommende:

"Der er ikke noget, der vægter højere end min familie. Og især min mor og min søster, fordi de har været der for mig rigtig meget, da jeg gik igennem nogle svære tider. Så der er ikke nogen i verden, der betyder mere for mig end de to."

Unge med mere ustabile og komplicerede relationer til deres familie har ofte svært ved at række ud til deres forældre i svære perioder i deres liv. Det handler blandt andet om, at de tidligere har oplevet ikke at få den hjælp, de havde behov for, og fordi de er bange for at være til besvær for deres forældre, som ofte har deres egne problemer at slås med. Det er dog ikke ensbetydende med, at de unge ikke har et behov for eller ønske om hjælp og støtte fra deres forældre og familie. Ønsket om at have støttende forældre blev nævnt af flere unge under interviewene. I følgende citat reflekterer en ung over den ideelle relation mellem ung og familie:

"Men jeg synes alligevel, at man som forældre skal kunne sige, at 'jeg er her'. Man skal kunne sige at 'du kan altid snakke med mig. Vi kan altid hjælpe dig med alle slags problemer, og det er lige meget hvilke problemer, du har, så vil man altid elske sit barn'. Man er ikke nogen byrde på en eller anden måde, som jeg har følt det fra min familie nogle gange."

Den unge fortæller videre, hvordan vedkommende i højere grad søger støtte fra sine venner, når der opstår problemer for ikke at bebyrde sine forældre. Nogle af de unge har oplevet større konflikter eller sociale problemer i familien, for eksempel at én af forældrene har fået en fængselsdom eller har/har haft et alkohol- og stofmisbrug og lignende. En ung fortæller om, hvordan et kompliceret forhold til faren betød, at den unge brød kontakten med faren: *"Det var hårdt og påvirkede mig negativt, da jeg skulle skære min far ud af mit liv"*.

Om det er familien eller vennerne, der spiller den primære rolle i den unges liv, afhænger blandt andet af de unges alder og boform, for eksempel om de stadig bor sammen med deres familie eller er flyttet hjemmefra og bor alene eller sammen med en ven eller kæreste. Det er derfor forskelligt fra ung til ung, hvordan relationen til venner og familie ser ud, og hvad de bruger de forskellige relationer til. Helt generelt fylder venskaber dog særligt meget, og venner er et tema, som de unge ofte fremhæver i forhold til det gode ungdomsliv. De unge fremhæver især fortrolighed som et særligt unikt aspekt ved gode venskaber som illustreret i nedenstående citat:

"Jeg synes, at venner er rigtig vigtigt. Både i skolen og uden for skolen er det vigtigt at have nogen, man stoler på og kan snakke med om ting, som man måske ikke kan snakke med sin familie om, så er det vigtigt også at have sine venner".

Denne særlige fortrolighed er med til at skabe tryghed i de unges hverdag, hvor dét at blive forstået af mennesker, som de føler sig i øjenhøjde med, og som deler samme behov for opbakning, er helt centralt. Et eksempel på dette er en ung, som tyer til sine venner i situationer, som den unge ikke føler at kunne dele med dine forældre:

"Hvis jeg har lavet nogle dumme ting til nogle fester, eller mine venner har gjort det, så kan jeg på en anden måde grine af det med dem, og vi kan få snakket ud om det på en anden måde, som min mor og min søster de nok ikke kan."

Nogle unge oplever perioder med psykisk sårbarhed og beskriver her, hvordan de har fundet støtte i venskabelige relationer:

"Jeg har én veninde, som jeg er meget åben omkring, hun har også selv haft nogle psykiske problemer og sådan nogle ting. Og jeg har haft nogle psykiske problemer, og så er vi sådan lidt 'okay, så har vi det sammen' agtigt. Så vi er meget åbne omkring det, og det kan jeg bedst lide ved de venskaber, som jeg har. Åbenheden."

Ovenstående eksempler skal vise, hvordan nogle unge bruger deres venner, hvis de oplever forskellige udfordringer i deres hverdag; disse udfordringer spænder for eksempel over drama i vengruppen, selvværdsproblemer, psykisk sygdom. De unge på tværs af gruppen beskriver, hvordan deres venskabelige relationer besidder en åbenhed og rummelighed, som hjælper dem til periodevis at kunne trives bedre i deres hverdag, når livet er kompliceret.

6.3.2 Kærester og seksuelle partnere

De unge fortæller også, at kærester og/eller seksuelle partnere begynder at fylde mere og mere. Det gælder især de unge, som for eksempel bor sammen med en kæreste, og hvor kæresten bliver en meget betydningsfuld, og måske ligefrem den primære person i hverdagen. De unges forhold til kærester og partnere spiller derfor også en væsentlig rolle for de unges trivsel:

"Jeg synes, der sker meget i éns kærlighedsliv, når man er ung, både gode og dårlige ting."

Ligesom med venskaber, så understreger flere unge, hvordan tillid til sin kæreste er centralt for det gode forhold, og at denne tillid er dét, som gør relationen til noget unikt. For flere unge er grænsesætning i nære relationer et centralt emne, som de i høj grad bliver konfronteret med i deres ungdomsliv. Særligt understreger en af de unge, hvordan vedkommende har skullet lære at sætte grænser over for andre, særligt i seksuelle relationer, hvor den unges grænser ikke blev respekteret:

"Altså det her med at respektere hinanden. Det tror jeg faktisk, der er mange unge, som ikke helt forstår. Det her med éns grænser, der har jeg nemlig haft kærester, som ikke rigtig forstod mine grænser. Og det er måske noget, man burde arbejde lidt mere med."

I citatet bliver det tydeliggjort, at spørgsmål om respekt for andres grænser er noget, som ikke nødvendigvis er udbredt blandt alle unge. Den unge udtrykker, at mange unge først i en sen alder lærer om og konfronteres med grænsesætning og samtykke. Det hænder ofte, i den unges perspektiv, at man først lærer om dette, når man selv begynder at være seksuelt aktiv og indgår i romantiske relationer. Citatet her illustrerer, at flere unge tillægger det stor værdi, at alle unge i dag bliver

bevidste om samtykke og respekt for grænsesætning, både i relation til seksuelle partnere, men også i forhold til venskabelige, romantiske relationer.

6.4 Hverdagslivet



Hovedpointer i afsnittet:

- De unge understreger vigtigheden af fritidsinteresser for deres trivsel – særligt tid til fysisk aktivitet. Her søger nogle unge typisk et socialt fællesskab med andre unge, mens andre er mere motiverede af at få den rigtige krop. Samtidigt oplever de unge også et behov for alenetid og at kunne koble fra.
- Fester fremhæves særligt, når de unge italesætter det gode ungdomsliv. Her udgør alkohol et centralt emne, som for de unge er forbundet med forskellige dilemmaer. På den ene side oplever nogle unge, at de bliver ekskluderet af fællesskabet, hvis de vælger alkohol fra. Og på den anden side oplever andre unge, at indtagelse af alkohol kan lede til situationer og konflikter, der kan have negative konsekvenser.
- Interviewene viser, at nedlukningen i foråret 2020 har påvirket de unges hverdagsliv markant, hvor flere oplevede magtesløshed, ensomhed, stress og bekymringer. Her har de sociale medier og muligheden for digitalt samvær været essentielt for at opretholde de sociale relationer og en så normal hverdag som mulig.
- En mindre gruppe af de unge oplever udfordringer i skolen som i høj grad har påvirket eller påvirker deres trivsel og skolegang negativt, herunder ordblindhed, koncentrationsbesvær, socialangst og mobning. Disse unge oplever generelt ikke at have fået den nødvendige hjælp.

Dette afsnit belyser, hvordan de unge oplever hverdagen med skole, uddannelse og fritidsliv og hvilke forhold, der har betydning for, at de trives i hverdagen. Slutteligt beskrives den indflydelse, som COVID-19 pandemien havde og har på de unges hverdagsliv det forgange år.

*Levetid og
Alkohol og
afleveringer
socialt pres*

COVID-19

6.4.1 Skole og uddannelse

Skole og uddannelse er ikke et tema, som de unge selv trækker frem i interviewene eller i de fire workshops, til trods for at skolen, for en stor del af de unge, udgør det meste af deres dagligdag (især blandt de unge, som går på en ungdomsuddannelse). Det skyldes måske, at det at gå i skole er en så naturlig del af hverdagen, at de unge ikke selv bevidst tillægger det betydning.

De unges syn på skole og uddannelse

Flere af de unge fortæller, at man skal have en ungdomsuddannelse for at blive til noget. Typisk er de unge, der har afsluttet deres ungdomsuddannelse, eller som står på tærsklen til det, mere reflekterede om, hvilken vej de ønsker at gå. Uddannelse og karriere spiller en stor rolle i disse unges forestilling om det gode liv og deres egen fremtidige selvrealisering. Efter endt ungdomsuddannelse står det mere frit for de unge, hvilken uddannelsesretning de ønsker at fortsætte i, og om dette skal være i en professionsorienteret eller akademisk retning. De unge oplever, at der følger et større ansvar i takt med, at de får et større udvalg af muligheder. Oplevelsen forstærkes yderligere, når de unge starter på en videregående uddannelse, hvor måden, man går i skole på, ændres markant, fordi de i højere grad har ansvar for egen læring og selv skal stå for mange praktiske ting i forbindelse med deres skolegang.

En gruppe af unge, som deltog i denne undersøgelse, står uden for uddannelsessystemet, for eksempel fordi de er droppet ud på grund af psykiske vanskeligheder, eller fordi de aldrig har fundet ud af, hvad de vil efter deres ungdomsuddannelse. Disse unges trivsel er generelt påvirket af ideen om, at de ikke har klaret det, og at de er en byrde for samfundet. For eksempel fortæller en ung om, hvordan han måtte droppe sin universitetsuddannelse, fordi det var for udfordrende, og dette skifte havde ført til manglende tro på sig selv og egne evner. Dette pres kan givetvis tilskrives, at de unge i deres ældre år får et større ansvar for selv at klare og fuldføre deres uddannelser, som leder til en overbevisning hos flere unge om, at de alene er ansvarlige for deres situation.

Særlige udfordringer i skolen

En mindre gruppe af de unge, som deltog i undersøgelsen, oplever udfordringer i skolen, som i høj grad påvirker deres trivsel og skolegang negativt. Dette er udfordringer som ordblindhed, koncentrationsbesvær, socialangst og mobning, der giver disse unge indlæringsvanskeligheder eller på anden vis komplicerer deres forhold til skole og læring.

Diagnoser som ordblindhed, autismspektrum-tilstande eller ADHD udgør en barriere for, at disse unge kan deltage i den almindelige undervisning på lige vilkår med deres klassekammerater. Ofte fordi diagnoserne i sig selv fører til, at de unge må tage en masse forbehold i andre aspekter af deres hverdag. I læringsøjemed er manglen på støtte og hjælp til denne gruppe elever en tydelig barriere for at give dem en god skolegang. En ung beskriver for eksempel, hvordan sen diagnosticeret ordblindhed har ført til, at vedkommende igennem 9-10 års uddannelse aldrig var blevet mødt med den nødvendige støtte og anerkendelse i skolen. Hun havde altid været af den overbevisning, at en videregående uddannelse aldrig kunne blive en mulighed.

Et par af de unge beretter om udfordringer med mobning i skolen, som i høj grad har påvirket deres skoletilfredshed og generelle trivsel. For eksempel fortæller en af de unge, at han/hun har gået til psykolog i mange år for at håndtere eftervirkningerne af at have været udsat for mobning igennem sin skolegang. For de unge, som har været udsat for mobning, har et skoleskift været vejen ud af mobningen for dem.

6.4.2 Fritidslivet

Dette afsnit afdækker de unges meninger om og oplevelser af fritidslivet og de aspekter, som har særlig indflydelse på de unges trivsel. Ved fritidsliv forstås de aktiviteter, som ligger uden for skolen, men som stadig er del af de unges hverdag, herunder fester, hobbyer, motion og rekreative aktiviteter. Disse aktiviteter er forskelligartede og individuelle fra ung til ung, men værdien af fritidsaktiviteter går igen i både interview og workshops.

I fritidslivet er det i høj grad fællesskabet omkring aktiviteter i hverdagen, der er essentiel for de unge, når de italesætter, hvilke aktiviteter og interesser de dyrker i deres fritid. I den blandede gruppe af unge, vi talte med, omfatter dette alt fra biltræf i den lokale parkeringskælder, musical på skolen, festivaler eller spilleraftener med vennerne. Disse aktiviteter er eksempler på, hvor de unge finder fællesskaber udenfor deres primære arenaer i skolen og i hjemmet. Hertil skal nævnes, at der for mange af de unge sker et skifte i forhold til deres fritidsinteresser i ungdomsårene. Flere unge vælger at droppe den sport eller hobby, de har gået til én til flere gange om ugen, for at fokusere på tid til sig selv og deres venner.

Fysisk aktivitet og træning

Flere af de unge beskriver, hvordan motion og træningsaktiviteter har en positiv betydning for deres mentale sundhed. De unge har meget forskellige grunde til at dyrke sport og være fysisk aktive, men der tegner sig et billede af, at der især er tre grunde, som fremhæves af de unge.

For det første dyrker nogle unge primært sport for at søge sociale fællesskaber og et interesserellesskab med andre gennem sporten. For eksempel fortæller en ung om, hvordan han har fundet en mening i fitnessstræningen, hvor de mødes og laver træningsprogrammer sammen. Dette viser, at både holdsport og mere individuelle sportsgrene kan danne grobund for fællesskaber. Samtidig har træningen givet et boost i selvtilliden for den unge og har givet ham en oplevelse af at have fælles interesser med andre – en oplevelse, som han fortæller, er helt ny for ham:

”Nu har jeg aldrig rigtig haft nogle fælles interesser med nogen som helst. Og derfor er det rigtig vigtigt for mig, at jeg holder fast i at træne med de her drenge eller tage til træf eller whatever, man nu laver. Det lever jeg rigtig højt på.”

Andre unge er derimod mere motiverede af at få en rigtig krop, der lever op til de kropsidealer, som de unge præsenteres for gennem sociale medier, massemedier og deres omgangskreds. En ung udtaler; *”det skal være det perfekte menneske, man skal vise frem”*, og andre fortæller, at det kan være svært at acceptere sig selv som uperfekt, hvis man er overvægtig eller anderledes end de gængse kropsidealer. Flere unge benytter derfor træning og fysisk aktivitet til at opfylde disse kropsidealer.

Den sidste gruppe af unge forbinder fysisk aktivitet med at koble af. Disse aktiviteter udøves derfor oftest alene, som for eksempel en løbe- eller gåtur. Flere beskriver, at den fysiske aktivitet mest af alt handler om at få dårlige tanker på afstand og er således en måde at håndtere hverdagens stress og opleve en følelse af velvære. For flere unge er det et essentielt aspekt for følelsen af afkobling og rekreativitet, at den fysiske aktivitet foregår et specifikt sted, som de kan tage til for at opleve at komme væk fra deres vanlige rutiner.

At koble fra

Afslapning og prioritering af tid, hvor man kan være alene i hverdagen, fremhæves af flere unge som vigtigt for, at de kan fungere i hverdagen. De unge beskriver ofte situationer i deres hverdag, som de kan have svært ved at håndtere, såsom at opleve angst eller lignende. En ung beskriver, hvordan vedkommende i stressede perioder oplever at komme til at overtænke ting og føle angst, og når vedkommende oplever disse perioder, er det nødvendigt at kunne trække stikket og være alene eller sammen med sin familie.

Nogle af de unge oplever, at dét at trække sig fra fællesskabet giver dem mulighed for at slippe for forventninger fra deres omgivelser, for eksempel ved at dyrke rekreative eller fysiske aktiviteter, såsom en løbetur eller passe sin hest. For disse unge forbindes førnævnte aktiviteter direkte med at kunne trives godt i en hverdag, og disse aktiviteter danner et helle på linje med de unges hjem, hvor mange også finder ro og rum til afslapning. Som en strategi til at koble af benytter flere unge sig af at lytte til musik, for eksempel når man skal fordybe eller koncentrere sig, har problemer med at sove, eller en aktivitet, hvor man kan logge af og koble fra omverdenen.

De unge fortæller om vigtigheden af at have plads til afslapning og dét at koble fra i hverdagen. Det kan sjældent gøres sammen med venner, men ofte alene eller i selskab af dem, man bor med. Afslapning og dét at koble fra handler derfor om det modsatte af at søge fællesskabet, nemlig

aktivt at trække sig fra fællesskabet for at få ro, hvilket flere af de unge peger på er en hjælp til at minimere en følelse af oplevet stress eller angst.

Festkultur

Et gennemgående tema på tværs af workshops og interview er fester, alkohol og festivaler, der i høj grad præger fritidslivet for de unge, og for mange er en vigtig del af ungdomslivet. Særligt for dette emne er, at det at gå til fest er nyt for mange. Dernæst er alkohol og drukkultur også et nyt element i mange af de unges liv.

De unge er generelt splittede, når det kommer til alkohol og fester, da flere unge synes, det er sjovt at drikke og gøre det meget med deres venner. Omvendt udtrykker mange unge, at de ville ønske, at alkoholkulturen fyldte mindre, når de for eksempel ses med deres venner i weekenden, hvor der som regel er "hyggedruk" eller lagt op til fest. Fest og alkohol udmærker sig derfor i forhold til ting, som de unge skal forholde sig til, og som kan være svært for mange unge at sætte grænser for. I tråd med dette beskriver flere unge, som enten har valgt eller ikke må drikke alkohol, at de ofte ekskluderes af fællesskaber bevidst eller ubevidst på grund af alkohol. Disse unge giver udtryk for, at de står uden for fællesskabet, når deres venner drikker alkohol og bliver fulde til fester. Fester udgør derfor et svært dilemma for de unge på flere parametre, fordi der er en stærk alkoholkultur på uddannelsesstederne.

Større arrangementer med alkohol beskrives af størstedelen af de unge som begivenheder, der betyder meget for dem. Det er både sjovt og spændende at deltage i fester, og det er også tilfældet, at de unge får mulighed for at møde nye venner. Flere unge beskriver, at der særligt til fester er meget på spil i forhold til selviscenesættelse og social status. Det er ofte der, hvor de unge kan skeje mere ud, grundet alkohol, og gøre sig bemærket over for andre. En ung sætter ord på, hvilke tanker vedkommende ofte har til fester:

" 'Drikker jeg nok?' eller sådan, 'Hvad tænker de andre?', og hvis man for eksempel er til fest med nye, tror jeg, man tænker lidt mere over: 'hvad skal jeg gøre for at imponere?' "

Dette fokus på, hvilket indtryk andre får af én, og behovet for at imponere eller udmærke sig, er en tendens, der går igen i de unges beskrivelser af, hvad der er på spil for dem til fester, men som også har betydning for hverdagen i forhold til at skabe nye relationer og få social status i sin omgangskreds.

På samme måde beskriver flere unge, at de selv har oplevet situationer til fester, som omvendt har været ubehagelige og påvirket dem følelsesmæssigt efterfølgende, for eksempel at de selv eller andre bliver dårlige af alkohol eller ender i konflikter på grund af fuldskab. Det er situationer, som de unge synes at have svært ved at håndtere – også flere dage efter festen. Disse dårlige oplevelser kan føre til, at de unge føler skam og frygt for at miste social status. En ung beskriver, at vedkommende håndterer disse situationer eller følelser ved at være i dialog med sin vennegruppe over en chat dagen derpå, og på den måde at få bekræftelse fra sine sociale relationer.

Det er karakteristisk for fester og situationer med stort alkoholindtag, at der er meget på spil for de unge både i positivt og negativt henseende. Fester og alkohol er værdifulde for de unge, fordi de har det sjovt, og festene ofte leder til, at de unge får social status og kan udmærke sig. Samtidig kan det også være svært for de unge at navigere i og håndtere situationer med megen alkohol.

6.4.3 COVID-19 pandemien og nedlukningen af Danmark

COVID-19 pandemien er et gennemgribende tema, som har påvirket de unges hverdagsliv, siden pandemien startede. Pandemien har, for de unge, haft vidt forskellige konsekvenser og har ramt de unge på forskellige måder. En ung beskriver en følelse af magtesløshed, som opstod i kølvandet på indførte restriktioner:

"Det synes jeg lidt har ramt mig. Det synes jeg var ret nederen, at det lige pludselig kom. Ja, det følte jeg lidt ødelagde det hele lige pludselig. [...] Jeg havde det bare godt med mit sociale liv og sådan noget, og så kom det der Corona, og så var det bare sådan nå."

For andre har restriktionerne medført oplevelser af stress som følge af, at de unge skulle omlægge hverdagsrutiner, ligesom flere beretter om ensomhed under nedlukningen i foråret 2020.

Et par unge beskriver, hvordan de som pårørende til alvorligt syge familiemedlemmer i perioden har oplevet en større grad af utryghed og angst for at bringe smitte med hjem. Generelt beskriver mange unge, at de har bekymret sig særligt om at skulle miste familiemedlemmer. For flere har konsekvenserne været, at de har måttet isolere sig fra familien.

Digitalt samvær under COVID-19 pandemien

Man kan se de sociale medier som et mulighedsrum, der har åbnet sig for de unge og på mange måder bidraget positivt til deres trivsel det seneste år. Dog skal det også nævnes, at denne konstante mulighed for at opsøge eller blive opsøgt af sine venner også kan være svært at få en pause fra, selvom man ønsker det, hvilket også var tilfældet for flere unge før pandemien.

Det er et udbredt perspektiv blandt de unge, at muligheden for digitalt samvær med andre under nedlukningen har været essentiel for opretholdelsen af et normalt hverdagsliv. Flere unge beskriver, at de er begyndt at tænke mere over, hvordan digitale platforme er med til at påvirke kvaliteten af deres samvær. Det er for eksempel vigtigt for mange unge at lave videoopkald med deres venner frem for bare at skrive eller ringe sammen. Andre beskriver, at det digitale samvær naturligt påvirker de ting, man kan lave sammen, da aktiviteterne ender med at blive meget passive. Denne tendens har en anden ung forsøgt at forbedre ved, at de nu spiller spil sammen, når de hver dag ses med vennegruppen over videochat:

"Vi er begyndt på en ting min vennegruppe faktisk, hvor vi finder nogle spil online, og så sidder vi og spiller det, imens vi har et opkald kørende. Så sidder vi bare og snakker sammen og spiller et eller andet spil, som vi også kunne have gjort fysisk."

Dette eksempel skal også illustrere, hvordan nedlukningen i foråret 2020 har fået flere af de unge til at reflektere over vigtigheden af digitale medier i deres liv og deres betydning for deres mentale sundhed. Det gælder særligt i forhold til, hvordan de digitale platforme påvirker de unges venskaber, når det er den eneste måde at være sammen på, hvilket var situationen for de unge under nedlukningen. Her har flere af de unge gentænkt, hvordan de kan forbedre samværet på for eksempel et videokald, og hvordan det virtuelle samvær påvirker deres humør.

En ung fortæller, at hun foretrækker at være sammen med andre på de sociale medier på grund af hendes sociale angst. Hun nævner oplever også, at det er blevet mere almindeligt at mødes på den måde under COVID-19 pandemien, hvilket har hjulpet hende. Den unge kvinde beskriver også, hvordan det forøgede brug af videoopkald i tiden under COVID-19 pandemien har forbedret hendes samvær med vennerne betydeligt, da det tidligere har bestået af udelukkende at sidde og skrive med hinanden. Videoopkaldet er at foretrække, fordi det er nemmere at danne sig et indtryk

af personerne, man er sammen med og styrker nærværet til de andre, når man kan se deres ansigter:

"Jeg vil bare gerne have, at man kan sidde og snakke sammen, selv hvis det bare er et video-opkald. Så er det mere end, at du bare sidder og kigger på en besked, du kan faktisk se personen og se, hvordan de reagerer. Og føle en form for nærvær."

De sociale medier har givet de unge en mulighed for at opretholde et tilnærmelsesvis normalt ungdomsliv, imens de har været fysisk forhindret i at se hinanden og i at deltage i store begivenheder, som eksaminer, fødselsdage, efterskoleophold med mere. De sociale medier har derfor haft betydning for de unges trivsel og evne til at komme igennem en nedlukning og de manglende rutiner i hverdagen.

6.5 Det digitale ungdomsliv



Hovedpointer i afsnittet:

- De unge fortæller, at de benytter sociale medier til at holde kontakten med venner og familie i hverdagen samt til at følge med i fremmedes liv, typisk kendte influencere eller blot tilfældige profiler, som platformenes algoritmer præsenterer for de unge.
- Brugen af sociale medier er en normaliseret del af de unges hverdag. De unge peger dog selv på forskellige udfordringer, herunder at det er svært at koble fra. Derudover oplever nogle unge, at meget indhold på de sociale medier er kropsfikseret, og at dette negativt påvirker deres syn på dem selv.

Dette afsnit præsenterer de unges syn på og brug af sociale medier, da de unge i undersøgelsen i høj grad tillægger sociale medier stor værdi og betragter dem som værende en betydningsfuld komponent i deres hverdag. Generelt set var sociale medier ikke noget, de unge direkte påtalte eller reflekterede over, hvilket taler for, hvor naturligt og internaliseret et forhold de unge har til sociale medier. Dog er flere af de unge reflekterede omkring sociale medier grundet nedlukningen.



Indledningsvist beskrives, hvilke medier de unge anvender, og herefter beskrives, hvordan de sociale medier påvirker de unge, herunder hvordan de sociale medier er med til at understøtte samværet med andre unge, og hvordan de unge oplever, at de sociale medier påvirker deres selvforståelse.

6.5.1 De unges definitionen af sociale medier

Begrebet sociale medier er meget løst defineret af de unge og refererer til mange forskellige ting. Generelt benytter de begrebet, når de refererer til to ting: Først den nære kommunikation, man har med sine venner på video, tekst eller tale. Dernæst til den mere distancerede praksis, hvor man selv deler indhold og følger med i andres opslag.

De unges liv på sociale medier er i sig selv et vilkår for hverdagslivet og en karakteristisk del af det at være ung i dag. Det er derfor svært at argumentere for brugen af de sociale medier, som en enten positiv eller negativ faktor, der påvirker de unges trivsel entydigt godt eller dårligt. Snarere medierer de digitale platforme de unges socialitet. Eksempel foregår ting som bagtaleri, diskussioner, drilleri, både i og uden for den digitale verden. På den måde er den digitale verden snarere en forlængelse eller udvidelse af deres sociale arenaer, som derfor også har betydning for den enkeltes trivsel.

6.5.2 Brug af sociale medier

De unge fortæller, at de især bruger platforme og medier såsom Instagram, Snapchat, Facebook og TikTok. Samtidig viser interviewene, at de unge bruger forskellige medier og platforme til meget forskellige formål som vist i nedenstående tabel. For eksempel bruger de unge primært Snapchat og Facebook Messenger til at holde den nære kommunikation i løbet af dagen. Instagram, TikTok og Facebook bruges i højere grad til at dele indhold og følge med i andres delte opslag, hvilket typisk er til underholdning eller tidsfordriv.

Table 6.5.1 De unges brug af platforme og medier

Medie	De unges brug
Instagram	Dele billeder og følge med i andres billeder af deres liv, som deles som enten faste opslag eller daglige historier. De unge fortæller, at det ofte er polerede versioner af dem selv og andre, som bliver delt her.
Snapchat	Snapchat bruges af flere til kontinuerlig chat og billeddeling; her er et billede og tekst kun tilgængeligt i kort tid og bruges mest til at have kontakt eller snappe med sine venner.
Messenger	Messenger er efter Snapchat de unges mest foretrukne sted at chatte sammen. Det bruges af de unge til at skrive sammen både privat og i grupper.
TikTok	TikTok fungerer ved, at brugeren vises en lang stream af videosekvenser på 16-30 sekunder, som er lavet af TikTok-brugere fra hele verden, der er typisk dansevideoer og lignende. Der er flere af de unge, der bruger TikTok til tidsfordriv, men aldrig selv lægger noget op.
Facebook	Nævnes næsten ikke af de unge, kun i forbindelse med, at man skal søge eller selv slå mere officielle ting op, for eksempel til invitation til fester, fødselsdage, boligopslag, jobopslag eller lignende.

De unge i undersøgelsen beskriver selv, at de bruger i alt mellem 1-5 timer om dagen på sociale medier. Flere unge nævner selv, at deres forbrug var steget meget under nedlukningen, men det blev knyttet hertil, at deres forbrug afhang meget af den enkelte dag, og for eksempel om man havde set sine venner eller ej, hvor én's behov for at være social var blevet dækket. Flere beskriver også, at deres forbrug af sociale medier er bedre karakteriseret ved et kontinuerligt forbrug i gennem hele dagen, hvor man har telefonen i lommen og bruger den momentvis, når man får en besked eller notifikation. Typisk bruger de unge også mere intens tid på sociale medier om eftermiddagen og aftenen som en form for tidsfordriv eller underholdning.

Brugen af sociale medier bliver ikke opfattet som en aktivitet i sig selv, men snarere en måde at være sammen på, som falder de fleste unge meget naturligt. I det følgende citat beskriver en ung for eksempel, hvordan vedkommende er *sammen* med sine venner på Instagram:

"Jeg er meget sammen med mange af mine venner på Instagram og sådan noget, fordi det er sådan, vi snakker sammen. Og når vi så er fysisk sammen, laver vi faktisk aldrig rigtig noget, for det meste er vi bare på Instagram, selvom vi ligger ved siden af hinanden."

Den unge sætter her ord på en tendens, som flere af de unge piger bemærker, nemlig at de ofte er sammen på sociale medier samtidig med, at de er fysisk sammen og hænger ud. Disse to måder at være sammen på er derfor ikke gensidigt udelukkende, men den digitale samværsform bliver nogle gange kombineret med det fysiske samvær. For en anden ung er det vigtigt at kunne se hinanden i kommunikationen med sine venner, da tekstbeskeder ofte kan føre til misforståelser, hvor selv et billede kan være med til at skabe nuance i samtalen.

"Jeg synes, det er rarere at bruge Snapchat, fordi det er med billeder, der er det også nemmere at forstå, hvad folk mener med det, de skriver. Det synes jeg er rarere end en besked, for den kan du misforholke på mange forskellige måder."

Det er gennemgående, at de unge i deres brug af sociale medier vakler imellem nogle svære forhold, fordi de sociale medier både er en normaliseret måde at være sammen med sine venner på, men flere reflekterer også over vigtigheden af at kunne slukke eller logge af, da det kan blive et stort socialt pres at skulle være til stede i flere fysiske og virtuelle rum samtidigt. For eksempel

beskriver et par unge, at de har venner rundt omkring i landet, som de kun kan se i dagligdagen på sociale medier, hvilket for dem medvirker til presset omkring at skulle være på.

På den anden side, er der flere af de unge, der søger støtte i igangværende gruppesamtaler, de har med deres venner online. En ung beskriver, at hvis vedkommende oplever tvivl, har det akavet efter en fest, eller har brug for at søge trøst, så kan vedkommende hurtigt finde den støtte i sin gruppesamtale.

6.5.3 Selvforståelse og kropsidealer

I samtalerne om sociale medier skelner flere unge mellem to ting, der opsummerer deres måde at bruge sociale medier på. Først og fremmest benytter de unge sociale medier til at holde kontakt til venner og familie som beskrevet i ovenstående afsnit. For det andet handler det i høj grad om at følge med i fremmedes liv, typisk kendte eller influencere, eller blot tilfældige menneskers profiler, som platformenes algoritmer præsenterer for de unge.

Mange af særligt de yngre er optagede af at følge med i indholdet på forskellige sociale medier i deres dagligdag. De fortæller, at indholdet i høj grad påvirker deres mentale sundhed og synet på dem selv. Kropsfikseret indhold, og indhold som præsenterer de unge for kropsidealer, italesætter de unge som det, der har den største indflydelse på dem. Dette kommer særligt til udtryk, når de kigger på fremmedes profiler. En ung beskriver, hvordan hun savner, at det gængse kropsideal, som sociale medier fremmer, bliver udfordret:

"Det er kropsidealer, hvordan man skal se ud og alt det der. Jeg hader det virkelig, fordi du er født med én krop, og den skal du være glad for. Jeg kan virkelig ikke have de der tøser, der lægger noget op med, at nu skal de have lavet bryster eller lavet en fedtsugning, fordi de føler, at de er for tykke, og så er de ikke engang særligt tykke."

De unge, som har eller har haft en spiseforstyrrelse, oplever, at de er ekstra udsatte for det indhold, som de præsenteres for gennem sociale medier som illustreret i nedenstående citat:

"Jeg kan huske, da jeg havde spiseforstyrrelse for nogle år siden, hvor jeg sad en aften på Instagram og tænkte: 'Jeg gad egentlig godt se sådan der ud, fordi jeg gad faktisk egentlig godt kunne det, hun eller han kan'."

Flere af de unge, særligt de unge kvinder, føler et stort pres på sig selv, når de bliver konfronteret med indhold på sociale medier. De beskriver indholdet som meget kropsfikseret. Eksempler på kropsfikseret indhold eksemplificeres som billeder af deres venner eller fremmede i badetøj samt reklamer for slankeprodukter eller træningsvideoer, som de præsenteres for gennem anbefalet indhold. Flere af de unge piger er derfor begyndt at lave indstillinger på deres platforme og bevidst undgå at trykke på billeder, så de ikke får vist mere lignende indhold. Andre undgår at bruge bestemte platforme, hvis de i en periode har oplevet, at deres selvværd er lavt, eller at de er ekstra påvirkelige over for kropsfikseret indhold.

7 Ekspertes og praktikers syn på mental sundhed blandt børn og unge



Hovedpointer i kapitlet:

Dette kapitel bygger på interview med forskere, embedsmænd og praktkere, som til dagligt arbejder med børn og unge. Informanterne kommer med deres bud på årsager til den stigende mistrivsel, og hvordan de oplever dette i deres daglige virke. Herudover belyser de relevante danske indsatser, som har til formål at fremme den mentale sundhed blandt børn og unge.

Både forskere og embedsmænd er tilbageholdne med at udpege årsager til den stigende mistrivsel og fremhæver, at udviklingen ikke kan tilskrives én enkelt faktor. Informanterne peger derfor på flere forskellige forklaringsmodeller, herunder øget diagnosticering, strukturelle og kulturelle faktorer samt individuelle og sociale faktorer. Alle tre informantgrupper oplever, at der er kommet øget fokus på mental sundhed – både politisk og i praksis. Informanterne peger dog også på en række barrierer og kommer med forskellige fremadrettede anbefalinger, herunder:

- At styrke det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner og region.
- At forbedre overgange, for eksempel mellem daginstitutioner og skole.
- At evidensbaserede indsatser i højere grad implementeres efter forskrifterne, og at nye indsatser evalueres. Dette fremhæves især af forskerne, mens praktikerne i højere grad peger på et behov for at tilpasse indsatserne til en dansk kontekst og efterlyser hjælp til overblik og prioritering.
- At flere børn og især unge lærer, hvad mental sundhed er, og hvordan de selv kan fremme deres mentale sundhed.

På baggrund af interviewet har vi identificeret en lang række danske indsatser, som både omfatter universelle indsatser målrettet alle børn og unge og mere selektive og indikerede indsatser, som blandt andet er målrettet børn og unge (samt deres forældre) med forskellige psykiske problemer, særligt ADHD og depression.

Dette kapitel bygger på interview med 20 informanter, som repræsenterer forskere, embedsmænd og praktikere, som til dagligt arbejder med børn og unge. Formålet med denne kvalitative delundersøgelse er identificere og beskrive relevante danske indsatser med henblik på at iværksætte forebyggende indsatser. Informanterne kommer derudover med bud på årsager til den stigende mistrivsel, og hvordan de oplever dette i deres daglige virke. Slutteligt beskriver informanterne de udfordringer og barrierer, de oplever i praksis, og kommer med deres anbefalinger til fremtidige indsatser og fokusområder.

I afsnit 7.1 beskrives informanternes bud på årsager til den stigende mistrivsel. Her vil der blive introduceret fire forklaringsmodeller, som er et resultat af udsagn fra de 20 interview. Afsnit 7.2 belyser, hvordan informanterne i praksis arbejder med mental sundhed, samt hvordan fokus på og arbejdet med mental sundhed har flyttet sig igennem den seneste årrække. Dette afsnit er udsagn og holdninger fra især fremtrædende forskere og embedsmænd. Dernæst følger afsnit 7.3, der beskriver en række anbefalinger, som de 20 informanter mener kan medvirke til at fremme den mentale sundhed blandt børn og unge. Kapitlets sidste afsnit (7.4) belyser en lang række indsatser, som informanterne enten beskriver som gode eller særligt lovende.

Resultaterne er baseret på et semistruktureret interview, af 30 minutter til en time, med hver af informanterne. I rapporten citeres informanterne ikke ved navn, men udelukkende ved deres professionelle titel. I metodeafsnittet i rapportens bilag under afsnittet kvalitative metoder er informanternes navn, profession, målgruppen som informanten arbejder med, samt vedkommendes fokusområde i sit arbejde beskrevet.

7.1 Informanternes bud på årsager til den stigende mistrivsel



Hovedpointer i afsnittet:

- De fleste informanter beretter, at der kan være mange forskellige årsager til den stigende mistrivsel, og at det er svært at pege på en enkelt faktor eller en forklaringsmodel.
- Interviewene peger dog på, at særligt fire forklaringsmodeller dominerer informanternes forståelse af udviklingen. De fire forklaringsmodeller har vi kategoriseret under følgende temaer:
 - (1) diagnosticering og øget legitimitet for mistrivsel
 - (2) strukturelle og kulturelle faktorer
 - (3) individuelle faktorer
 - (4) sociale faktorer

I dette afsnit præsenteres informanternes bud på, hvorfor der er sket en stigning af dårlig mental sundhed og mistrivsel blandt børn og unge.

De fleste informanter beretter, at der kan være mange forskellige årsager til den stigende mistrivsel, og at det er svært at pege på en enkelt faktor eller en forklaringsmodel som illustreret i de to nedenstående citater.

"Vi kan komme med mange mulige bud på den stigende mistrivsel blandt børn og unge. Der er dog ikke et entydigt svar, fordi der er multiple indgangsvinkler til området. Derfor er det vigtigt område at forske i." (Formand for Databasen Børns Sundhed)

"Og alle, I spørger, vil jo sige, at i sidste ende så må det jo være en kombination af en række faktorer. Og en række faktorer, som også er uafhængige af hinanden, men forbundet i en samlet belastning på en eller anden måde." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

Generelt for både forskere, embedsmænd og praktikere gælder, at de er tilbageholdne i deres vurderinger og fremhæver, at det er svært at påvise præcis hvilke faktorer, der har drevet denne udvikling. Udvalgte informanter udtaler.

"Jeg vil stadigvæk sige problemet er, at vi ikke rigtig ved det, vi har ikke rigtig nogen sindssygt gode teorier." (Professor, Aarhus Universitet)

"Det er også altid sådan noget, som man bliver spurgt om, synes jeg, når vi er ude og holde oplæg, og som vi bare ikke... som vi desværre ikke ved særligt meget om." (Forsker, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

"Nej, fordi vi ved ikke tilstrækkeligt meget om det. Det, mener jeg, helt grundlæggende, er det overordnede svar her." (Seniorforsker, VIVE)

Men er det vigtigt at kende den nøjagtige årsag til børn og unges mistrivsel for at kunne igangsætte relevante indsatser? Dette spørgsmål stiller en af forskerne i interviewet.

"Hvor vigtigt er det, at man udpeger årsagerne, det vil sige, at man indkredser årsagerne til, at de har det svært? Bidrager det til løsningerne af problemerne? Det er ikke sikkert, at det gør det i praksis. For os forskere er det vigtigt, for vi vil gerne vide, hvad der er kernen. Hvor kommer det fra, og hvilke sammenhænge kan man finde? Men det er ikke sikkert, at det er vigtigt for de praktikere, der skal lave interventioner, om mistrivsel skyldes, at de har det svært med deres forældre, eller om det for eksempel skyldes forhold i skolen." (Seniorforsker, VIVE)

I forlængelse af seniorforskerens kommentar, skal det understreges, at der er stor viden om både risikofaktorer for mistrivsel og psykisk sygdom og positive faktorer, der fremmer den mentale sundhed. På samme måde viser en ny rapport fra Vidensråd for Forebyggelse, at der også findes evidens for både forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (3). Se afsnittet *Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser* for mere viden om en række lovende danske indsatser, udpeget af informanterne.

Interviewene peger dog på, at særligt fire forklaringsmodeller dominerer blandt informanterne. De fire forklaringsmodeller har vi kategoriseret under følgende temaer 1) diagnosticering og øget legitimitet for mistrivsel, 2) strukturelle og kulturelle faktorer, 3) individuelle faktorer, og 4) sociale faktorer. Mens faktorer relateret til individet (model 3) fylder mindst, og strukturelle og kulturelle faktorer (model 2) fylder mest, er dette dog ikke udtryk for, at den ene model er mere eller mindre plausibel, da de forskellige forklaringsmodeller og faktorer udelukkende er udtryk for informanternes egne forståelser. Det fremgår tydeligt af interviewene, at forskerne og embedsmændene er forsigtige i deres udtalelser om årsager til mistrivsel, mens flere praktikere er mere direkte i deres udsagn om forklaringerne på mistrivsel. Udsagn fra alle tre informantgrupper er inkluderet i forklaringsmodellerne nedenfor.

7.1.1 Diagnosticering og øget legitimitet af mistrivsel og psykisk sygdom

På tværs af de tre informantgrupper påpeges det, at det er blevet mere legitimt at indrømme, at man har problemer med sin mentale sundhed og trivsel. Med andre ord en øget tolerance for at indrømme, at man har det dårligt som illustreret i nedenstående citater.

"Der er kommet et andet fokus på dét at forholde sig til måske ikke at have det hundrede procent godt hele tiden, og det gør jo måske også, at der er flere, der melder sig på banen." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

"Der er flere, der italesætter mistrivsel nu, end der er for fem eller ti år siden, det tror jeg er rigtigt nok. Det er mere legitimt måske at få unge til at snakke om, at de er overudfordrede og har vanskeligt ved at orientere sig i alt det, som de skal, end der har været før." (Specialeansvarlig overlæge, Børne- og ungespsykiatri Sydjylland)

Flere informanter peger dog på, at dette ikke er ensbetydende med, at der ikke stadig eksisterer tabu omkring dét at mistrives eller at have en psykisk sygdom, men at denne tabuisering er knap så voldsom, som den har været tidligere.

Derudover fremhæver en professor fra Statens Institut for Folkesundhed, at han oplever, at der tidligere har været en underdiagnosticering af børn og unge i børnepsykiatrien, hvilket han blandt andet begrunder med, at der tidligere var lange ventetider på at få sit barn undersøgt. Han påpeger, at familier i dag ikke på samme måde oplever lang ventetid, hvilket gør det svært at vide, om der er sket en reel stigning i psykiatriske diagnoser, eller om det skyldes, at man i dag er blevet bedre til at opspore og diagnosticere unge med psykiske vanskeligheder.

7.1.2 Strukturelle og kulturelle faktorer

Flere af informanterne peger på, at årsager til den stigende mistrivsel blandt andet skal findes i ændringer i strukturelle og kulturelle faktorer i samfundet. Her peger informanterne for eksempel på stigende ulighed i sundhed, et øget pres på familien og familielivet fra arbejdsmarkedet, rammerne for børn i daginstitutioner og skoler. Derudover nævnes individualisering, præstationssamfundet og perfektionskultur, brugen af sociale medier, ambitioner og skuffelser.

Flere informanter peger derudover på rammerne i dagtilbud som en mulig forklaring på øget mistrivsel. De pointerer, at der blandt andet er kommet færre hænder i daginstitutionerne, hvilket giver mindre tid til de pædagogiske principper. Det bliver af en praktiserende læge udtalt, at han oplever, at der opstår udfordringer, så snart børn starter i institutioner.

"Jeg tror ikke i dagplejen, men når man begynder i institutioner eller oppe gennem skolen, så er der jo... så har vi større grupper end tidligere. [...] Det er simpelthen... det ligger i den tid, vi er i, at man opbevarer børn på en anden måde. Måske også når man kommer hjem, hvis børn leger sammen, så foregår det ofte indendørs i dag. Det er sådan nogle ting i tiden, det er ikke nogen ting, man kan mene er godt eller skidt, det er simpelthen bare observationer. Sådan er det." (Praktiserende læge, Vejen Kommune)

Det nævnes derudover af en specialeansvarlig overlæge fra Børne- og ungepsykiatrien, at for lidt tid med omsorgspersoner kan have konsekvenser for børns trivsel, hvilket kan komme til udtryk i deres unge år.

"En faktor kan være mindre tid hos omsorgspersoner og måske dét, at børnene allerede tidligt i deres opvækst har haft mindre spejling i voksne til at styre deres adfærd og relationer. Det er ikke nødvendigvis det, der sker, når man er 14-15, der går galt, det er det, der sker, når man er tre, fire, fem, der også er en udfordring. Fordi hvis man ikke har nogle forældre, der lærer én at håndtere éns frustrationer, så kan man måske klare sig igennem, så længe der er nogle voksne, der kan hjælpe med det, men når man så står på egne ben og er 14-15 år og ikke har lært sig at gøre det på egen hånd, så kommer man ud i problemer i det sociale." (Specialeansvarlig overlæge, Børne- og ungepsykiatri Sydjylland)

Flere af informanterne peger således på, at rammerne for børn allerede i institutionsalderen kan have stor betydning for deres trivsel, ikke bare mens de er børn, men også når de kommer ind i ungdomsårene.

Præstationssamfundet og perfektionskultur

Som det også nævnes af den praktiserende læge, oplever flere af informanterne, at rammer og reformer i skolen eller i uddannelsessystemet er med til at skabe et præstationssamfund, hvor børn og unge i en tidlig alder bliver bedt om at træffe valg om, hvilken vej i livet de ønsker at gå. Det påpeges blandt andet, at mange skoler har travlt med at lave skoleprofiler, hvor børn i en tidlig alder skal tage stilling til, dels hvilken skoleprofil de vil følge (det vil sige, hvilken retning de ønsker at vælge), dels hvilken vej de vil i deres videre skoleforløb. Mange af disse valg er op til barnet selv, hvilket en MIL-koordinator (koordinator for Målrettede Inkluderende Læringsmiljøer) fremhæver kan være svært for nogle børn og unge. Flere informanter oplever, at det danske system presser børn til at forholde sig til, hvad de gerne vil i erhvervslivet, i en meget tidlig alder, helt ned til 6. klassetrin. Det bliver derudover fremhævet af en leder for Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), at test og fokus på boglige målbare elementer hos eleverne fylder forholdsvis meget i forhold til andre kompetencer som kreativitet og mere praktiske intelligenser. En lang række

informanter nævner ligeledes, at en øget individualisering de seneste år kan have betydning for den stigende mistrivsel, hvilket også fremgår i litteraturen. For eksempel udtaler en informant fra Sundhedsstyrelsen:

"Vi tror jo helt sikkert, at der er noget omkring den fart, som børn og unge skal have på livet; at livet på mange måder er blevet lidt mere målrettet inden for de seneste ti års tid. Målrettet på den måde, at der er høje ambitioner for, hvad man vil have ud af livet, og der er høje krav til at levere i samfundet. Præstationssamfundet, som man kalder det, kombineret med denne her perfektionskultur, som jo så er en norm, som de unge lægger ved siden af det at skulle præstere på uddannelsesområdet." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

Informanten uddyber herefter, at dét at præstere handler om mange forskellige ting, som de sociale medier kan være med til at katalysere:

"Mange er optaget af, at de også skal præstere og kunne så mange andre ting, om det så handler om udseende, eller det er det spændende liv, eller det er den brede vennekreds, eller om det er en kombination af det hele, det ved jeg ikke [...] Og her kan de sociale medier forstærke opmærksomheden på det, som kaldes perfektionskulturen." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

En studie- og trivselsvejleder fra SDU påpeger, at mange unge har meget høje ambitioner til sig selv, hvilket hun mener også kan medføre, at de unge lægger et enormt pres på dem selv.

"De [studerende] ser det ofte som om, at det er noget ved dem selv, der er forkert, og at de ikke gør det godt nok, og de ikke arbejder godt nok, og de tænker forkert om sig selv, eller de er forkerte i det hele taget. Og det tænker jeg helt klart er en ny tendens. At nogle af de her krav, man måske godt kunne se førhen i samfundet, de er simpelthen blevet internaliseret." (Studie- og trivselsvejleder, SDU)

Samtidig påpeger studie- og trivselsvejlederen, at mange unge i høj grad bekymrer sig om at kunne træffe et godt valg fra starten, og at der dermed ikke er plads til at fejle. Netop denne pointe kommer også til udtryk i interviewet med MIL-koordinatoren, som ligeledes peger på, at især unge piger i udskoling er en udsat gruppe.

"Der er rigtig mange valg, og hvordan ved man, om man vælger rigtigt? Jeg synes faktisk, at piger i udskoling er en udsat gruppe. Der er sådan one way til drømmejobbet og drømmeuddannelse, og det er lidt det, de higer, altså prøver at gå i den retning. Man skal ikke lave så mange fodfejl, før den vej så ligesom er ødelagt, kan man sige." (MIL-koordinator, Esbjerg Kommune)

Øget individualisering, præstationssamfundet og perfektionskulturen, som i høj grad påvirker samfundet i dag, kan ifølge informanterne have betydning for, at flere børn og unge mistrives.

Sociale medier og skærmtid

Flere informanter deler synspunktet om, at de sociale medier kan medvirke til den øgede mistrivsel, eftersom disse platforme kan være med til at booste både perfektionskulturen og de unges høje ambitioner til livet. For eksempel udtaler en ledende sundhedsplejerske:

"Denne her generation af børn og unge mennesker, de er jo vokset op med sociale medier, de ved nærmest ikke, at de ikke altid har eksisteret, det kan de slet ikke sætte sig ind i. Så det er jo deres verden, og derfor får de jo deres omsorg og deres likes på de sociale medier."

[...] Så der er noget i det her. Det spejlbillede, de ser, når de selv ser i spejlet derhjemme, det er ikke det, der lever op til det, de gerne vil være, og det som alle andre er på de sociale medier. Jeg er ikke i tvivl om, at det har en effekt på børns trivsel og udvikling og særligt deres mentale trivsel og ensomhed." (Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune)

Hun uddyber yderligere, at det ikke kun er unge mennesker, der kan opleve trivselsproblemer som konsekvens af en særlig form for skærmtid. Hun belyser, at mindre børn kan opleve at være ensomme i deres eget liv, selvom de er sammen med deres forældre, fordi de ofte får tilbudt en iPad som børne-babysitter.

"Hvis du begynder at lægge mærke til det, så vil du se nogle af de her børn, de forventer ikke engang at få en opmærksomhed af deres forældre, når de er ude. Fordi forældrene er et andet sted. Og det tror jeg også, at vi kommer til at døje med, at vi er nødt til at finde på noget." (Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune)

Det fremhæves derudover, at det ikke handler om, at skærmtid skal forbydes, men at børn og unge skal have en fornuftig omgang med de sociale medier og skærmtid. Selvom der hersker denne skepsis over for de sociale medier, er det vigtigt at påpege, at flere af informanterne også nævner, at digitale platforme og sociale medier også kan have en positiv effekt i form af eksempelvis fællesskaber.

7.1.3 Individuelle faktorer

Denne forklaringsmodel fylder mindst blandt informanterne, hvilket som tidligere nævnt ikke er et udtryk for, at denne model er mindre plausibel, da de forskellige forklaringsmodeller og faktorer udelukkende er udtryk for informanternes egne forståelser. Søvn er den eneste individuelle faktor, som nævnes af flere informanter. De peger på, at den stigende mistroivsel formentlig hænger sammen med, at unge i stigende grad sover for lidt. Ifølge flere forskere har søvn stor betydning for børns og unges mentale sundhed, herunder for udvikling af angst, depression, ensomhed, skole-trivsel, livstilfredshed og smerter. Det kan således have en betydning, at børn og unge sover betragteligt mindre, end de gjorde for et eller to årtier siden, og at deres søvnkvalitet er forringet. Denne observation om, at søvn og dårlig søvnkvalitet kan have betydning for børns og unges mentale sundhed, fremhæves også i flere studier (10).

Forskningen peger på, at faktorer som overvægt og tidlig pubertet derudover også kan være individuelle faktorer, som kan påvirke børn og unges trivsel (10).

7.1.4 Sociale faktorer

Sociale faktorer fremstår også som en forklaringsmodel blandt informanterne. Her peger informanterne på faktorer som problematisk forældre-barn-relation, for lidt tid med omsorgspersoner og nye former for mobning. Her fremhæver en række informanter, primært repræsentanter fra praksis, at der er sket en ændring i måden, forældre opdrager deres børn på, og hvordan de tackler deres børns udfordringer. De peger på, at dette kan medvirke til den stigende mistroivsel.

En problematisk forældre-barn-relation nævnes ganske kort af flere informanter, der peger på, at især misbrug eller psykisk sygdom hos forældre kan have betydning for børns og unges trivsel. Konflikter i familien, såsom skilsmisse og boligsituationen herefter, forældres nye kærester,

arbejdsløshed blandt forældrene, økonomi og dødsfald i familien, kan ifølge informanterne også spille en rolle.

Ny børne-ungegruppe i mistrivsel

En dagtilbudsleder peger på, at der generelt i dag er mange krav til familien, og at forældrene har meget at skulle leve op til. Hun nævner, at hun igennem de sidste 12 år i ledelsesfaget (både i skole og dagtilbudsregi) har oplevet, at der er flere forældre, der har behov for vejledning til, hvordan de skal forholde sig til opdragelse og trivsel.

"Jeg synes, vi oplever, at nogle forældre kan være usikre på forælderrollen, så forældrevejledning fylder nogle gange meget i hverdagen. Vejledningen er dog vigtig, da denne sparring i den grad kan have indvirkning på barnets trivsel samt trivslen i hjemmet." (Dagtilbudsleder, Billund Kommune)

Denne udvikling, hvor flere forældre har behov for vejledning, er en tendens, som også har været tydelig i en kommunal familieafdeling. Familie- og forebyggelseschefen fremhæver, at der de seneste 10 års tid er kommet et nyt klientel i afdelingen.

"Altså for seks-syv år siden, der ville der stort set ikke være nogen i familieafdelingen, hvor man kunne sige, at det var egentligt almindelige familier, der kom og henvendte sig. [...] Jeg er ret sikker på, at en tredjedel af de sager, de sociale sager, vi har, det kommer fra nogle familier, hvor man kan sige, de har en god økonomi. Forældre, der ikke sådan selv har sociale problemer. Så det er en tendens, som jeg kan se." (Familie- og forebyggelseschef, Middelfart Kommune)

Flere praktikere peger på, at disse mere ressourcestærke familier har svært ved at tackle de udfordringer, som deres børn har, og at de har en forventning om, at nogle professionelle skal tage over, og at de dermed selv kan slippe problemet. Denne fremstilling af forældrene fremhæver flere af praktikerne er karikeret, men det tegner et billede af en tendens i samfundet, hvor flere børn og unge, fra alle sociale lag, mistrives, og at mange forældre har svært ved at tackle de udfordringer, som deres børn har.

Familie- og forebyggelseschefen peger derudover på, at mange af disse børn fra mere ressourcestærke familier henvender sig med andre udfordringer end set tidligere. Her nævnes blandt andet angst og selvskadende adfærd, såsom cutting og spiseforstyrrelser. Derudover nævner han, at der også er et større antal forældre, der kommer som resultat af en for løs opdragelse, hvor de har en forventning om, at kommunen skal løse de problemer, som deres børn står overfor. Med andre ord er det en helt anden attitude, som disse forældre kommer med, end tidligere set. For 8-10 år siden oplevede Familie- og forebyggelseschefen, at de sager, de havde, hvor børnene havde udfordringer, skyldtes, at de ikke er blevet mødt på deres behov, fordi forældrene har haft et misbrug, har mistet deres arbejde og deres identitet – hvad han kalder mere klassiske sociale problemstillinger. Han pointerer hermed, at der er tydeligt, at klientellet har ændret sig.

Flere praktikere peger også på, at denne opdragelsesmåde har indflydelse på børns og især unges forventning til livet og deres følelser af at være en fiasko, hvis de fejler eller ikke føler sig lykkelige hver dag. Dette bliver eksemplificeret med de såkaldte 12-talspiger, som er ulykkelige, hvis ikke de får 12, hvilket ifølge en praktiserende læge hænger sammen med, at disse piger har haft en forventning om, at det skulle være nemt, og at de ikke skulle have noget at slås med.

"Men i dybden er det nok en skuffelse over at 'det er sværere, end jeg havde regnet med. Der var ikke nogen, der fortalte mig, at det skulle være svært'." (Praktiserende læge, Vejen Kommune)

Set fra et studie- og trivselsvejlederperspektiv på videregående uddannelser er der den seneste årrække ligeledes ikke kun sket en udvidelse af, hvilken gruppe af studerende der henvender sig, men også hvor svært, de har det.

"Det behøver ikke at være en studerende, som er hårdt belastet [som kommer fra en hård baggrund], eller som ikke har ressourcestærke forældre derhjemme, der kommer [til studie- og trivselsvejledningen]. Mange af de studerende, vi ser, som der mistrives, jamen de har ofte en ressourcestærk baggrund. Eller mange af dem har i hvert fald. De har måske også familier, som har bakket dem op og har sagt til dem: 'prøv at høre her, du vælger lige det, du vil. Jeg skal nok støtte dig uanset hvad'. Og det tænker jeg, det er i hvert fald en ny tendens." (Studie- og trivselsvejleder, SDU)

At flere børn fra ressourcestærke familier mistrives er ifølge informanterne, og især praktikerne, en ny tendens, som kan være med til at forklare den stigende mistrivsel.

Mobning

En anden social risikofaktor for mistrivsel og dårlig mental sundhed er ifølge informanterne mobning. En forsker påpeger dog, at der er sket et fald i mobning, hvorfor dette ikke kan være en forklaring på den stigende mistrivsel. Dette til trods for, at en ny form for mobning er udsprunget på de digitale medier.

"Og det er rigtigt nok, at samtidig med at den fysiske mobning i skolen blandt børn er faldet betydeligt, så er der vokset en internetmobning op, eller cyber bullying, men jo slet ikke i samme omfang som det, vi tidligere har set med direkte fysisk mobning. Slet, slet ikke samme omfang. Der er en del børn, der bliver udsat for det, men det vil sjældent være noget, der er sådan repetitivt og gentager sig skoleår efter skoleår. Så det er altså kvantitativt set betydeligt mindre, det der er kommet oveni." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Professoren fremhæver derudover, at effekten af de to former for mobning, den fysiske og den digitale, er den samme på måden, de er belyst nu. Han understreger dog, at effekterne i dag er langt værre end tidligere antaget.

"Man har undersøgelser, som viser fuldstændig uhyggelige konsekvenser af mobning. Det er på linje med børnemishandling i hjemmet. Altså øger risikoen for psykisk sygdom og fattigdom og skilsmisse og stofmisbrug og karakterforandringer og psykiske sygdomme og så videre, når børnene bliver voksne." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Selvom mobning kan have alvorlige konsekvenser for den mobbede, peger professoren på, at mobning ikke kan forklare den stigende mistrivsel, da der i de seneste år er sket et fald i mobning.

7.2 Mental sundhed og trivsel i praksis



Hovedpointer i afsnittet:

- Informanterne oplever, at der det seneste årti er kommet mere fokus på mental sundhedsfremme og forebyggelse – det gælder både på det politiske og det praktiske niveau.
- På tværs af de tre informantgrupper er der fokus på at fremme den mentale sundhed ved at sætte ind i de arenaer, hvor børn og unge lever deres daglige liv. Det kræver dog, ifølge informanterne, et fortsat fokus på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, og at den mentale sundhed også tænkes ind i tilbud, som ikke har mental sundhed som det primære formål.

I dette afsnit beskriver vi, hvordan informanterne i praksis arbejder med mental sundhed, samt hvordan fokus på og arbejdet med mental sundhed har flyttet sig igennem den seneste årrække. Dette afsnit er udsagn og holdninger fra fremtrædende forskere og embedsmænd.

7.2.1 Øget (politisk) fokus på mental sundhed og sundhedsfremme

Ifølge forskerne og embedsmændene er der det seneste årti kommet større fokus på (mental) sundhedsfremme. En specialkonsulent fra Sundhedsstyrelsen forklarer, at den sundhedsfremmende tilgang fylder mere og mere. Ifølge specialkonsulenten arbejder Sundhedsstyrelsen primært med rammer og strukturer, der kan understøtte arbejdet med at fremme mental sundhed og skabe opmærksomhed på mistrivsel og dårlig mental sundhed i samfundet. En del af arbejdet består i at identificere, dels de arenaer man befinder sig i gennem livet, dels de væsentlige strukturelle tiltag, redskaber og rammer, som kan være medvirkende til at understøtte god mental sundhed. På børne- og ungeområdet nævner han arenaerne svangeromsorgen, daginstitutioner, skoler, ungdomsuddannelser og videregående uddannelser. Her arbejdes der blandt andet med sundhedsplejens rolle og på at skabe overblik over eksempelvis sundhedstjenestens arbejde, de pædagogiske lærerplaner i daginstitutionerne og skolereformens formål med at skabe trivsel. Dermed fokuseres på de arenaer, hvor befolkningen lever det daglige liv.

"Mental sundhed handler om det levede liv, og man lever ikke livet på hospitalet, og man lever ikke livet hos den praktiserende læge. Man lever det jo i en daginstitution, eller i en skole, eller i en fritidsordning, eller i foreningsliv, eller på et arbejdsmarked, ja i uddannelsessektoren, altså det er jo dér, det leves. Vi er ikke myndighed på mange af disse områder, der findes andre styrelser, som har det som deres område, men vi er optaget af at arbejde på tværs med dette sundhedsområde." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

Flere praktikere fortæller, hvordan de er begyndt at flytte fokus fra de udfordringer, som det enkelte barn oplever, til i højere grad at fokusere på konteksten, hvor disse udfordringer udspiller sig. For eksempel fremhæver MIL-koordinatoren, at der er sket en stor positiv udvikling inden for området AKT (Adfærd, Kontakt, Trivsel) og MIL (Målttede og Inkluderende Læringsmiljøer). Hvor de førhen tog børn, der havde udfordringer i klassen, ud af klassekonteksten og tacklede problemerne der, fokuserer de i dag i højere grad på at lave klasseindsatser og opkvalificering af lærerne. Denne tendens med at se på kontekst frem for udelukkende at se på det individuelle barn, ses også i en kommunal familieafdeling. Her har de udviklet et trivselsværktøj, kaldt handleguide, som bliver benyttet af fagprofessionelle i både dagtilbud og skoler til at vurdere trivsel. Frem for at

vurdere barnet ud fra en farvekategori (grøn, gul, rød), vurderer de med farvekoderne i dag den *position* barnet befinder sig i, det vil sige en erkendelse af, at børnene bliver bragt i nogle positioner, hvor deres trivsel er grøn, gul eller rød. Konteksten er dermed kommet i fokus. Ligeledes bliver det i et interview med en dagtilbudsleder tydeligt, at Sundhedsstyrelsens fokus på lærerplaner skinner igennem i praksis. Hun beskriver i interviewet, hvordan deres fokusområder i institutionen er bestemt af dels den styrkede pædagogiske læreplan under dagtilbudsloven, dels kommunens politikker og institutionens egne prioriteter.

For bedst muligt at arbejde med det *det levede liv* og de strukturer, der går på tværs af de arenaer, børn og unge befinder sig i, kræver det ifølge specialkonsulenten fra Sundhedsstyrelsen et samarbejde på tværs af styrelser. Her nævner han, at det er forholdsvis nyt at kigge på samfundsmæssige strukturer, der ligger uden for deres eget område. I forhold til et samarbejde om at fremme mental sundhed er der endnu ikke etableret formelle samarbejder på tværs af styrelserne, men han fortæller, at der er kommet opmærksomhed til at skabe en samarbejdsform. Det kommer for eksempel til udtryk med det fælles samarbejdsforum, som er skabt omkring udarbejdelsen af den nye 10-årsplan for psykiatrien.

Også en chefkonsulent fra Sund By Netværket fremhæver vigtigheden af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Hun fremhæver, at en af grundstenene i netværkets temagruppe Mental Sundhed er at dele viden, søge inspiration og samarbejde på tværs af kommunerne. Det omfatter både samarbejde på tværs af forskellige kommunale driftsområder og afdelinger samt de tilhørende fagligheder og uden for den kommunale organisation. Hun udtaler:

"Grundlaget for det gode liv skabes på mange forskellige arenaer, hvor langt fra alle er institutionaliserede, for eksempel familien, men også bredt ud i civilsamfundet og gennem foreningslivet og andre fællesskaber." (Chefkonsulent, Sund By Netværket)

Et tværsektorielt samarbejde mellem kommuner og regioner bliver af informanter fra praksis også vægtet højt, hvilket især bliver tydeligt i de interview, der handler om børn og unge i gråzoner (det vil sige børn og unge, som ikke er syge nok til at blive tilknyttet psykiatrien, men har behov for støtte i hverdagen). Ifølge en specialeansvarlig overlæge i Børne- ungespsykiatrien returnerer de i Sydjylland omkring 15-20 % af de henvisninger, de får fra henholdsvis praktiserende læger eller kommunale indsatser med en anbefaling om, at der i første omgang bliver startet nogle forløb i primært kommunalt regi. For at sikre, at der ikke tabes nogle børn og unge i denne proces, fortæller han, at de i regionen har etableret samarbejder på tværs af kommuner og region, hvor de har fokus på børn og unge, der befinder sig i gråzoner. Han fremhæver, at der har været stor samarbejdsvillighed mellem alle parter.

Hvor Sundhedsstyrelsen har en 'naturlig' rolle i arbejdet med mental sundhed, beskriver to ansatte, en fuldmægtig og en jurist ved Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR), hvordan de i deres arbejde med uddannelseshjælp for unge under 30 år har fået et større blik for mental sundhed, selvom det ikke er et særskilt fokusområde i STAR. Ifølge de to embedsmænd har nogle af de unge, der modtager uddannelseshjælp, psykiatriske diagnoser. Hos STAR arbejder de ud fra en forståelse af, at det er muligt at arbejde uddannelsesrettet parallelt med, at den unge får behandling for sin psykiske sygdom.

"Vi tror på en uddannelsesrettet indsats, at indsatsen faktisk også kan bidrage til at øge trivslen for nogle af de her unge ved at give dem nogle succesoplevelser for eksempel. Eller øge hjælpen til at øve sig i hverdagsmestring. Det der med at komme op om morgen og få noget struktur på tilværelsen. Ja. Det er i hvert fald noget, der gennemsyrrer mange af vores projekter." (Fuldmægtig, STAR)

Det fremhæves i citatet, at der i STAR er fokus på helbredsmestring – altså hvordan den unge selv kan mestre sine udfordringer. De peger på, at det for mange af de unge ikke handler om at blive kureret for en diagnose, men om at lære at mestre livet med diagnosen, hvilket de peger på også er et tema som fylder i kommunerne, og som de er opmærksomme på i jobcentrene.

"Det er også noget, vi selv siger, at vi får mere og mere fokus på for den her gruppe." (Fuld-mægtig, STAR)

En anden politisk aktør, som ligesom styrelserne også vægter det tværsektorielle samarbejde højt, er Danske Regioner, repræsenteret af en teamleder. Hun forklarer, at de i regionerne har fokus på at generere viden om, hvad der fremmer god trivsel, og hvordan der kan sættes ind over for børn og unge, der mistrives. Derudover fokuserer de på, hvad der har effekt i forhold til specifikke målgrupper, herunder at forebygge decideret psykisk lidelse hos de unge, hvor mistrivslen udvikler sig alvorligt. Ligeledes er der opmærksomhed på, hvordan regionerne kan understøtte for eksempel PPR, lærere, pædagoger og almen praksis i deres arbejde med mistrivsel. Desuden forklarer hun, at de i Danske Regioner også ønsker at skabe større forpligtigelse til samarbejdet om forebyggelse på tværs af stat, regioner og kommuner og med involvering af alle relevante parter på tværs af velfærds- og politikområder. Hun forklarer, at der i dag mangler en national politisk ramme, der forpligter politiske niveauer og sektorer til at tænke trivsel og sundhed, herunder også mental sundhed, på tværs af politikområder.

Et konkret forslag til at indtænke mental sundhedsfremme på tværs af sektorer er fra Danske Regioner at indføre en folkesundhedslov, som dels har til formål at skabe mere social lighed i sundhed, og dels skabe mere sundhed bredt, som skal hjælpe til at skabe et bæredygtigt samfund.

"Folkesundhedsloven skal også have fokus på trivsel med sammenhæng til, at vi ved, at sundhed og lighed i sundhed skabes så mange andre steder end i sundhedsvæsenet. Det er et fælles samarbejde på samfunds niveau at komme ulighed til livs, og det gælder også uligheden i forhold til dårlig mental sundhed." (Teamleder, Danske Regioner)

Teamlederen fremhæver, at alle parter må samarbejde endnu tættere, med afsæt i de enkeltes ansvarsområder og ekspertiser, og løse udfordringerne ved en tværgående indsats. Hun påpeger, at regionernes rolle i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde kan være at bidrage med data, analyser og viden, som både kommuner og andre lokalsamfundsaktører kan benytte til at tilrettelægge indsatser. Hun fremhæver også, at regionerne i dag i højere grad påtager sig en faciliterende rolle i forhold til de brede partnerskaber og har fokus på at følge indsatser og dokumentere, om de virker. Hun afslutter interviewet med at tydeliggøre, at bedre trivsel blandt børn og unge kræver et nationalt politisk fokus som rammesættende for en fælles indsats.

"Altså jeg synes, det kunne være fedt at tydeliggøre fuldstændig, at det kræver, at der er politisk handlekraft og politisk vilje, hvis børn og unges trivsel skal blive bedre, så skal det øverst på dagsordenen nationalt. [...] Og så synes jeg, det er vigtigt hele tiden at have det sociale ulighedsperspektiv med, fordi vi ser, at kløften mellem dem, der lever længere, og dem, der lever kortere, bliver større, også selvom vi ved, at gennemsnitslevealderen stiger, så er det jo ret vildt, at der er nogle grupper, der ikke får samme gavn af de ekstra leveår." (Teamleder, Danske Regioner)

Ikke kun Danske Regioner ønsker et styrket samarbejde mellem regioner og kommuner, men det er også et ønske, som kommer fra kommunerne, fremgår det i interviewene med praktikerne. Dette vil blive beskrevet yderligere i næste afsnit *Nye tendenser i praksis*. Lederen af Center for

Forebyggelse i praksis, KL, fremhæver, at hun i høj grad ønsker et fokus på hele børne-ungegruppen, når der snakkes mental sundhedsfremme og forebyggelse. Hun fortæller, at KL med forebyggelsesudspillet *Forebyggelse for fremtiden 2018* har sat børns og unges trivsel og mentale sundhed i højsædet⁶ – en politisk linje, som man kan se på tværs af de politiske aktører (SST, STAR, Danske Regioner og KL). Hun pointerer yderligere, at der i kommunerne er sket en stor udvikling i forhold til indsatser rettet mod fremme af mental sundhed og forebyggelse af mistrivsel siden Sundhedsstyrelsens lancering af Forebyggelsespakken Mental Sundhed i 2012.

"Mental sundhed er jo et relativt nyt område at betragte som folkesundhed og som en primær forebyggelsesopgave. [...] Jeg synes, der er sket virkelig meget siden, det var jo i 2012, at den kom. Der er sket virkelig meget siden i kommuner. Noget af det, der er sket, er, at der er blevet lavet en del kortlægninger af, hvad der egentlig foregår [i kommunerne]. Derefter er der igangsat indsatser, hvor der manglede, eller der er blevet skabt synergi mellem, de eksisterende indsatser". (Leder af Center for Forebyggelse i praksis, KL)

Arbejde med mental sundhed blandt børn og unge sker ifølge eksperterne på meget forskellige niveauer og både implicit og eksplicit. For eksempel arbejder sundhedsplejen implicit med sundhedsfremmende tiltag, mens mere bevægelse i skolen eksplicit kan være med til at skabe bedre trivsel. Dette bliver blandt andet tydeligt i interviewet med en specialkonsulent fra KL, i hendes beskrivelse af sit arbejde i KL:

"Så når vi for eksempel har været meget optaget af at fremme bevægelse i skolen, at der skal være de her 45 minutters bevægelse hver dag for skoleeleverne [...] det er jo noget, vi gør, fordi vi tror, at det faktisk fremmer børns trivsel, at der er en afvekslende, varieret skoledag. Så derfor er det jo ikke sådan, at der altid står trivsel øverst på indsatsen, men det er tænkt ind i forhold til de valg og de politiske prioriteringer, der bliver foretaget for organisationen [KL]." (Specialkonsulent, KL)

Arbejdet med mental sundhed er eller kan ifølge informanterne således være allestedsnærværende afhængigt af fokus og kontekst. Pointen, at mental sundhed ikke altid er det primære fokuspunkt, men det til trods er en vigtig medspiller i de fleste tilbud, gør ifølge informanterne arbejdet med mental sundhed afgørende, men også politisk udfordrende at prioritere, afgrænse og afsætte ressourcer til. Dette kommer til udtryk i en række udfordringer, som vil blive beskrevet i næste afsnit.

⁶ Her henvises særligt til pejlemærke 2) Alle børn skal have en sund start på livet, der fremmer deres trivsel, udvikling og læring, 3) Alle unge skal have plads i fællesskabet og komme godt på vej i uddannelse og job, og 6) Flere skal leve et liv med bedre mental sundhed og trivsel.

7.3 Barrierer og anbefalinger



Hovedpointer i afsnittet:

- Især forskere og embedsmænd peger på, at der er behov for, at evidensbaserede indsatser implementeres efter forskrifterne, og at nye tiltag evalueres. Praktikerne peger på, at det kan være svært at prioritere, hvilket områder og indsatser der skal prioriteres, og at de har behov for hjælp til at skabe et overblik. Praktikerne fremhæver også behovet for at evidensbaserede indsatser, som er udviklet i andre lande, tilpasset den danske kontekst.
- Flere af informanterne peger også på et behov for, at flere børn og især unge skal lære, hvad mental sundhed er, og hvordan de selv kan fremme den. Der er ligeledes behov for at give dem nogle gode redskaber til at navigere i hverdagen. Der er derimod uenighed om, hvordan prioriteringen af universelle, selektive og indikerede indsatser skal være.
- Informanterne fremhæver, at der er behov for at styrke overgangene, herunder at videreføre sprog og redskaber omkring mental sundhed fra den ene arena til den anden, for eksempel i overgangen fra børnehave til skole. Derudover understreger alle informanterne et behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner og regioner.

I dette afsnit beskrives de udfordringer og barrierer, som informanterne oplever i arbejdet med at fremme den mentale sundhed blandt børn og unge, og deres bud på, hvordan man kan styrke indsatsen på området.

7.3.1 Bedre implementering og evaluering

Især forskerne peger på, at det er en udfordring, at der typisk findes en myriade af forskellige indsatser i kommunerne, herunder i dagtilbud og skoler, hvoraf størstedelen af indsatserne ikke bliver evalueret og/eller implementeret som forskrevet. Det betyder, at selvom indsatserne bygger på et evidensbaseret program, så er det uvist, om de virker, fordi de har en lav fidelitet (det vil sige graden af nøjagtighed, hvormed et program/en indsats er implementeret).

Mange af de programmer og indsatser, der implementeres i Danmark, udspringer fra international forskning, påpeger flere informanter. Ifølge forskerne vælger de lokale institutioner dog ofte at tilpasse indsatsen for eksempel på baggrund af egne erfaringer.

"Når man går lidt ned i detaljen og ser på implementeringen af de forskellige programmer, der er, og mange af dem udspringer internationalt, så gør skolerne og kommunerne ikke helt, som der står i bogen. Fordi så finder skolen ud af, at 'det er jo lidt bedre at gøre det på vores måde, det er vi vant til.' Og børnehaverne siger 'jæ, men vi har hørt, at det er bedre, hvis man dropper det element og gør lidt mere ud af dette her.'" (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Forskerne oplever også, at det er problematisk, at der hele tiden bliver opfundet nye tiltag, som ikke bygger på videnskabelig evidens, og som ikke bliver evalueret efterfølgende.

"Og der er også en række selvopfundne [indsatser], så der er meget stor aktivitet på området her. Der er næsten ikke den kommune, hvor der ikke foregår et eller andet, i en eller anden daginstitution eller skole." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Blandt de indsatser, der rent faktisk bliver evalueret, er der, ifølge forskerne, mange, der har en effekt, selvom det ofte er små effekter. Indsatserne koster næsten ingen penge, og der findes næsten aldrig negative effekter (at indsatserne er skadelige for deltagerne). For eksempel kan man på flere indsatser måle effekten på, at børn bliver mindre angst og deprimerede, at børn bliver bedre til at tackle mobning, og at den almene trivsel for børn med ADHD forbedres. Derfor er der behov for en bedre evalueringsindsats af afprøvede og implementerede programmer.

"Det er bare ærgerligt, at der bruges så mange kræfter på noget, der ikke er evalueret, eller så få kræfter på at evaluere, og så få kræfter på at vidensdele." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Flere embedsmænd fremhæver også problematikken omkring den manglende viden om effekten af de indsatser, der igangsættes.

"Der er jo ikke nogen tvivl om, at der foregår virkelig gode ting. Det er bare ikke systematisk. [...] Så der er behov for, at vi bliver lidt bedre til at se på, hvad der egentlig har en effekt, og hvad man eventuelt så kunne prioritere at udbrede. Så der bliver man nødt til at have en lidt systematisk tilgang til det og have adgang til data for området." (Teamleder, Danske Regioner)

Praktikerne oplever dog, at det ikke er så ligetil at omsætte evidens til praksis. I citatet nedenfor forklarer en familie- og forebyggelseschef for eksempel, hvordan det kan være en udfordring at navigere i den store mængde viden og evidens på området.

"Noget af det, der udfordrer os lidt, det er det der med, at der kommer jo et hav af analyser på det her område her, altså med unges trivsel. Det der med egentlig at have, og nu er vi jo en lille kommune, vi skal simpelthen have nogle, der kan tygge de der rapporter igennem og hjælpe os lidt med at sige, hvilke nogle vi skal læne os op ad, hvilke nogle skal vi handle på." (Familie- og forebyggelseschef, Middelfart Kommune)

Familie- og forebyggelseschefen pointerer, at denne vejledning er nødvendig for at hjælpe kommunerne med at prioritere og træffe gode beslutninger. Familie- og forebyggelseschefen ligger vægt på, at det både handler om at få hjælp til at vælge hvilken målgruppe, der især har behov for en indsats, at vælge de rigtige indsatser, og at implementere dem med høj fidelitet.

Derudover fremhæver flere af praktikerne, at de indsatser, som er udviklet i et andet land, ikke altid kan overføres direkte til Danmark. Her fortæller en ledende sundhedsplejerske, at mange af metoderne kommer fra USA og derfor ikke har kunnet overføres nemt til en dansk kontekst. Hun sætter derfor stor pris på, når metoder fra start udvikles til en dansk kontekst, som det blandt andet ses ved PUF-programmet. For yderligere beskrivelse se afsnittet *Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser*.

Det handler således ikke altid om, at praktikerne ikke gerne vil implementere evidensbaserede indsatser, men de oplever også nogle udfordringer i forhold til, hvorvidt det kan lykkes, blandt andet

grundet ressourcer, økonomi og manglende viden og vejledning til, hvilke områder og målgrupper der skal prioriteres, og hvilke indsatser de skal vælge.

7.3.2 Bedre kendskab til mental sundhedsfremme

Flere af informanterne peger også på et behov for, at flere børn og især unge skal lære, hvad mental sundhed er, og hvordan de selv kan fremme den. En måde at skabe denne viden på er blandt andet gennem folkeoplysning, fremhæver projektchefen for *ABC for mental sundhed*. Hun fortæller, at de i *ABC for mental sundhed* arbejder både på individ- gruppe- og samfundsniveau. ABC arbejder ud fra to ben; 1) folkeoplysning om mental sundhed, og hvad man kan føre for at fremme den, 2) etablering af de bedste rammer og betingelser for, at man kan engagere sig i A (gør noget aktivt), B (gør noget sammen) og C (gør noget meningsfuldt). Mental sundhed er ifølge projektchefen noget, vi skaber sammen, og vi påvirker og påvirkes af vores omgivelser. For at kunne skabe de bedste rammer og betingelser for den enkelte er *ABC for mental sundhed* organiseret som et stort partnerskab på tværs af forskere, kommuner, foreninger og organisationer, som alle arbejder i den samme retning for at fremme befolkningens mentale sundhed. Mental sundhed er en kontinuerlig proces igennem hele livet og skal styrkes og vedligeholdes på lige fod med fysisk sundhed. Se også *ABC FOR MENTAL SUNDHED – fra retorik til handling* (125) og <http://www.abcmentalsundhed.dk/>.

En anden forsker pointerer, at det handler om at give børn og unge redskaberne til at kunne navigere i verden, så de bedre kan håndtere de problemstillinger, de står overfor.

"Hvis du giver unge mennesker redskaberne til bedre at navigere i verden, så vil du uanset hvad. [...] ... klæde dem bedre på. Hvis det nu er, at de måske overreagerer på simple symptomer, så vil de bedre kunne få den fornemmelse, og hvis det så er, at de virkelig har det skidt, så vil de måske være mere åbne for at række ud og kunne håndtere det. Så jeg tror man skal have en strategisk tilgang." (Professor, Aarhus Universitet)

At unge mennesker har behov for at få nogle redskaber, så de ikke kun lærer at navigere, men også lærer at arbejde med deres egen mentale sundhed, er et synspunkt, som en studie- og trivselsvejleder deler. Hun fortæller, at de på SDU har stor succes med webinarer og gruppeforløb. Her kan de studerende få nogle værktøjer til at håndtere hverdagens udfordringer, og samtidig har forløbene en form for peer-to-peer tilgang, fortæller hun. De unge sidder sammen med andre unge, som har det ligesom dem selv og kan få viden om, hvordan de har håndteret deres udfordringer.

"Du kan give rigtig, rigtig mange gode redskaber og også fortælle om, hvordan du selv havde det, da du gik på universitet, men det gør bare noget andet at høre det fra ligesindede." (Studie- og trivselsvejleder, SDU)

For at kunne formidle viden og redskaber til børn og unge, så de kan styrke deres mentale sundhed og dels kan lære at navigere i samfundet, er der ifølge flere informanter behov for vidensformidling blandt de mennesker, som arbejder med mental sundhed.

"Så spørgsmålet er, hvordan er det, vi laver det der koncept, hvor vi egentlig føler, at dem, der vokser op, får så balanceret en fornemmelse i forhold til mental sundhed. Hvad der er vigtigt at kaste opmærksomhed på, og hvad er måske ikke er så vigtigt? [...] Der skal en eller anden form for vidensformidling, som skal være grundlæggende og gå på tværs af de mennesker, som arbejder med det [mental sundhed], fordi hvis vi arbejder ud fra et fælles grundlag, så er det bare lidt nemmere at samarbejde. Så jeg tror samarbejdet på tværs af

*fagligheder, det ville være mit primære bud [hvordan vi kan bremse den negative udvikling].”
(Professor, Aarhus Universitet)*

Informanten peger her på, at det første skridt for at kunne guide vores børn og unge er, at der skabes et fælles grundlag for, hvordan vi arbejder med mental sundhed, og hvordan forskellige fagligheder kan samarbejde på det område.

7.3.3 Bedre tværsektorielt samarbejde

Flere af praktikere fra kommunerne og regionerne peger på, at de oplever et behov for et styrket samarbejde mellem netop kommuner og region. For eksempel nævner en familie og forebyggelseschef, at han har et ønske om et stærkere samarbejde om sårbare gravide med blandt andet de praktiserede læger og med fødeafdelinger og jordemødre på hospitalerne.

Ønsket om et styrket samarbejde mellem region og kommune fremhæves også af en leder af PPR. Han fremhæver, at der er behov for mere systematiske arbejdsgange på tværs af det kommunale og regionale område for at sikre, at der ikke er børn og unge, der falder mellem to stole. Han fortæller også, at der er et bredt ønske om at tilbyde mere lavintensitetsbehandling i kommunerne. Han vurderer dog, at det kræver, at der sættes fokus på rammerne for kommunernes rolle og behov for blandt andet support og sparring fra regionen. Han peger derudover på, at der er behov for at arbejde med at etablere et fælles sprog, hvilket kræver, at regionen og kommunerne får et større kendskab til hinandens indsatser.

Netop denne støtte fra regionen peger familie- og forebyggelseschefen også på:

”Og den store opgave for regionen er jo netop, at kommunerne er forskelligt bygget op, så derfor skal der også nogle forskellige samarbejdsmodeller til. Det kan vi godt mærke på regionen, at det selvfølgelig er en opgave at få det udbygget.” (Familie- og forebyggelseschef, Middelfart Kommune)

Som repræsentant for regionen fremhæver en specialeansvarlig overlæge fra Børn- og ungespsykiatrien, at kommunerne benytter mange forskellige screeningsinstrumenter til opsporing af børn og unge, som mistrives, og at der er stor forskel på hvilke tilbud og indsatser, der findes i de forskellige kommuner. Han påpeger derfor, at en højere grad af harmonisering og standardisering kunne lette det tværsektorielle samarbejde, fordi det vil blive lettere for medarbejdere i børne- og ungespsykiatrien at finde relevante tilbud i kommunerne. Dette ville, ifølge overlægen, også kunne styrke kvaliteten og systematikken omkring indsatserne.

Kvalitet er et tema, der fylder på tværs af kommuner og regioner. En teamleder fra Danske Regioner fremhæver, at der er behov for, at alle børn og unge tilbydes en sammenhængende indsats af høj kvalitet, som øger trivsel. Den skal baseres på viden om, hvad der skaber en god tilknytning i de tidlige leveår, og hvad der fremmer god mental sundhed blandt børn og unge i de forskellige sammenhænge, de indgår i. Det kan også handle om, hvordan udsatte gravide og deres partnere bedst rustes til det nye liv som familie og med en nyfødt. Det vigtige er at følge op og blive klogere på, hvad der skaber god trivsel for alle og for specifikke målgrupper. Kvalitet er også et tema, som bliver fremhævet i interviewet med lederen for Center for Forebyggelse i praksis, KL. Hun fremhæver, at der, først og fremmest, er behov for at tale mere om, hvad kvalitet er, og derefter hvordan kvaliteten så skal løftes.

”Vi skal snakke meget mere om mental sundhed i forhold til det almindelige børneliv, når vi snakker om, hvad kommuner skal gøre. Hvordan skaber vi kvalitet i dagtilbud? [...] Lad os

snakke om, hvad vi tror kvalitet er, og hvordan vi kan styrke kvaliteten af den måde, kommuner håndterer børn på. Hvad kan vi gøre bedre? Det synes jeg vi skal snakke rigtig meget om.” (Leder for Center for Forebyggelse i praksis, KL)

Et ønske om et styrket tværsektorielt samarbejde fylder for informanter tilknyttet både regionen og kommuner. Flere af informanterne kommer endda med eksempler på, hvordan man kan styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. For eksempel fortæller den ledende sundhedsplejerske om, hvordan hun har været med til at opstarte forskellige pilotprojekter på tværs af det kommunale og regionale område. I et af disse projekter har de sammen med Kolding Sygehus arbejdet med at styrke kommunikationen og indsatser omkring gravide og fødende kvinder. Det har, ifølge den ledende sundhedsplejerske, været løftestang for også at kunne samarbejde på andre områder:

”Hvis vi bare lukker op for hinandens virkeligheder og inviterer hinanden ind, og ser hvor vi kan hjælpe hinanden, så kan vi blive bedre til sammen at hjælpe de her familier. Fordi det er jo det, vi skal. Og hvis man sidder i hver sin lejr ude på sygehuset eller inde i kommunen og tænker, ’det regner vi med, at kommunen de gør’, eller ’nej, det er sådan noget... det ordner de inde på sygehuset’, så sidder vi i en lille skyttegrav og har vores dejlige fordomme, som vi kan blive ved med at fodre hinanden med, og det kommer jo ikke familierne eller børnene til gode overhovedet, så det skal vi holde op med.” (Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune)

7.3.4 Bedre overgange mellem arenaer

En måde at bremse den negative udvikling på er ifølge informanterne at styrke overgangene, herunder at videreføre sprog og redskaber omkring mental sundhed fra den ene arena til den anden, for eksempel i overgangen fra børnehave til skole.

Med bedre overgange mellem disse to arenaer henvises der for eksempel til, at der videregives information om barnets trivsel, og eventuel mistrivsel, ved overgang til en ny arena. Dette kan være i forhold til adfærd, sprogudvikling, og hvordan et barn indgår i sociale relationer. Informanterne pointerer, at der er risiko for manglende kontinuitet i forhold til fagpersonernes viden om det enkelte barn eller den unge, hvis ikke der er en god overgang. Derudover er der risiko for en manglende kontinuitet i forhold til, hvordan der arbejdes med mental sundhed og trivsel i de respektive arenaer. Ifølge en specialkonsulent i Sundhedsstyrelsen vil bedre overgange derudover bidrage til en bredere forståelse for, hvordan der arbejdes forskelligt med mental sundhed på tværs af platforme og arena.

Netop dette fokus på overgange i løbet af et børne- og ungdoms liv belyser en specialkonsulent fra Kommunernes Landsforening, som et område, de er begyndt at være mere opmærksomme på.

”Vi forsøger at have meget fokus på det der med overgangen. Hvad er det, der sker, når børn rykker fra dagtilbud til skolen, og altså så igen, når udskolingsbørnene rykker over i ungdomsuddannelserne. Så derfor så prøver vi hele tiden at tage det der 0-18-års perspektiv og se, hvor er det, det kan give mening at snakke om forskellige indsatser, og det kan for eksempel være i overgangene.” (Specialkonsulent, KL)

Gode overgange mellem arenaer bliver også nævnt af en studie- og trivselsvejleder fra SDU. Hun nævner blandt andet, at overgangen fra en ungdomsuddannelse til en videregående uddannelse kan opleves som et kulturchok for de unge, blandt andet fordi deres forventninger til studiet ikke bliver efterlevet. For eksempel oplever hun, at nogle af de unge har en forventning om, at de skal kunne det hele fra starten, og at de bliver taget i hånden på samme måde som på en

ungdomsuddannelse. Derudover oplever hun, at der bliver snakket et sprog, som de unge ikke forstår, og at overgangen derfor er et chok for mange. Derudover fremhæver hun, at mange af de unge samtidig oplever andre udfordringer i forbindelse med, at de samtidig flytter hjemmefra og skal stå på egne ben for første gang. De oplever således mange omvæltninger på samme tid, som de ikke har stået over for før, hvilket hun oplever kan være svært for mange.

7.3.5 Uenighed om prioritering af universelle og selektive indsatser

Informanterne kommer i interviewene ind på prioriteringen af universelle indsatser, der omfatter alle børn og unge, og de mere selektive indsatser, som er målrettet børn og unge, som viser tegn på mistrivsel og/eller er i risiko for mistrivsel. Interviewene peger på, at der ikke er enighed om prioriteringen. Flere informanter påpeger dog på, at en nedprioritering af universelle indsatser vil betyde, at man kommer til at overse mange af de individer eller familier, som kunne have det skidt, hvilket eksemplificeres i citatet nedenfor.

"Selvfølgelig kan vi målrette nogle indsatser, men hvis vi dirigerer alle ressourcer en vej, vil der være en masse børn og problematikker, vi taber. Det er vigtigt at fastholde den generelle indsats for at have mulighed for at forebygge. Der skal naturligvis være særlige indsatser til de, vi på forhånd kan se har behov, men vi kan ikke flytte hele indsatsen over i behovsarbejdet, da det faktisk er en stor del af den generelle gruppe, der viser sig at have et behov, vi ikke på forhånd kunne se." (Formand for Databasen Børns Sundhed)

Flere repræsentanter fra forskellige dele af Kommunernes Landsforening deler dette syn. For eksempel påpeger lederen for Center for Forebyggelse i praksis, at der er behov for at snakke om hele børne- og ungegruppen, som hun omtaler de 100 % og ikke alene de 20 %, som oplever udfordringer i hverdagen. Hertil kommer, at det kan være en udfordring at generere midler til universelle indsatser inden for mental sundhedsfremme, da mental sundhed fortsat er en relativt svær størrelse at få hånd om og afgrænse. Dette nævnes også af en specialkonsulent i Sundhedsstyrelsen:

"Det er et vilkår, som bare gør, at det ikke er et område, der tidligere er afsat mange midler til. Vi ved en del om beskyttende faktorer, og vi høster erfaringer med tiltag, der fremmer den mentale sundhed, men vi mangler fortsat mere viden om, hvordan vi bedst arbejder med at fremme mental sundhed, og hvilken forskel forskellige tiltag gør." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

At mental sundhed er svær at afgrænse er en holdning, de fleste informanter deler. Dette fremstår som en barriere i arbejdet med mental sundhed, fordi det udfordrer praksis i kommunerne, da man ifølge en embedsmand kan argumentere for, at alt, hvad vi gør i velfærdssamfundet, er mental sundhed. Hun argumenterer derfor for, at vi i samfundet skal komme væk fra at tale om tilbud, og i langt højere grad skal tale sunde rammer.

"Altså det giver jo ingen mening i en forebyggelsesdagsorden at tænke udelukkende i tilbud. Så er vi derhenne, hvor det er sket." (Leder for Center for Forebyggelse i praksis)

Hun pointerer, at vi i stedet burde tale om at skabe sunde rammer i en trivselssammenhæng. Hun fremhæver i denne forbindelse, at det generelle arbejde med at skabe sunde rammer for hverdagen kan være svært at skaffe midler til, da dette arbejde er mere usynligt.

7.3.6 Sundhedsplejens tilbud skal ud til flere

Både forskere, embedsmænd og praktikere er enige om, at sundhedsplejens indsats med fordel kan udbredes til flere børn og unge. I mange kommuner tilbydes sundhedsplejerskebesøg til nybagte familier, og derudover tilbydes der en indskolingsundersøgelse, når børn starter i skole, og en udskolingsundersøgelse, når de nærmer sig afslutningen. Flere informanter peger på, at sundhedsplejen er et område, som ikke prioriteres lige så højt som tidligere, hvilket de ser som problematisk.

For eksempel fremhæver en forsker, at det er en misforståelse, at der ikke er tilsyn eller monitoring af børn i de år, de går i daginstitution. Han påpeger, at et større og mere systematisk samarbejde mellem sundhedsplejersken, daginstitutionerne og familierne kan være med til at løfte den mentale sundhed, ved at der blandt andet kan blive sat mere fokus på børns motoriske og sproglige udvikling:

"Det med motorikken påvirker også børnenes trivsel i meget betydelig grad. Det påvirker også deres kognitive udvikling. [...] Det samme gælder sprogudvikling. Er man forsinket med sprogudviklingen fra starten, så er det virkelig en barriere for den senere udvikling. Men det er så nemt at arbejde med børns sprogudvikling, og det er så nemt at arbejde med motorikken. [...] Så der er nogle områder der på dagtilbudssiden, som jeg synes burde styrkes." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Han pointerer derudover, at sundhedsplejerskerne er indgangen til familierne, og at de er accepterede. Dette er ifølge informanten et vigtigt argument for, at sundhedsplejen i højere grad burde indtænkes i dagtilbud og på flere klassetrin i skolerne.

Et ønske fra sundhedsplejen selv er ifølge en ledende sundhedsplejerske, at der bliver tilbudt besøg af sundhedsplejersker ud over barnets første leveår i højere grad, end der bliver i dag, hvor den slags tilbud er lokale og ikke nationale.

"For du har en person her, som dels kender familien og familiens forløb, men også kan være den der brobygger ind i dagtilbuddet og brobygger ind i forståelsen af understøttelse af barnets kompetencer i forhold til sundhedsområdet, så bygger pædagogerne selv lidt pædagogisk og kognitivt oveni det her." (Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune)

Hun påpeger derudover, at sundhedsplejerskerne med fordel kunne overtage treårsundersøgelsen af de praktiserende læger og i stedet komme på hjemmebesøg, hvor de også ville komme omkring de samme ting som lægen. En styrke ved, at sundhedsplejerskerne kunne overtage treårsundersøgelsen, ville ifølge den ledende sundhedsplejerske være, at sårbare familier, som ikke formår at gå til lægen, ville få besøg, hvormed opsporing og forebyggelse kunne finde sted tidligere.

Familie- og forebyggelseschefen giver derudover udtryk for et ønske om, at alle gravide fik et graviditetsbesøg fra sundhedsplejersken. Ligesom han også peger på fordelene ved ikke kun at lave ind- og udskolingsundersøgelser, men også at lave en undersøgelse på mellemtrinnet blandt 4. klasser. Han peger på, at denne undersøgelse er vigtig, da det er på dette tidspunkt i livet, at børnene er ved at danne deres personlighed, og at det er lige inden, de træder ind i ungdomslivet.

Det er ifølge informanterne altså ikke kun i daginstitutionerne, at sundhedsplejen kunne have et større virke, men også i skolen. De peger på, at der er mange børn, der har sundhedsproblematikker i skolen, både fysiske og mentale, som der ikke tages hensyn til. Der er derfor behov for en sundhedsplejerskeindsats, som har forstand på sundhed, så disse problematikker ikke overlades til

skolelærere eller frivillige, fremhæver en informant. En praktiserende læge peger derudover på, at vi i dag ikke har den samme mulighed for at følge børns sundhedstilstande som for år tilbage, hvor sundhedsplejen i højere grad var til stede på skolerne.

"Dét, at vi ikke længere har et system i skolealderen, som har sin naturlige opgave at følge med i sundhedstilstande, det kunne så også være den mentale tilstand. Det er jeg ked af. [...] Her er der et hul i kontinuitet." (Praktiserende læge, Vejen Kommune)

Med udsagnet *"hul i kontinuiteten"* henviser den praktiserende læge til, at efter et barn har været til sin sidste børneundersøgelse ved den praktiserende læge og efterfølgende har været til indskolingsundersøgelsen, er der ingen systematisk opsporing eller tjek af barnets sundhed, hverken i forhold til fysisk eller mental sundhed.

7.3.7 Dagtilbud, skole og ungdomsuddannelse

Det fremhæves af en forsker, at dagtilbuddene burde anses som en indsats, der skal fremme børns sundhed, og ikke kun som en social serviceordning. Han påpeger, at variationen mellem de ustrukturerede indsatser på motorik og sprogområdet er enorm, og at der er behov for et kvalitetsløft, herunder at styrke de fagprofessionelles kompetencer, så de får redskaber til at opdage mistrivsel og styrke sundhedsfremmende tilgange. En opkvalificering af fagprofessionelles kompetencer nævnes af flere informanter og handler ikke kun om medarbejdere i daginstitutioner, men også på skolerne. En måde at lave dette kvalitetsløft kan ifølge en informant være at skabe bedre balance mellem uddannede og ikke-uddannede, ligesom det er vigtigt, at børnene får mere voksentid. Derudover peger han på, at daginstitutionerne skal være bedre til at opstille mål for deres pædagogiske virksomhed.

På skoleområdet bliver det af flere informanter påpeget, at det dels handler om at indrette en god skoledag og et (psykologisk) trygt klasse miljø, hvor undervisningen skal underbygge børnenes sociale og emotionelle kompetencer, og at der arbejdes med mental sundhed og trivsel i et langsigtet perspektiv på skolerne. Dette underbygges i de to citater nedenfor.

"Og så vil jeg håbe, at skolerne efterhånden fornemmer, at mental sundhedsfremme understøtter skolens kerneopgave, læring. Så snart de opdager det, så vil det være helt naturligt, at vi tilrettelægger dagligdagen i skolen sådan, at den understøtter børnenes sociale og emotionelle kompetencer. Deres evne til at tackle problemer." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

"Jeg tænker, det her med at man netop har et langstrakt fokus på mental sundhed og trivsel i skolerne, så der ikke kun bliver fokus på, når problemerne er opstået, og denne her brandslukning. Jeg synes, det er tit, man hører, at så bliver der involveret en AKT-lærer eller 'nu kører vi et trivselsforløb, fordi der er mobning i klassen', men at man har et længerevarende, ja fokus på mental sundhed, og hvad er det for nogle styrker, for eksempel, vi har i klassen, og hvad er det, vi er gode til? Og altså det kan jo lyde ret banalt, men mange steder foregår det bare ikke." (Forsker, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

På skoleområdet og på ungdomsuddannelserne bliver det derudover fremhævet, at der de seneste år er sat større fokus på skolevægring og frafald. En MIL-koordinator påpeger, at mange af de børn, der har skolevægring (det vil sige, at et barn eller ung er modvillig over for, eller kæmper imod, at komme i skole) oplever, at hvis de bare kommer i skole, så føler forældrene, at de har lykkedes, og at barnet er i trivsel. Hun fortæller, at børn med skolevægring prøver at leve op til deres forældres forventninger, men at mange ikke føler, at det underliggende problem er løst ved at de

kommer i skole. I forhold til trivsel og frafald bliver det af en koordinator på en ungdomsuddannelse fremhævet, at der er behov for en fraværstrategi for at fastholde unge, som ikke trives i skolen. Hun henviser til projektet *Fremskudt trivselsberedskab*. Se afsnittet *Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser*, for mere viden om dette projekt), hvor de har benyttet forskellige strategier for at fremme trivslen blandt eleverne og dermed mindske frafaldet. Hun nævner, at tidlig indsats i forhold til fraværregistrering, og handling herefter for at få eleven tilbage på skolebænken, er afgørende, fordi de får handlet, mens eleven stadig har tilknytning til klassen.

I forlængelse heraf fremhæver en informant det ligeledes, at der mangler indsatser målrettet forældre, der oplever, at deres barn har skolevægring. En kontaktperson, der har tid og ressourcer til at hjælpe og guide forældrene samt være til rådighed ved behov.

7.3.8 Fokus på fritidsliv og fællesskab

Informanterne nævner også fritidslivet og fællesskaber som et område, der med fordel kan styrkes og systematiseres mere. En embedsmand giver for eksempel udtryk for, at der er behov for, at flere børn og unge får mulighed for at deltage i fritidsaktiviteter. Hun peger på, at det kunne være interessant at skele til *Den islandske model*, som har fokus på de forhold, der beskytter unge og skaber rammerne for et godt og sundt børne- og ungeliv⁷. Derudover henviser hun til *ABC for mental sundhed* som en lovende indsats og partnerskab, som mange aktører kunne få gavn af at blive en del af.

Forsker og projektchef for *ABC for mental sundhed* fortæller i citatet nedenfor om partnerskabets sundhedsfremmende tilgang, og hvordan partnerskabet arbejder på at styrke den mentale sundhed, ikke alene for børn og unge, men for hele befolkningen:

"Når man tænker mental sundhedsfremme er det noget, der skal foregå, der hvor vi lever vores liv, i vores hverdag, så i skoler og på arbejdspladser og i daginstitutioner og i foreninger. Så det er derfor vi har samlet dette her partnerskab, for at man kan samarbejde på tværs og skabe de bedste rammer og betingelser for at mennesker kan trives og være mentalt sunde."
(Forsker, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Projektchefen fremhæver især fællesskabet som helt centralt og pointerer, at dét at føle sig som en del af ét eller flere fællesskaber er vigtigt for vores mentale sundhed. Det kan være fællesskaber i skolen, i fritidslivet, håndboldklubben eller skakklubben – dér, hvor det giver mening for den enkelte.

Flere af informanterne fortæller, at de enten er eller ønsker at blive en del af ABC-partnerskabet, for, blandt andet, at sætte fokus på og styrke fællesskaber og fritidsaktiviteter. For eksempel fortæller en chefkonsulent, at Sund By Netværket (som er både partner og styregruppedlem i *ABC for mental sundhed*) er med til at formidle ABC-tilgangen til netværkets 52 medlemskommuner. ABC-tilgangen bliver således en vigtig del af kommunernes værktøjskasse i det mentale sundhedsfremmearbejde, fortæller hun. ABC-tilgangen bliver en del af mange forskellige projekter, hvor fagprofessionelle og beslutningstagere kan skrue på forskellige knapper i forhold til at arbejde med

⁷Den islandske model fokuserer på de arenaer, der omgiver børn og unge – nemlig familie, fritid, skolen og vennegrupper, og den tager udgangspunkt i fem principper: 1) Styrk det sociale miljø, 2) Brug lokalsamfundet i sin helhed, 3) Styrk lokal viden og engagér de lokale, 4) Involver forskere, politikere, praktikere og borgere til en forenet styrke, og 5) Løsningen skal matche problemet.

at fremme og bevare et godt fysisk helbred og høj mental sundhed, så borgere opnår så god trivsel, livskvalitet og selvstændighed som muligt.

7.4 Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser



Hovedpointer i afsnittet:

På baggrund af interviewene har vi identificeret en række forskellige danske indsatser, som vi har opdelt i to hovedgrupper:

- Universelle sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som typisk har til formål at fremme børnenes trivsel, udvikling og evner til at tilpasse sig og håndtere udfordringer.
 - Disse indsatser omhandler blandt andet indsatser målrettet hele befolkningen og indsatser, som er målrettet specifikke aldersgrupper og arenaer, herunder småbørn i hjemmet, børn i dagtilbud og skole og de unge.
- Selektive og indikerede forebyggende indsatser, som er målrettet befolkningsgrupper eller individer med kendte risikofaktorer eller risikoadfærd, som har en signifikant højere risiko for at udvikle psykisk sygdom.
 - Disse indsatser har primært fokus på børn, som har en psykisk sygdom, særligt ADHD og angst. Der findes dog også indsatser, som ikke er målrettet specifikke diagnoser, for eksempel indsatser målrettet unge, som står uden for uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet.

I dette afsnit præsenteres en liste og beskrivelse af danske indsatser målrettet børn og unge i alderen 0-24 år på baggrund af interview med 20 informanter med særligt indblik i området, herunder forskere, embedsmænd og praktikere. Informanterne peger på en række indsatser, som enten har et forebyggende eller mere sundhedsfremmende sigte, som de mener er særligt lovende eller gode, og som er implementeret i Danmark. Det omfatter både indsatser, som er på projektbasis, og indsatser, som er forankret i praksis, og som derfor ikke er tidsbegrænsede.

I analysen har vi primært fokuseret på indsatser af en vis størrelse, for eksempel indsatser, som er implementeret i en kommune eller på nationalt plan. Det skal bemærkes, at der kan være andre lovende indsatser, som ikke er blevet identificeret gennem interviewene. Der findes på nuværende tidspunkt ikke en komplet oversigt over alle eksisterende indsatser i Danmark, men rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år*, udgivet af Vidensråd for Forebyggelse i 2020 (3), omfatter også en oversigt over indsatser. Mange af de indsatser, som fremhæves af informanterne i denne undersøgelse, er også beskrevet i denne rapport. De indsatser, der også beskrives i rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse, er markeret med en stjerne.

På baggrund af analysen er indsatserne opdelt i tre hovedgrupper; 1) universelle sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, og 2) selektive og indikerede forebyggende indsatser. De universelle indsatser er opdelt efter de forskellige arenaer, som børn og unge bevæger sig igennem. Indsatserne har vi grupperet efter tre aldersgrupper. De helt små børn, børn i dagtilbud og skolealderen og unge. Indsatserne er placeret i den aldersgruppe, som de primært henvender sig til. En enkelt indsats, *ABC for mental sundhed*, er ikke målrettet en bestemt aldersgruppe, men hele befolkningen, hvorfor den indsats præsenteres først i afsnittet om universelle sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Herefter følger delen om de selektive og indikerede forebyggende

indsatser. Her præsenteres indsatserne ikke ud fra forskellige arenaer, men ud fra indsatstype. Dette afsnit er noget kortere end det første, eftersom vi i denne delundersøgelse har haft særligt øje for mental sundhedsfremme blandt hele børne- ungebefolkningen. I begge afsnit vil nogle af indsatserne fremkomme med en understregning. Disse indsatser med understregning er hyperlink til hjemmesider, hvor vi har hentet information om de respektive indsatser.

7.4.1 Universelle sundhedsfremmende og forebyggende indsatser

Dette afsnit belyser informanternes kendskab til lovende universelle sundhedsfremmende indsatser. Indsatserne er karakteriseret ved, at de er målrettet alle børn og unge, uanset om de har udvist tegn på mentale sundhedsproblemer eller ej, og er dermed ikke afgrænset til en særlig udsat gruppe af børn eller unge. Disse indsatser har typisk til formål at fremme mental sundhed, trivsel og udvikling samt at styrke børns og unges evner til at tilpasse sig forskellige formål (3). Hvor forebyggelse kan siges at handle om at undgå uhensigtsmæssige tilstande og processer, kan sundhedsfremme siges at handle om at opnå ønskværdige tilstande og processer.

I afsnittet skelner vi ikke skarpt mellem forebyggelse og sundhedsfremme, da begge begreber indeholder elementer af hinanden, jf. Sundhedsstyrelsens terminologi (17). Fremadrettet vil indsatserne derfor blive betegnet under termen *universelle indsatser*.

Indsats målrettet hele befolkningen



Indsatsen beskrevet i dette afsnit, ABC for mental sundhed, henvender sig ikke alene til børn og unge, men til hele befolkningen. Da mange af partnerne i indsatsen har fokus på den yngre målgruppe, er indsatsen relevant at nævne her.

ABC for mental sundhed* er den første forskningsbaserede indsats, der retter sig mod hele befolkningen, hvorfor den også er relevant for børne- og især ungegruppen. Indsatsen giver et positivt og handlingsorienteret fokus på mental sundhed, så det omfatter vigtige livstilskomponenter, der fremmer trivsel og styrker individet. Indsatsen er oprindelig Australsk, *Act-Belong-Commit*, og er i Danmark tilpasset en dansk kontekst ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU, hvor forskningen er forankret. ABC for mental sundhed arbejder ud fra principperne "gør noget aktivt", "gør noget sammen" og "gør noget meningsfuldt". ABC for mental sundhed bygger på en partnerskabstankegang, hvor indsatsen løftes i et partnerskab bestående af kommuner, foreninger og organisationer. På den måde bliver ABC for mental sundhed udviklet og tilpasset efter behov og ønsker i ABC-partnerskabet.

Indsatser målrettet småbørn (i hjemmet)



Indsatserne belyst i dette afsnit er målrettet gravide, barnet og dets forældre i de første leveår. Informanterne peger på to gode og lovende indsatser inden for denne arena. Først beskrives sundhedsplejens hjemmebesøg, og dernæst et nordisk samarbejdsprojekt om barnets første 1.000 dage.

Sundhedsplejens tilbud om hjemmebesøg* bliver af informantgruppen nævnt som en vigtig universel indsats. Hjemmebesøget er et tilbud til alle nybagte familier i Danmark, både førstegangsførelse og flergangsførelse i alle landets kommuner. Alle familier får tilbudt mindst fem besøg i løbet af barnets første leveår. Sundhedsplejerskernes rolle er at vurdere barnets sundhed, trivsel og udvikling samt at opspore risikofaktorer og diagnosticere sygdom tidligst

muligt (17). Dette tilbud fremhæves gentagne gange af informanterne som en meget væsentlig og vigtig indsats for de helt små børn. Tilbuddet er samtidig et eksempel på et af de få universelle og nationale tilbud, som omfatter alle i hele landet.

Informanter peger også på en række metoder, som omfatter for eksempel NBO (New Born Observation) og PUF programmet (Psykisk Udvikling og Funktion). Her er der tale om indsatser, som ikke direkte er målrettet barnet, men har til hensigt at klæde professionelle bedre på til at monitorere små børns sundhedstilstand. Som eksempel beskriver vi her PUF programmet, som er en dansk og valideret metode, der hjælper sundhedsplejersker til at undersøge psykisk udvikling og funktion hos små børn, og hjælper dem til at iværksætte relevante forebyggende indsatser. Programmet er baseret på forskningsmæssig evidens og er specifikt tilpasset sundhedsplejerskernes arbejde i den kommunale småbørnssundhedspleje. Det giver sundhedsplejerskerne værktøjer til at opdage mental sårbarhed hos 9-10 måneder gamle børn samt til at blive bedre til at kommunikere med forældrene og tilrettelægge indsatser. PUF programmet er udviklet i 2018 og er aktuelt implementeret i 27 kommuner på tværs af regionerne i Danmark.

The first 1000 days in the Nordic Countries er et treårigt nordisk samarbejdsprojekt, som er lanceret som en del af det islandske formandskab for Nordisk Ministerråd i 2019. Projektets overordnede mål er at understøtte sund følelsesmæssig udvikling og god mental sundhed i løbet af de første 1.000 dage i livet (fra undfangelse til en alder af to år). Island er tovholder på projektet, og Sundhedsstyrelsen er den danske repræsentant i projektet (126). Projektet er stadig under afprøvelse.

Indsatser for børn i dagtilbud- og skolealderen



Indsatserne i dette afsnit henvender sig både til børn, forældre og personale i dagtilbud og skoleklasser. På skoleområdet peger informanterne både på nationale indsatser målrettet alle børn i skolealderen såvel som indsatser, der er led i større og mindre projekter, som typisk omfatter en række skoler. Af universelle tilbud og indsatser peger informanterne især på indsatser i regi af skolesundhedsplejen, Adfærd, Kontakt og Trivsel (AKT), Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) og Skole, Socialforvaltning og Politi (SSP).

De Utrolige År® Børnehave og Skole (DUÅ)* er et veldokumenteret internationalt program, som danske kommuner har arbejdet med siden 2006. I 2016 var programmet udbredt til 26 kommuner. DUÅ er forankret i kommunerne og er målrettet børn i alderen 0-12 år, deres forældre og personalet i børnenes daginstitutioner og skoler. DUÅ har både et forebyggende og et behandlende sigte, og har til formål at styrke forældres kompetencer samt sikre en faglig opkvalificering af personalet i børnehave og indskoling. Her sættes der fokus på børne- og dagtilbudsserien af DUÅ (se afsnittet *Selektive og indikerede forebyggende indsatser* for mere viden om forældreprogrammet). Indsatsen i dagtilbud er en gruppebaseret indsats, som har til formål at styrke de fagprofessionelles pædagogiske strategier til at fremme social adfærd blandt børn. Der findes omfattende international forskning i DUÅ-programserien, herunder også fra Danmark, Norge og Sverige. Forældreprogrammet DUÅ Førskole er udviklet først. Det er det program, der er forsket mest i (3, 127). I 2018 er DUÅ Småbørn evalueret som del af den samlede evaluering af Forebyggelsespakken, *Tidlig indsats - Livslang effekt* (128).

Fri for Mobberi* er en dansk antimobbeindsats målrettet børn i alderen nul til ni år. Indsatsen er udviklet af Mary Fonden og Red Barnet, og har blandt andet fokus på at skabe inkluderende fællesskaber. Foreløbige evalueringer af Fri for Mobberi har fundet indikationer af, at indsatsen kan medføre positive effekter, herunder at indsatsen kan fremme børns kompetencer til bedre at kunne håndtere drillerier (129). Derudover har en kvalitativ evaluering vist, at skoler, som har

implementeret indsatsen, oplever mere omsorgsfulde børn, som er mere inkluderende i deres sociale handlinger, og at personale er mere opmærksomme på håndteringen af børnenes relationer (130). Ifølge Mary Fondens hjemmeside er Fri for Mobberi udbredt til cirka 60% af de danske børnehaver og omkring 45% af skolerne/SFO'erne. Fri for Mobberi er ikke evalueret blandt de 10-24-årige (3).

Skolesundhedsplejen* er endnu et universelt tilbud til alle børn og unge i Danmark, som systematisk udbydes via en indskolings- og udskolingsundersøgelse, som typisk gennemføres, når børnene er henholdsvis 6-7 år og 14-15 år gamle. Indskolingsundersøgelsen har til formål at vurdere skolebarnets helbred, trivsel og sundhedsmæssige parathed. Formålet med udskolingsundersøgelsen er at give en samlet vurdering af den unges fysiske og mentale helbred, inden de forlader skolen.

Adfærd, Kontakt og Trivsel (AKT)* dækker over lærere og pædagogers arbejde med børns trivsel i skolen eller i andre pædagogiske miljøer og er et universelt tilbud på skoler i landets kommuner. En AKT-lærer bliver især tilkøbt en klasse, hvis der opstår manglende trivsel, men kan også bidrage til at igangsætte sundhedsfremmende tiltag. En pendant til AKT er Målrettede Inkluderende Læringsmiljøer (MIL-vejleder), som ligeledes kan sætte ind på skoler, hvis der opstår problemer både akut og på længere sigt.

Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)* er et universelt forebyggelsestilbud forankret i landets kommuner. Tilbuddet er målrettet børn og unge i aldersgruppen 0-18 år, der har vanskeligheder derhjemme, i dagtilbuddet eller på skolen. Målet med tilbuddet er at give råd og vejledning til børn, unge og forældre om børn og unges udvikling.

Skole, Socialforvaltning og Politi (SSP)* er betegnelsen for det forebyggende samarbejde, der finder sted mellem skolen, socialvæsenet og politiet. Samarbejdet foregår dels på centralt plan i kommunerne og omkring de enkelte skoler. Målsætningen for SSP-samarbejdet er at opbygge, anvende og vedligeholde et lokalt netværk, der har kriminalpræventiv indvirkning på børns og unges dagligdag. Formålet med samarbejdet er at skabe gode opvækstvilkår for børn og unge og sikre, at der i god tid gribes ind, hvis der i et område af kommunen findes udsatte grupper af børn og unge.

Informanterne peger også på en række programmer og indsatser, der ikke på nuværende tidspunkt tilbydes til alle skolebørn, men som typisk har været udbudt på udvalgte skoler på projektbasis. Nogle af indsatserne har et helskolefokus på trivsel, mens andre i højere grad fokuserer på at forebygge mentale problemer.

Zippys venner* er et program, der har til formål at forebygge mentale problemer hos 5-7-årige børn, der har emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder, ved at fremme deres mestringsevner. Zippy's Friends, som er programmets oprindelige navn, er et anerkendt internationalt undervisningsmateriale inden for Social Emotional Learning. Materialet, som bruges i mere end 29 lande, er et af de mest veldokumenterede undervisningssystemer til brug i skole og daginstitution, og det anbefales af WHO (3). Programmet er afprøvet i danske skoler med lovende resultater. Indsatsen kører stadig, og materiale kan hentes på hjemmesiden (131).

Optur* er et dansk projekt udviklet i af Psykiatrifonden. Optur er en skolebaseret indsats, der har til formål at fremme mental sundhed og trivsel blandt danske skoleelever og er iværksat med ambitioner om at reducere den sociale ulighed i mistrivsel. Optur har en helskoletilgang. Fremme af mental sundhed er tænkt ind på alle niveauer i skolen, for eksempel gennem undervisning og andre aktiviteter såvel som ved at styrke lærernes kompetencer og ved involvering af en række relevante aktører, såsom sundhedsplejersker, pædagoger og socialrådgivere. En evaluering af programmet

viser lovende resultater, herunder tegn på at eleverne får styrket deres sociale og emotionelle kompetencer (3, 132).

Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)* er en anden helskoleindsats, som er en nordisk version af det amerikanske SWPBS-program (School-Wide Positive Behavior Support), som på foranledning af Socialstyrelsen er blevet indført på en række danske skoler. PALS har til formål at styrke elevernes evner til at kunne håndtere hverdagens problemer og at fremme læringsmæssige kompetencer. Målet er at skabe klare rammer for det faglige og sociale miljø. Dette kan opnås, hvis lærerne sætter klare forventninger og systematisk roser og anerkender børnene for at leve op til dem (3). De første pilotskoler opstartede PALS i 2008 og er siden blevet evalueret af VIVE både i 2012 og i et opfølgingsstudie i 2017 (133).

TRIV NU* (tidligere kaldt Reach Out) er et andet skolebaseret tilbud, udviklet af Psykiatrifonden. TRIV NU er et digitalt trivselsfremmende redskab til elever på 4.-10. årgang, som lærerne kan bruge til at sætte fokus på elevernes styrker. Den bærende idé i materialet er, at eleverne skal se ressourcerne hos sig selv, hos andre og i de fællesskaber, som de indgår i. Værktøjet kan benyttes til at sætte fokus på de positive styrker hos den enkelte frem for det svagheder og mangler. Værktøjet er testet af mere end 200 lærere og 8.000 elever på danske folkeskoler.

Robusthed.dk er et danskudviklet videns- inspirationsprogram, som handler om at blive god til at håndtere udfordringer i livet. Programmet er udviklet som en del af Forskningsprogrammet for Mental Børnesundhed og er forankret i Komiteen for Sundhedsoplysning. Robusthed.dk. er især benyttet på skoleområdet, men også på special-, sundheds- og socialområdet. Robusthedsprogrammet har fokus på udvikling af evne til at reflektere over egne og andres følelser samt en forståelse af tankemæssige processer. Robusthedsprogrammet indgår i en række forskningsprojekter i Danmark og andre lande. Robusthedsprogrammet lukkede med udgangen af 2020, men erstattes af en ny version af programmet ved navn Omtanke.

The FRIENDS* har fokus at forebygge mentale helbredsproblemer, for eksempel symptomer på angst og depression. Indsatsen er både målrettet børn og unge i alderen 5-18 år og deres forældre. Formålet med programmet er dels, at lærere (evt. i samarbejde med sundhedsprofessionelle eller forskere) ved brug af principper fra kognitiv adfærdsterapi lærer børn og unge strategier til at kunne identificere og håndtere negative tanker og følelser, dels at forældre introduceres til indsatsen og får mulighed for at diskutere forskellige opdragelsesteknikker (3).

Jagten på den tabte time er et tilbud om undervisningsmateriale, der har fokus på søvn, forankret i Just Human. Materialet henvender sig til grundskolens ældste klassetrin og ungdomsuddannelser. Formålet med indsatsen er at optimere de unges søvn, da dette kan resultere i mere veludviklede elever, der trives bedre samt er mere læringsparate og koncentrerede til undervisningen.

Indsatser målrettet unge



På ungeområdet peger informanterne på større og mindre projekter, som typisk er målrettet unge, der er i risiko for at mistrives. Nogle indsatser er forankret regionalt og andre udbydes i en række kommuner. Et enkelt projekt afprøves på tværs af de nordiske lande og er derfor ikke implementeret.

Studievejledning på SDU er et tilbud som alle unge på SDU kan benytte sig af⁸. Der eksisterer både vejledningstilbud lokalt på fakulteterne og centralt ved Vejledningscenteret. Studie- og trivselsvejledning ved Vejledningscenteret varetager både individuelle samtaler, men udbyder også en række webinarer, som både omhandler studieteknikker og trivsel, herunder studiestress, motivation, overgange, eksamenshåndtering og arbejde hjemmefra. Derudover tilbyder studievejledningen forskellige gruppeforløb, for eksempel *Mentalt styrkeforløb*, som omhandler forskellige emner, herunder perfektionisme. Alle studerende, der deltager i en individuel samtale, gruppeforløb eller webinar, får tilsendt et evalueringskema.

Mindhjælper.dk* er en hjemmeside om mental sundhed til unge i alderen 13-20 år, hvor de kan få viden og råd om alt fra ensomhed, kærlighed og sex til angst og depression. De unge kan finde digitale redskaber og få hjælp til at skabe struktur i hverdagen og få kompetencer til at løse deres problemer. Samtidig bliver de guidet videre til yderligere hjælp, hvis de har brug for det. Mindhjælper.dk er forankret i Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark. Danske Regioner besluttede i 2019 at udbrede Mindhjælper.dk som et tilbud til unge i hele landet. Indsatsen er effektevalueret eksternt, hvor det blandt andet blev konkluderet, at hjemmesiden har mange besøgende, og at indsatsen er brugbar for den brede målgruppe (3).

Anonym psykologisk rådgivning er en indsats, flere kommuner tilbyder unge i alderen 16-25 år. Det er et tilbud om fem samtaler, hvor den unge ringer direkte på et nummer, hvor de kan få kontakt til en psykolog. Samtalerne kan både foregå telefonisk, eller der kan laves aftale om fysiske møder. Der føres ikke journal på disse samtaler, eftersom de er anonyme.

Nordiske unges psykiske mistrivsel er et ud af tre spor i et nyopstartet projekt, som er igangsat i forbindelse med, at Danmark havde formandskabet i Nordisk Ministerråd 2020. Projektperioden forløber over to år i perioden 2021-2022, og Socialstyrelsen er tovholder på denne del af projektet. Formålet med netværket er at etablere et samarbejde om psykisk mistrivsel blandt unge i alderen 13-25 år i Norden, for derigennem at skabe mere viden om årsagerne til stigningen i dårlig mental sundhed og mistrivsel samt mere viden om best practice i forhold til sammenhængende indsatser, som går på tværs af social- og sundhedsområdet. Projektet vil ikke blive evalueret, men der vil løbende blive samlet op på erfaringerne fra arbejdet i netværket. Projektet er i sin opstartsfasen og er derfor stadig under afprøvning.

En chefkonsulent i SundBy Netværket henviser derudover til Sundeborgere.dk, som er netværkets landsdækkende digitale samling af mere en 90 omsættelige cases inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Heraf har 29 cases fokus på mental sundhed, og 6 af disse cases er specifikt målrettet børn og unge.

7.4.2 Selektive og indikerede forebyggende indsatser

I dette afsnit beskrives selektive og indikerede forebyggelsesindsatser. Disse indsatser er målrettede befolkningsgrupper eller individer med kendte risikofaktorer eller risikoadfærd, som har en signifikant højere risiko for at udvikle psykisk sygdom. De selektive og indikerede indsatser, som informanterne har peget på, har primært fokus på børn, som har en lidelse, men der findes også mange andre indsatser inden for denne kategori. Her kan blandt andet nævnes indsatser målrettet børn til forældre eller søskende med en psykisk eller somatisk sygdom. Disse vil ikke fremgå af dette afsnit.

⁸ Andre universiteter tilbyder ligeledes forskellige tilbud inden for studievejledning.

Indsatserne nedenfor er ikke inddelt efter aldersgruppe, men efter type af indsats, hvoraf en stor del er målrettet børn og forældre til børn med henholdsvis ADHD eller angst. Derudover præsenteres en række indsatser målrettet unge, som har behov for ekstra støtte i forbindelse med tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet.

Forældretræningsprogrammer for forældre med børn med ADHD-relaterede adfærdsproblemer



Der findes en række evidensbaserede forældretræningsprogrammer for forældre med børn med ADHD-relaterede adfærdsproblemer. Programmerne har overordnet til formål at forebygge adfærdsproblemer, følelsesmæssige problemer og udviklingsmæssige problemer hos børn ved at udvikle deres forældres evner til at håndtere disse adfærdsproblemer. Socialstyrelsen har haft en vigtig rolle i implementeringen af disse programmer. Herunder belyses de mest lovende indsatser, ifølge informanterne:

De Utrolige År® Børnehave og Skole (DUÅ)* Indsatsen er beskrevet under *Universelle indsatser i dagtilbud*.

Triple P (Positive Parenting Program)* anvendes i 26 lande, og flere internationale implementeringsstudier viser væsentlige faktorer i forhold til at opnå en vellykket implementering. Målgruppen for Triple P er forældre til børn i alderen 0-16 år med moderate til alvorlige adfærdsproblemer.

Parent Management Training Oregon – Oregon-modellen (PMTO)*.

PMTO er et amerikansk program, der er implementeret i en række kommuner i Danmark siden 2004 som tilbud til familier med børn i alderen 4-12 år.

Alle tre programmer har vist sig at være effektive (3) Forskerne peger derudover på det dansk udviklede forældreprogram **Kærlighed i Kaos (KiK)***, der tilbydes forældre til børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder i alderen 3-9 år. En dansk undersøgelse foretaget af VIVE har evalueret KiK og PMTO. Evalueringen bygger på forskellige evalueringsdesigns og -metoder. Det blev vurderet, at for børn i KiK-gruppen havde børnenes adfærd nærmet sig grænsen til normalområdet, mens børn i PMTO-gruppen gik fra at ligge uden for normalområdet til at ligge inden for normalområdet. Der var samtidig opnået en signifikant stigning i forældrenes mestringsevne i forhold til forælderollen efter afslutningen af kurserne (3)

Forløb for børn og unge med angst



Blandt informanterne var især programmer målrettet børn og unge med angst i fokus. Nedenfor præsenteres tre programmer: Cool Kids, Chilled og LÆR AT TACKLE angst og depression, som henvender sig til børn fra 7-årsalderen til unge i alderen af 25.

Cool Kids* er et videnskabeligt baseret og effektivt angstbehandlingsprogram med fokus på kognitiv adfærdsterapi til børn i alderen 7-12 år. Mini Cool Kids henvender sig til børn mellem 7-8 år og Cool Kids til børn mellem 9-12 år. Programmet er udviklet i Australien og oversat til dansk på Angstklinikken for børn og unge ved Aarhus Universitet, og er forankret på Børne- og ungdomspsykologiske klinik. I et Cool Kids gruppeforløb deltager 5-6 jævnaldrende børn sammen med deres forældre. Børn og forældre introduceres til de samme strategier og metoder og familien får på denne måde et fælles sprog og en fælles tilgang til barnets problematik. Forskningsresultater viser,

at op mod 80 % af alle børn og unge med forskellige angstlidelser, som gennemfører et Cool Kids forløb, har gavn af forløbet (134).

Chilled er en særskilt version af Cool Kids-programmet og er målrettet unge i alderen 13-18 år, der har angst som primær diagnose. Der findes en særskilt version af Cool Kids-programmet, der kaldes Chilled. Chilled-programmet er målrettet unge i alderen 13-18 år, der har angst som primær diagnose. Fokus er på at lære de unge nye strategier for, hvordan de selv håndterer angst. De unges forældre er tiltænkt en støttende rolle og er derfor også målgruppe for programmet.

LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge i alderen 15-25 år er baseret på det evidensbaserede peer-kursus for voksne, der hedder *LÆR AT TACKLE angst og depression*. Indsatsen til den unge målgruppe er udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning. Den bygger på den sociale, kognitive teori kaldet self-efficacy, som er et udtryk for en persons tiltro til egne evner på et givent område. Kurserne er baseret på en peer-to-peer tilgang, hvilket betyder, at instruktørerne har personlig erfaring med angst og/eller depression, sådan at de kan fungere som inspiration og positive rollemodeller for kursisterne. Indsatsen er evalueret af Statens Institut for Folkesundhed i 2019 og viser effekt på flere parametre (135).

Fastholdelse af unge i uddannelse samt unge uden for uddannelse og arbejdsmarkedet



Flere informanter peger på, at en plads i uddannelsessystemet eller på arbejdsmarkedet er essentiel for mental sundhed. Selvom mange af indsatserne nedenfor ikke har et særskilt fokus på mental sundhed, bliver det af informanterne påpeget som en væsentlig faktor for, at unge kan udføre et uddannelsesforløb og komme ud på arbejdsmarkedet. Herunder præsenteres tre forløb, der har fokus på fastholdelse af unge i uddannelse samt brobygning til uddannelse.

Fremskudt trivselsberedskab er et projekt, der har til formål at bryde den negative spiral af hyppige frafald fra uddannelse blandt mange sårbare elever samt at demonstrere, hvordan involverede parter i fællesskab kan løfte opgaven med at fastholde disse unge. Samarbejdet består af tre indsats: Etablering af en trivselskultur (kursus udbudt af Psyk-info for lærere), individuelle aktiviteter (eksempelvis en mentorordning) og gruppeaktiviteter (løbeklubber, madklubber, turklubber m.fl.) til støtte for de sårbare elever. Projektet er et EU-socialfondsprojekt, hvor Region Syddanmark er sammen med 22 partnere bestående af blandt andet kommuner, erhvervsskoler og gymnasier. Projektet har haft en toårig afprøvningsperiode og blev afsluttet i udgangen af 2020.

Tilbage til skolen er et satspuljeprojekt, der blev gennemført i perioden 2015-2018. Projektet var forankret i Børne- og ungepsykiatrien i Region Syddanmark og havde den overordnede målsætning at sikre tværfaglig og tværsektoriel bistand til børn og unge, som skal vende tilbage til og fastholdes i stabil skolegang. Indsatsen var tilrettelagt med udgangspunkt i en kognitiv adfærdsterapeutisk teori og metode, *When Children Refuse School*, som er udviklet i USA. Her tages udgangspunkt i en tænkning om skolefravær ud fra fire forskellige årsager og/eller bagvedliggende funktioner. Med baggrund heri er måden at arbejde med skolefravær på blevet implementeret i Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland efter endt projektperiode.

Brobygning til Uddannelse - En samlet uddannelsesrettet indsats for unge uddannelseshjælpsmodtagere er en indsats, der er igangsat af Beskæftigelsesministeriets Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) og Undervisningsministeriet i 2013. Indsatsen er målrettet unge under 30 år uden en studie- eller erhvervskompetencegivende uddannelse og har til formål at understøtte, at flere unge kommer i uddannelse eller arbejde. Indsatsen består af 12 forsøg med

brobygning til uddannelse på 12 forskellige erhvervsskoler. Ideen er, at de unge oplever hverdagen på en erhvervsskole, hvor de i cirka tre måneder får mulighed at blive opkvalificeret i dansk og matematik, deltage lidt i skolens værksteder eller på en anden måde være en del af det normale skolemiljø. Således kan de unge få en mere naturlig overgang, når de så starter på erhvervsskolen. Indsatsen er evalueret og viser gode effekter.

Job-bro til Uddannelse – Forsøg med virksomhedsforløb som vejen til uddannelse er et pulje-projekt i Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, som kan søges af landets kommuner. Formålet med *Job-bro til Uddannelse* er dels, at flere udsatte unge påbegynder og gennemfører en ordinær uddannelse, og dels at udvikle og afprøve en indsatsmodel for kommunernes arbejde med den uddannelsesrettede indsats for de udsatte unge. Indsatsen henvender sig til unge under 30, som enten er uddannelsesparate, aktivitetsparate eller i et ressourceforløb. Job-bro til Uddannelse er ikke evalueret.

Andre indsatser



De to sidste indsatser, som vil blive nævnt, kan ikke knyttes til de andre temaer i dette afsnit og placeres derfor under denne kategori.

Første indsats er et åbent anonymt rådgivningstilbud til unge. Den anden indsats handler om at forebygge, at nogle børn lander i en gråzone mellem behandling i psykiatrien og støtte i kommunalt regi.

Ungehuset er et projekt, som Middelfart Kommune har udrullet i samarbejde med Socialstyrelsen. Projektet er en udvidet udgave af en åben anonym rådgivning, der hedder Ungeliv, et satspuljeprosjekt, der kører de næste par år, og som er målrettet unge i alderen 13-25 år. Ungehuset er et åbent anonymt tilbud for unge og deres forældre, hvor de kan ringe og få en snak med fagprofessionelle, hvis de oplever udfordringer. Et væsentligt element i Ungehuset er, at der er et opsøgende element i projektet, hvor medarbejdere tager ud på skoler og ungdomsuddannelser, hvor de unge kan få åben anonym samtale. Ungehuset og Ungeliv er tænkt som forebyggende tilbud, der kan hjælpe unge og deres familier, inden deres problemer udvikler sig til en social sag. Der eksisterer i flere kommuner forskellige tilbud med åben anonym rådgivning til unge.

Fremskudt funktion fra psykiatrien er et tilbud udbudt i Region Syddanmark. Formålet med indsatsen er at forebygge, at børn og unge i mistrivsel står uden indsatser, fordi de ikke tilhører målgruppen for psykiatrien og samtidig er svære at løfte for kommunerne uden den rette sparring og supervision fra psykiatrien. Målgruppen er børn og unge i alderen 6-18 år, som er i mistrivsel, som ikke har behov for en indsats i børne- og ungdomspsykiatrien, men har behov for en intensiv indsats i familien og nærmiljøet. Indsatsen henvender sig derudover til fagpersoner fra både regionen og kommunerne, som er i kontakt med målgruppens børn og unge. Projektet 'Fremskudt funktion' skal med opkvalificering af regionale og kommunale medarbejdere understøtte, styrke og udvikle samarbejdet omkring børn og unge i mistrivsel i Region Syddanmark. Projektet løber over en 3-årig periode fra 2019-2021.

Som beskrevet i introduktionen til dette afsnit, så er denne liste ikke udtømmende for de indsatser der eksisterer i Danmark. Indsatserne beskrevet i dette afsnit er udpeget af eksperter som gode eller særligt lovende indsatser på området. Ønskes et endnu større indblik i nationale og internationale universelle, selektive og indikerede indsatser målrettet børn og unge, henvises til Vidensråd for Forebyggelses rapport *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* (3).

Bilag 1: Metodebeskrivelse

I følgende bilag beskrives datamaterialet og metoderne anvendt i de kvantitative undersøgelser (kapitel 4 og 5) og i de kvalitative undersøgelser (kapitel 6 og 7).

Kvantitative metoder

I de følgende afsnit beskrives de datakilder, studiepopulationer og analysemetoder, som er anvendt i kapitel 4 og kapitel 5.

Datakilder anvendt i rapporten

Resultaterne i denne rapport er baseret på data fra udvalgte spørgeskemaundersøgelser og en række nationale registre. I det følgende beskrives de anvendte datakilder.

Spørgeskemaundersøgelser

UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019

UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19-GYM) er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse udført af Statens Institut for Folkesundhed i et samarbejde med Steno Diabetes Center Copenhagen og VIVE – Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd samt med opbakning fra Danske Gymnasier, Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier og Sundhedsstyrelsen og finansieret af Kræftens Bekæmpelse (52). Undersøgelsen inkluderer unge fra de gymnasiale uddannelser: STX, 2-årig HF, HHX og HTX. Der blev sendt invitation til samtlige skoler i landet, der tilbyder disse gymnasiale uddannelser (n=287), hvoraf 88 skoler ønskede at deltage (31 %). Samtlige klasser på alle årgange blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, og blandt de 88 deltagende skoler var der 29.122 elever i alderen 15 til 30 år, der besvarede spørgeskemaet (65 %). Dette svarer til ca. 20 % af alle elever indskrevet på en gymnasial uddannelse i hele landet. Dataindsamlingen foregik i første kvartal af 2019 via et internetbaseret spørgeskema, der indeholdt ca. 120 spørgsmål vedrørende sundhed og trivsel. Blandt alle deltagende elever var 38 % fra 1. årgang, 33 % fra 2. årgang og 29 % fra 3. (4.) årgang (52).

Fordelingen af deltagende gymnasieelever i UNG19-GYM og gymnasieelever på landsplan er generelt sammenlignelig i forhold til køn, alder og region med undtagelse af HHX-elever fra Region Hovedstaden og Region Nordjylland, som kun er repræsenteret i Region Hovedstaden med 1 % og med 0 % i Region Nordjylland. Resultater fra UNG19-GYM undersøgelsen vurderes således til at være repræsentative for gymnasieelever på landsplan med undtagelse for HHX-elever fra disse to regioner (52).

UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019

UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19-EUD) er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse gennemført af Sundhedsfremme, Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC) i foråret 2019 (121), og blev udført parallelt med UNG19-GYM undersøgelsen. UNG19-EUD-undersøgelsen inkluderer unge fra 15 år på erhvervsuddannelser, hvor både EUD-elever, EUX-elever, hovedforløbs- og grundforløbselever deltager. Inviterede deltagere i undersøgelsen blev udtrukket via stikprøve på matrikelniveau. Hver matrikel blev udtrukket til at deltage med elever fra ét hovedområde. Alle elever fra det udtrukne hovedområde blev inviteret til at deltage. I alt deltog 58 erhvervsskolematrikler og 6.119 erhvervsskoleelever i undersøgelsen. Spørgeskemaet blev udfyldt elektronisk og indeholdt spørgsmål vedrørende erhvervsskoleelevers sundhed og trivsel, hvoraf en række af spørgsmålene var de samme som i UNG19-GYM-undersøgelsen (121).

Nationale registre

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret (LPR) indeholder oplysninger om al kontakt til danske hospitaler både somatiske og psykiatriske hospitaler. Registreringerne inkluderer indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg og har tilknyttet en hoveddiagnose (aktionsdiagnose) samt eventuelle bi-diagnoser, som er opgjort ved ICD (International Classification of Diseases) diagnosekoder. Registeret blev etableret i 1977 og indeholder fra og med 1995 også psykiatriske kontakter (136). Til karakteristikken af unge med dårlig mental sundhed (kap. 5) anvendes oplysninger om kontakt til offentlige somatiske sygehuse blandt de unge samt kontakt til offentlige psykiatriske sygehusafdelinger blandt de unge og deres forældre. Til at beskrive udviklingen i forekomsten af udvalgte psykiske sygdomme hos børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark (kapitel 4) anvendes udvalgte diagnoser fra psykiatriske kontakter fra Landspatientregisteret (se nærmere detaljer nedenfor i afsnit om studiepopulation anvendt i kapitel 4).

Lægemiddeldatabasen

Lægemiddeldatabasen indeholder oplysninger om indløste recepter på danske apoteker siden 1995 (137). Registeret indeholder blandt andet oplysninger om dato for indløsning af recepten, personnummer for modtager og typen af medicin (efter Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC)). Til karakteristikken af unge med dårlig mental sundhed (kap. 5) er der inkluderet oplysninger om indløste recepter på psykofarmaka defineret på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens afgrænsning i medstat.dk: Antidepressive lægemidler (ATC gruppe N06A, bortset fra duloxetin N06AX21 i styrken 20 og 40 mg og bupropion N06AX12), antipsykotiske lægemidler og lithium (ATC-gruppe N05A), centralstimulerende lægemidler (ATC-gruppe N06BA og guanfacin C02AC02), benzodiazepiner, benzodiazepinlignende lægemidler og melatonin (ATC-grupperne N05BA, N05CD, N03AE, N05CF, N05CH01) (124). Endvidere er data om lægemidler til behandling af ADHD anvendt til at beskrive udviklingen i forekomsten af ADHD blandt børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark (kapitel 4).

Det Centrale Personregister

I det Centrale Personregister (CPR-registeret) findes oplysninger om blandt andet personnummer, slægtskab og civilstand for alle personer, der har boet i Danmark og været tilmeldt en dansk kommune efter den 2. april 1968 (138). Til denne undersøgelse er oplysninger fra CPR-registeret anvendt til at identificere deltagerens etnicitet og køn samt de inkluderede deltageres forældre, civilstand og familietype. På baggrund af oplysninger fra CPR-registeret om forældres civilstand og familietype er der opgjort andelen, der har oplevet brud i familien i løbet af barndommen. "Brud i familien" er defineret som deltagere med forældre, der har ændret status fra gift eller samlevende til enlige, mens deltageren var 0-17 år.

Familieindkomster

Registeret "FAIK – familieindkomster" fra Danmarks Statistik indeholder oplysninger om indkomster for familier, hvor mindst ét af familiemedlemmerne er fuldt skattepligtig, minimum 15 år og har boet i Danmark hele det pågældende år (139). Til denne undersøgelse er anvendt variabelen "ækvivaleret disponibel indkomst for familien" fra FAIK. Med henblik på at muliggøre sammenligning af indkomst og levevilkår for familier med forskellig størrelse er variabelen vægtet i forhold til antallet af personer i familien (140). Variablen opdelt i fire lige store grupper (kvartiler) og er i denne undersøgelse anvendt til at opføre familieindkomst i året inden deltagelse.

Arbejdsklassifikationsmodulet AKM

Arbejdsklassifikationsmodulet AKM fra Danmarks Statistik omhandler befolkningens tilknytning til arbejdsmarkedet og indeholder bl.a. en inddeling af personer i en socioøkonomisk status (SOCIO). Inddelingen sker på baggrund af en række oplysninger om personlig indkomst, uddannelse, arbejdsstedsbranche, a-kasseoplysninger samt indberetninger fra private virksomheder (141). I denne undersøgelse anvendes variabelen SOCIO13, der har følgende overordnede kategorier: selvstændig erhvervsdrivende, medarbejdende ægtefælle, lønmodtager, arbejdsløs, uden for arbejdsstyrken, herunder pensionist, kontanthjælpsmodtager eller under uddannelse samt "andre" (142). I denne undersøgelse anvendes SOCIO13 til at beskrive, om mindst én af deltagerens forældre er beskæftiget, defineret som værende lønmodtager, selvstændig eller medarbejdende ægtefælle.

Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister indeholder registreringer af samtlige psykiatriske indlæggelser i perioden 1969-1994, hvorefter registeret i 1995 overgik til at blive en del af Landspati-entregisteret (143). Til denne undersøgelse anvendes data fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister til at beskrive kontakt til psykiatriske afdelinger før 1995 blandt de unges forældre.

Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder fra 1990 og frem oplysninger om ydelser fra alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, psykologer, fysioterapeuter m.fl. støttet af den offentlige sygesikring (144). Til denne undersøgelse er der anvendt data om kontakter til alment praktiserende læger samt til privatpraktiserende psykologer og psykiatere blandt de unge.

Uddannelsesregisteret

Uddannelsesregisteret fra Danmarks Statistik indeholder oplysninger om den danske befolknings påbegyndte og afsluttede uddannelser og er baseret på årlige opgørelser (145). Til denne undersøgelse er der inkluderet oplysninger om højest fuldførte uddannelse hos de unges forældre. Oplysninger om grundskolekarakterer fra 9. eller 10. klasse er hentet fra Danmarks Statistiks register "UDKF – Grundskolekarakterer" (146), som indeholder data fra 2002 og frem. Til denne undersøgelse er anvendt data fra "UDKF – Grundskolekarakterer" til at beregne et karaktergennemsnit fra alle fag i 9. eller 10. klasse med karakterer (årskarakterer samt skriftlige og mundtlige eksamenskarakterer).

Kriminalstatistikregisteret

Kriminalstatistikregisteret fra Danmarks Statistik er baseret på data fra Det Centrale Kriminalregister, der indeholder oplysninger om bl.a. anmeldelser, sigtelser, afgørelser og fængslinger i Danmark (147). I denne undersøgelse indgår data fra Danmarks Statistiks register "KRSI – Kriminalstatistik sigtelser", som indeholder oplysninger om personer, der er blevet sigtet for at have begået en strafbar handling efter straffelove og særlove. Der er ikke inkluderet oplysninger om sigtelser efter færdselsloven. Data er anvendt i denne undersøgelse til at beskrive unge, der har været sigtet for en strafbar handling i alderen 0-18 år.

Beskrivelse af studiepopulationerne anvendt i rapporten

Studiepopulationen anvendt i kapitel 4 er baseret på registeroplysninger og består af børn og unge i Region Syddanmark i alderen 0-24 år, som har udvalgte psykiske sygdomme.

Studiepopulationen anvendt i kapitel 5 består af unge i alderen 15-24 år fra gymnasiale- og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark, som har deltaget i to parallelt udførte spørgeskemaundersøgelser: *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (52) og *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* (121).

Studiepopulation anvendt i kapitel 4

I den del af indeværende undersøgelse, der har til formål at beskrive udviklingen i og forekomsten af udvalgte psykiske sygdomme hos børn og unge i Region Syddanmark, indgår børn og unge i alderen 0-24 år diagnosticeret med ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelser i det psykiatriske sundhedsvæsen samt børn og unge, der modtager medicin mod ADHD. Opgørelserne er lavet med udgangspunkt i en rapport om prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser, der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (SST) og Sundhedsdatasstyrelsen (SDS) i 2017 (120). Der er i indeværende rapport anvendt samme definitioner på de inkluderede sygdomme som i rapporten af Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatasstyrelsen fra 2017 (120), på nær at der er tilføjet et yderligere præparat til behandling af ADHD (guanfacin (ATCkode C02AC02)). Imidlertid er aldersfordelingen i indeværende rapport forskellig fra den anvendt i rapporten af SST/SDS (120).

Opgørelserne er baseret på data fra Lægemedeldatabasen og Landspatientregisteret fra psykiatriske hospitaler. De inkluderede sygdomskategorier er defineret ud fra nedenstående diagnose- eller ATC-koder (120):

- **ADHD** (DF900*, DF901*, DF908*, DF909*) og (N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, C02AC02).
- **Angst** (DF40*, DF41*) eller **depression** (DF32*, DF33*).
- **Spiseforstyrrelse** (DF50*).

Der er for sygdomskategorien "angst/depression" kun inkluderet personer, der er blevet registreret med ovenstående diagnoser i forbindelse med kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Angst eller depression blandt børn og unge, som ikke har ført til sygehuskontakt, eksempelvis diagnostik og behandling udelukkende via praktiserende læge, indgår således ikke i denne opgørelse.

Studiepopulation anvendt i kapitel 5

Den del af indeværende undersøgelse, der har til formål at karakterisere unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark, er baseret på data fra to parallelt udførte spørgeskemaundersøgelser:

1. *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019*, der inkluderer elever på gymnasiale uddannelser (Almen Studentereksamen (STX), Højere Forberedelseseksamen (HF), Højere Handelseksamen (HHX) og Teknisk Studentereksamen (HTX)) (52).
2. *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019*, der inkluderer elever fra erhvervsskoler (EUD og EUX) (121).

Både UNG19-GYM og UNG19-EUD er tværsnitsundersøgelser, hvilket betyder, at faktorerne i undersøgelseerne er målt på samme tid og dermed giver et øjebliksbillede af forekomsten hos de deltagende elever. Som følge heraf er det ikke muligt at sige noget om årsagssammenhænge mellem mental sundhed og de udvalgte faktorer. Det vil sige, at man ikke kan konkludere på, om det er den mentale sundhedstilstand, der influerer på eksempelvis niveauet af fysisk aktivitet, eller om det er niveauet af fysisk aktivitet, der påvirker den mentale sundhedstilstand. Endvidere bør det fremhæves, at studiepopulationerne i UNG19-GYM og UNG19-EUD ikke er repræsentative for alle 15-30-årige i Danmark (eller Region Syddanmark), da det ikke er alle unge mellem 15 og 30 år, der er indskrevet på en gymnasial uddannelse eller erhvervsuddannelse (52, 121). Analyserne i indeværende rapport er baseret på besvarelser fra elever fra Region Syddanmark. Afgrænsningen af region er dannet ud fra den region, skolen ligger i. Der kan således indgå besvarelser fra elever, der ikke har bopæl i Region Syddanmark, men som går på en gymnasial uddannelse eller en erhvervsuddannelse i Region Syddanmark. Endvidere er der afgrænset til elever i alderen 15-24 år fra begge undersøgelser.

I UNG19-EUD-undersøgelsen har ca. en fjerdedel af deltagerne ikke angivet CPR-nr. Til indeværende undersøgelse er deltagerne i UNG19-EUD uden CPR-oplysninger ekskluderet (n=1.087 fra hele landet, heraf n=255 fra Region Syddanmark). Dette skyldes, at oplysninger om forældrenes uddannelse indgår som kontrolvariabel i analyserne til karakteristikken af de unge, og det er kun muligt at koble oplysninger om forældrenes uddannelse til spørgeskemadata ved hjælp af deltagerens CPR-nr. Med henblik på at undersøge, om eksklusion af denne gruppe af deltagerne har betydning for resultaterne i indeværende undersøgelse, blev der udført sensitivitetsanalyser, hvor resultaterne fra sammenhængen mellem mental sundhed og udvalgte faktorer blev analyseret både med og uden eksklusion af deltagerne uden CPR-nr. Sensitivitetsanalyserne viste, at eksklusion af deltagerne uden CPR-nr. ikke substantielt ændrede resultaterne (data ikke vist). Endvidere ses ved opdeling af deltagerne i UNG19-EUD på køn og alder, at der ikke er nævneværdig forskel i fordelingerne (andele) heri mellem gruppen, der indeholder deltagerne både med og uden CPR-nr., og gruppen, hvor deltagerne uden CPR-nr. er ekskluderet. Dette gælder både blandt deltagerne fra hele landet og fra Region Syddanmark (data ikke vist).

Spørgeskemaerne anvendt i henholdsvis UNG19-GYM og UNG19-EUD er ikke ens, og som følge heraf har det ikke været muligt at opgøre alle indikatorer for elever både på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser. Endvidere har det til denne undersøgelse kun været muligt at lave en kobling mellem data fra UNG19-GYM-undersøgelsen og registre omhandlende brug af sundhedsvæsenet, sigtelser, grundskolekarakter og en række socioøkonomiske faktorer for forældrene, hvorfor disse faktorer ikke er opgjort for elever på erhvervsuddannelser. Det fremgår specifikt af indledningerne til hvert afsnit, hvilke faktorer der er belyst for henholdsvis elever på gymnasiale uddannelser og elever på erhvervsuddannelser.

I alt består studiepopulationen i indeværende undersøgelse af 8.032 gymnasiale elever fra UNG19-GYM-undersøgelsen og 805 erhvervsskoleelever fra UNG19-EUD-undersøgelsen i alderen 15-24 år fra Region Syddanmark. Nedenfor beskrives disse to studiepopulationer nærmere i forhold til fordeling på køn, alder og uddannelsestype.

UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019

I tabel A1.1 ses fordelingen af studiepopulationen til denne undersøgelse blandt deltagere i UNG19-GYM i Region Syddanmark og på landsplan i forhold til køn, alder og type af gymnasial uddannelse. Det fremgår af tabellen, at der er en lidt større andel af unge kvinder (54,3 %) end unge mænd (45,7 %) i UNG19-GYM. Det gælder både blandt deltagere i Region Syddanmark og blandt deltagere på landsplan. I forhold til alder⁹ udgør de 18-årige den største gruppe (32,5 %), efterfulgt af de 17- og de 19-årige (hhv. 29,4 % og 19,3 %). Aldersfordelingen blandt deltagere i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra aldersfordelingen på landsplan, om end de 15-16-årige udgør en lidt mindre andel i Region Syddanmark end på landsplan. Blandt deltagere i Region Syddanmark er halvdelen STX-elever (50,0 %), mens 31,1 % er HHX-elever, 10,4 % er HF-elever og 8,5 % er HTX-elever. Dette adskiller sig fra fordelingen på landsplan, hvor eksempelvis 70,0 % er STX-elever og 13,9 % er HHX-elever (se tabel A1.1).

⁹ Alder er opgjort som alder på dagen for deltagelse i UNG19-GYM.

Tabel A1.1 Fordeling af deltagere i alderen 15-24 år i UNG19-GYM i Region Syddanmark og i hele landet i forhold til køn, alder og type af gymnasial uddannelse. Antal og procent.

	Region Syddanmark		Danmark
	Antal	Procent	Procent
I alt	8.032	100,0	100,0
Køn			
Mænd	3.668	45,7	44,6
Kvinder	4.364	54,3	55,5
Alder¹			
15-16 år	912	11,4	14,5
17 år	2.359	29,4	29,7
18 år	2.607	32,5	31,8
19 år	1.548	19,3	18,3
20-24 år	606	7,5	5,8
Gymnasial uddannelse			
STX	4.016	50,0	70,0
HF	832	10,4	7,0
HHX	2.499	31,1	13,9
HTX	685	8,5	9,2

¹ Alder er opgjort som alder på dagen for deltagelse i UNG19-GYM.
 Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019

I tabel A1.2 ses fordelingen af studiepopulationen til denne undersøgelse blandt erhvervsskoleelever fra UNG19-EUD-undersøgelsen i Region Syddanmark og på landsplan i forhold til køn, alder og hovedområde af erhvervsskoleuddannelsen. Af tabel A1.2 ses det, at der indgår en større andel af unge mænd (60,1 %) end kvinder (39,9 %) i UNG19-EUD i Region Syddanmark. Der er ikke væsentlig forskel på kønsfordelingen i UNG19-EUD blandt deltagere i Region Syddanmark og på landsplan. I forhold til alder udgør de 18-19-årige den største gruppe af deltagere (38,0 %), mens de 15-17-årige udgør 32,6 % og de 20-24-årige 29,4 % af deltagerne i Region Syddanmark. Aldersfordelingen i Region Syddanmark afspejler i vid udstrækning aldersfordelingen på landsplan. Hovedområdet "Teknologi, byggeri og transport" er størst repræsenteret med 40,9 % af deltagerne i Region Syddanmark. Fordelingen af deltagere på hovedområder i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra fordelingen i hele landet, om end der er en lidt mindre andel af unge fra "Teknologi, byggeri og transport" og en lidt større andel fra "Kontor, handel og forretningsservice" i Region Syddanmark end i hele landet (tabel A1.2).

Tabel A1.2 Fordeling af deltagere i alderen 15-24 år i UNG19-EUD i Region Syddanmark og på landsplan i forhold til køn, alder og type af hovedområde. Antal og procent.

	Region Syddanmark		Danmark
	Antal	Procent	Procent
I alt	805	100,0	100,0
Køn			
Mænd	484	60,1	63,8
Kvinder	321	39,9	36,2
Alder			
15-17 år	262	32,6	30,3
18-19 år	305	38,0	36,4
20-24 år	236	29,4	33,3
Hovedområde			
Omsorg, sundhed og pædagogik	161	20,0	19,4
Kontor, handel og forretningservice	210	26,1	20,3
Fødevarer, jordbrug og oplevelser	105	13,0	15,4
Teknologi, byggeri og transport	329	40,9	44,9

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

Definition af dårlig mental sundhed

I denne undersøgelse anvendes spørgeskemabesvarelser fra den korte version af The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS) til at definere gruppen af unge med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed (122). SWEMWBS er en valideret skala til måling af mental sundhed, der oprindeligt er udviklet til at kunne monitorere positive aspekter af mental sundhed i den almene voksne befolkning (148, 149), men har også været anvendt i kliniske studiepopulationer og blandt unge (150, 151). Skalaen består i den korte version af syv spørgsmål, som berører både følelsesmæssige og funktionsmæssige aspekter af mental sundhed (122, 148, 149), og er i UNG19-GYM og UNG19-EUD formuleret således:

"Her kommer nogle udsagn om følelser og tanker. Sæt kryds ud for det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det i løbet af de sidste 2 uger. Sæt et kryds for hver linje."

Til hvert spørgsmål har respondenterne følgende fem svarmuligheder: "Aldrig", "Næsten aldrig", "En gang imellem", "Ofte" eller "Meget ofte".

1. *Jeg har følt mig optimistisk i forhold til fremtiden*
2. *Jeg har følt mig nyttig*
3. *Jeg har følt mig afslappet*
4. *Jeg har klaret problemer godt*
5. *Jeg har tænkt klart*
6. *Jeg har følt mig tæt på andre mennesker*
7. *Jeg har været i stand til at danne min egen mening om ting*

Den samlede individuelle score fra SWEMWBS beregnes som summen af scoren af hvert af de syv items (score 1 til 5), som efterfølgende indsættes i en omregningstabel (122). Jo højere samlet

score, jo bedre mental sundhed. Der findes ikke en etableret metode til at kategorisere den samlede SWEMWBS score (152). I denne undersøgelse er der kategoriseret ud fra skæringspunkterne anvendt i en dansk undersøgelse, som er baseret på en national repræsentativ population af personer bosat i Danmark i alderen 16 år og derover (123). På baggrund af international litteratur blev der i den undersøgelse defineret tre grupper ud fra den kontinuerte fordeling af den samlede score: øverste 15ende percentil (svarende til 1 standardafvigelse over gennemsnittet og højere) blev defineret som god mental sundhed, nederste 15ende percentil (svarende til 1 standardafvigelse under gennemsnittet og derunder) blev defineret som dårlig mental sundhed. Den resterende 16ende til 84ende percentil blev defineret som moderat mental sundhed. For den konverterede korte version af WEMWBS resulterer denne tilgang i følgende skæringspunkter: score 7,00-19,98 (dårlig mental sundhed), score 20,73-28,13 (moderat mental sundhed) og 29,31-35,00 (god mental sundhed) (123).

Disse skæringspunkter er også anvendt i indeværende undersøgelse, hvor der skelnes mellem gruppen af deltagere med dårlig mental sundhed på den ene side og henholdsvis moderat og god mental sundhed på den anden side, som således er slået sammen i én gruppe. De anvendte skæringspunkter gælder for både mænd og kvinder. Det skal bemærkes, at der er tale om et på forhånd fastlagt skæringspunkt af den samlede SWEMWBS score, hvorfor det ikke i sig selv giver mening at fokusere på den absolutte forekomst af dårlig mental sundhed, men i stedet på forskelle mellem grupper. Der er således ikke fokus på, om eksempelvis andelen af unge kvinder klassificeret til at have dårlig mental sundhed i sig selv er højt eller lavt, men derimod om den andel er forskellig fra andelen blandt unge mænd, eller om der for eksempel er forskel i andelen, der ryger cigaretter mellem de to grupper af mental sundhed. Ligeledes skal det bemærkes, at den absolutte forekomst af unge med dårlig mental sundhed i nærværende rapport ikke er direkte sammenlignelig med forekomsten fra undersøgelser, der har anvendt andre mål for mental sundhed end (S)WEMWBS eller har anvendt et andet skæringspunkt af den samlede SWEMWBS score end det anvendte i nærværende rapport.

I tabel A1.3 er vist fordelingen af unge på gymnasiale og erhvervsuddannelser med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed blandt deltagere fra UNG19-GYM og UNG19-EUD. Det ses, at 18,9 % af deltagerne i UNG19-GYM i Region Syddanmark klassificeres i gruppen af deltagere med dårlig mental sundhed, mens den resterende del af deltagerne klassificeres i gruppen af personer med moderat/god mental sundhed (81,1 %). Denne gruppe benævnes også som referencgruppen. En næsten identisk fordeling af dårlig og moderat/god mental sundhed ses blandt unge erhvervsskoleelever, der har deltaget i UNG19-EUD i Region Syddanmark. Ligeledes er fordelingen i mental sundhed på landsplan i de to undersøgelser i fuld overensstemmelse med fordelingerne i Region Syddanmark (tabel A1.3).

Tabel A1.3 Dårlig og moderat/god mental sundhed blandt deltagere i UNG19-GYM og UNG19-EUD i Region Syddanmark og på landsplan. Antal og procent.

	Region Syddanmark				Danmark			
	Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed		Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Gymnasiale uddannelser								
Alle	1.468	18,9	6.281	81,1	5.410	19,4	22.514	80,6
Erhvervsuddannelser								
Alle	150	18,7	654	81,3	604	18,7	2.624	81,3

Kilder: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121)

Ordforklaring og læsevejledning

Prævalens

Prævalens angiver antallet af eksisterende sygdomstilfælde i en befolkning på et givent tidspunkt. Prævalensen kan benyttes til at vurdere omfanget af personer med behov for behandling inden for de udvalgte psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse. I denne opgørelse opgøres prævalensen dels ved et antal og dels ved en rate.

Antal: Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet registreret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år (prævalente personer).

Prævalensrate: Antal prævalente personer per 10.000 børn og unge. For eksempel for Region Syddanmark i 2018 er prævalensraten:

$$\text{Prævalensrate} = \frac{10.000 \times (\text{antal prævalente personer i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}{(\text{antal indbyggere i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}$$

For at kunne sammenligne tal over tid og mellem Region Syddanmark og hele Danmark anvendes rater. For at sikre, at eventuelle aldersforskelle ikke påvirker resultaterne, er der foretaget en aldersstandardisering af raterne.

Incidens

Incidens angiver antallet af nye sygdomstilfælde i en befolkning inden for en given periode. I denne opgørelse opgøres incidensen dels ved et antal og dels ved en rate.

Antal nye tilfælde: Det samlet antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var diagnosticeret med pågældende sygdom, ikke indgår.

Incidensrate: Antal nye tilfælde per 10.000 børn og unge. Det beregnes for hele populationen blandt personer, der ikke har sygdommen. For eksempel for Region Syddanmark i 2018 er incidensraten:

$$\text{Incidensrate} = \frac{10.000 \times (\text{antal nye tilfælde i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}{(\text{antal indbyggere i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}$$

For at kunne sammenligne tal over tid og mellem Region Syddanmark og hele Danmark anvendes rater. For at sikre, at eventuelle aldersforskelle ikke påvirker resultaterne, er der foretaget en aldersstandardisering af raterne.

Procent

"Procent" angiver andelen af unge med den pågældende indikator.

Antal svarpersoner

"Antal svarpersoner" viser antallet af personer, der har besvaret det pågældende spørgsmål, som indikatoren er baseret på.

OR

Odds ratio (OR) udtrykker forholdet (ratioen) mellem to odds (chance) og er i denne undersøgelse et mål for, hvor meget mindre chance (eller større risiko) unge med dårlig mental sundhed har for at have angivet den pågældende indikator (eksempelvis at have et godt selv vurderet helbred) sammenlignet med referencegruppen. Referencegruppen er i denne undersøgelse de unge, der er blevet klassificeret til at have moderat eller god mental sundhed målt via SWEMWBS.

Fortolkningen af OR er, at hvis værdien af OR er 1, så er der ikke forskel i forekomsten af den aktuelle indikator mellem unge med dårlig mental sundhed og referencegruppen. Hvis OR er lavere eller højere end 1, betyder det generelt, at forekomsten er lavere eller højere blandt unge med dårlig mental sundhed end i referencegruppen. I kommenteringen af OR-værdierne i kapitel 5 beskrives en OR-værdi på mere end 3,0 som en *markant* højere risiko, mens en OR-værdi på mindre end 0,33 beskrives som en *markant* mindre chance. For hver indikator præsenteres resultaterne af to OR-analyser, hvor der i den første er taget højde for eventuelle forskelle i alder, mens der i den anden er taget højde for eventuelle forskelle i alder og forældrenes uddannelse.

95 % sikkerhedsgrænser

Søjlen "95 % sikkerhedsgrænser" viser et 95 % sikkerhedsinterval for OR, som angiver den sikkerhedsmargin, som OR befinder sig inden for. Hvis 95 % sikkerhedsgrænserne indeholder værdien 1, er der ikke statistisk signifikant forskel i forekomsten af den pågældende indikator mellem unge med dårlig mental sundhed og referencegruppen.

Antal mindre end 10 personer

Hvis antallet af personer er under 10 i en rubrik i tabellerne, vises ingen resultater, og rubrikken er udeladt. Dette er gjort for at sikre persondataskyttelse.

Analysemetode

Logistisk regression

Til at karakterisere unge med og uden dårlig mental sundhed på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser ud fra en lang række indikatorer er der beregnet frekvenser (antal og procent) samt via logistisk regressionsanalyse odds ratio (OR) med tilhørende 95 % sikkerhedsgrænser. Den statistiske model, der er anvendt til den logistiske regressionsanalyse, er PROC LOGISTIC, hvor mental sundhed målt ved hjælp af SWEMWBS og kategoriseret i henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed indgår som uafhængig variabel.

Alder og forældres uddannelsesniveau kan have betydning for både mental sundhed og mange af de indikatorer, der indgår i denne undersøgelse, hvorfor disse faktorer også kan påvirke de sammenhænge, der undersøges. Som følge heraf præsenteres dels resultater justeret for alder, dels resultater, hvor der yderligere er justeret for forældrenes uddannelsesniveau. Det er udelukkende sidstnævnte analysemodel med justering for alder og forældres uddannelsesniveau, der kommenteres på i denne rapport. Analyserne præsenteres med resultater med og uden opdeling på køn. For enkelte indikatorer præsenteres ikke resultater grundet små antal.

Nedenfor er vist et eksempel på en tabel, der præsenteres for hver indikator i kapitel 5. I tabellen præsenteres en række indikatorer for sociale relationer med en kort læsevejledning.

Tabelkseksempel: Indikatorer for sociale relationer blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen								
Alle	59,4	1.351	75,1	5.839	0,51	(0,45 - 0,58)	0,52	(0,46 - 0,59)
Mænd	65,2	446	79,4	2.796	0,49	(0,39 - 0,61)	0,49	(0,40 - 0,61)
Kvinder	56,6	905	71,1	3.043	0,53	(0,45 - 0,62)	0,54	(0,46 - 0,63)
Fortrolighed med venner: Kan meget nemt eller nemt tale med venner om noget, der virkelig plager								
Alle	66,5	1.340	88,4	5.811	0,25	(0,21 - 0,29)	0,24	(0,21 - 0,28)
Mænd	61,7	441	86,6	2.786	0,25	(0,20 - 0,32)	0,25	(0,20 - 0,31)
Kvinder	68,9	899	90,1	3.025	0,24	(0,20 - 0,29)	0,24	(0,20 - 0,29)
Fortrolighed med mindst én forælder: Kan meget nemt eller nemt tale med mindst én forælder (evt. stedmor/stedfar) om noget, der virkelig plager								
Alle	70,7	1.332	89,2	5.734	0,29	(0,25 - 0,33)	0,28	(0,25 - 0,33)
Mænd	66,1	439	88,5	2.735	0,26	(0,21 - 0,33)	0,26	(0,21 - 0,33)
Kvinder	73,0	893	89,9	2.999	0,30	(0,25 - 0,37)	0,30	(0,25 - 0,37)

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau

Kilde: UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

Tallet angiver, at 59,4% af unge med dårlig mental sundhed er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen.

Tallet angiver, at 1.351 unge med dårlig mental sundhed har besvaret spørgsmålet om kontakt med venner uden for skoletid.

Tallet angiver odds ratioen (OR), der viser, hvor meget mindre eller større odds (chance) unge med dårlig mental sundhed har for indikatoren i forhold til referencegruppen, når der tages højde for alder. I dette eksempel har unge med dårlig mental sundhed 0,51 gange mindre chance for at være sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen sammenlignet med referencegruppen.

Tallet angiver, at 75,1 % af unge i referencegruppen er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen.

Tallet angiver, at 5.839 af unge i referencegruppen har besvaret spørgsmålet om kontakt med venner uden for skoletid.

Intervalleret 0,45 til 0,58 angiver den nederste og øverste grænse for, hvor OR med 95 % sikkerhed befinder sig. I dette eksempel er både den nedre værdi og den øvre værdi under 1. Derfor kan man med statistisk sikkerhed sige, at der er en mindre chance for, at unge med dårlig mental sundhed er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen sammenlignet med referencegruppen.

Kvalitative metoder

Den kvalitative undersøgelse består af to delundersøgelser baseret på interview med: 1) eksperter og praktikere, og 2) unge i alderen 14-24 år fra Region Syddanmark. I de følgende afsnit vil vores metodiske tilgang til indsamling af kvalitative data blive beskrevet, samt hvordan data efterfølgende er blevet bearbejdet (kapitel 6 og 7). Først præsenteres ungeanalysen og dernæst ekspert- og praktikeranalysen.

Ungeanalysen

Ungeanalysen har til formål at give indsigt i de unges perspektiver på trivsel og mental sundhed. Til dette formål gennemførte vi dels en række workshops og semistrukturerede interview med udvalgte unge fra Region Syddanmark. Forud for workshopperne fik de unge tilsendt skriftligt materiale om undersøgelsen og om, hvad deres data ville blive brugt til, via deres uddannelsesinstitutioner. De blev ligeledes bedt om at læse og udfylde en samtykkeerklæring, inden workshopperne påbegyndte. De unge, der udelukkende deltog i et interview, fik selvsamme information og udfyldte ligeledes en samtykkeerklæring.

Workshops

Vi har afholdt fire workshops med unge i Region Syddanmark. De deltagende unge var i alderen 14-24 år. De unge blev rekrutteret fra forskellige uddannelsesinstitutioner (et gymnasie, en erhvervsskole, en produktionsskole) og fra Ungdommens Uddannelsesvejlednings (UU) enhed i regionen for at rekrutteret en så heterogen gruppe af unge som muligt¹⁰. Workshopperne blev afholdt i perioden september 2020 til november 2020.

Der deltog mellem 7-10 unge i hver workshop (n=26). Hver workshop varede mellem 2 til 2 ½ time og blev faciliteret af to videnskabelige assistenter fra Statens Institut for Folkesundhed. Vi gjorde os en række overvejelser om, hvorvidt elevernes lærere måtte være til stede under workshopperne. Fordelen ved at have en lærer til stede kunne være, dels at vedkommende kunne observere og bruge den nye viden til at arbejde med trivsel i klassen, dels kunne læreren være opmærksom på, om nogle elever blev følelsesmæssigt påvirket af at deltage, hvorefter der kunne tages hånd om dette. Ulempen ved at invitere lærerne med til workshopperne kunne derimod være, at der var risiko for, at eleverne ikke ville være åbne sig over for os. Det oplevede vi dog ikke var tilfældet ved de workshops, hvor der var lærere til stede. Vi besluttede os for at lade lærerne afgøre, hvorvidt de så det som hensigtsmæssigt at deltage i workshopperne.

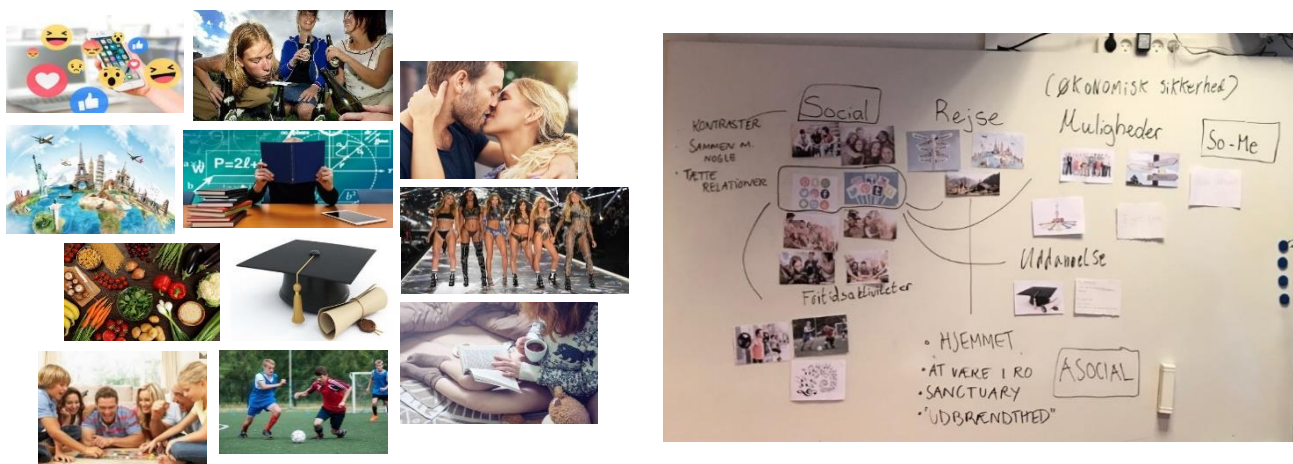
Workshopperne bestod af to øvelser, *billedøvelsen* og *flodøvelsen*, hvor de unge henholdsvis skulle reflektere over spørgsmålene: *hvad er det gode ungdomsliv?* og *hvad påvirker min trivsel?* Øvelserne præsenteres nedenfor.

Under øvelserne blev de unge bedt om at reflektere over spørgsmålene og senere præsentere deres svar i plenum. Den form for datamateriale, som workshopperne genererede, åbnede for de unges perspektiver på, hvad det gode ungdomsliv indeholder, og hvornår man trives som ung. Den åbne og partcipatoriske form, som workshopperne var designet efter, gav de unge mulighed for selv at skabe og moderere samtalerne og emnerne i workshopperne. Således skabtes der rum for, at workshopperne omhandlede dét, de unge fandt mest relevant eller vigtigst. Undervejs faciliterede de to videnskabelige assistenter samtalerne og stillede opfølgende spørgsmål.

¹⁰ Oprindeligt var planen også at gennemføre en workshop på en folkeskole, men grundet nedlukningen gennemførte vi i stedet individuelle interview med fire folkeskoleelever.

Billedøvelsen: Hvad er det gode ungdomsliv? Den første øvelse, de unge blev præsenteret for på workshopperne, var en *billedøvelse*, der skulle bidrage med perspektiver på, hvad de unge forbinder med et godt ungdomsliv. Ved øvelsen blev en bunke med billeder lagt ud på et bord. Billederne viste forskellige motiver, for eksempel unge der fester og spiller fodbold, koncerter, ikoner af sociale medier, kvindelige modeller, uddannelsesbeviser, forskellige fødevarer og så videre. Billederne afspejlede således en række temaer, så som uddannelse, fritid, venskaber, sociale medier, familie, der kan være til stede i unges hverdagsliv. De unge blev bedt om at vælge tre billeder hver, der afspejlede noget, den unge forbandt med et godt ungdomsliv. Hvis de unge ikke kunne finde et billede, de mente symboliserede et godt ungdomsliv, havde de mulighed for at skabe deres eget billede (tema) på et blankt papir eller vælge færre billeder.

De unge præsenterede herefter én efter én, hvad deres valgte billeder symboliserede, samt begrundelsen for deres valgte billeder. Ved hjælp af faciliterende spørgsmål blev der åbnet op for dialog i plenum om, hvad der er vigtigt i et godt ungdomsliv. Som opsamling på øvelsen blev de unge bedt om i fællesskab at tematisere deres valgte billeder. Tematiseringen af billederne bidrog til en nuancering af billederne i forhold til temaernes sammenhæng og adskillelse fra hinanden.

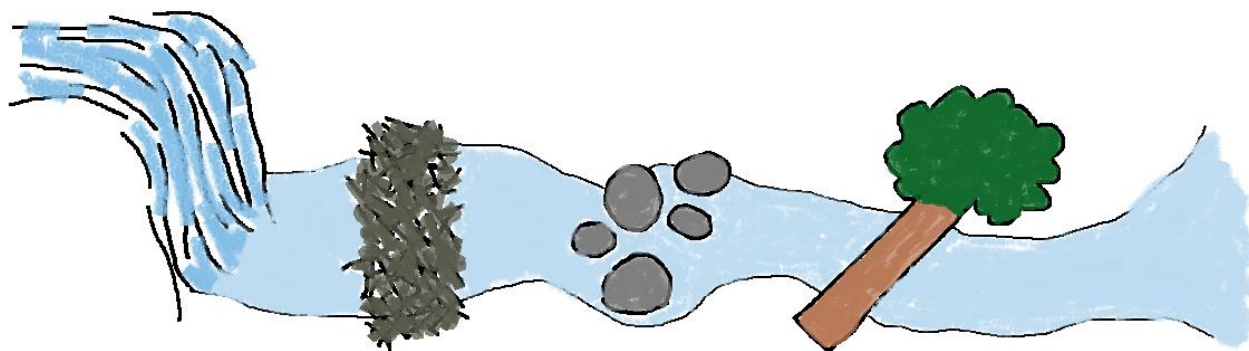


Figur A1.1 Eksempler på billeder fra billedøvelsen (tv) og tematisering af gruppens billeder (th)

Flodøvelse: Hvad påvirker min trivsel? Efter billedøvelsen blev de unge præsenteret for den anden øvelse, flodøvelsen. Hvor billedøvelsen havde som formål at få de unge til at reflektere over, hvad de forbinder med et godt ungdomsliv, skulle flodøvelsen bidrage til viden om, hvad der positivt og negativt er med til at påvirke deres trivsel. Flodøvelsen er opbygget som en metafor, hvor de unge bliver præsenteret for en flod, der skal afspejle livet. Udarbejdelsen af flodøvelsen er i høj grad inspireret af øvelsen 'Flodmetaforen' præsenteret i bogen Håndbog i børneinddragelse (153). I bogen bliver øvelsen beskrevet som et brugbart redskab i arbejdet med for eksempel at beskrive og diskutere muligheder og forhindringer i et forløb samt til at indkredse tematikker inden for et overordnet emne.

Ved flodøvelsen blev en stor planche med en flod hængt op (se Figur A12), og de unge fik herefter følgende tekst læst op:

"Denne flod er en metafor på livet. Ligesom en flod kan have forskellige forhold, der forhindrer vandet i at flyde frit, for eksempel store sten eller klipper, krumninger, dæmninger, væltede træer eller andet, kan ungdomslivet også have sine bump på vejen. I en flod kan der for også være områder, hvor vandet ligger stille, og andre områder, hvor der er flow og fart på som for eksempel ved vandfaldet. Sådan er det også på livets vej. Nogle gange går det supergodt og stryger derudaf. Og andre gange oplever man stilstand og måske ligefrem, at man træder vande, mens man igen til andre tider kan have store udfordringer og problemer at kæmpe med."



Figur A1.2 Flodøvelsen

Efter introduktionen til floden fik de unge udleveret post-it-blokke i to forskellige farver. På den ene farve post-it skulle de unge nu notere ting, der giver dem flow i deres flod og gør, at de trives. På den anden farve post-it skulle de notere ting, der giver bump på vejen, eller som gør, at de unge de føler, at de træder vande.

Efter at de unge havde noteret, hvad der påvirker deres trivsel positivt eller negativt, skulle de placere deres post-it på floden og præsentere de ting, de havde noteret.

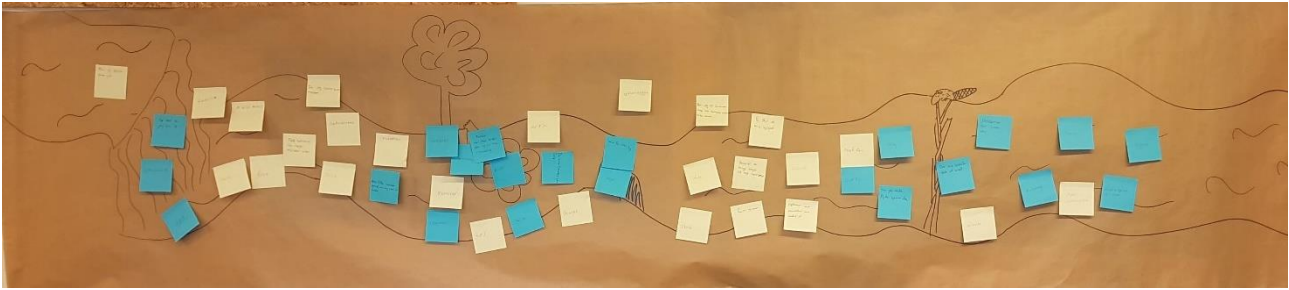


Figur A1.3 Billede af floden i flodøvelsen

Behandling af workshopdata

Workshopperne blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet af studentermedhjælpere. Det transskriberede materiale blev tematiseret og analyseret. Ud over behandlingen af det optagede materiale er der foretaget en opsamling på øvelserne i workshopperne.

Ved flodøvelsen blev alle de ting, de unge havde noteret på de henholdsvis negative og positive post-it, skrevet ned, samt hvor på floden de har været blevet placeret (se Figur). På baggrund af de noterede ting blev der identificeret en række temaer (se ordsky i Den kvalitative ungeanalyse).



Figur A1.4 Billede af floden efter afslutning af øvelsen

Ungeinterview

Vi gennemførte i alt 12 interview med unge i alderen 15-22 år i perioden september 2020 til januar 2021. Vi gennemførte otte interview foretaget face to face med de unge, som deltog i workshoppen. De resterende fire interview blev foretaget telefonisk med folkeskoleelever i 8. og 9. klasse i Region Syddanmark.

Hvert interview havde en varighed på mellem 45 og 60 minutter og blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet af studentermedhjælpere. Ved interviewene blev der anvendt en semi-struktureret interviewguide, hvor der indgik spørgsmål inden for temaerne:

- Hverdagslivet
- Sociale relationer
- Parforhold
- Digitale fællesskaber
- Uddannelse og arbejde
- Fritid
- Fremtid

Temaerne blev udarbejdet på baggrund af faktorer, som forskning peger på er relevante for mental sundhed og trivsel. I interviewguiden indgår der således spørgsmål vedrørende faktorer på et individuelt, socialt og strukturelt niveau. De individuelle interview giver som datakilde mulighed for at få en dybere indsigt i enkelte unges hverdagsliv, hvor interviewformatet åbnede for en mere dybdegående og fortrolig samtale med den unge om mere personlige perspektiver på at trives godt eller mindre godt.

Behandling af interviewdata

Det transskriberede datamateriale fra interviewene blev analyseret og tematisk kodet inspireret af de emner, som de unge selv havde tematiseret under workshopperne, herunder overgang fra barn til voksen, store livsbegivenheder, sociale relationer, skole, fritid, fester, COVID-19 pandemien, sociale medier. Dernæst blev enkelte citater fra interviewmaterialet udvalgt til at illustrere eller underbygge pointer i rapporten.

Næste afsnit vil fokusere på interview afholdt med en række centrale aktører, der på forskellig vis arbejder med børn og unges mentale sundhed.

Interview med eksperter og praktikere

Formålet med denne interviewundersøgelse var at identificere og beskrive forebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet børn og unge i Danmark samt at belyse informanternes syn på udviklingen i den mentale sundhed blandt børn og unge og den eksisterende praksis på området. Vi gennemførte 20 interview med en række centrale aktører inden for området mental sundhed blandt børn og unge, repræsenteret af henholdsvis forskere, embedsmænd og praktikere, som til dagligt arbejder med børn og unge.

Rekruttering

Rekrutteringen af informanter blev udført i to runder. I første runde var fokus på at rekruttere forskere og embedsmænd, der ville bidrage med en bred og overordnet ekspertviden på området. I anden rekrutteringsrunde var fokus på at rekruttere praktikere i Region Syddanmark fra kommuner og regionen. Det vil sige informanter, der grundet deres funktion har et særligt kendskab til eksisterende indsatser og praksis på området. Ved begge rekrutteringsrunder har det været et opmærksomhedspunkt, at informanterne til sammen ville bidrage med viden om mental sundhedsfremmende indsatser rettet mod alle målgrupper, der har været i fokus i denne undersøgelse, herunder helt små børn, børn i dagtilbudsalderen, skolebørn og unge. Yderligere har vi ved rekruttering af praktikere været opmærksomme på, at informanterne repræsenterer kommuner fordelt over hele regionen for at få en bred forståelse af mentalt sundhedsfremmende indsatser på tværs af kommune størrelse og geografisk placering.

Informanter blev udvalgt på baggrund af projektgruppens viden på området og netværk, samt med løbende sparring fra Region Syddanmark. Da rekruttering af informanter blev udført løbende med afholdelse af interview, var det derudover muligt at få inputs til relevante informanter gennem interviewene.

Gennemførelse af interview og analyse

I alle interviewene blev der anvendt en semistruktureret interviewguide. Interviewguiden fulgte den samme overordnede ramme, hvor tre temaer: Informantens arbejde med mental sundhed, Årsager og forklaringsmodeller, og Indsatser, var repræsenteret. Interviewguiden blev dog tilpasset de enkelte informanter, for eksempel blev forskere i højere grad spurgt ind til forskningen på området, herunder forklaringen på tendenserne for den negative udvikling i unges mistrivsel. Embedsmændene blev i højere grad spurgt ind til de politiske rammer for mentalt sundhedsfremmende indsatser samt særlige fokusområder på den politiske dagsorden. Interviewene med praktikerne havde i højere grad fokus på deres kendskab til konkrete indsatser samt behovet for nye indsatser i relation til den funktion, de varetager.

Alle 20 interview blev udført telefonisk og havde en varighed af 30 minutter til en time. De blev udført af 1-2 videnskabelige assistenter. Alle interview blev optaget og efterfølgende transskriberet af studentermedhjælpere. Ved deltagelse i interviewet udfyldte informanterne en samtykkeerklæring. Da informanterne fremgår med navns nævnelse og beskæftigelsesstatus, er alle citater blevet godkendt og tilrettet af informanten inden offentliggørelse.

I analysen af interviewene har vi benyttet os af den overordnede ramme for interviewene inden for de tre temaer:

- Informantens arbejde med mental sundhed
- Årsager og forklaringsmodeller
- Indsatser

Inden for denne overordnede ramme har vi kodet interviewene, hvilket har resulteret i en række undertemaer præsenteret i analyseafsnittet *Interview med eksperter og praktikere*.

Informanterne

I tabellerne neden for fremgår alle informanterne ved navn, profession, målgruppen som informanten arbejder med, samt vedkommendes fokusområde i sit arbejde. Hver boks beskriver en informantgruppe. Informanterne vil ikke fremgå ved navn i rapportens analyseafsnit, men udelukkende ved profession.

Tabel A1.4 Informantoversigt – forskere

Forskere			
Navn	Titel og arbejdssted	Målgruppe	Fokusområde
Bjørn Holstein	Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU	Børn og unge i alderen 0-15 år	Mental sundhed, (psykisk) mistrivsel
Charlotte Meilstrup	Charlotte Meilstrup, postdoc og projektchef for ABC for mental sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, SDU	Hele befolkningen	ABC for mental sundhed, mental sundhedsfremme
Carsten Obel	Professor i børn og unges mentale sundhed, Aarhus Universitet	Børn og unge	Mental børnesundhed
Mai Heide Ottosen	Seniorforsker, VIVE	Børn og familier	Børnevelværd i bred forstand
Pia Rønneknamp,	Formand for Databasen Børns Sundhed, SDU	0-18 år	Helhedsorienteret sundhed
Hannah Glismann	Konsulent og sekretær for forretningsudvalget, Databasen Børns Sundhed, SDU		

Tabel A1.5 Informantoversigt – embedsmænd

Embedsmænd			
Navn	Titel og arbejdssted	Målgruppe	Fokusområde
Jens Kristoffersen	Specialkonsulent i Forebyggelsesenheden, Sundhedsstyrelsen	0-25 år ift. sundhedsfremme, hele befolkningen ift. mental sundhed	Sundhedsfremme og forebyggelse af mistrivsel
Louise Anker Pedersen	Fuldmægtig i Ungeteamet, Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering (STAR)	Unge under 30 år, uden en studie- eller erhvervs-kompetencegivende uddannelse	Uddannelseshjælp
Henriette Kay	Jurist i Ungeteamet, Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering (STAR)		
Anne Cederlund Rytter	Teamleder i Team Forebyggelse og Kronisk Sygdom, Danske Regioner	Hele befolkningen	Forebyggelse
Tine Curtis	Leder for Center for Forebyggelse i praksis, KL	Primær fokus på kommuners indsatser til børn	Sundhedsfremme og forebyggelse
Hanne Bertelsen	Specialkonsulent, kontor for børn, unge og folkeskole, KL	Folkeskolen og Inklusion for børn med særlige behov	Trivsel og børnefællesskaber

Louise Dal	Chefkonsulent, Sund By Netværket	Hele befolkningen	Sundhedsfremme, mental sundhed m.m.
------------	----------------------------------	-------------------	-------------------------------------

Table A1.6 Informantoversigt – praktikere

Praktikere			
Navn	Titel og arbejdssted	Målgruppe	Fokusområde
Sanne C. Jensen	Studie- og trivselsvejleder, central enhed på SDU	Universitetsstuderende	Vejledning og trivsel
Søs Greve Nielsen	Dagtilbudsleder, Billund Kommune	Børn i alderen 0-6 år	Dagtilbudsområdet
Jørn Nielsen	Familie- og forebyggelseschef i Middelfart Kommune	Hele befolkningen, med særligt fokus på børn og unge	Specialiserede børn- og ungeområde, og deres familier
Nadia Nim	MIL-koordinator, Bohrskolerne, Esbjerg Kommune	Folkeskoleelever	Målttede Inkluderende Læringsmiljøer
Per Schmidt Hansen	Leder af PPR, Aabenraa Kommune	Børn i alderen 0-18 år (Skoleelever og børn i dagtilbud)	Forebyggelse
Ulla Dupont	Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune	Børn fra de er 0 år til de går i 9. klasse	Sundhedsfremme, forebyggelse og opsporing
Thorsten Schumann	Specialeansvarlig overlæge, Børne- og ungespsykiatri Sydjylland	4-9 år	Behandling
Anne-Marie Geertsen	Studievejleder og pædagogisk koordinator på erhvervsuddannelse, Varde Kommune	Unge i alderen 15-21 år	Trivsel og fastholdelse
Lars Gehlert Johansen	Praktiserende læge, Vejen Kommune	Alle aldre	Behandling

Bilag 2: Oversigt over resultater fra karakteristik af unge med dårlig mental sundhed

Nedenstående tabel er en skematisk oversigt over resultaterne fra karakteristikken af unge med dårlig mental sundhed fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark (kapitel 5). I tabellen sammenfattes resultaterne af OR-analyserne justeret for alder og forældres uddannelsesniveau i forhold til, om der ses en højere eller lavere risiko/chance for den pågældende indikator blandt unge med dårlig mental sammenlignet med referencegruppen samt om sammenhængen er statistisk signifikant. Nummereringen i nedenstående tabel henviser til de enkelte afsnit i kapitel 5, hvor resultaterne er beskrevet. Betydningen af tabellens symboler er som følger:

Statistisk signifikant

Ikke statistisk signifikant

Ikke opgjort

+ Højere risiko blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen

- Lavere chance blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen

+/- Hverken højere eller lavere risiko/chance blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen

Tabel A2.1 Skematisk oversigt over resultaterne fra karakteristikken af unge med dårlig mental sundhed (kapitel 5).

	Unge på gymnasiale uddannelser		Unge på erhvervsuddannelser	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
5.2 Trivsel og mistrivsel				
Føler sig ofte eller meget ofte ensom	+	+	+	+
Høj livstilfredshed	-	-		
Selv værd: Er helt enig eller enig i udsagnet: "Jeg er god nok, som jeg er"	-	-	-	-
Er dagligt stresset	+	+	+	+
Mindst ét psykisk symptom næsten dagligt (været irriteret/i dårligt humør, ked af det eller nervøs)	+	+	+	+
Har en spiseforstyrrelse	+	+		
Nogensinde med vilje gjort skade på sig selv	+	+		
Nogensinde overvejet at begå selvmord	+	+		
5.3 Krop og helbred				
Fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred	-	-		-
Mindst ét fysisk symptom næsten dagligt (hovedpine, mavepine eller andre smerter, f.eks. ondt i nakken eller ryggen) inden for de seneste 6 måneder	+	+	+	+
Langvarig sygdom	+	+		
Brug af sovemedicin inden for de seneste 14 dage	+	+		
Brug af smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage	+	+		
5.4 Sociale relationer				
Er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen	-	-		
Fortrolighed med venner: Kan meget nemt eller nemt tale med venner om noget, der virkelig plager	-	-	-	-
Fortrolighed med mindst én forælder: Kan meget nemt eller nemt tale med mindst én forælder (evt. stedmor/stedfar) om noget, der virkelig plager	-	-	-	-
5.5 Skoleliv				
Høj skoletilfredshed (synes meget godt eller godt om at gå i skole for øjeblikket)	-	-		-
Pjækket fra undervisningen mindst en dag inden for seneste måned	+	+		
5.6 Forældres socioøkonomi og psykisk sygdom				
Brud i familien i barndommen	+	+		
Familiens indkomst er i laveste kvartil	+	+		
Mindst én forælder er beskæftiget	-	-		
Mindst én forælder har haft kontakt til psykiatrien	+	+		
5.7 Sundhedsadfærd				

Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtag	+	+/-	+	-
Daglig rygning	+	+	+	+
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	+	+	+	+/-
Meget generet af træthed	+	+	+	+
Søvnproblemer, mere end én gang ugentligt	+	+	+	+
5.8 Kontakt til sundhedsvæsenet				
Kontakt til praktiserende læge inden for det seneste år	+/-	+/-		
Kontakt til psykiater eller psykolog via sygesikringen inden for det seneste år		+		
Kontakt til somatisk skadestue det seneste år	+/-	+		
Indlæggelser og ambulante kontakter til somatisk hospitalsvæsen inden for det seneste år	+	+		
Kontakt til psykiatrien i alderen 0-18 år	+	+		
Indløst recept på psykofarmaka indenfor det seneste år	+	+		
Været sigtet for strafbar handling i alderen 0-18 år	+	+/-		

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol: Sundhedsstyrelsen; 2020 <https://www.sst.dk/da/viden/alkohol/alkoholforebyggelse/sundhedsstyrelsens-udmeldinger-om-alkohol>.
2. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Switzerland: World Health Organization; 2010.
3. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år. Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. Vidensråd for Forebyggelse; 2020.
4. Region Syddanmark. Hvordan har du det? - trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2017. Vejle: Region Syddanmark; 2018.
5. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København 2012: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2012.
6. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
7. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
8. Jezek AH, Pisinger C, Thorsted A, Thygesen LC. Sundhed og trivsel blandt gymnasieelever. Udviklingen fra 2014-2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2020.
9. Møller SP, Ekholm O, Thygesen LC. Betydningen af Covid-19 krisen for mental sundhed, helbred og arbejdsmiljø. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.
10. Collishaw S. Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015;56(3):370-93.
11. Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland S. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. Folkehelseinstituttet; 2018.
12. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mental Sundhed. 2018.
13. Sundhedsstyrelsen. Mental Sundhed <https://www.sst.dk/da/viden/mental-sundhed>
14. Koushede V. For mental sundhed - et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.
15. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. Journal of consulting and clinical psychology. 2005;73(3):539.
16. Keyes CL. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. American psychologist. 2007;62(2):95.

17. Sundhedsstyrelsen. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005.
18. Niclasen J, Lund L, Obel C. Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge. Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser. Sundhedsstyrelsen: Center for Sundhedssamarbejde, Aarhus Universitet; 2016.
19. Ottosen M, Berger N, Lindeberg N. Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel - En vidensoversigt. VIVE; 2018.
20. Zeanah CH Jr. Handbook of infant mental health. New York: Guilford Press; 2009.
21. Pant SW, Pedersen TP, Ammitzbøll J, Holstein BE, Skovgaard AM. Børns mentale helbred og sundhed. En undersøgelse af nul- til otteårige i Region Hovedstaden i 2002-2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
22. Ammitzbøll J, Thygesen LC, Holstein BE, Andersen A, Skovgaard AM. Predictive validity of a service-setting-based measure to identify infancy mental health problems: a population-based cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(6):711-23.
23. Skovgaard AM, Olsen EM, Christiansen E, Houmann T, Landorph SL, Jørgensen T. Predictors (0-10 months) of psychopathology at age 11/2 years - a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(5):553-62.
24. Thomsen P, Skovgaard A. Undersøgelse og Diagnostik. Børne og ungdomspsykiatri En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2012.
25. Winsper C, Wolke D. Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(5):831-43.
26. Thomsen P, Skovgaard A. Børne- og ungdomspsykiatri. En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2012.
27. Lemcke S, Parner ET, Bjerrum M, Thomsen PH, Lauritsen MB. Early development in children that are later diagnosed with disorders of attention and activity: a longitudinal study in the Danish National Birth Cohort. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(10):1055-66.
28. LeBarton ES, Landa RJ. Infant motor skill predicts later expressive language and autism spectrum disorder diagnosis. *Infant Behavior and Development*. 2019;54:37-47.
29. Sacrey L-AR, Germani T, Bryson SE, Zwaigenbaum L. Reaching and grasping in autism spectrum disorder: a review of recent literature. *Frontiers in Neurology*. 2014;5:6.
30. Choi B, Leech KA, Tager-Flusberg H, Nelson CA. Development of fine motor skills is associated with expressive language outcomes in infants at high and low risk for autism spectrum disorder. *Journal of neurodevelopmental disorders*. 2018;10(1):14.
31. Elberling H, Linneberg A, Olsen EM, Houmann T, Rask CU, Goodman R, et al. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5–7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(12):1328-35.

32. Hemmi MH, Wolke D, Schneider S. Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of disease in childhood*. 2011;96(7):622-9.
33. Farrow C, Blissett J. Maternal cognitions, psychopathologic symptoms, and infant temperament as predictors of early infant feeding problems: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39(2):128-34.
34. Schmid G, Schreier A, Meyer R, Wolke D. A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*. 2010;99(2):286-90.
35. Ammitzbøll J, Pant SW, Holstein BE, Pedersen TP, Due P. Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.
36. Ammitzbøll J, Holstein BE, Wilms L, Andersen A, Skovgaard AM. A new measure for infant mental health screening: development and initial validation. *BMC pediatrics*. 2016;16(1):197.
37. Wolke D, Schmid G, Schreier A, Meyer R. Crying and feeding problems in infancy and cognitive outcome in preschool children born at risk: a prospective population study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2009;30(3):226-38.
38. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred: forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2014.
39. Kelman B. The sleep needs of adolescents. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*. 1999;15(3):14-9.
40. Vallido T, Peters K, O'Brien L, Jackson D. Sleep in adolescence: A review of issues for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(13):1819-26.
41. Sadeh A, Flint-Ofir E, Tirosh T, Tikotzky L. Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of family psychology*. 2007;21(1):74.
42. Millman RP. Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences, and treatment strategies. *Pediatrics*. 2005;115(6):1774-86.
43. Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bögels SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep medicine reviews*. 2010;14(3):179-89.
44. Suganuma N, Kikuchi T, Yanagi K, Yamamura S, Morishima H, Adachi H, et al. Using electronic media before sleep can curtail sleep time and result in self-perceived insufficient sleep. *Sleep and Biological Rhythms*. 2007;5(3):204-14.
45. Roberts RE, Roberts CR, Duong HT. Sleepless in adolescence: prospective data on sleep deprivation, health and functioning. *Journal of adolescence*. 2009;32(5):1045-57.
46. Wolfson AR, Richards M. Young adolescents: Struggles with insufficient sleep. 2011.

47. Fredriksen K, Rhodes J, Reddy R, Way N. Sleepless in Chicago: tracking the effects of adolescent sleep loss during the middle school years. *Child development*. 2004;75(1):84-95.
48. Roane BM, Taylor DJ. Adolescent insomnia as a risk factor for early adult depression and substance abuse. *Sleep*. 2008;31(10):1351-6.
49. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2018. VIVE; 2018.
50. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018. Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
51. Ottosen MH, Andersen D, Dahl KM, Hansen AT, Lausten M, Østergaard S. Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2014. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2014.
52. Pisinger V, Thorsted A, Jezek AH, Jørgensen A, Christensen AI, Thygesen LC. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
53. Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
54. Nielsen J, Sørensen N, Osmec M. Når det er svært at være unge i DK - unges trivsel og mistrivsel i tal. Center for Ungdomsforskning; 2010.
55. Smidt L. Unges syn på krop og kropsidealer - En undersøgelse fra Sex & Samfund. Sex & Samfund; 2017.
56. Bandura A. Self-efficacy - The exercise of control. Freeman and Company, New York: 1997.
57. Nielsen NR, Kristensen TS. Stress i Danmark - hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
58. Nielsen AM, Lagermann LC. Stress i gymnasiet - Hvad der stresser gymnasieelever og hvordan forebyggelse og behandling virker med 'Åben og Rolig for Unge'. København: DPU, Aarhus Universitet; 2017.
59. Sheth C, McGlade E, Yurgelun-Todd D. Chronic stress in adolescents and its neurobiological and psychopathological consequences: an RDoC perspective. *Chronic Stress*. 2017;1:2470547017715645.
60. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *bmj*. 2017;357:j1334.
61. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mcnamara PM. Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. *Health promotion international*. 2014;30(1):77-87.
62. Nielsen L, Vinther-Larsen M, Rod NH, Grønbæk M. Stress blandt unge. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

63. Byrne DG, Davenport S, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of adolescence*. 2007;30(3):393-416.
64. Saab H, Klinger D. School differences in adolescent health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Social science & medicine*. 2010;70(6):850-8.
65. Haugland S, WOLD B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *The European Journal of Public Health*. 2001;11(1):4-10.
66. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, Hetland J, Freeman J, Danielson M, et al. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*. 2008;18(3):294-9.
67. DeSocio J, Hootman J. Children's mental health and school success. *The Journal of School Nursing*. 2004;20(4):189-96.
68. Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Trab Damsgaard M, Graham H, et al. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(6_suppl):62-78.
69. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(1):56-64.
70. Tolstrup J, Demant J, Grønbæk M, Møller SP, Pedersen MU, Pisinger V. Unges alkoholkultur - et bidrag til debatten. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2019.
71. Huxley R, Neil A, Collins R. Unravelling the fetal origins hypothesis: is there really an inverse association between birthweight and subsequent blood pressure? *The Lancet*. 2002;360(9334):659-65.
72. Van den Bergh BR. Developmental programming of early brain and behaviour development and mental health: a conceptual framework. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2011;53:19-23.
73. Te Velde SJ, ChinAPaw MJ, De Bourdeaudhuij I, Bere E, Maes L, Moreno L, et al. Parents and friends both matter: simultaneous and interactive influences of parents and friends on European schoolchildren's energy balance-related behaviours—the ENERGY cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2014;11(1):1-17.
74. Damsgaard MT, Holstein BE, Koushede V, Madsen KR, Meilstrup C, Nelausen MK, et al. Close relations to parents and emotional symptoms among adolescents: beyond socio-economic impact? *International journal of public health*. 2014;59(5):721-6.
75. Lund L, Andersen A, Michelsen SI. Livskvalitet og hverdagsliv blandt børn og unge med diabetes. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
76. Rasmussen M, Pedersen T, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.

77. Hart S. Udviklingspsykopatologi. In: Schwartz R, Hart S, editors. *Barnet og dets relationelle miljø*. København: Hans Reitzels Forlag; 2013.
78. Due P, Holstein BE, Jørgensen PS. Børns sociale relationer. 2004. In: Jørgensen PS, Holstein BE, Due P. *Sundhed på vippen - En undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd*. København: Hans Reitzels Forlag.
79. Killén K, Klette T, Arnevik E. Tidlig mor–barn-samspil i norske familier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2006.
80. Thomson RM, Allely CS, Purves D, Puckering C, McConnachie A, Johnson PC, et al. Predictors of positive and negative parenting behaviours: evidence from the ALSPAC cohort. *BMC pediatrics*. 2014;14(1):247.
81. Grace SL, Evindar A, Stewart D. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of women's mental health*. 2003;6(4):263-74.
82. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000;41(6):737-46.
83. Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Moehler E, et al. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*. 2004;37(6):272-80.
84. Anderson P, Jane-Llopis E, Hosman C. Reducing the silent burden of impaired mental health. *Health Promotion International*. 2011;26(suppl_1):i4-i9.
85. West DA, Kellner R, Moore-West M. The effects of loneliness: a review of the literature. *Comprehensive psychiatry*. 1986;27(4):351-63.
86. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*. 2006;26(6):695-718.
87. Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003;57(9):692-8.
88. deLara E. Consequences of Childhood Bullying on Mental Health and Relationships for Young Adults. *Journal of Child and Family Studies*. 2019;28(2631).
89. Due EP, Holstein BE, Jørgensen P. Mobning som sundhedstrussel blandt store skoleelever. *Ugeskr Læger*. 1999;161(15):2201-6.
90. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health promotion international*. 2011;26(suppl_1):i29-i69.
91. Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen M, et al. *Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige*. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
92. Moonie S, Sterling DA, Figgs LW, Castro M. The relationship between school absence, academic performance, and asthma status. *Journal of school health*. 2008;78(3):140-8.

93. Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, et al. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*. 2007;40(4):357. e9-e18.
94. Rice M, Kang DH, Weaver M, Howell CC. Relationship of anger, stress, and coping with school connectedness in fourth-grade children. *Journal of School Health*. 2008;78(3):149-56.
95. Puskar KR, Marie Bernardo L. Mental health and academic achievement: Role of school nurses. *Journal for Specialists in Pediatric nursing*. 2007;12(4):215-23.
96. Takakura M, Wake N, Kobayashi M. The contextual effect of school satisfaction on health-risk behaviors in Japanese high school students. *J Sch Health*. 2010;80(11):544-51.
97. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health services research*. 2001;36(6 Pt 1):987.
98. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet (London, England)*. 2007;369(9569):1302-13.
99. Colman I, Murray J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *Bmj*. 2009;338:a2981.
100. Osler M, Andersen AN, Nordentoft M. Impaired childhood development and suicidal behaviour in a cohort of Danish men born in 1953. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008;62(1):23-8.
101. Ottosen MH, Andreasen, A. G. Dahl, K. M., Hestbæk, A. og Rayce S. B. . Børn og unge i Danmark - Velfærd og Trivsel 2018. Det Nationale Forsknings - og Analysecenter for Velfærd; 2018.
102. Ottosen MH, Andreasen AG. Børn og unges trivsel og brug af digitale medier. København: VIVE – Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020.
103. Slots- og Kulturstyrelsen. Brug af sociale medier i 2018. 2018.
104. Twenge JM, Martin GN, Campbell WK. Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology. *Emotion*. 2018;18(6):765.
105. Orben A, Dienlin T, Przybylski AK. Social media's enduring effect on adolescent life satisfaction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2019;116(21):10226-8.
106. Lund L, Sølvhøj IN, Danielsen D, Folker AP, Andersen S. Digitale enheders betydning for søvn hos 0-15-årige børn og unge. Et systematisk review. Statens Institut for Folkesundhed SDU. 2020.
107. Best P, Manktelow R, Taylor B. Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review. *Children and Youth Services Review*. 2014;41:27-36.

108. Jensen M, George MJ, Russell MR, Odgers CL. Young adolescents' digital technology use and mental health symptoms: Little evidence of longitudinal or daily linkages. *Clinical Psychological Science*. 2019;7(6):1416-33.
109. Youngblade LM, Theokas C, Schulenberg J, Curry L, Huang I-C, Novak M. Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*. 2007;119(Supplement 1):S47-S53.
110. Konishi C, Hymel S, Zumbo BD, Li Z. Do school bullying and student—teacher relationships matter for academic achievement? A multilevel analysis. *Canadian journal of school psychology*. 2010;25(1):19-39.
111. Kidger J, Araya R, Donovan J, Gunnell D. The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: a systematic review. *Pediatrics*. 2012;129(5):925-49.
112. Klemmera E, Brooks FM, Chester KL, Magnusson J, Spencer N. Self-harm in adolescence: protective health assets in the family, school and community. *International journal of public health*. 2017;62(6):631-8.
113. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulidou T, Murphy S, Waters E, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC public health*. 2015;15(1):130.
114. Govender K, Naicker SN, Meyer-Weitz A, Fanner J, Naidoo A, Penfold WL. Associations between perceptions of school connectedness and adolescent health risk behaviors in South African high school learners. *Journal of school health*. 2013;83(9):614-22.
115. Aldridge JM, Fraser BJ, Fozdar F, Ala'i K, Earnest J, Afari E. Students' perceptions of school climate as determinants of wellbeing, resilience and identity. *Improving Schools*. 2016;19(1):5-26.
116. Børne- og Undervisningsministeriet. Alt for mange unge uden job eller uddannelse <https://www.uvm.dk/aktuelt/nyheder/uvm/2019/nov/191106-alt-for-mange-unge-uden-job-eller-uddannelse2019>
117. Børne- og Undervisningsministeriet. De unge søger ungdomsudannelser ligesom sidste år <https://www.uvm.dk/aktuelt/nyheder/uvm/2020/mar/200326-de-unge-soeger-ungdomsudannelser-ligesom-sidste-aar2020>
118. Dansk Ungdoms Fællesråd. DetGodeUngdomsliv - en analyse af unges bekymringer, forventninger og trivsel. København: Dansk Ungdoms Fællesråd; 2019.
119. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*. 1996;34(3):220-33.
120. Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen. Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
121. Ringgaard LW, Heinze C, Andersen NBS, Hansen GIL, Hjort AV, Klinker CD. UNG19 - Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019. Steno Diabetes Center Copenhagen, Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse; 2020.

122. Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, Platt S, Parkinson J, Weich S. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and quality of life outcomes*. 2009;7:15.
123. Santini ZI, Stougaard S, Koyanagi A, Ersbøll AK, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Predictors of high and low mental well-being and common mental disorders: findings from a Danish population-based study. *Eur J Public Health*. 2020;30(3):532-8.
124. Sundhedsdatastyrelsen. Medstat.dk: Sundhedsdatastyrelsen; 2020 <https://medstat.dk/>.
125. Koushede V, Nielsen L. ABC FOR MENTAL SUNDHED – fra retorik til handling. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.
126. Nordic Council of Ministers. The first 1000 days in the Nordic Countries. A situation analysis. Nordic Council of Ministers. 2020.
127. Rambøll Management Consulting A/S. EVALUERING AF DE UTROLIGE ÅR. Slutrapport Socialstyrelsen. 2011.
128. Jacobsen RH, Pedersen HS, Brinck S, Iversen K, Kiil A, Andersen SA, et al. Slutevaluering af familierettede og forebyggende indsatser i "Tidlig Indsats – Livslang Effekt". VIVE og Oxford Research; 2018.
129. Rambøll management Consulting A/S. EFFEKTEVALUERING FRI FOR MOBBERI OG BØRNS SOCIOEMOTIONELLE KOMPETENCER. Mary Fonden og Red Barnet: Rambøll Management Consulting A/S; 2017.
130. Wilke. Fra projekt til kultur. Analyse af Fri for Mobberi programmet. Mary Fonden og Red Barnet: Wilke; 2018.
131. Mishara BL, Ystgaard M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends. *Early Childhood Research Quarterly*. 2006;21(1):110-23.
132. Nelausen MK, Meilstrup CR, Nielsen L. Indsats til fremme af elevers psykiske trivsel. Evaluering af Projekt Optur på to skoler i skoleåret 2010/2011. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2011.
133. Rasmussen PS, Olsen PS. Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilotskoler. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 2012.
134. Arendt K, Thastum M, Hougaard E. Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: a randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016;133(2):109-21.
135. Kusier AO, Jensen MP, Andersen S, Thygesen LC, Cloos CØ, Folker AP, et al. Evaluering af LÆR AT TACKLE angst og depression. For unge i alderen 15-25 år. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
136. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7 Suppl):30-3.

137. Kildemoes HW, Sorensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7 Suppl):38-41.
138. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7 Suppl):22-5.
139. Danmarks Statistik. Person- og familieindkomster. Danmarks Statistik; 2020 <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejde-indkomst-og-formue/indkomster/person-og-familieindkomster>.
140. Danmarks Statistik. Ækvivaleret disponibel indkomst for familien. Danmarks Statistik; 2020 <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/familieindkomst/famaekvivadisp-13>.
141. Danmarks Statistik. Arbejdsklassifikationsmodulet AKM. Danmarks Statistik; 2020 <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningservice/Dokumentation/hoekvalitetsvariable/person-ers-tilknytning-til-arbejdsmarkedet-set-over-hele-aaret--akm->.
142. Danmarks Statistik. Socioøkonomisk klassifikation version 2013 (AKM). Danmarks Statistik; 2021 <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningservice/Dokumentation/hoekvalitetsvariable/personers-tilknytning-til-arbejdsmarkedet-set-over-hele-aaret--akm-/socio13>.
143. Sundhedsdatastyrelsen. Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister. Sundhedsdatastyrelsen; 2020 <https://www.danishhealthdata.dk/find-sundhedsdata/Det-Psykiatriske-Centrale-Forskningsregister>.
144. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7 Suppl):34-7.
145. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7 Suppl):91-4.
146. Danmarks Statistik. Grundskolekarakterer. Danmarks Statistik; 2020 <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/UDFK%20-%20Grundskolekarakterer.html>.
147. Danmarks Statistik. Kriminalitet 2018. Danmarks Statistik; 2019.
148. Koushede V, Lasgaard M, Hinrichsen C, Meilstrup C, Nielsen L, Rayce SB, et al. Measuring mental well-being in Denmark: Validation of the original and short version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across four European settings. *Psychiatry research*. 2019;271:502-9.
149. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and quality of life outcomes*. 2007;5:63.
150. McKay MT, Andretta JR. Evidence for the Psychometric Validity, Internal Consistency and Measurement Invariance of Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale Scores in Scottish and Irish Adolescents. *Psychiatry research*. 2017;255:382-6.

151. Shah N, Cader M, Andrews WP, Wijesekera D, Stewart-Brown SL. Responsiveness of the Short Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS): evaluation a clinical sample. Health and quality of life outcomes. 2018;16(1):239.
152. Warwick Medical School. Collect, score, analyse and interpret WEMWBS Warwick Medical School; 2020 <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/using/howto/>.
153. Børnerådet. Håndbog i børneinddragelse. København: Børnerådet; 2016.

Afdeling: Tværsektorielt Samarbejde

Journal nr.: 20/18261

Dato: 6. april 2021

Udarbejdet af: Astrid Godthaab Dilling,
Stine Bjerregaard og Christine Lund Momme
E-mail: clm@rsyd.dk
Telefon: 29201318

Opsamling på temadrøftelse i regionsrådet den 22. marts 2021 vedr. fremme af lighed i sundhed

Regionsrådet havde på møde den 22. marts 2021 en temadrøftelse om, hvilke indsatser, målgrupper og områder, Region Syddanmark skal sætte fokus på i arbejdet med et Rammepapir for fremme af lighed i sundhed i Region Syddanmark.

Udgangspunktet for drøftelsen var et oplæg fra Sundhedsstyrelsens forebyggelseschef, Niels Sandø, med fokus på, hvilke væsentlige udfordringer og handlemuligheder der er i forhold til at bekæmpe ulighed i sundhed. Oplægget var baseret på Sundhedsstyrelsens rapport om udviklingen i ulighed i sundhed og sygdom i Danmark fra 2020.

Afslutningsvist i oplægget blev regionsrådet præsenteret for indsatser, regionerne kan igangsætte for at fremme lighed i sundhed, og her blev regionens eksisterende indsats på tobaksområdet fremhævet som et godt eksempel. Herudover blev den målrettede indsats overfor sårbare borgere i svangeromsorgen og i forbindelse med screeningsprogrammer også fremhævet som et vigtigt skridt mod at fremme lighed i sundhed. Endelig blev differentiering i både behandlingstilbud og patientkommunikation samt forløbskoordination også nævnt som relevante indsatser mod ulighed i sundhed.

Som optakt til drøftelsen var der endvidere en præsentation af de væsentligste pointer, fem af regionens udvalg (sundhedsudvalget, udvalget for det nære sundhedsvæsen, psykiatri- og socialudvalget, udvalget for regional udvikling samt udvalget for uddannelse og arbejdskraft) var nået frem til på fordrøftelser af emnet i februar og marts måned 2021.

I regionsrådets temadrøftelse blev det anerkendt, at Region Syddanmark er godt med på flere områder, og at der er mange gode takter rundt i regionen (jf. den til punktet udarbejdede kortlægning af området). Dog viser tallene (fra Sundhedsstyrelsen) også, at der er behov for at gøre mere, og at der er områder, hvor målet ikke er nået endnu. Det var endvidere et opmærksomhedspunkt, at en stor del af uligheden opstår uden for sundhedsvæsenet, hvorfor regionen kun i begrænset omfang kan påvirke, at uligheden i sundhed fremkommer. Regionen kan dog kompensere i borgerens møde med sundhedsvæsenet, hvilket med fordel kan ske i et tæt samarbejde med øvrige aktører, herunder især kommunerne.

Der blev peget på, at man i det fremadrettede arbejde særligt skal sætte fokus på de patienter, der allerede er kendte i sundhedsvæsenet samt fokusere på at styrke de gode samarbejdsrelationer med andre aktører på sundhedsområdet, som allerede er oparbejdet. Samtidig skal ambitionsniveauet øges, så det sikres, at uligheden ikke øges i mødet med sundhedsvæsenet, ligesom andre vigtige indsatsområder, som f.eks. uddannelses- og arbejdsmarkedsområdet, skal tænkes ind i arbejdet, så tilgangen bliver mere helhedsorienteret. Endelig skal det regionale sundhedsvæsen tage hånd om konsekvenserne af uligheden i sundhed, når patienterne kommer ind på sygehusene.

Grundig evaluering og monitorering af de mange igangværende initiativer på området

Med udgangspunkt i baggrundsmaterialet til regionsrådsmødet blev det konstateret, at der er mange initiativer i gang i regionen, som har fokus på at fremme lighed i sundhed. Der blev i drøftelsen formuleret et ønske om, at der i det fremadrettede arbejde med lighed i sundhed skal ses på de igangværende initiativer med henblik på at vurdere, hvilke der med fordel kan udbredes til øvrige dele af regionen eller på tværs af somatik og psykiatri. I de tilfælde, det er relevant, skal indsatserne evalueres og vurderes med henblik på skalering. Dette skal ske i et tæt samarbejde med kommunerne og civilsamfundet.

I øvrigt kan der være behov for at monitorere eksisterende indsatser løbende i forhold til ulighed i sundhed for at sikre, at de har den ønskede effekt.

Den tidlige indsats

Sundhedsstyrelsens rapport viser, at indsatser i forbindelse med graviditet og barnets første leveår er blandt de regionale indsatser, der har størst effekt i forhold til at fremme lighed i sundhed. I oplægget til regionsrådet blev øget tilslutning til børnevaccinationsprogrammer fremhævet som et eksempel på sådanne indsatser, idet familier, som er udfordrede i forhold til at overholde vaccinationsprogrammer og børneundersøgelser med fordel kan støttes. Regionsrådet var på den baggrund enige om, at det er vigtigt med et fortsat fokus på svangeromsorgen og den tidlige indsats, hvor familierne har en hyppig kontakt til sundhedsvæsenet. Dette skal ske i et tæt samarbejde med kommunerne og civilsamfundet.

Fremme af geografisk lighed

Der blev i drøftelsen formuleret et ønske om, at der bliver sat fokus på at fremme den geografiske lighed i sundhed. Specialiseret behandling i regionens yderområder blev nævnt som et eksempel. Sundhedsstyrelsens rapport viser blandt andet, at brugen af alment praktiserende læge er ligeligt fordelt på tværs af uddannelsesniveauer, mens der er markant færre borgere med kort uddannelse, der benytter praktiserende speciallægetilbud, end det er tilfældet med borgere med længere uddannelser. En forklaring på dette kan være, at adgangen til praktiserende speciallæger er geografisk ulige fordelt.

Sundhedshusene kan her spille en central rolle i og med, at de kan være med til at sikre lægedækningen i yderområder, ligesom de kan huse praktiserende speciallæger. Sundhedshusene kan således i højere grad spille en central rolle i arbejdet med at fremme lighed i sundhed.

Kommunikation

I temadrøftelsen blev det fremhævet, at kommunikation er et væsentligt indsatsområde i arbejdet med at fremme lighed i sundhed. Her blev det også nævnt, at sundhedsvæsenet allerede er mere dialogbaseret med større grad af patientinddragelse end tidligere. Der er dog fortsat en vigtig opgave i at sikre god kommunikation i mødet med patienter. Dette er bl.a. målet med projektet KlarTale, hvor alle medarbejdere med patientkontakt undervises i kommunikation med patienter og pårørende.

Derudover er der en vigtig opgave med at målrette den skriftlige kommunikation med patienten både forud for og efter mødet med sundhedsvæsenet. Her er det vigtigt at sikre, at det er klart, tydeligt og forståeligt for patienten, hvad det er, der bliver formidlet.

Digitalisering

I drøftelsen var den øgede digitalisering, som er blevet udbredt med særligt høj fart under Covid-19, endvidere et opmærksomhedspunkt i forhold til lighed i sundhed. Digitaliseringen er blevet meget udbredt i Region Syddanmarks møde med patienten, og her var det en vigtig pointe, at dette både kan have fordele og ulemper for de borgere, der deltager virtuelt eller modtager en henvendelse elektronisk. For nogle borgere vil det forkorte vejen til konsultationer og behandling, mens det for andre kan det virke fremmedgørende og vanskeligt. Der er således en opgave i at sikre, at der tages højde for

patienternes ønsker og muligheder for både at tilgå og deltage i det virtuelle møde. Dette skal ske i et tæt samarbejde med kommunerne og civilsamfundet.

Differentieret tilgang til borgere med forskellige behov i deres møde med sundhedsvæsenet

En stor del af uligheden i sundhed skabes uden for sundhedsvæsenet, og regionen har derfor en vigtig opgave i at kompensere for denne ulighed, så den ikke forstærkes i mødet med sundhedsvæsenet. I drøftelsen pegede regionsrådet derfor på, at sundhedstilbud i højere grad skal differentieres og tilpasses den enkelte patient, så vedkommende får mest mulig gavn af behandlingen. Der vil således være nogle patienter, som oplever deres forløb som ukomplicerede og derfor ikke har behov for særlig støtte, mens der er andre grupper, som har behov for øget støtte i et forløb. Socialsygeplejerskerne og forløbskoordinatorer er gode eksempler på sundhedspersonale med særlige fagligheder i forhold til særlige patientgrupper. Den erfaring og viden kan spredes til flere dele af det regionale sundhedsvæsen.

Tilknytning og fastholdelse til uddannelse og arbejdsmarked

Det blev i drøftelserne endvidere fremhævet, at fastholdelse af borgere i uddannelse og på arbejdsmarkedet er vigtige elementer i forhold til at fremme lighed i sundhed. Det er derfor vigtigt, at der fortsat er fokus på i samarbejde med kommunerne at sikre, at det er muligt at fastholde en hverdag i uddannelse eller på arbejde, selvom man er ramt af somatisk eller psykisk sygdom. Derudover er det også vigtigt at fastholde et fokus på at sikre mental sundhed og trivsel på ungdomsuddannelserne, så flest muligt af de unge gennemfører en ungdomsuddannelse.

Forebyggelse

I drøftelsen blev forebyggelsesområdet også fremhævet som et vigtigt element i arbejdet med at fremme lighed i sundhed. Indsatsen på tobaksområdet er et godt og inspirerende eksempel på en systematisk indsats på tværs af sygehusenheder og kommuner.

Ligeledes kan god mental trivsel spille ind i alle indsatsområder og kan have betydning for effekten af indsatsen i sidste ende. Derfor blev også mental sundhed fremhævet som et særligt fokusområde i det fremtidige arbejde. Under drøftelsen fik mental trivsel hos unge stor opmærksomhed, da det kan bidrage til fastholdelse og gennemførelse af en uddannelse. Tilslutningen hos regionsrådet til det nationale partnerskab ABC for mental sundhed er et vigtigt skridt i den retning.

Fødeplan 2022

Indhold

Forord	3
1. Indledning	4
Fødeplanens baggrund og formål.....	4
Lovmæssige rammer	4
Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger på området.....	5
Sammenhæng til andre planer, vejledninger, aftaler og strategier	5
Fødeplanens tilblivelse	6
Læsevejledning	3
2. Svangreomsorgen i Region Syddanmark 2022 og frem.....	6
Status, udfordringer og vision for fremtidens svangreomsorg	7
Vision	8
Indsatsområder og anbefalinger	8
Medinddragelse og samarbejde med familien.....	9
Patientforløb i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv	11
Lighed i sundhed.....	14
Digitalisering og udbredelse af digitale løsninger	17
Monitorering, udvikling og forskning	19
Rekruttering, fastholdelse, kompetenceudvikling og specialisering.....	22
Kapacitet og organisering.....	25
3. Organisering af svangreomsorgen i Region Syddanmark 2022 og frem	26
Niveauinddeling og differentiering af svangreomsorgen.....	27
Sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen.....	28
Svangreomsorgen i Region Syddanmark – en forløbsbeskrivelse.....	30
Graviditet	30
Konsultation ved egen læge	31
Prænatal diagnostik.....	32
Konsultation ved jordemoder.....	34
Fødsels- og forældreforberedelse	36
Konsultation ved obstetrisk speciallæge	37
Familieambulatorie og familieambulatorie plus	37
Fødsel.....	38

Valg af fødested.....	38
Fødsel i hjemmet	39
Fødsel på sygehus.....	39
Vedvarende tilstedeværelse under fødselsforløbet.....	40
Barsel	40
Visitation til barselsophold.....	41
Kontakter i den tidlige barselsperiode	41
Samtale efter et traumatisk forløb.....	43
Familier med et sygt og/eller for tidligt født barn.....	44
Den neonatale transportordning.....	45
Tidligt hjemmeophold til nyfødte.....	45
Forældre, der mister et barn	45
4. Implementeringsplan	46
5. Budgetplan.....	46
Referencer	46

Forord

Afventer.

Læsevejledning

Fødeplanen rummer tre overordnede kapitler, med dertilhørende underafsnit. Planen kan læses kronologisk, men læseren kan også afhængig af interesse fokusere på de enkelte kapitler og/eller dertilhørende afsnit og underafsnit.

I kapitel 1 redegøres for Fødeplanens baggrund og tilblivelse. Der orienteres om svangreomsorgens overordnede lovmæssige rammer, anbefalinger og retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen samt sammenhæng til andre nationale og regionale planer, vejledninger, aftaler og strategier på området.

I kapitel 2 gives en overordnet status for svangreomsorgen, og herunder en beskrivelse af de udfordringer der ses nationalt og i Region Syddanmark. Der beskrives Region Syddanmarks vision for svangreomsorgen samt de særlige indsatsområder, der bør prioriteres i de kommende år. Indsatsområderne er overordnede og gældende på tværs af almen praksis, kommuner og regionen. Til hvert indsatsområde er beskrevet en række anbefalinger, som skal realiseres i løbet af planperioden.

I kapitel 3 redegøres for hvordan svangreomsorgen er organiseret, og hvilke aktører der i samspil varetager svangreomsorgen i Region Syddanmark. Der gives en beskrivelse af regionens grundtilbud og -ydelser til familier med et forventeligt ukompliceret graviditets-, fødsels- og barselsforløb. Dertil gives en beskrivelse af regionens udvidet tilbud og ydelser til familier med særlige fysiske, psykiske og/eller sociale behov, samt et potentielt kompliceret graviditets-, fødsels- og barselsforløb.

1. Indledning

I dette kapitel beskrives fødeplanens formål samt de overordnede rammer for planens udarbejdelse. Kapitlet indeholder afslutningsvist en læsevejledning.

Fødeplanens baggrund og formål

Denne fødeplan er en strategi, der indrammer eksisterende og fremtidig praksis for svangreomsorgen i Region Syddanmark. Fødeplanen er retningsgivende i forhold til håndtering af udfordringer og prioritering af indsatser. Den indeholder en beskrivelse af syv overordnede indsatsområder, som vurderes at være af særlig betydning, og konkrete anbefalinger relateret hertil. Derudover indeholder den et overblik over Region Syddanmarks gældende tilbud ved graviditet, fødsel og den tidlige barselsperiode.

Med denne plan lægges ikke op til grundlæggende forandring af svangreomsorgen, men derimod skal den nye fødeplan understøtte og styrke den nuværende svangreomsorg. Dette er for at favne den samfundsmæssige og faglige udvikling, som har fundet sted det sidste årti.

Fødeplanen har som formål at:

- være grundlag for politiske, administrative og ledelsesmæssige prioriteringer og planlægning af svangreomsorgen i Region Syddanmark
- orientere borgere, interessenter, kommuner og andre centrale myndigheder om tilbud og indsatser i svangreomsorgen i Region Syddanmark
- styrke organiseringen og skabe et fælles forståelses- og arbejdsgrundlag på tværs af aktører og sektorer i svangreomsorgen i Region Syddanmark.

Det er fravalgt at inddrage detaljerede faglige beskrivelser af de enkelte tilbud og ydelser. Læseren bedes i stedet opsøge de relevante bagvedliggende kilder. Det kan fx være materiale udgivet af Sundhedsstyrelsen, Region Syddanmark og de faglige selskaber. Hertil kommer information gjort tilgængelig på regionens, fødestedernes, kommunens og de almen praktiserende lægers hjemmesider. Ved at henvise til de bagvedliggende dokumenter sikres det, at læseren tager udgangspunkt i opdateret og gældende evidensbaseret viden og information.

Lovmæssige rammer

Svangreomsorgen reguleres af sundhedsloven, som har til formål at fremme befolkningens sundhed, samt forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning ved den enkelte (§1). Sundhedsloven indeholder de grundlæggende regler om sundhedsmyndighedernes pligter og patienternes rettigheder. Herunder anføres centrale bestemmelser i sundhedsloven, som er relevant i forhold til svangreomsorgen.

Af sundhedslovens bestemmelser følger:

- at gravide, som har bopæl (tilmeldt folkeregistret) her i landet, har ret til ydelser efter loven, og at bopælsregionen afholder udgifterne til ydelserne (§7)

- at regionsrådet yder vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet (§ 61)
- at regionsrådet yder forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder samt jordemoderhjælp til kvinder, der ønsker at føde i hjemmet (§ 83)
- at gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om frit sygehusvalg (§86). Et sygehus kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre sygehuses optageområde eller fra andre regioner. Endvidere kan der være særlige risici, komplikationer eller andet i tilknytning til graviditeten eller fødslen, som ud fra faglige hensyn kan have betydning for anbefalingerne med hensyn til valg af fødested.

Af bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge fremgår det, at kommunalbestyrelsen kan beslutte, at personer over den undervisningspligtige alder, herunder gravide med særlige behov, skal tilbydes en særlig indsats, herunder øget rådgivning, bistand samt evt. yderligere undersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske. Heraf følger muligheden for at tilbyde graviditetsbesøg i hjemmet ved en sundhedsplejerske og styrket samarbejde mellem jordemoder, læge og sundhedsplejerske for gravide med særlige behov.

Region Syddanmarks fødeplan efterlever lovgivningen på området.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger på området

Udover ovenstående lovmæssige bestemmelser er denne fødeplan udarbejdet på baggrund af retningslinjer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, herunder "Retningslinjer for svangreomsorgen" (202?), "Anbefalinger til organisering af fødeområdet" (202?) og "Retningslinjer for fosterdiagnostik (2017/2020)". Disse dokumenter er forfattet af eksperter og faglige selskaber og er baseret på klinisk evidensbaseret viden. Der beskrives bl.a. de tilbud, der bør og skal gives til den gravide, fødende samt barslende kvinde, det nyfødte barn og eventuelt partneren. Det omfatter bl.a. ydelser under graviditeten, under fødslen, i barselsperioden samt krav og anbefalinger i forhold til kompetencer og organisering.

Region Syddanmark fødeplan efterlever Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger på området.

Sammenhæng til andre planer, vejledninger, aftaler og strategier

Udover at sikre at fødeplanen lever op til de lovmæssige bestemmelser og Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger på området, tager fødeplanen også udgangspunkt i de nationale mål for sundhedsområdet og Region Syddanmarks pejlemærker, der skal understøtte et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i Syddanmark. Det vedrører ikke mindst Region Syddanmarks Sundhedsplan, der sætter en fælles politisk retning for samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis. Derudover er denne fødeplan nært forbundet til andre planer, vejledninger, aftaler og strategier på området. Dette gælder blandt andet:

- Godt fra start – Fremtidens omsorg for nye familier, Danske Regioner, 2018
- Specialevejledning for Gynækologi og Obstetrik, Sundhedsstyrelsen, 2019
- Specialevejledning for Pædiatri, Sundhedsstyrelsen, 2019
- Sundhedsplan i Region Syddanmark 2017-2021, Region Syddanmark, 2018

- Sundhedsaftalen 2019-2023, Region Syddanmark, 2019.
- Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet, 2019
- Aftale om sårbare gravide, 2017
- Samarbejdsaftale om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS, 2018
- Ammepolitikken, 2012
- Samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område, 2010

Visioner, anbefalinger og målsætninger i disse dokumenter har således medvirket som fundament til denne fødeplan.

Fødeplanens tilblivelse

Fødeplanens udarbejdelse er formelt et regionalt ansvar, som løftes i dialog med kommunerne og almen praksis. I forhold til planens indhold og processen for dens udarbejdelse er der lagt vægt på, at det skal være en fælles plan for alle de aktører og samarbejdspartnere, som på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse bidrager til at skabe sammenhængende, helhedsorienterede og trygge forløb samt resultater af høj faglig kvalitet for alle børn, kvinder og familier i Region Syddanmark.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der i alle regioner etableres et formaliseret, velbeskrevet, tæt samarbejde mellem fødesteder, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. I Region Syddanmark har der siden 2010 været nedsat et tværfagligt og tværsektorielt fødeplansudvalg.

Fødeplansudvalget mødes 4 gange årligt og drøfter udviklingstendenser mm. på svangreområdet. Fødeplansudvalget er sammensat af repræsentanter for de fagfolk, der til daglig beskæftiger sig med svangreomsorgen i kommunerne, i almen praksis og på regionens fødesteder. Derudover er der i udvalget en repræsentant fra en brugerorganisation.

Under Fødeplansudvalget har der været nedsat en arbejdsgruppe, som har haft til opgave at bidrage med rådgivning og sparring i forhold til den konkrete udarbejdelse af den nye fødeplan. I denne proces har sundhedsplejersker, praktiserende læger, børnelæger, chefjordemødre samt ledende fødselslæger og en professor været inddraget. Udkastet er løbende blevet fremlagt og drøftet i Fødeplansudvalget. Hertil er relevante interessenter og aktører, afhængig af emnets karakter, blevet inddraget med henblik på at kvalificere den nye fødeplan.

Der er løbende blevet forelagt status for den nye fødeplan for forskellige administrative fora og for Sundhedsudvalget. Derudover har regionsrådet i januar 2021 haft en temadrøftelse om regionens nye fødeplan.

2. Svangreomsorgen i Region Syddanmark 2022 og frem

I dette afsnit beskrives overordnet status og udfordringer for svangreomsorgen i Region Syddanmark. Dertil beskrives Region Syddanmarks vision for svangreomsorgen samt de særlige indsatsområder, der bør prioriteres i de kommende år. Der gives et indblik i aktiviteten i den primære og den sekundære

sundhedssektor, kvindernes og familiernes karakteristika, samt patienttilfredsheden vedrørende regionens tilbudte ydelser og forløb. Data til at belyse dette er indhentet fra Det Medicinske Fødselsregister, Danmarks Statistik, Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), samt fra Afdeling for dokumentation og ledelsesinformation og de enkelte sygehuses lokale monitorering.

Status, udfordringer og vision for fremtidens svangreomsorg

Danmark og Region Syddanmark har en svangreomsorg af høj kvalitet, hvor dødeligheden for den gravide, fødende og barslende kvinde samt for det ufødte barn og det nyfødte barn er blandt den laveste i verden. Dette skyldes bl.a. den medicinske, teknologiske og organisatoriske udvikling, der har fundet sted over de sidste årtier. Det er i dag muligt at diagnosticere og behandle flere tilstande og lidelser sammenlignet med tidligere. Hertil er der i en årrække og på nationalt niveau, i bestræbelserne på at øge sikkerheden under graviditet, fødsel og barsel, indført en række faglige tiltag, som har styrket kvaliteten af svangreomsorgen. Denne udvikling er gavnlig for det enkelte individ og den enkelte familie samt samfundet som helhed.

Samtidig med denne positive udvikling ses imidlertid også, at andelen af kvinder og familier med komplekse fysiske, psykiske og sociale udfordringer og deraf følgende behov er stigende. Det drejer sig fx om fysiske forhold såsom kvinder med højt BMI, kvinder med høj alder og kvinder med medicinske sygdomme såsom blodtryksforhøjelse, stofskiftesygdomme og sukkersyge. Dertil kommer et øget antal af kvinder med psykiske lidelser som fx depression, angst og personlighedsforstyrrelser. Samtidig opspores der flere kvinder og familier med sociale belastninger som fx udfordringer i familiære forhold, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet eller misbrug af rusmidler.

Ovenstående udvikling, samt målsætningen om at understøtte et godt og sikkert forløb for familien, medfører, at andelen af kvinder og familier, der tilbydes ydelser ud over basistilbuddet, er stigende. Det giver en større aktivitet i såvel primær- som sekundærsektoren grundet flere ambulante ydelser i graviditeten og længere indlæggelsestider på sygehusene både før, under og efter fødslen.

De årlige patienttilfredshedsundersøgelser (LUP) viser, at kvinderne generelt er tilfredse med deres besøg under graviditetsforløbet, herunder ultralydsscanninger, jordemoderkonsultationer samt eventuelle indlæggelser under graviditeten. De oplever, at informationen, der gives, er vedkommende og forståelig, og at der tages udgangspunkt i de emner, som er vigtige for netop dem. Imidlertid udtrykker flere familier, at de gennem graviditeten kun i mindre grad blev forberedt til det kommende fødselsforløb og opstart af amningen.

På landsplan og i Region Syddanmark er fødselstallet stigende, og prognoser fra Danmarks Statistik viser, at dette forventes at fortsætte i de kommende år. Et stigende fødselstal og flere børn er en glædelig begivenhed, men det betyder også, at der er behov for et løbende fokus på udviklingen, og på om der er den rette kapacitet på området.

Langt størstedelen af børnene fødes på et af regionens fødeafdelinger i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg eller Aabenraa. Dog er der gennem de seneste år sket en stigning i andelen af fødsler, der foregår i hjemmet sammen med en jordemoder. I 2020 var det således 97% af kvinderne, der fødte på en fødeafdeling, og 3% der fødte derhjemme. Uanset hvor børnene fødes, ses det i LUP-undersøgelserne, at

kvinderne i Region Syddanmark udtrykker stor tilfredshed med deres fødselsforløb og den støtte, de fik under fødslen.

De kvinder og familier, som har en ukompliceret graviditet og fødsel og forventet ukompliceret barselsperiode, tilbydes udskrivelse fra sygehuset inden for de første 24 timer efter fødslen og dermed barselsophold i hjemmet. I 2020 blev 42% af kvinderne og deres nyfødte barn udskrevet fra sygehuset inden for 24 timer efter fødslen. LUP viser, at kvinderne udtrykker meget høj grad af tilfredshed med varigheden af indlæggelsen efter fødslen samt angiver tryghed ved at komme hjem. Der udtrykkes ligeledes tilfredshed med den støtte, der gives af jordemoderen og sundhedsplejersken i barselsperioden.

Vision

Forskning viser, at livsperioden omkring graviditet, fødsel og barsel har stor betydning for mors og barns sundhed og helbred på såvel kort som lang sigt. Dette gælder endda i langt højere grad end tidligere antaget. Sundhedsstyrelsen påpeger, at perioden er et unikt vindue, som rummer et stort potentiale for at øge sundheden ved det enkelte individ, for familien som helhed samt for folkesundheden generelt.

Som tidligere nævnt, har svangreomsorgen i Danmark og i Region Syddanmark igennem mange år været blandt verdens bedste. Vi står således på et stærkt fundament, men det forventes imidlertid, at svangreomsorgen står over for en række udfordringer, som vi skal løse og prioritere. Dette gælder bl.a. forventningen om en stigning i fødselstallet samt et forøget antal kvinder og familier med somatiske, psykologiske og/eller sociale udfordringer og dermed behov for ekstra støtte.

På baggrund af nuværende status og udfordringer er det væsentligt, at vi i Region Syddanmark fokuserer på, hvordan vi fortsat kan levere en svangreomsorg af høj kvalitet og med høj patienttilfredshed. Livsperioden bør opleves som en naturlig, sammenhængende og helhedsorienteret proces, som tager udgangspunkt i den enkeltes ønsker, behov og livssituation. Der skal leveres ydelser af en høj faglig standard, og forløbet skal individualiseres og målrettes til såvel kvinden og familien med forventet ukompliceret forløb som kvinden og familien med forøget risiko af somatisk, psykologisk og/eller social karakter. Hertil kommer, at dette er gældende, uanset hvor i Region Syddanmark familien er bosiddende, og uanset hvilke aktører familien er i kontakt med under graviditets-, fødsels- og barselsforløbet.

På baggrund heraf arbejder vi i regionen med visionen om, at

Region Syddanmarks leverer en svangreomsorg, som bidrager til sunde mødre og raske børn, samt styrker familierne til en god start på livet.

Indsatsområder og anbefalinger

Med afsæt i ovenstående er der identificeret syv indsatsområder, som vi i Region Syddanmark vil have særlig opmærksomhed på i de kommende år. Indsatsområderne er:

- Medinddragelse og samarbejde med familien

- Patientforløb i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv
- Lighed i sundhed
- Digitalisering og udbredelse af digitale løsninger
- Monitorering, udvikling og forskning
- Rekruttering, fastholdelse, kompetenceudvikling og specialisering
- Kapacitet og organisering

Indsatsområderne er overordnede og gældende på tværs af almen praksis, kommuner og regionen. Til hvert indsatsområde er beskrevet en række anbefalinger, som skal realiseres i løbet af planperioden i et samspil mellem fagpersoner og ledelsesniveauet på sygehusene. Indsatsområderne og anbefalingerne dertil uddybes i det følgende.

Medinddragelse og samarbejde med familien

Medinddragelse og involvering af den gravide og partneren er et vigtigt og velintegreret element i svangreomsorgen. Familien er eksperter i eget liv og besidder værdifuld viden om behov og præferencer, som bør bringes i samspil med den sundhedsprofessionelles ekspertviden. Når familien involveres og gøres til aktive medspillere, har den sundhedsprofessionelle i større grad mulighed for at individualisere forløbet samt levere ydelser af høj kvalitet og med høj brugertilfredshed. Derfor er vi i Region Syddanmark fortsat opmærksomme på at inddrage familien og støtte dem i at være aktivt involverede i planlægning og beslutninger vedrørende deres graviditets-, fødsels- og barselsforløb.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Fælles beslutningstagning

Ved fælles beslutningstagning i svangreomsorgen samarbejder familien og den sundhedsprofessionelle om at træffe beslutninger vedrørende undersøgelser, behandlinger og pleje i det enkelte graviditets-, fødsels- og barselsforløb. Implementeringen af fælles beslutningstagning er påbegyndt i Region Syddanmark på de fem fødesteder, og denne implementering skal understøttes yderligere. Der er eksempelvis på regionalt niveau og med aktører fra alle regionens sygehuse en igangværende udarbejdelse af et beslutningsværktøj om emnet igangsættelse af fødslen efter termin. Det anbefales, at der i forlængelse heraf nedsættes en regional arbejdsgruppe, som skal arbejde med fælles beslutningstagning indenfor svangreomsorgen i Region Syddanmark. Den regionale arbejdsgruppe nedsættes i regi af Fødeplansudvalget og referer til denne. Den regionale gruppe skal understøtte, at der udarbejdes 1-2 regionale beslutningsstøtteværktøjer om året. Der lægges vægt på, at udviklingsarbejdet sker i et tæt samarbejde med brugerne, og der inddrages tværfaglige og tværsektorielle sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere afhængig af emnet. I udviklingsprocessen skal det medtænkes, hvordan beslutningsstøtteværktøjet skal implementeres, og hvordan det skal målsættes og monitoreres under og efter implementeringsperioden.

Patientrapporteret data

På regionens sygehuse benyttes allerede nu patientrapporteret data (PRO). Dette arbejde vil styrkes yderligere, da der i de kommende år afprøves og forventeligt implementeres nationale digitale standardiserede spørgeskemaer målrettet svangreomsorgen. Spørgeskemaerne udfyldes af kvinden og vil på sigt, sammen med den digitale løsning til graviditetsforløb, danne grundlag for indholdet af jordemoderkonsultationerne. Hermed understøttes en øget medinddragelse af familien og en fokuseret dialog med udgangspunkt i familiens aktuelle livssituation og ønsker. Dette optimerer muligheden for at identificere de familier, som pga. fysiske, psykiske eller sociale forhold har et øget behov for støtte og omsorg. Det anbefales, at den tidlige opsporing medvirker til en individualisering af familiens svangreforløb, og at familien tilbydes netop de ydelser, som skønnes gavnlige for dem.

Individuel fødselssamtale til alle førstegangsfødende

Fødslen af et barn er en skelsættende oplevelse med langvarig betydning af både fysisk, psykisk og social karakter for hele familien. Det anbefales, at alle førstegangsfødende sammen med deres partner tilbydes en individuel fødselssamtale. Fødselssamtalen bør finde sted i jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 35, eller før ved behov. En individuel fødselssamtale har det formål at forberede og styrke familien til den kommende fødsel og tilrettelægge en individuel plan for fødslen og den tidlige barselsperiode. Ønsker og eventuelle beslutninger videregives i journalen i hensigtsmæssig og lettilgængelig form, så relevant sundhedspersonale under fødslen og i den tidlige barselsperiode er orienteret om det.

Uddybende efterfødselssamtale til familier med et traumatisk graviditets-, fødsels- eller barselsforløb

På nuværende tidspunkt tilbyder alle fødesteder en efterfødselssamtale med en jordemoder 2-3 dage efter fødslen. Her gives forældrene mulighed for at få svar på spørgsmål og bearbejde deres oplevelser, ligesom der opspores de familier, som har behov for yderligere uddybende samtale grundet et oplevet traumatisk forløb. Dette er meningsfuldt for familien i det aktuelle forløb, men ligeledes i forhold til kommende graviditeter og fødsler. Derfor ønskes det, at arbejdet styrkes yderligere. Det anbefales, at der iværksættes en tværsektoriel indsats, hvor kvinder og familier, som har oplevet et graviditets-, fødsels- eller barselsforløb som traumatisk, opspores og tilbydes en uddybende og bearbejdende samtale så tidligt som muligt. Der bør etableres et efterfødselstilbud på en efterfødselsklinik, som egen læge og sundhedsplejerske kan henvise en kvinde og dennes partner til. Efterfødselsklinikken kan etableres i allerede eksisterende barselsklinikker. Det anbefales, at de enkelte sygehuse arbejder videre med etablering af dette tilbud.

Svangreomsorgen som et værdiskabende tilvalg

Der skal tilbydes en svangreomsorg, som er familieorienteret, og hvor alle typer af familier føler sig imødekommet, rummet og tilgodeset. Det anbefales, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som med involvering af brugerne kortlægger, hvilke særlige ønsker og behov brugerne må have og som ikke imødekommes på nuværende tidspunkt. Fokus er på de familier som fravælger den offentlige svangreomsorg og derved ikke opnår gavn af dennes sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Med udgangspunkt i kortlægningen skal der formuleres konkrete indsatser, som kan iværksættes i planperioden. Dette gøres med henblik på, at sikre en rummelig svangreomsorgen, som er tilgængelig og ønskværdig for alle kommende familier i Region Syddanmark. Arbejdsgruppen nedsættes i regi af Fødeplansudvalget, og kortlægningen fremlægges for Koncernledelsesforum og Sundhedsudvalget.

Øget inddragelse af partneren

Svangreomsorgen rummer ikke kun en opmærksomhed på kvinden og det ufødte/fødte barn, men partneren og hele familien. Som led i at yde en familieorienteret omsorg skal der være fokus på en øget inddragelse af partneren. De fagprofessionelle skal være opmærksomme på partneres behov, og dette af såvel fysisk, psykisk og social karakter, samt partnerens betydning for hele familiens trivsel. Det anbefales, at der etableres specifikke tilbud målrettet partneren. Dette eksempelvis i form af informationsmateriale og familie- og forældreforberedelse med opmærksomhed på partneres udfordringer, behov og rolle i graviditets-, fødsels- og barselsperioden. Derudover skal det sikres, at partneren i videst mulig omfang kan forblive sammen med kvinden og det nyfødte barn ved behov for indlæggelse på et sygehus. Det anbefales, at de enkelte sygehus arbejder videre med etablering af disse tiltag.

Patientforløb i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv

Svangreomsorgens høje kvalitet er afhængig af et optimalt samarbejde mellem forskellige aktører på tværs af fagligheder og sektorer. De sundhedsprofessionelle skaber sammen et koordineret, helhedsorienteret og individualiseret forløb til gavn for familien. Der er allerede etableret et godt samarbejde mellem almen praksis, kommunerne og regionen. Et samarbejde, som har medvirket til at skabe den nuværende høje kvalitet og brugertilfredshed. Vi ønsker i Region Syddanmark at understøtte dette tværfaglige og tværsektorielle samarbejde yderligere, så familien sikres den somatiske, psykologiske og/eller sociale støtte, de har brug for.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

--

Sundhedsfremme og forebyggelse på tværs af fagligheder og sektorer

Graviditet, fødsel og barsel er en periode med mulighed for at støtte de kvinder og familier, som pga. livsstilsfaktorer er i forøget risiko for at udvikle sygdom eller lidelser. Tilsvarende kan sygdom under graviditet identificere kvinder med højere risiko for kroniske sygdomme senere i livet. En viden om fysiske, psykiske og sociale livsstilsfaktorer og risikofaktorer i familien, sammen med kommende forældres motivation, giver potentiale til, at hele familien kan foretage forebyggende livsstilsændringer og dermed opnå flere sunde leveår.

Det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde er et fælles ansvar i Region Syddanmark, og det er et ansvar, som går på tværs af almen praksis, kommunerne og sygehusene. Det er en opgave, som bør iværksættes allerede før graviditeten indtræffer samt vedligeholdes efter graviditet, fødsel og barsel. Der findes allerede mange sundhedsfremmende og forebyggende tiltag og ydelser, som familierne kan drage nytte af. For at familien kan benytte disse mange eksisterende tilbud ved kommunerne, almen praksis og sygehusene, er det imidlertid nødvendigt, at der sikres et overblik over tilbuddene. Dertil skal praktiserende læge, jordemoderen og sygehuslægen kunne henvise kvinden og/eller dennes partner til en afklarende samtale i kommunen. Her vil kommune og borgeren sammen vurdere, hvilke forebyggelsestilbud der er behov for.

Det anbefales, at kommuner, region og almen praksis nedsætter en tværsektoriel arbejdsgruppe. I denne arbejdsgruppe skal der arbejdes med, hvordan et digitalt overbliksbillede kan understøttes og dermed sikre, at familierne kan drage nytte af de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Overblikket bør ikke begrænses til fysisk sundhedsfremme, men også til det psykiske og sociale område. Dertil skal arbejdsgruppen udarbejde en samarbejdsaftale vedrørende elektronisk henvisning fra sygehus og almen praksis til kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud i relation til svangreomsorgens målgruppe. Dette skal ske i tæt dialog med relevante aktører i det tværsektorielle samarbejde.

Lokale fællesskaber

Med henblik på at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde kan der med fordel etableres lokale fællesskaber mellem sundhedsprofessionelle aktører, eksempelvis sundhedsplejersker og jordemødre. Dette, sammen med prioritering af tid til samarbejde og tid til relationsdannelse, vil understøtte en generel vidensdeling, sparring og udvikling til gavn for svangreomsorgen og familierne generelt. Derudover er det til gavn i det enkelte forløb, da rammerne kan medvirke til en øget tværfaglig og helhedsorienteret støtte til den enkelte familie. Det anbefales, at hvert sygehus i samarbejde med de omkringliggende kommuner undersøger muligheder for etablering af kontor fællesskaber og etablering af et tættere samarbejde, fx i form af fælles teams. Hertil bør der etableres mulighed for, at jordemoderen

kan deltage fysisk eller virtuelt, når sundhedsplejersken i graviditeten foretager hjemmebesøg ved familier med særlige behov.

Samarbejdsaftaler

Der ses et stigende antal af familier med komplekse og mangefacetterede udfordringer og behov for støtte. Dette kræver et optimalt samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer. Allerede nu er der udarbejdet flere samarbejdsaftaler målrettet svangreomsorgen. Samarbejdsaftalerne har til formål at beskrive samarbejdet og sikre en optimal dialog og koordination mellem de forskellige aktører, der er involveret i den givne situation. Det er vigtigt, at aftalerne løbende opdateres, ligesom det bør monitoreres, at aftalerne efterleves i praksis. Det anbefales, at Fødeplansudvalget i samarbejde med Følgegruppen for Forebyggelse én gang årligt drøfter samarbejdsaftalerne på området.

Regionsdækkende partnerskab med Mødrehjælpen

Afventer (arbejdsgruppen er i gang med at udarbejde forslag til partnerskabsaftale)

Inddragelse af frivillige aktører

I Region Syddanmark er det gode erfaringer med at fokusere på medborgerskab og frivillighed til at understøtte regionens ydelser. Også i svangreomsorgen er der et potentiale i at inddrage frivillige aktører og organisationer. Frivillige kan aldrig erstatte den sundhedsprofessionelle omsorg, pleje og behandling. Imidlertid kan de frivillige aktører understøtte elementer fra det offentlige social- og sundhedsvæsen og dermed styrke den samlede og differentierede indsats omkring den enkelte familie. Det kan fx være frivillige der hjælper familier med særlige behov såsom transport til ydelser og tilbud i det offentlige sundhedsvæsen, huslige opgaver, netværksdannelse mm. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget kortlægges, hvorledes frivillige aktører kan understøtte regionens opgavevaretagelse i svangreomsorgen. Hertil iværksættes samarbejds- og partnerskabsaftaler med relevante frivillige aktører og organisationer.

Styrke familierne til et optimalt ammeforløb

Sundhedsstyrelsen anbefaler at det spæde barn ammes fuldt til barnet er 6 måneder, og ammes delvist til barnet er 12 måneder eller ældre. Med fuld amning forstås, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelse fra hospitalet. Med delvis amning forstås, at barnet ud over modermælk får modermælkserstatning eller anden kost flere gange om ugen.

Data fra Sundhedsdatastyrelsen og Den Nationale Børnedatabase viser en tendens til, at der nationalt i dag er færre børn der udelukkende ernæres af modermælk, når barnet er 17 uger gammel, sammenlignet med for ti år siden.

I Region Syddanmark har der i flere år, på tværs af fagligheder og sektorer, været opmærksomhed på at understøtte et optimalt ammeforløb. Dette med udgangspunkt i familiens ønsker og behov samt det enkelte barns tilstand og udvikling. Med henblik på at understøtte et optimalt ammeforløb, har kommunerne og Region Syddanmark udarbejdet en fælles ammepolitik. Ammepolitikken bidrager bl.a. til at sikre et fælles sprog omkring amning og at sundhedspersoner, der varetager ammeindsatsen har rette uddannelse og kompetencer.

Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget og Følgegruppe for Forebyggelse sikres, at ammepolitikken revideres, så den lever op til nyeste viden og faglige udvikling på området. I forbindelse hermed anbefales det, at det drøftes og eventuelt udarbejdes forslag til, hvordan der i samarbejde med civilsamfundet kan skabes nye muligheder for at understøtte optimale ammeforløb.

Lighed i sundhed

Sundhedsvæsenet i Danmark bygger på et lighedsprincip, som indebærer, at der er let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser samt behandling af høj kvalitet for alle. I Region Syddanmark skal fødeplanen understøtte lighedsprincippet. Den faglige udvikling har medført, at langt de fleste kvinder og børn gennemgår et graviditets-, fødsels- og barselsforløb med godt helbred. Desværre har udviklingen de seneste år også vist, at sundheden blandt nogle gravide er blevet dårligere. Der er således sket en stigning i antallet af gravide med komplekse somatiske, psykologiske og/eller sociale udfordringer. Risikofaktorer som kroniske sygdomme, højt BMI, uhensigtsmæssige kostvaner, inaktivitet, diabetes, rygning, alkoholforbrug og rusmiddelmisbrug medfører en øget risiko for graviditets- og fødselskomplikationer for mor og barn. Ligeledes er sociale forhold med til at skabe betydelig ulighed i sundhed for familien. Ovenstående understreger, at tiden omkring graviditet, fødsel og barsel er et unikt tidspunkt med stort potentiale for at øge sundheden i den enkelte familie. Gennem flere år har lighed i sundhed været et grundelement i regionens arbejde med kommende familier. Der er blevet tilrettelagt flere særlige indsatser til familier med somatiske, psykologiske og/eller sociale behov. Dette er sket i et tæt samarbejde og på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner. Det er dog vigtigt, at vi i Region Syddanmark vedvarende og fremadrettet sikrer lighed i sundhed.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Geografisk lighed

Svangreomsorgen i Region Syddanmark er fordelt på aktører fra 6 fødesteder, 22 kommuner og 355 almen lægepraksisser. Trods den geografiske og organisatoriske fordeling ønsker vi i Region

Syddanmark, at svangreomsorgen leverer samme høje kvalitet, uanset hvor familien er bosiddende, og hvilke sundhedsprofessionelle familien er i kontakt med. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget og i samarbejde med Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd, Pædiatrisk Specialeråd og Jordemoderfagligt Råd løbende understøttes et ensartet og opdateret fagligt tilbud høj kvalitet over hele regionen på tværs af fagligheder og sektorer.

Opsamling og vidensdeling

Der er i dag mange igangværende og afprøvede indsatser indenfor svangreomsorgen, som har til hensigt at fremme lighed i sundhed. Nogle er forankret nationalt, mens andre er forankret på regionalt eller kommunalt niveau. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget og i samarbejde med Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd, Pædiatrisk Specialeråd og Jordemoderfagligt Råd sker en løbende og systematisk opsamling og vidensdeling af indsatser og tiltag, som kan fremme lighed i sundhed, og som med fordel kan udbredes til resten af regionen.

Tidlig opsporing og individualiseret støtte til familier med ekstra behov

Et betydningsfuldt element i Region Syddanmarks svangreomsorg er at identificere de familier, som har udfordringer af fysisk, psykologisk og/eller social karakter. Tilrettelæggelsen af særlige indsatser i henhold til familiernes behov har stor betydning for familiens og barnets helbred, sundhed og trivsel på såvel kort som lang sigt. Det ses, at effekten af den enkelte indsats øges, jo tidligere den iværksættes. Det er derfor essentielt, at opsporingen sker på et tidligt tidspunkt. Det anbefales, at de enkelte sygehuse arbejder videre med, hvordan jordemoderkonsultationerne, herunder specifikt første jordemoderkonsultation, kan styrkes, så der sikres en tidlig opsporing og individualiseret støtte til familier med ekstra behov af fysisk, psykisk eller social karakter. Hertil bør der ved behov iværksættes målrettede og individuelle indsatser, fx i form af en specifik obstetrisk konsultation, kendt jordemoderordning, særligt tilrettelagt fødsels- og forældreforberedelse samt diverse sundhedsfremmende og forebyggende tilbud gennem egen læge eller kommunen.

Kendt Jordemoderordninger

Det vurderes, at kendthed og kontinuitet gennem graviditet, fødsel og barsel medfører forløb af høj faglig kvalitet og høj patienttilfredshed. Det medvirker til en bedre kommunikation og styrker relationen til de sundhedsprofessionelle. Dette er gavnligt for alle kommende familier, men især udsatte grupper har stor gevinst ved det.

Der findes allerede flere Kendt Jordemoderordninger i Region Syddanmark, herunder ordninger med fokus på kvinder, der tidligere har haft traumatiske forløb, samt kvinder, der ønsker at føde hjemme. Det ønskes, at Kendt Jordemoderordning udvikles og implementeres yderligere. Det anbefales, at sygehusene nytænker forskellige måder at organisere Kendt Jordemoderordninger og at der sker erfaringsudveksling på tværs af fødestederne. Fødeplansudvalget fremlægger forslag herom til Koncernledelsesforum og regionshusets direktion.

Fødsels- og forældreforberedelse

At den kommende familie rustes til fødslen og forældreskabet er sundhedsfremmende og forebyggende, og det ses, at fødsels- og forældreforberedelse har en række målbare positive effekter af såvel fysisk, psykologisk og social karakter. Det anbefales at, fødsels- og forældreforberedelse er en ydelse, som tilbydes alle familier i Region Syddanmark. Det bør tilbydes i mindre hold, da dette forventeligt giver et større udbytte og også giver mulighed for dialog og netværksdannelse mellem familierne.

Fødsels- og forældreforberedelse skal medvirke til at øge familiernes viden inden for emner om graviditeten og forberedelse til fødsel, fødslen og dens forløb, barselsperioden og det nyfødte barn samt om forældreskabet og børns udvikling. Ud over dette kan forberedelsen bestå af fysiske øvelser og afspændingsmetoder, som især kvinden kan drage nytte af såvel før, under og efter fødslen.

Der bør i planperioden arbejdes med, at fødsels- og forældreforberedelse målrettes brugerne, så indholdet er afstemt familiernes baggrund, ønsker og behov. Eksempelvis skal der gennem brugerinddragelse og samarbejde med Indvandrermedicinsk Klinik og Tolkecenter Syddanmark etableres Fødsels- og forældreforberedelse målrettet familier med etnisk minoritetsbaggrund.

Fødsels- og forældreforberedelse skal tillige tilrettelægges som et tværfagligt tilbud med inddragelse af bl.a. sundhedsplejersker. Herudover kan der med fordel inddrages andre faggrupper såsom fysioterapeuter og socialrådgivere m.fl.

Dertil bør der ved Fødsels- og forældreforberedelse benyttes forskellige virkemidler som fx e-læring og film, og det skal være tilgængeligt som både et fysisk tilbud og et virtuelt tilbud i form af webinar.

Det anbefales, at det enkelte sygehus arbejder videre med initiativer, der kan understøtte og styrke fødsels- og forældreforberedelsen. En del af materialet kan med fordel udarbejdes på tværs af sygehusene og på regionalt niveau.

En særlig støtte til familier med etnisk minoritetsbaggrund

Antallet af familier med etnisk minoritetsbaggrund fra ikke-vestlige lande har været stigende i Danmark de seneste årtier. Gruppen er heterogen hvad angår kendskab til det danske sundhedsvæsen, sundhedsadfærd, sundhedskompetence og risikofaktorer, og dette af såvel somatisk, psykologisk og social karakter. Konsekvensen heraf er, at etnisk ulighed i sundhed er en tiltagende udfordring under graviditet, fødsel og barsel. For at understøtte etnisk lighed i sundhed skal der iværksættes særlige tilbud til familier med etnisk minoritetsbaggrund. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget nedsættes en arbejdsgruppe der, i samarbejde med relevante aktører og med inddragelse af brugerne, definerer hvilke tilbud der med fordel kan etableres, og efterfølgende implementerer disse tilbud. De målrettede ydelser kan være i form af specifikke obstetriske screeningsundersøgelser, Kendt Jordemoderordninger, fødsels- og forældreforberedelse, informationsmateriale samt tillykke-mapper, som udleveres ved fødslen. Det anbefales, at disse tilbud og ydelser er tolket for at imødekomme kommunikative og sproglige udfordringer. En del af materialet kan med fordel udarbejdes på tværs af sygehusene og på regionalt niveau.

Digitalisering og udbredelse af digitale løsninger

En øget digitalisering af svangreomsorgen har stort potentiale til at styrke den faglige kvalitet samt effektivisere og forenkle arbejdsgange. Digitaliseringen understøtter kommunikationen og samarbejdet på tværs af fagligheder og sektorer. Ligeledes skaber en øget digitalisering nye muligheder for informationsdeling og samarbejde med familien. Der skabes rum for, at visse ydelser kan leveres i hjemmet, hvilket kan være til gavn for såvel familierne og personalet som ressourceudnyttelsen generelt. Samtidig rummer en øget digitalisering af svangreomsorgen en mulighed for at minimere geografisk ulighed i sundhed, og at familier, uanset hvor de er bosat i Region Syddanmark, modtager ydelser af høj kvalitet. Allerede nu er der iværksat flere indsatser, som styrker digitaliseringen og udbredelsen af digitale løsninger, både nationalt og i regionen. Vi vil i Region Syddanmark have fokus på at implementere og videreudvikle digitale løsninger i de situationer, hvor det er fagligt velbegrunderet, skaber tryghed og tilfredshed hos familierne, samt optimerer kapacitetsudnyttelsen.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Digital løsning til graviditetsforløb

Der arbejdes på nationalt niveau på en digital løsning til graviditetsforløb, der skal erstatte den nuværende svangerskabs- og vandrejournale. Det forventes, at løsningen bliver implementeret i regionen i 2022. Løsningen indeholder en digital graviditetsmappe med alle relevante oplysninger, såsom niveauiddeling, og dermed om der tilbydes et grundforløb eller et udvidet forløb, anamnese, objektive fund og undersøgelsesresultater. Disse oplysninger kan sikkert og nemt tilgås af de relevante sundhedsaktører og af kvinden selv. Den nye løsning forventes at

understøtte en optimal vidensdeling mellem de sundhedsprofessionelle, lette arbejdsgangene og styrke svangreomsorgen. Region Syddanmark vil i forbindelse med implementeringen af den digitale løsning også på sigt understøtte arbejdet omkring dyb integration af den digitale løsning til graviditetsforløb i anvendelse af systemerne for at sikre hensigtsmæssig brug af den digitale løsning. Det anbefales, at vi i Region Syddanmark fortsat fremmer og bidrager til udviklingen og implementeringen af den digitale løsning til graviditetsforløb.

Virtuelle kontakter

Gennem de seneste år har brugen af virtuelle konsultationer været tiltagende. Det anbefales, at sygehusene videreudvikler virtuelle tilbud og ydelser og identificerer, hvilke grupper af kvinder og familier der kan drage nytte af virtuelle kontakter, og hvornår i forløbet de virtuelle kontakter lever op til høj faglig kvalitet. Hertil skal der sikres virtuelle redskaber og faciliteter, som er let tilgængelige og sikre at anvende i forhold til datasikkerhed.

Telemedicin og hjemmemonitorering

Allerede nu er der regionalt og nationalt gode erfaringer med telemedicin og hjemmemonitorering målrettet gravide. I Region Midtjylland er der for år tilbage set, at indførelse af hjemmemonitorering har medført høj tilfredshed for både de gravide, deres familier og personalet, samt en besparelse i indlæggelsesdage. Udgangspunktet i Region Syddanmark er væsentligt anderledes, end det var i Region Midtjylland. Der ses således ikke gevinster i samme størrelsesorden, men ud fra et patientperspektiv giver det fortsat mening at kunne tilbyde de gravide at være i hjemmet, når det vurderes fagligt acceptabelt. Region Syddanmark indgår sammen med de øvrige regioner i et fælles regionalt samarbejde omkring udbud og indkøb af fosterovervågningsudstyr (CTG). CTG-udstyret indgår som en del af andet telemedicinsk udstyr, der kan anvendes til hjemmemonitorering af gravide med komplikationer. Der er potentiale i at udvikle de telemedicinske ydelser og muligheder for hjemmemonitorering yderligere. På baggrund heraf anbefales det, at der i regi af Fødeplansudvalget og i samarbejde med Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd, Pædiatrisk Specialeråd og Jordemoderfagligt Råd samt andre relevante aktører kortlægges, i hvilke faglige forløb telemedicin og hjemmemonitorering er hensigtsmæssigt, samt hvilke monitoreringsredskaber og -materiel det kræver, for at hjemmemonitoreringen kan gennemføres med acceptabel faglig kvalitet og sikkerhed. Det er det enkelte sygehus, der har beslutningskompetencen, i forhold til hvilke løsninger man ønsker at implementere.

Brug af sociale medier som kommunikationsplatforme

Gennem de seneste år har flere og flere fødesteder uden for regionen benyttet sig af sociale medier. En stor del af brugerne benytter sociale medier på daglig basis, og erfaringerne viser, at sociale medier som fx Facebook er en brugbar platform, der med fordel kan anvendes til formidling af ikke-personfølsomme informationer om tilbud og tiltag. På baggrund heraf anbefales det, at sygehuse kortlægger, hvordan brugen af sociale medier er gavnlig for de gravide og deres familier og implementerer relevante tiltag.

Vedvarende fokus på digitale muligheder og løsninger

De digitale muligheder udvikles konstant, og det ønskes, at svangreomsorgen i Region Syddanmark udnytter denne udvikling. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget og med udgangspunkt i Region Syddanmarks Digitaliseringsstrategi 2019-2021 er et vedvarende fokus på at drøfte digitale og innovative løsninger, som kan understøtte regionens opgavevaretagelse. Dette arbejde bør ske i samarbejde med brugerne af svangreomsorgen og andre relevante parter.

Monitorering, udvikling og forskning

Ydelserne i svangreomsorgen i Region Syddanmark skal være af høj kvalitet med høj patientsikkerhed og patienttilfredshed. Forbedring af de kliniske ydelser, der leveres under graviditet, fødsel og barsel, har i mange år været et fokusområde både nationalt og regionalt blandt brugere, klinikere, ledere og beslutningstagere. Der er iværksat indsatser og databaser med henblik på at frembringe og systematisere data, som kan bidrage til kvalitetsudvikling og -forbedring af klinisk praksis. Der er gennemført indsatser og tiltag med det formål at styrke kvaliteten i svangreomsorgen og sikre, at mor og barn kommer sunde og raske gennem denne livsperiode. Den indsats, der allerede er påbegyndt, vil vi i Region Syddanmark fortsætte gennem fokus på løbende monitorering, udvikling og forskning. Vi ønsker, at vi i regionen vedvarende forbedrer kvaliteten af såvel kliniske ydelser og indsatser, organisatoriske forhold, patientsikkerhed og patienttilfredshed.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Ensartet praksis på tværs af sygehuse

Det er essentielt, at fødestederne leverer en faglig kvalitet baseret på evidens og bedst klinisk praksis. På nuværende tidspunkt har alle obstetriske afdelinger i regionen en velfungerende praksis med opdaterede og evidensbaserede retningslinjer. Dette ønsker vi i Region Syddanmark at videreudvikle yderligere. Det anbefales, at der i regi af Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd, Pædiatrisk Specialeråd og Jordemoderfagligt Råd besluttet, hvordan man bedst understøtter dette. Eksempelvis kan der i regi af specialerådene nedsættes et instruksudvalg.

Målsætningen er, at der i det omfang, det er meningsfuldt for praksis og det kliniske arbejde, udarbejdes fælles faglige og/eller enslydende retningslinjer.

I arbejdet skal der inddrages andre sundhedsprofessionelle, fra almen praksis og fra andre specialer afhængig af emnet. De regionale retningslinjer understøtter en ensartet praksis på tværs af regionen, og det sikres, at alle familier modtager en svangreomsorg af høj faglig kvalitet, uanset hvor de er bosiddende. Hertil sikres, at de familier, der har forløb på tværs af sygehusene, oplever en ensartet vejledning og behandling gennem deres graviditets-, fødsels- og barselsforløb.

Tilgængelige valide data på tværs af regionen

Et vigtigt element i udviklingsarbejdet inden for sundhedsområdet er tilgængeligheden af opdateret og valid data. Allerede nu findes nationale databaser såsom Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler, Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte, Den Nationale Børnedatabase, Dansk Føtalmedicinsk Database, Sundhedsstyrelsens Fødselsregister og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed. Disse databaser bidrager med vigtig viden inden for udvalgte indikatorer. Imidlertid er det essentielt for det lokale kvalitets- og forbedringsarbejde, at det i den enkelte afdeling og på tværs af afdelingerne i regionen er muligt at indhente yderligere data samt data, der er opdateret. Dette skyldes, at udviklingsbehov og -tiltag skal kunne identificeres og iværksættes hurtigt, samt at der ved kvalitetsudviklingsprojekter kan ske en optimal monitorering og evaluering af resultaterne. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra sygehusene, der kortlægger, hvilke data vedrørende graviditet, fødsel og barsel der er relevant at indhente, hvordan disse data kan indhentes automatisk gennem det kommende EPJ-system, samt hvordan det skal tilgængeliggøres.

Styrkelse af den vaginale ukomplicerede fødsel

Nationalt og tværfagligt er der i flere år arbejdet med at understøtte den vaginale ukomplicerede fødsel og nedsætte kejsersnitfrekvensen. Målet er, at mor og barn gennemgår fødslen med bedst mulig sundhedstilstand, at minimere forekomsten af komplikationer og at opnå høj patienttilfredshed. Ved at øge andelen af vaginale fødsler blandt førstegangsfødende, øges sandsynligheden for, at fremtidige fødsler ligeledes kan foregå vaginalt. Dette arbejde kræver en flerstrengt indsats, rummende både regional og national forskning, lokal kvalitetsudvikling, tværfaglige teamtræninger og kompetenceudvikling samt løbende monitorering af relevante indikatorer. Det anbefales, at der etableres et kompetencecenter, hvor der forskes i understøttelse af den normale fødsel, organisering af fødselshjælpen, fødemiljøets betydning mm. Der er allerede etableret en indledende dialog om dette mellem sygehusene i regionen, og det er ambitionen, at alle fødesteder i Region Syddanmark bliver inddraget i det videre arbejde. Det anbefales, at Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd samt Jordemoderfagligt Råd løbende drøfter muligheder og perspektiver ved dette samarbejde.

Region Syddanmark som en del af det nationale forsknings- og udviklingsmiljø

Både kvalitativ og kvantitativ forskning inden for graviditet, fødsel og barsel har taget fart de seneste årtier. Imidlertid er der fortsat mange områder ved såvel det ukomplicerede som det komplicerede graviditets-, fødsels- og barselsforløb, der endnu ikke er belyst. Vi ønsker i Region Syddanmark at være en del af den fortsatte udvikling af en evidensbaseret praksis inden for svangreomsorgen. Det anbefales, at sygehusene prioriterer stillinger, hvor sundhedsprofessionelle, herunder både læger, sygeplejersker og jordemødre, har mulighed for at udføre forskning i forskningsmiljøer og/eller deltage i udarbejdelsen af nationale kliniske retningslinjer i kombination med deres daglige kliniske arbejde på sygehusene.

Perinatal audit

Et vigtigt element i den løbende kvalitetsudvikling er perinatal audit, hvor der gennemgås graviditets-, fødsels- og/eller barselsforløb med alvorlig sygdom eller dødelig udgang for mor eller barn. Formålet er en løbende monitorering og sikring af den omsorg og de ydelser, der gives. På nuværende tidspunkt er der på de enkelte sygehuse en regelmæssig gennemgang og evaluering af de patientforløb, som skønnes at have et særligt udviklingspotentiale og/eller som har haft et alvorligt resultat. Dette arbejde mangler at blive implementeret på et regionalt niveau samt på tværs af afdelinger, specialer og sektorer. Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget nedsættes en regional arbejdsgruppe med repræsentanter fra sygehusenes samt repræsentanter fra almen praksis og kommunerne ad hoc, hvor relevante forløb kan

danne grundlag for læring og dermed understøtte en svangreomsorg af høj kvalitet og med høj patientsikkerhed. Arbejdsgruppen fremlægger læringspunkterne for Fødeplansudvalget.

Igangsættelse af fødsler

Igangsættelser af fødsler sker primært for at nedsætte risikoen for komplikationer for kvinden eller barnet under graviditeten, fødslen eller i barselsperioden. De kvinder, hvis fødsler er sat i gang, har gennemsnitligt flere ambulante besøg forud for fødslen og en længere indlæggelsestid under og efter fødslen sammenlignet med de kvinder, hvis fødsel starter spontant. Udover at der opleves en stigning i antallet af igrangsættelser, opleves der også en stigning i antallet af gravide, som får udskudt deres planlagte igrangsættelser. Det kan være fra et par timer til flere dage og evt. med visitation til andet fødested. Dette har forskellige implikationer for både familien og fødestedet. Det anbefales, at området følges, og at der udarbejdes organisatoriske løsninger, så kvinder får det bedst mulige fødselsforløb, uanset om de har en naturlig spontan startende fødsel eller skal have fødslen sat i gang. Der bør i regi af Fødeplansudvalget, Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd samt Jordemoderfaglig Råd drøftes håndtering af udfordringerne og erfaringer med tiltag.

Rekruttering, fastholdelse, kompetenceudvikling og specialisering

En forudsætning for høj kvalitet af svangreomsorgen i Region Syddanmark er et tilstrækkelig antal medarbejdere samt medarbejdere med de rette kompetencer. Læger, jordemødre, sonografer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, administrative medarbejdere og lægesekretærer arbejder og samarbejder hver dag om at skabe den bedst mulige start for den enkelte familie. For at vi i fremtiden kan fortsætte dette værdifulde arbejde, vil vi i Region Syddanmark sikre, at medarbejderne løbende kompetenceudvikles, videreuddannes og specialiseres. Dette sker med henblik på, at de ydelser, der leveres, er af en høj faglig standard og understøtter familiens ønsker og behov. Samtidigt er det vigtigt at fremme et godt arbejdsmiljø, som både tiltrækker og fastholder dygtige medarbejdere og ledere.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

--

Kliniske eksperter og specialister

Med et stigende antal familier med komplekse somatiske, psykologiske og sociale behov er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle besidder kompetencerne til at imødekomme dette. Det anbefales, at sygehusene kortlægger, hvilke subspecialer som kræver et særligt kompetenceniveau, samt hvordan dette kompetenceniveau opnås. Sygehusene skal sikre, at den enkelte afdeling har kliniske eksperter og specialister, som er teoretisk og klinisk rustet til de aktuelle patientforløb. Der skal derudover skabes mulighed for et formaliseret og struktureret uddannelsesforløb til sonografer og føtalmedicinere. Samtidig skal det sikres, at specialiserede medarbejdere er tilgængelige med henblik på vidensdeling og sparring med kolleger og sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere. Dette gælder på det enkelte sygehus, mellem sygehusene samt mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne.

Fælles kompetenceudvikling på tværs af fagligheder og sektorer

Vi har i Region Syddanmark gode erfaringer med tværfaglige temadage om amning. Dette arbejde ønsker vi at fortsætte og udvikle. Det anbefales, at der fortsat afholdes én årlig fælles temadag. Imidlertid skal emnerne variere og kan for eksempel omhandle lighed i sundhed, svangreomsorgen målrettet etniske minoriteter, omsorg og støtte til familier, der mister et barn, nedsættelse af sygefravær blandt gravide eller lignende. Temadagene kan afholdes på forskellige måder, fx som webinar eller med fysisk fremmøde. Temadagene planlægges af Fødeplansudvalget med inddragelse af relevante klinikere.

Teamtræning og simulationstræning

For at sikre det bedst mulige forløb ved alle fødsler er det nødvendigt, at det sundhedsprofessionelle personale besidder faglig viden, kliniske kompetencer samt høje kommunikations- og samarbejdsfærdigheder. Det anbefales, at der regelmæssigt gennemføres tværfaglig simulations- og teamtræning på alle sygehuse. Disse træningsseancer skal rumme understøttelse af den vaginale ukomplicerede fødsel, håndtering af akutte obstetriske situationer og forløb samt genoplivning og behandling af det akut syge nyfødte barn.

Attraktive arbejdspladser

Et essentielt element i at kunne levere en optimal svangreomsorg er at kunne rekruttere sundhedsprofessionelle med de rette kompetencer og sikre, at disse kompetencer forbliver i svangreomsorgen.

Vi vil i Region Syddanmark have fokus på, at medarbejderne indenfor svangreomsorgen har et sundt arbejdsmiljø, hvor man trives og oplever faglig og personlig tilfredshed.

For at skabe attraktive arbejdspladser kræver det en flerstrengt indsats, og det vil være forskelligt, hvilket behov der er på de enkelte sygehuse.

Overordnet vil regionen være med til at sikre, at sygehusene har de nødvendige rammer til bl.a. at håndtere et stigende fødselstal og den stigende kompleksitetsgrad, der er gældende i svangreomsorgen.

Det anbefales, at sygehusene i samarbejde med afdelingsledelserne drøfter, behov og tiltag der kan fremme en attraktiv arbejdsplads, og dermed kan rekruttere og fastholde medarbejdere tilknyttet svangreområdet. Det kan fx være i relation til:

- større medindflydelse på vagtplanlægningen
- bedre mulighed for supervision og trivselsunderstøttende samtaler og tiltag
- systematisk kompetenceudvikling
- kombinationsstillinger og fleksible ansættelser på tværs af afsnit, afdelinger og sektorer, herunder med henblik på at reducere det akutte arbejde for den enkelte medarbejder
- kombinationsstillinger og fleksible ansættelser mellem klinisk praksis og forskningsmiljøer
- gode praktikophold for jordemoderstuderende og et tæt samspil med uddannelsesinstitutionerne
- rekruttering og fastholdelse af nyuddannede, herunder med fokus på længden og kvaliteten af introduktionsforløbet
- rekruttering og fastholdelse af erfarne medarbejdere, som i en årrække har været uden for faget
- rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, som har et særligt kompetenceniveau, som for eksempel sonografer.

Det anbefales, at der i regi af Fødeplansudvalget, Gynækologisk-Obstetrisk Specialeråd samt Jordemoderfagligt Råd drøftes håndtering af udfordringer og erfaringer med tiltag.

Kapacitet og organisering

Der er ca. 61.000 fødsler om året i Danmark, og heraf er ca. 11.000 i Region Syddanmark. Prognoser fra Danmarks Statistik indikerer, at der nationalt sker en stigning i antallet af fødsler over det næste årti. Forventningen er, at stigningen ligeledes vil finde sted i Region Syddanmark med størst stigning i optagerområdet for Sygehus Lillebælt og OUH. Samtidig er der et generelt stigende antal af kvinder og familier med øgede somatiske, psykologisk og/eller sociale behov. Denne udvikling skønnes at bringe kapacitetsudfordringer på sygehusene i regionen. For at vi i Region Syddanmark fortsat kan levere en svangreomsorg af høj kvalitet og med høj tilfredshed fra familierne, er det nødvendigt, at udviklingen og udfordringerne håndteres rettidigt.

Der skal i planperioden arbejdes med følgende anbefalinger:

Analyse og håndtering af stigende fødselstal

Vi vil i Region Syddanmark sikre, at der er den nødvendige kapacitet til at håndtere stigningen i antallet af fødsler, både i forhold til fysiske lokaler og i forhold til det rette antal medarbejdere inden for svangreomsorgen. Særligt opleves der på nuværende tidspunkt udfordringer med rekruttering af fødselslæger, jordemødre, føtalmedicinere og sonografer.

Udviklingen kræver en løbende monitorering, herunder en analyse af, i hvilke geografiske områder af Region Syddanmark det vil få særlig betydning. Den nødvendige reaktion på en vedvarende stigning i fødselstallet vil afhænge af stigningens omfang og hastighed. Afhængig af fødestedets geografiske beliggenhed, størrelse og udgangspunkt vil det kræve forskelligartede indsatser af blandet andet drifts- og/eller anlæggesorienteret karakter. Det anbefales, at sygehusene via deres direktions og via Fødeplansudvalget løbende drøfter kapaciteten på området og iværksætter en rettidig indsats for at imødekomme udfordringerne.

Fokus på familien som en helhed

Et bærende element i svangreomsorgen er en familieorienteret omsorg, hvor alle familier og hele familien inddrages i forløbet. Det betyder, at informationer, tilbud og ydelser bør henvende sig til hele familien. Derudover bør ydelser i svangreomsorgen, i det omfang der er fagligt acceptabelt og inden for specialeplanens rammer, tilbydes i henhold til nærhedsprincippet og derved i familiens nærområde. Ved at minimere den fysiske afstand øges muligheden for, at kvinden og familien benytter sig af diverse sundhedsfremmende og forebyggende tilbud på sygehusene, ved egen læge og i kommunerne. Hertil skal det sikres, at fysiske faciliteter i form af føde-, barsels- og neonatalstuer understøtter, at familien i videst mulig omfang kan forblive sammen og ikke adskilles ved indlæggelse på sygehuset. For at imødekomme et fokus på familien som en helhed kræver det forskellige indsatser afhængig af sygehus. Det anbefales, at sygehusene via deres direktions og via Fødeplansudvalget løbende drøfter hvorledes der understøttes en fokus på familien som helhed og der på sygehusene implementeres indsatser lokalt.

Fremtidens fødemiljø

Såvel regionalt som nationalt er der fokus på at etablere fødemiljøer, der gennem inventar, lyd og lys skaber en mere hjemlig og afslappende atmosfære end det traditionelle hospitalsrum. Det tyder på, at de fysiske rammer kan understøtte den naturlige hormonproduktion under en fødsel og dermed understøtte den vaginale fødsel. Det er afgørende, at fødemiljøerne indrettes med udgangspunkt i faglig evidensbaseret viden og bedst klinisk praksis samt familiernes ønsker og behov.

Vi vil i Region Syddanmark først og fremmest sikre, at sygehusene er dimensioneret til at håndtere fødslerne og barselsperioden efter fødslen. Det er vigtigt, at der er det rette antal modtagelsesstuer, fødselsstuer og barselsstuer. Dernæst ønskes, at alle lokaler lever op til standarder for moderne sygehusbyggeri, og at fødestuerne er hjemmelige, sanselige og gerne interaktive.

Det anbefales derfor, at der i regi af Fødeplansudvalget nedsættes en arbejdsgruppe, som fastlægger en fælles standard for det fremtidige gode fødemiljø, hvorefter sygehusene kan vurdere, hvilke tiltag der vil være relevante at etablere lokalt. Kortlægningen præsenteres for Sundhedsudvalget samt Anlægs- og Innovationsudvalget.

Omsorg og faciliteter til forældre, der mister et barn

Allerede nu er der på alle sygehuse i Region Syddanmark etableret et velfungerende tilbud til familier, der mister et barn under graviditeten, under fødslen eller i tiden efter fødslen. Imidlertid ønsker vi i Region Syddanmark at styrke den indsats. Det anbefales, at sygehusene kortlægger, hvilke specifikke behov denne gruppe har, som ikke imødekommes med den nuværende organisering. På baggrund heraf skal sygehusene implementere indsatser lokalt.

3. Organisering af svangreomsorgen i Region Syddanmark 2022 og frem

Svangreomsorgen rummer såvel sundhedsfremmende, forebyggende, diagnostiske og behandlende indsatser. Disse indsatser favner både somatiske, psykiske og sociale aspekter af denne livsperiode. Målet er at skabe rammen om et forløb af høj kvalitet, der samtidig er individualiseret og dermed harmonerer med den enkelte families livssituation, ønsker og behov. Dette med henblik på at understøtte den bedst mulige start for den enkelte familie.

I dette afsnit beskrives, hvilke aktører der i samspil varetager svangreomsorgen i Region Syddanmark. Hertil kommer en redegørelse af regionens grundforløb og de udvidede ydelser, der gives til familier med behov for ekstra omsorg.

Det er fravalgt at inddrage detaljerede faglige beskrivelser af de enkelte ydelser. Læseren bedes i stedet opsøge de relevante bagvedliggende kilder. Det kan for eksempel være materiale udgivet af Sundhedsstyrelsen, som for eksempel Anbefalinger for svangreomsorgen (202?), Retningslinjer for fosterdiagnostik (2017/2020) og Anbefalinger til organisering af fødeområdet (202?). Det kan også være retningslinjer og guidelines udgivet af faglige selskaber, fx Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Pædiatrisk Selskab eller Dansk Jordemoderfagligt Selskab. Derudover henvises til samarbejdsaftaler mellem Region Syddanmark og kommunerne samt almen praksis, som er at finde på regionens hjemmeside. Hertil kommer information gjort tilgængelig på fødestedernes, kommunens og regionens hjemmesider. Ved at henvise til de bagvedliggende dokumenter sikres det, at læseren tager udgangspunkt i opdateret og gældende evidensbaseret viden og information.

Niveauinddeling og differentiering af svangreomsorgen

Sundhedsstyrelsen anbefaler en niveauinddeling og differentiering af svangreomsorgen. Niveauinddelingen præciserer, hvilke graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje familien tilbydes og understøtter, at familien tilbydes et individualiseret forløb med den støtte og de ydelser, der måtte være brug for. Det strækker sig fra et grundforløb målrettet familien med et forventet ukompliceret svangerskab til et udvidet og højt specialiseret forløb målrettet familien med et svært kompliceret og komplekst svangerskab.

Det forventede graviditets-, fødsels- og barselsforløb niveauinddeles, og der foretages en primær visitering ved første lægeundersøgelse, når svangerskabs- og vandrejournalen modtages på sygehuset og ved første jordemoderkonsultation. Såfremt der undervejs i svangerskabet sker ændringer af fysisk, psykologisk eller social karakter, ændres niveauinddelingen tilsvarende, og der foretages en sekundær visitering i henhold til forløbet og familiens behov.

I anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen er niveauinddelingen lavet på baggrund af en vurdering af den gravide. I Region Syddanmark følger vi disse anbefalinger. Dog ønsker vi også, at der er fokus på fostret samt barnet. Det betyder, at et sygt foster eller et sygt barn i sig selv kan betyde visitation til et andet niveau, end kvinden ville være blevet visiteret til. Dette er for at sikre, at fostret og barnet modtager relevante tilbud. Nedenstående skema fra Sundhedsstyrelsen skitserer niveauinddelingen og dens overordnede karakteristika.

Skema 1

Niveau 1

Et grundforløb til familien med graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje, hvor graviditeten vurderes som normal og uden øget risiko. Ydelserne tilbydes af almen praktiserende læge, jordemoder og sonograf.

Niveau 2

Et udvidet forløb til familien, som har behov for flere ydelser fra jordemoder og/eller

speciallæge i gynækologi og obstetrik og/eller almen praktiserende læge.

Det kan fx dreje sig om:

- kvinder med velbehandlede somatiske eller psykiske lidelser
- kvinder, der er overvægtige
- kvinder, der venter mere end ét barn
- kvinder, der er i risiko for at udvikle graviditetsbetinget diabetes
- kvinder, der tidligere har haft en dårlig fødselsoplevelse
- kvinder, der tidligere har haft et dårligt ammeforløb
- kvinder, der tidligere har mistet et barn.

Niveau 3

Et udvidet forløb til familien, hvor der er behov for ekstra ydelser, samt et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen.

Det kan for eksempel dreje sig om:

- kvinder med nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der kræver samarbejde med andre speciallæger
- kvinder med psykologiske/psykiatriske lidelser, der kræver inddragelse af psykiater
- kvinder med svære sociale problemstillinger eller sårbarheder, der kræver ekstra støtte fra sundhedsvæsenet og/eller kommunen.

Niveau 4

Et udvidet forløb til familien, hvor der er behov for ekstra ydelser, samt et samarbejde med specialiserede afdelinger og institutioner, og hvor der gives ydelser på et højt specialiseret niveau, herunder familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud.

Det kan f.eks. dreje sig om:

- kvinder med rusmiddelsproblemer
- kvinder med svære psykiske/psykiatriske lidelser
- kvinder med alvorlige sociale belastninger.

Sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen

En velfungerende svangreomsorg kræver et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle. De normale aktører er kvindens almen praktiserende læge, jordemoder og sundhedsplejerske. Hertil kan der, afhængig af forløbet, involveres en speciallæge i gynækologi og obstetrik, en speciallæge i pædiatri og neonatologi med flere.

Almen praktiserende læge

Den almen praktiserende læge er den gennemgående fagperson, som følger kvinden og familien gennem forløbet. Den praktiserende læge varetager vejledning og rådgivning før graviditeten er indtruffet, henviser kvinden til sygehuset, varetager graviditetsundersøgelser samt undersøgelser af barnet og moderen i barselsperioden. Hvis der undervejs findes risikofaktorer eller komplikationer, involveres relevant speciallæge og/eller jordemoder.

Jordemoderen

Jordemoderen er den fagperson, som kvinden og familien har hyppigst kontakt med under graviditeten. Kvinden tildeles en kontaktjordemoder eller et jordemoderteam, som varetager graviditetsundersøgelserne. Dette sker for at sikre kontinuitet og koordinering samt optimal kommunikation og tryghed for familien. Det er en jordemoder, der varetager fødselsforløbet samt de første timer efter fødslen. I den tidlige barselsperiode støtter jordemoderen i ammeetablering og familiens trivsel og tilbyder en efterfødselssamtale med familien samt hørescreening og hælblodprøve på den nyfødte. Såfremt der undervejs i forløbet findes risikofaktorer eller komplikationer involveres relevant speciallæge og/eller sundhedsplejerske.

Sonograf

Sonograf er en jordemoder, sygeplejerske eller radiograf, som er videreuddannet og certificeret til at gennemføre ultralydsscanninger under graviditeten, herunder blandt andet første trimesterscanning og anden trimesterscanning. Såfremt der under en ultralydsscanning findes risikofaktorer eller komplikationer, involveres relevant speciallæge.

Fødselslæge

Speciallægen i gynækologi og obstetrik (fødselslægen) har det overordnede faglige ansvar for undersøgelser og behandling under graviditet, fødsel og barsel, hvis der findes risikofaktorer, komplikationer og sygdomme. Ved behov for indlæggelse på obstetrisk afdeling kan der suppleres med indsatser fra tværfaglige professioner og funktioner.

Børnelæge

Speciallægen i pædiatri og neonatologi (børnelæge) har det overordnede faglige ansvar for undersøgelser og behandling af det nyfødte barn ved risikofaktorer, komplikationer og sygdomme. Ved behov for indlæggelse på neonatalafdeling kan der suppleres med indsatser fra tværfaglige professioner og funktioner.

Sundhedsplejerske

Sundhedsplejersken er den fagperson, som kvinden og familien har hyppigst kontakt med i barselsperioden. Når sundhedsplejersken modtager fødselsanmeldelse fra sygehuset, tager sundhedsplejersken kontakt til kvinden med henblik på besøg i hjemmet. Kvinden tildeles en sundhedsplejerske, som varetager besøgene. Dette gøres for at sikre kontinuitet og koordinering samt optimal kommunikation og tryghed for familien. Hvis der undervejs i forløbet findes risikofaktorer, involveres almen praktiserende læge.

Svangreomsorgen i Region Syddanmark – en forløbsbeskrivelse

I dette afsnit beskrives det grundtilbud, der i Region Syddanmark gives til familien med et forventet ukompliceret graviditets-, fødsels- og barselsforløb på niveau 1, samt det udvidede tilbud, der gives til familien med særlige fysiske, psykiske eller sociale problemstillinger i deres graviditets-, fødsels- og barselsforløb, jævnfør niveau 2, 3 og 4.

De respektive tilbud og ydelser er i overensstemmelse med retningslinjer, anbefalinger og vejledninger fastlagt af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner samt retningslinjer og guidelines fra de faglige selskaber.

Graviditet

Der er stigende evidens for, at en sundhedsfremmende, forebyggende, risikoopsporende og behandlende indsats under et svangerskab har en målbar positiv effekt på mors og barns sundhedstilstand. Tilsvarende er det fundet, at antallet af svangrekontroller, som tilbydes familien, er af stor betydning for både sygelighed og dødelighed, da det ses, at flere graviditetskonsultationer medfører færre fatale udfald for mor og/eller barn.

Nedenstående skema viser de ydelser, der tilbydes i grundforløbet. Ydelserne i grundforløbet er tidsmæssigt tilrettelagt, så konsultationerne fordeler sig jævnt, og så indholdet i de enkelte konsultationer tilpasses behovet på de forskellige tidspunkter af graviditeten. Grundforløbet skal forstås som et udgangspunkt, da forløbet bør være dynamisk og individualiseret samt variere, afhængig af familiens konkrete situation, behov og ønsker. Hertil kan der undervejs tilkomme forhold, som gør, at kvinden tilbydes et udvidet forløb med ekstra ydelser ved én eller flere sundhedsprofessionelle.

Skema 2

Tidsplacering	Sundhedsprofessionel	Specifik indhold foruden sundhedsfremme, forebyggelse og risikoopsporing	Førstegangs-fødende	Flergangs-fødende
Graviditetsuge 6-10	Praktiserende læge	Henvisning til fødested	X	X
Graviditetsuge 11-13	Sonograf og/eller føtalmediciner	Første trimester ultralydsscanning	X	X
Graviditetsuge 13-15	Jordemoder		X	X
Graviditetsuge 18-20	Sonograf og/eller føtalmediciner	Anden trimester ultralydsscanning	X	X
Graviditetsuge 21	Jordemoder		X	X
Graviditetsuge 25	Praktiserende læge		X	X
Graviditetsuge 29	Jordemoder		X	X
Graviditetsuge 32	Praktiserende læge		X	X

Graviditetsuge 35	Jordemoder	Fødselssamtale	X	
Graviditetsuge 36	Jordemoder	Fødselssamtale ved behov		X
Graviditetsuge 37	Jordemoder		X	X
Graviditetsuge 39	Jordemoder		X	X
Graviditetsuge 41	Jordemoder og/eller obstetrisk ambulant afdeling		(X)	(X)

Konsultation ved egen læge

Som gennemgående fagperson sikrer den praktiserende læge kontinuiteten ved at følge kvinden og potentielt hele familien både før, under og efter svangerskabet. Som udgangspunkt tilbyder egen læge en konsultation forud for graviditeten, i graviditetsuge uge 6-10, i graviditetsuge 25, graviditetsuge 32 samt 8 uger efter fødslen.

Allerede forud for graviditetens indtræden vil egen læge informere kvinden om muligheden for en prækonceptionel rådgivende konsultation, som bl.a. rummer emner som fertilitet, livsstilsfaktorer og evt. medicinske problemstillinger. Samtalen har til formål, at kvinden motiveres til at optimere sin sundhed og sit helbred med henblik på at forbedre hendes forløb under svangerskabet samt understøtte, at barnet fødes med bedst mulig helbredstilstand. Hvornår denne konsultation skal finde sted, er individuelt og afhængig af den pågældende kvindes livssituation.

Når graviditeten er indtruffet, tilbyder egen læge en graviditetskonsultation i graviditetsuge 6-10. Denne konsultation omfatter en vurdering af kvindens helbredstilstand og livssituation og fokuserer på både fysiske, psykiske og sociale elementer. Derudover informeres kvinden og hendes partner om svangreomsorgens grundforløb og ved behov det udvidede forløb. På baggrund af kvindens aktuelle forløb og ønsker henvises kvinden til den obstetriske afdeling på et sygehus. For at sikre, at familien tilbydes et optimalt forløb, er det vigtigt, at egen læge i svangerskabsjournalen udarbejder en grundig beskrivelse af relevante fysiske, sociale og psykologisk forhold, sygehistorie og igangsatte undersøgelser. Hertil noterer egen læge den umiddelbare niveauinddeling og dermed om familien skal tilbydes et grundforløb eller et udvidet forløb. Disse henvisningsoplysninger er sammen med de patientrapporterede data (PRO) fundamentet for den videre niveauinddeling og visitation på sygehuset.

Ud over ovenstående konsultationer tilbyder egen læge graviditetskonsultationer i graviditetsuge 25 og graviditetsuge 32. Disse konsultationer omfatter en vurdering af kvindens helbredstilstand og livssituation med fokus på både fysiske, psykiske og sociale elementer. Derudover foretages en obstetrisk risikovurdering vedrørende bl.a. rhesusimmunisering, sukkersyge, svangerskabsforgiftning med mere.

Samarbejdet mellem de praktiserende læger og regionens fødesteder er formaliseret via praksiskonsulenter, idet alle fødesteder i regionen har tilknyttet en praksiskonsulent fra almen praksis. Hertil sidder der en praksiskonsulent i Fødeplansudvalget. Praksiskonsulenternes primære opgave er at formidle viden samt være bindeled mellem almen praksis og fødestederne.

Prænatal diagnostik

Som Sundhedsstyrelsens retningslinjer (2017/2020) foreskriver, er formålet med fosterdiagnostiske undersøgelser at opnå viden om fosteret og graviditetens forløb. Hvis undersøgelserne viser, at barnet er i forøget risiko for alvorlig sygdom eller handicaps, kan der i graviditeten, under fødslen eller i den tidlige barselsperiode tages eventuelle forholdsregler. Disse forholdsregler kan rumme ekstra undersøgelser samt sikre et nødvendigt sundhedsprofessionelt beredskab og ekspertise under graviditeten, ved fødslen og i barselsperioden. Det kan også rumme ekstra støtte til forældrene, med henblik på at de psykisk forberedes på, at barnet er sygt eller handicappet. Hvis undersøgelserne viser, at barnet har meget alvorlige og omfattende handicaps eller sygdom, giver det kvinden mulighed for abort, såfremt det er før 12. graviditetsuge samt mulighed for at søge om tilladelse til abort, såfremt det er efter 12. graviditetsuge.

Familien modtager mundtlig og skriftlig information om det fosterdiagnostiske tilbud af egen læge og det sundhedsprofessionelle personale på sygehuset i forbindelse med undersøgelserne. Informationen tager udgangspunkt i familiernes situation, forudsætninger, behov og ønsker og familiens valg af diagnostiske tilbud respekteres.

Det fosterdiagnostiske tilbud består af et grundtilbud til den gravide uden kendt risiko for, at der er medfødt kromosomafvigelse, sygdom og misdannelse ved barnet. Hertil gives et udvidet tilbud til den gravide med en kendt øget risiko for kromosomafvigelse, sygdom og misdannelse ved barnet.

Nedenstående skema viser Region Syddanmarks fosterdiagnostiske grundtilbud og det fosterdiagnostiske udvidede tilbud.

Skema 3

Tilbud	Fosterdiagnostik grundtilbud	Fosterdiagnostik udvidet tilbud
Henvi sning til klinisk genetisk afdeling eller obstetrisk afdeling forud for graviditet		X
Doubletest taget ved egen læge fra graviditetsuge 8+1 og til 10+0 (dog muligt indtil 14+0)	X	X
1. trimesterskanning gennemført fra graviditetsuge 11+2 og til 14+1	X	X
2. trimesterskanning gennemført fra graviditetsuge 18+0 og til 20+0 (dog muligt senere)	X	X
Tripletest taget fra graviditetsuge 15+0 og til 18+0 (dog muligt til 20+0)		X
NIPT taget fra graviditetsuge 10+0		X

Moderkageprøve taget fra graviditetsuge 10+0 og frem til fødslen		X
Fostervandsprøve taget fra graviditetsuge 16+0 og frem til fødslen		X

Det forsterdiagnostiske grundtilbud

Det fosterdiagnostiske grundtilbud er et tilbud til den gravide uden kendt risiko for, at der er medfødt kromosomafvigelse, sygdom og misdannelse ved barnet.

Det fosterdiagnostiske grundtilbud består af:

- doubletest taget fra graviditetsuge 8+1 og til 10+0 (dog muligt indtil 14+0)
- 1. trimesterskanning gennemført fra graviditetsuge 11+2 og til 14+1
- 2. trimesterskanning gennemført fra graviditetsuge 18+0 og til 20+0 (dog muligt senere).

Doubletesten tages ved egen læge og oftest i forbindelse med 1. graviditetskontrol.

1. trimesterskanningen foretages på sygehuset. Denne skanning har til formål at bekræfte, at fosteret er levende, bestemme antallet af fostre og fastsætte en terminsdato. Hvis familien ønsker det, kan der ved 1. trimesterskanningen gennemføres en risikovurdering for kromosomafvigelser. Ved en risikovurdering for kromosomafvigelser belyses sandsynligheden for, at barnet har 3 specifikke kromosomafvigelser. Dette værende trisomi 21 (Downs syndrom), trisomi 13 (Patau syndrom) og trisomi 18 (Edwards syndrom). Sandsynligheden for de tre kromosomafvigelser beregnes ud fra fosterets nakkefolds tykkelse målt gennem ultralydsscanning, doubletesten og kvindens alder. Hvis der er forhold, som afviger fra normalen og/eller indikerer øget sandsynlighed for kromosomafvigelser, vil familien blive tilbudt diagnostiske undersøgelser såsom moderkagebiopsi, fostervandprøve eller NIPT, som er beskrevet under udvidet prænatal diagnostik.

2. trimesterskanningen foretages på sygehuset. Denne skanning har til formål at undersøge fosterets vækst, moderkagens placering og barnets organer. Hvis der findes forhold, som afviger fra normalen, tilbydes familien ekstra ydelser. Dette kan være ultralydsskanninger ved en føtalmediciner og/eller diagnostiske undersøgelser såsom NIPT, moderkageprøve eller fostervandsprøve, som er beskrevet under udvidet prænatal diagnostik.

Det fosterdiagnostiske udvidede tilbud

Udvidet prænatal diagnostik er et tilbud til den gravide med en kendt øget risiko for kromosomafvigelse, sygdom og misdannelse ved barnet.

I nogle tilfælde vil den praktiserende læge allerede forud for eller tidligt i graviditeten have kendskab til elementer, som udgør en særlig risiko for barnet. Det kan være arvelig sygdomme og lidelser, kromosomafvigelser og/eller misdannelser i den nære familie eller ved slægtsskab mellem forældrene. I disse tilfælde og på baggrund af det aktuelle forløb vil den praktiserende læge tilbyde familien at blive henvist til genetisk rådgivning, udredning og risikovurdering ved klinisk genetisk afdeling.

Tilsvarende kan egen læge allerede forud for eller tidligt i graviditeten have kendskab til, at barnet har været udsat for fosterskadende elementer, som for eksempel medicin, rusmidler eller infektioner, eller at kvinden tidligere har haft 3 eller flere spontane aborter. I disse tilfælde, og på baggrund af det aktuelle forløb, vil den praktiserende læge tilbyde familien at blive henvist til udredning og udvidet fosterdiagnostik ved obstetrisk afdeling.

I andre tilfælde er det i forbindelse med 1. trimesterskanningen eller 2. trimesterskanningen på obstetrisk afdeling, at der opnås kendskab til elementer, som udgør en særlig risiko for barnet. I disse tilfælde, og på baggrund af det aktuelle forløb, tilbyder sonografen og/eller føtalmedicineren videre udredning og udvidet fosterdiagnostik.

Det udvidede fosterdiagnostiske tilbud på obstetrisk afdeling består af:

- henvisning til klinisk genetisk afdeling/obstetrisk afdeling forud for graviditet
- ultralydsskanning(er) ved føtalmediciner foretaget gennem graviditeten
- Non-Invasiv Prænatal Test (NIPT) foretaget fra graviditetsuge 10+0
- triplettest foretaget fra graviditetsuge 15+ og til 18+0 (dog muligt til 20+0)
- invasiv diagnostik:
 - Moderkageprøve taget fra graviditetsuge 10+0 og til fødslen
 - Fostervandsprøve taget fra graviditetsuge 16+0 og frem til fødslen.

Hvilken undersøgelse, der tilbydes, er afhængig af det aktuelle forløb samt familiens ønsker og behov.

Konsultation ved jordemoder

Gennem graviditets- og fødselsforløbet er jordemoderen den fagperson, som kvinden og familien har hyppigst kontakt med. Som udgangspunkt tilbydes den gravide og hendes partner i alt seks jordemoderkonsultationer i graviditetsugerne 13-15, 21, 29, 35/36, 37 og 39. Alle jordemoderkonsultationer har sundhedsfremmende, forebyggende og risikoopsporende indhold og er samtidig dynamiske og individualiserede, så konsultationen favner den enkelte families behov. Det tilstræbes, at familien tilbydes jordemoderkonsultationer ved den samme jordemoder gennem hele forløbet.

Af de ovenstående konsultationer er der et særligt indhold ved den første jordemoderkonsultation i graviditetsuge 13-15, jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 29 samt jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 35 for førstegangsfødende og graviditetsuge 36 for flergangsfødende.

I den første jordemoderkonsultation i graviditetsuge 13-15 udformes, i samarbejde med familien, en individuel plan for forløbet. Denne plan tager udgangspunkt i svangerskabsjournalen fra egen læge, patientrapporterede data fra et spørgeskema, de behov og ønsker familien må have, samt de tilbud som det pågældende fødested og kommune har tilgængeligt.

I jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 29 identificeres kvinder med blodtypen rhesus-negativ, og der tilbydes og planlægges rhesusprofylakse, hvis fosteret er rhesus-positiv.

Jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 35 tilbydes alle førstegangsfødende, og i denne drøftes den forestående fødsel. Den individuelle fødselssamtale har til formål at forberede og styrke familien til den kommende fødsel og tilrettelægge en individuel plan for fødslen og den tidlige barselsperiode. Der tages

udgangspunkt i familiens tanker og forventninger, muligheder og evt. anbefalinger afhængig af det aktuelle forløb.

Jordemoderkonsultationen i graviditetsuge 36 tilbydes alle flergangsfødende. Afhængig af familiens behov drøftes den forestående fødsel, og der tilrettelægges en individuel plan for fødslen og den tidlige barselsperiode. Der tages udgangspunkt i familiens tanker og forventninger, muligheder og evt. anbefalinger afhængig af det aktuelle forløb

Kendt Jordemoderordning og Kendt Jordemoderteam

På nuværende tidspunkt tilbyder alle sygehuse i Region Syddanmark en eller flere Kendt Jordemoderordning(er) og/eller Kendt Jordemoderteam. En Kendt Jordemoderordning er en ydelse, hvor familien følges af de samme tre jordemødre. Jordemødrene i den pågældende ordning eller team varetager i samarbejde jordemoderkonsultationer, forældre- og fødselsforberedelse, undersøgelser på fødegangen, fødselshjælpen og barselsbesøg. Dog kan der grundet kapacitetsudfordringer være behov for at en anden jordemoder varetager elementer af forløbet.

Enkelte fødesteder har etableret Kendt Jordemoderteam, hvor en større gruppe jordemødre dækker et særligt geografisk område i forbindelse med jordemoderkonsultationerne. Så vidt det er muligt sikres det, at minimum en jordemoder fra dette team er tilstede på fødegangen, så kvinder fra det geografiske område så vidt muligt kan føde ved en af jordemødrene fra teamet.

Organiseringen og omfanget af den enkelte Kendt Jordemoderordning og Kendt Jordemoderteam varierer mellem fødestederne. Det varierer også, om ordningen er målrettet et geografisk område eller målrettet et specifikt fagligt forløb, som for eksempel kvinder, der ønsker at føde hjemme, kvinder med tidligere traumatiske forløb eller kvinder med etnisk minoritetsbaggrund. Som beskrevet tidligere, vil der i den kommende planperiode med denne fødeplan blive arbejdet med organiseringen af Kendt jordemoderordningen, med det formål at sikre, at flest gravide oplever mest mulig kontinuitet i fødselsforløbet.

For en uddybning af de nuværende konkrete tilbud ved det enkelte sygehus henvises til sygehusenes hjemmesider.

Udvidede jordemoderkonsultationer

Ud over de jordemoderkonsultationer, som tilbydes i grundforløbet, findes der i Region Syddanmark en række udvidede jordemoderkonsultationer.

Udvidet jordemoderkonsultation tilbydes familier med behov for en særlig indsats af enten fysisk, psykisk eller social karakter, men dog med så velafgrænsede problemstillinger, at det som udgangspunkt ikke kræver visitation til familieambulatorie eller familieambulatorie plus.

Fælles for disse jordemoderkonsultationer er, at der gives et større antal konsultationer og/eller længere konsultationstider end i basistilbuddet. Samtidig varetages de enkelte specialkonsultationer af jordemødre med særlige kompetencer inden for det respektive område.

De udvidede jordemoderkonsultation kan for eksempel målrettes gravide, der venter mere end et barn, der er overvægtige eller har sukkersyge. De udvidede jordemoderkonsultation kan ligeledes tilbydes gravide af anden etnisk minoritetsbaggrund, som grundet sprogdudfordringer eller manglende kendskab til det danske sundhedsvæsen har et særligt behov for omsorg og støtte. Ligeledes kan udvidede jordemoderkonsultationer tilbydes familier, der tidligere har oplevet en fødsel som traumatisk, har angst for forestående fødsel eller tidligere har mistet et barn.

Hvilke konkrete tilbud, der gives på regionens fødesteder, afhænger af det pågældende geografiske optageområde og familiernes aktuelle behov. Visitationen til en udvidet jordemoderkonsultation kan ske gennem egen læge, på sygehuset ved modtagelse af svangerskabs- og vandrejournalen, og ved den første jordemoderkonsultation i starten af graviditeten. Hertil kan visitationen ske af relevante sundhedsprofessionelle undervejs i forløbet, hvis der opstår særlige behov. For uddybning af de enkelte fødesteders tilbud henvises til deres hjemmesider.

Fødsels- og forældreforberedelse

Fødsels- og forældreforberedelse er en væsentlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats i svangreomsorgen og er et velintegreret tilbud til alle familier i Region Syddanmark.

Fødsels- og forældreforberedelse giver de kommende forældre mulighed for at opnå viden om og drøfte emner som:

- graviditeten og forberedelse til fødslen
- fødslen og dens forløb
- barselsperioden og den nyfødte barn
- forældreskabet og barnets udvikling.

Målet er at ruste forældrene i form af en øget viden og styrket handlekompetence, så de oplever tryghed og er forberedt til de beslutninger og valg, der forventeligt vil komme under deres forløb. Hertil giver det familien mulighed for netværks- og relationsdannelse med andre kommende forældre.

Fødsels- og forældreforberedelse målrettes specifikke grupper, såsom familier med særlige fysiske, psykiske eller sociale behov. Dette gælder fx familier, der venter mere end ét barn, unge familier og familier som ikke kan tilstrækkeligt dansk til at indgå i basisudgaven. Hertil gives individuel fødsels- og forældreforberedelse til de kvinder og familier, som grundet fysiske, psykiske eller sociale forhold ikke kan deltage i et gruppetilbud.

I Region Syddanmark tilbydes fødsels- og forældreforberedelse på forskellige måder. Det kan være som undervisning på mindre hold med fysisk fremmøde, som større holdundervisning med fysisk fremmøde, virtuelt i form af webinar og som åbent hus, hvor der er mulighed for at se fødeafsnittet. Ud over jordemødre og sundhedsplejersker inddrages andre faggrupper, for eksempel tolke, socialrådgivere og lignende.

Hvordan det samlede fødsels- og forældreforberedelsestilbud organiseres, herunder blandt andet størrelser på holdet, antal timers forberedelse der tilbydes osv., er afhængig af det pågældende sygehus,

dets geografiske optagerområde og dets familiers behov. For en uddybning af de enkelte fødesteders tilbud henvises til deres hjemmesider.

Konsultation ved obstetrisk speciallæge

For nogle familier vil der enten fra graviditetens start eller undervejs i graviditeten være risikofaktorer og/eller komplikationer. Det kan for eksempel dreje sig om allerede kendte sygdomme eller lidelser ved moderen, at der ventes mere end ét barn, at kvinden udvikler graviditetsbetinget sukkersyge eller svangerskabsforgiftning, eller at der er mistanke om, at barnet ikke trives eller er sygt. Det kan også dreje sig om et tidligere kompliceret fødselsforløb, og/eller at kvinden har fødselsangst. I disse situationer tilbydes familien en individualiseret konsultation med en speciallæge i obstetrik med henblik på udredning, diagnosticering og planlægning af det videre forløb. For nogle familier tilbydes en enkelt konsultation, mens det for andre familier er regelmæssige konsultationer gennem hele graviditeten.

Familieambulatorie og familieambulatorie plus

Alle fødesteder i Region Syddanmark tilrettelægger en særlig indsats til sårbare familier med fysiske, psykiske og/eller sociale udfordringer, hvor der er en særlig bekymring for barnets udvikling og trivsel. Fokus er i særdeleshed på familier svarende til niveauinddeling 3 og 4. Disse familier har helt særligt behov for tværsektoriel og tværfaglig støtte og omsorg, samt at de tilbudte ydelser er målrettet familiens individuelle behov. En tidlig, koordineret og helhedsorienteret indsats understøtter, at barnet fødes med bedst mulig helbredstilstand samt muligheder og vilkår i livet, og dermed at ulighed i sundhed mindskes.

Forudsætningen for en tidlig indsats er, at familier med særlige behov identificeres hurtigst muligt. Familien kan henvises til familieambulatoriet eller familieambulatorie plus i starten af graviditeten af egen læge samt af jordemoder, sonograf eller obstetriker undervejs i graviditeten.

Familieambulatoriet er målrettet kvinder og familier med svære fysiske, psykiske og/eller sociale problemstillinger, som kræver et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen og sociale myndigheder.

Familieambulatorie plus er udover ovenstående målrettet kvinder med skizofreni, skizotypisk sindslidelse, mentalretardering eller hjerneskade. Hertil er det målrettet kvinder og familier, hvor der findes et forbrug af alkohol, rusmidler, medicin og/eller som er i substitutionsbehandling. Særligt for familier, som er tilknyttet familieambulatorie plus, er, at barnets fysiske og psykiske helbredstilstand og udvikling følges frem til skolealderen.

I familieambulatoriet og familieambulatorie plus findes sundheds- og socialfaglige professionelle med en særlig ekspertise i obstetriske, pædiatriske og psykosociale problemstillinger. Der er således speciallæger i obstetrik og pædiatri, jordemødre, socialrådgivere, psykologer og sygeplejersker. Hertil er der et tæt samarbejde med andre somatiske og/eller psykiatriske sygehusafdelinger, almen praktiserende læge, kommunen og øvrige institutioner såsom alkohol- og rusmiddelinstitutioner, kriminalforsorgen, dag- og døgntilbud med mere.

De involverede fagpersoner vil i samarbejde med familien definere en behandlingsplan, som omfatter indsatsen under graviditeten, under fødslen, umiddelbart efter fødslen og i barselsperioden. Planen justeres løbende, hvis forhold ændrer sig eller nye udfordringer opstår.

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er yderligere beskrevet i de løbende opdaterede samarbejdsaftaler på området, som er at finde på regionens hjemmeside.

Fødsel

Fødslen af et barn er en af de største begivenheder, der opleves gennem livet. Den er skelsættende for forældrene og barnet, og den får livslang betydning af såvel somatisk, psykologisk og social karakter. Derfor er det også essentielt, at vi i Region Syddanmark fremadrettet formår at levere den bedst mulige fødselshjælp, samt en fødselshjælp, der i overensstemmelse med evidensbaseret viden, bedst klinisk praksis samt familiernes ønsker og behov. Som Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af fødeområdet (202?) beskriver, er formålet med vores indsats i forbindelse med fødslen at:

- sikre et trygt fødselsforløb, uanset hvor og hvordan fødslen finder sted
- sikre at mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand
- minimere komplikationer under og efter fødslen
- bidrage til en god fødselsoplevelse.

Med baggrund i ovenstående beskrives i dette afsnit information om valg af fødested, fødsel i hjemmet samt fødsel på sygehus og de lægelige tilbud og ordninger relateret hertil.

Valg af fødested

I sundhedsloven lovfæstes, at alle kvinder har ret til vederlagsfri fødselsbetjening på sygehus eller anden offentlig institution og til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Hertil kommer, at den gravide har ret til at bestemme, hvor hendes barn skal fødes. Det frie sygehusvalg medfører, at kvinden efter behov og ønske frit kan vælge mellem fødesteder i Region Syddanmark samt fødesteder på sygehuse i andre regioner. Et sygehus kan dog, af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage visitationer fra andre regioner. Hertil kan særlige forhold vedr. kvindens forløb under svangerskabet betyde, at hun anbefales at føde på et sygehus med specialfunktion.

For at familien i samarbejde med de sundhedsprofessionelle kan træffe en fælles beslutning om, hvor de ønsker, at barnet skal fødes, er det afgørende, at de modtager evidensbaseret, opdateret og fyldestgørende information om deres muligheder, samt fordele og ulemper herved. Ved fødsel på hospital, klinik eller i hjemmet med begrænset muligheder for intervention ved uventet komplikationer skal det eksplicit fremgå af informationsmaterialet. Informationen gives mundtligt og skriftligt af de relevante sundhedsprofessionelle, såsom almen praktiserende læge og jordemoder, og der tages udgangspunkt i kvindens anamnese, obstetriske risikofaktorer samt familiens ønsker og præferencer. Hertil skal informationen være elektronisk tilgængeligt på regionens og fødestedernes hjemmesider

Fødsel i hjemmet

Den gravide har ifølge sundhedsloven ret til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Det er den almen praktiserende læges og jordemoderens opgave at informere om og understøtte muligheden for at føde i hjemmet.

I dag er praksis, at hvis en familie ønsker en planlagt hjemmefødsel visiteres kvinden til en Kendt Jordemoderordning som varetager hjemmefødsler. Alle regionens sygehuse har en sådan ordning, og det er mulighed for at føde hjemme med en kendt jordemoder uanset hvor i regionen familien er bosat. Visitationen kan ske allerede i starten graviditeten gennem egen læge eller senere i graviditeten gennem konsultationsjordemoderen afhængig af, hvornår ønsket opstår. Jordemødrene i den kendt jordemoderordning følger familien gennem graviditeten, under fødslen og i de første dage efter fødslen. Udover vanlige jordemoderkonsultationer i tilbydes familien i tredje trimester et hjemmebesøg af en jordemoder fra ordningen. Dette sker med henblik på forberede familien og hjemmet til den forestående fødsel.

Hvis der findes en kendt øget risiko for kvinden og/eller barnet ved hjemmefødsel, skal denne forelægges kvinden og familien. Hvis kvinden ønsker at føde hjemme trods kendte risici der taler i mod en hjemmefødsel, tilbydes en samtale ved en obstetriker. Hvis kvinden fortsat ønsker at føde hjemme, har kvinden ret til jordemoderassistance i hjemmet, og jordemoderen kan ikke afvise at deltage ved hjemmefødslen. Såfremt en familie ønsker at føde hjemme trods kendt risici tilstræbes det, at to jordemødre deltager ved hjemmefødslen. Dette for at kunne optimere håndteringen af evt. alvorlige komplikationer ved mor og/eller barn.

Ved behov for overflytning til et fødested under fødslen, fx på grund af behov for medicinsk smertelindring eller ved mistanke om komplikationer for kvinden eller barnet, varetager den præhospitale enhed transporten til det nærmeste sygehus. Jordemoderen følger med på sygehuset. Hvis kvinden ikke ønsker at blive overført til et sygehus trods anbefaling herom, kan det ikke ske mod hendes vilje, og jordemoderen bliver ved kvinden i hjemmet.

Fødsel på sygehus

Fødestederne i Region Syddanmark er placeret på Odense Universitetshospital i hhv. Odense og Svendborg, på Sygehus Lillebælt i Kolding, på Sygehus Sønderjylland i Aabenraa, samt på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg. Derudover er der på Ærø en hjemmefødselsklinik, der er bemandet af jordemødre.

Nedenstående skema skitserer regionens fødetilbud fordelt på sygehuse og deres tilhørende lægefaglige tilbud.

	Fødselstal 2020*	Tilstedeværelse af obstetriker (fødselslæge)	Tilstedeværelse af anæstesiolog (narkoselæge)	Tilstedeværelse af pædiater (børnelæge)	Neonatalafdeling (børneafdeling)
Odense Universitets-	3.820	Ja	Ja	Ja**	Ja

hospital, Odense					
Odense Universitets- hospital, Svendborg	704	Ja	Ja	Nej	Nej
Odense Universitets- hospital, Ærø	XX	Nej	Nej	Nej	Nej
Sygehus Lillebælt, Kolding	3.340	Ja	Ja	Ja	Ja
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	1.828	Ja	Ja	Ja	Ja
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	1.658	Ja	Ja	Ja	Ja

*Fødselstallet er inkl. hjemmefødsler

**På grund af højtspecialiseret funktion i neonatologi er der ligeledes tilstedeværelse af neonatologisk speciallæge

Vedvarende tilstedeværelse under fødselsforløbet

Det er veldokumenteret, at vedvarende tilstedeværelse af en jordemoder eller anden ligeværdig fagperson under fødslen har en række positive målbare effekter på fødselsforløbet. Det reducerer varigheden af fødslen, nedsætter antallet af indgreb og øger sandsynligheden for, at fødslen forløber spontant og vaginalt, samt øger forældrenes tilfredshed med fødselsforløbet. Derfor bør der, uanset hvor og hvordan kvinden ønsker at føde, være mulighed for én til én jordemoderomsorg, observation og behandling under fødselsforløbet.

Barsel

Barselsperioden er en ganske særlig livsperiode for hele familien. Det er en overgangsfase med store fysiske, psykiske og sociale forandringer for barn og forældre samt den resterende familie. Som Sundhedsstyrelsens Retningslinjer for svangreomsorgen (202?) beskriver, er formålet med Region Syddanmarks indsats i forbindelse med barselsperioden at understøtte:

- barnets trivsel og sundhed
- mors fysiske restitution
- forældrenes psykiske velbefindende og familiedannelsen.

Visitation til barselsophold

I Region Syddanmark er praksis, at kvinden og det nyfødte barn udskrives fra sygehuset inden 24 timer efter fødslen. Denne praksis gør sig gældende, når fødslen er forløbet normalt, og både mor og barn er sunde og raske. Hvis der er behov for indlæggelse, visiteres familien til indlæggelse på barselsafsnit og/eller neonatalafdeling. Visitationen foretages af jordemoderen, fødselslægen eller børnelægen på fødestuen i dialog med familien. Der tages udgangspunkt i familiens aktuelle forløb og fysiske, psykologiske og sociale forhold samt familiens ønsker og behov.

Når graviditet og fødsel forløber ukompliceret, og mor og barn er raske og velbefindende, kan hjemmet med fordel danne rammen for barselsopholdet. Tidlig udskrivelse er allerede en veletableret praksis i Region Syddanmark og en praksis, som familierne gennem tilfredshedsundersøgelser udtrykker tilfredshed med. Fødestederne har fokus på at understøtte tidlig udskrivelse til hjemmet såvel ved førstegangsfødende som flergangsfødende. Familierne er under deres forløb i svangerskabet, blandt andet gennem jordemoderkonsultationer og forældre- og fødselsforberedelse, blevet rustet til tidlig udskrivelse.

Hvis det nyfødte barn, kvinden og/eller familien har særlige behov af fysisk, psykisk eller social karakter som kræver en sundhedsfaglig indsats, danner sygehuset rammen for barselsopholdet. Hvilket afsnit familien overflyttes til, og hvor længe indlæggelsen varer, er individuelt og afhængig af det pågældende forløb. Der bør gennem hele barselsopholdet sikres, at familien i videst mulige omfang kan forblive sammen. Som udgangspunkt er barselsopholdet placeret på det sygehus, hvor fødslen har fundet sted. Hvis der er behov for overflytning af kvinden eller barnet til andet sygehus, overflyttes hele familien. Når det vurderes fagligt acceptabelt, og familien er tryk, kan der ske udskrivelse til hjemmet.

Uanset hvornår familien udskrives fra sygehuset, sikres det, at familien er tryk og velforberedt samt besidder relevant viden og handlekompetence til at reagere ved udfordringer i hjemmet. Forældrene får tider til virtuelle og/eller fysiske konsultationer i barselsklinikken på henholdsvis 1. og/eller 2.-3. døgn efter fødslen. Ligeledes sikres det, at familien på alle tider af døgnet har adgang til rådgivning og støtte, hvis der skulle opstå behov for det. I de første 7 døgn efter udskrivelse sker dette gennem kontakt til sygehuset og derefter gennem egen læge, lægevagten og sundhedsplejerske.

Kontakter i den tidlige barselsperiode

I den første tid efter fødslen støttes familien af sundhedsprofessionelle fra sygehuset, kommunen og almen praksis.

Nedenstående skema viser de ydelser, der tilbydes i barselsforløbet. For en uddybning af det anbefalede indhold i de enkelte ydelser henvises til de bagvedliggende dokumenter fra Sundhedsstyrelsen, herunder Retningslinjer for svangreomsorgen (202?).

Skema 4

Tid	Sundheds-professionel	Specifikt indhold	Førstegangsfødende	Flergangsfødende
1. dagen	Jordemoder	Besøg i hjemmet efter en hjemmefødsel	X	X

efter fødslen		Besøg i hjemmet ved tidlig udskrivelse	X	
		Virtuel kontakt ved tidlig udskrivelse		X
2.-3. dagen efter fødslen	Jordemoder	Konsultation i barselsklinik på sygehus	X som har født på sygehus	X som er udskrevet >24 timer efter fødslen
		Besøg i hjemmet	X som har født hjemme	X som er udskrevet <24 timer efter fødslen eller har født hjemme
4-5 dage efter fødslen	Sundhedsplejerske		X	X
12 dage efter fødslen	Sundhedsplejerske		X	X
5 uger efter fødslen	Almen praktiserende læge	Undersøgelse af barn	X	X
8 uger efter fødslen	Almen praktiserende læge	Undersøgelse af mor	X	X

Kontakter på sygehuset

Fødestederne har ansvaret for den barslende kvinde og det nyfødte barn, indtil familien har haft personlig kontakt med sundhedsplejersken. Alle sygehuse har en etableret barselsklinik i tæt geografisk tilknytning til den obstetriske afdeling. Barselsklinikkerne er døgnbemannede med sundhedsfagligt personale, som er sygeplejersker og jordemødre, og har mulighed for at tilkalde relevante speciallæger såsom obstetriker og pædiater. På barselsklinikken tilbydes dels planlagte virtuelle og ambulante konsultationer til familien i de første døgn efter fødslen og dels telefonisk rådgivning og akutte konsultationer til familien på baggrund af deres individuelle behov.

I de første 7 dage efter udskrivelse kan familien døgnet rundt henvende sig telefonisk til barselsklinikken med henblik på rådgivning og støtte. Hvis der gennem denne virtuelle kontakt vurderes behov for fysisk fremmøde, inviteres familien på sygehuset til videre observation og evt. behandling.

Barselsklinikken varetager også en konsultation ved en jordemoder på 2.-3. dagen efter fødslen. Formålet med denne ydelse er at samle en screening og opfølgning på barnets, moderens og hele familiens fysiske og psykiske trivsel i en konsultation. Hermed gives mest mulig ro i den første vigtige tid sammen som familie.

Forældrene tilbydes en hørescreening og en hælblodprøve (PKU) på barnet. Moderen tilbydes en vurdering af eventuel brystning og dennes heling. Der tilbydes en efterfødselssamtale, hvor parret har mulighed for at gennemgå deres fødselsforløb. Dette gøres bl.a. for at opspore de forældre, som har oplevet forløbet som traumatisk og har behov for yderligere opfølgning og bearbejdning. Der tilbydes efter behov en uddybende efterfødselssamtale ved den jordemoder, der har fulgt dem gennem graviditeten, den jordemoder og/eller læge, som var til stede under fødslen, eller en anden relevant sundhedsperson. Såfremt egen læge eller sundhedsplejerske oplever en familie med behov for en uddybende efterfødselssamtale, tages der kontakt til barselsklinikken, som vil koordinere det videre forløb.

Kontakter med sundhedsplejersken

Den kommunale sundhedsplejers opgaver i forbindelse med tilbud til nye familie fremgår af Bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, samt Sundhedsstyrelsens "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" (2011). Desuden er samarbejdet og ansvarsfordelingen mellem Region Syddanmark og kommunerne vedrørende varetagelsen af svangreomsorgen udmøntet via sundhedsaftaler og samarbejdsaftaler.

Efter fødslen varetager fødestedet en anmeldelse af fødslen til sundhedsplejen i den kommune, hvor familien er bosat. Hvis kvinden ikke ønsker besøg af sundhedsplejen, orienteres den praktiserende læge herom.

I den tidlige barselsperiode tilbyder sundhedsplejen at besøge familien i hjemmet:

- Ved hjemmefødsel og udskrivelse indenfor 72 timer efter fødslen tilbydes et hjemmebesøg på 4.-5. dagen.
- Ved indlæggelse mere en 72 timer efter fødslen tilbydes et hjemmebesøg senest 7 dage efter udskrivelsen.

Kontakter med egen læge

I den tidlige barselsperiode tilbyder den praktiserende læge 2 konsultationer hhv. 5 og 8 uger efter fødslen. Det nyfødte barn tilbydes en børneundersøgelse 5 uger efter fødslen. Undersøgelsen har fokus på barnets fysiske trivsel og familiedannelsen. Moderen tilbydes en undersøgelse 8 uger efter fødslen. Denne undersøgelse har fokus på kvindens fysiske og psykiske restitution efter fødslen, sociale forhold og familiedannelsen samt en drøftelse af prævention og forhold af betydning for en eventuel næste graviditet.

Samtale efter et traumatisk forløb

De fleste familier gennemlever et godt graviditets-, fødsels- og barselsforløb, men for nogle familier opleves forløbet traumatisk. Dette kan være traumatisk på grund af obstetriske problemstillinger, som for eksempel akut kejsersnit, blødning eller et barn med behov for ekstra hjælp efter fødslen. Det kan også dreje sig om forløb, hvor der obstetrisk set ikke har været problemer, men hvor forældrene har oplevet forløbet langvarigt, smertefuldt eller u hensigtsmæssigt af andre årsager.

Når forløbet har været obstetrisk traumatisk, eller når forældrene har oplevet forløbet traumatisk, tilbydes forældrene en uddybende efterfødselssamtale. Formålet med denne udvidede efterfødselssamtale er at hjælpe forældrene med at bearbejde deres graviditets, fødsels- og barselsforløb og ruste dem til et kommende svangerskab og/eller fødsel.

Før familien forlader sygehuset, samt i barselsklinikken på 2.-3. dagen, skal der afklares, om forældrene har behov for en yderligere samtale og i så fald sikres det, at denne arrangeres. For nogle familier opstår behovet først efter noget tid. I disse tilfælde kan forældrene selv, egen læge eller sundhedsplejersken med forældrenes tilladelse rette henvendelse til fødestedet med henblik på at arrangere en uddybende efterfødselssamtale.

Tidspunktet for den uddybende efterfødselssamtale, og hvilke sundhedsprofessionelle den afholdes med, er afhængig af det aktuelle forløb og forældrenes ønsker og behov.

Familier med et sygt og/eller for tidligt født barn

Et nyfødt barn, som er sygt og/eller født for tidligt, har brug for ekstra observation og behandling, i forhold til hvad der vanligt kan gives på et barselsafsnit. I disse tilfælde indlægges barnet på en neonatalafdeling. I Region Syddanmark findes 4 neonatalafdelinger. De er placeret på Odense Universitetshospital (Odense), Sygehus Lillebælt (Kolding), Sygehus Sønderjylland (Aabenraa) og Sydvestjysk Sygehus (Esbjerg).

Alle fire neonatalafdelinger i regionen varetager observation, pleje og behandling af syge nyfødte samt moderat for tidligt fødte børn, det vil sige børn født fra gestationsuge 28+0. Odense Universitetshospital varetager endvidere observation, pleje og behandling af de meget syge nyfødte og de ekstremt for tidligt fødte børn, det vil sige børn født før gestationsuge 28+0.

Barnet bliver i første omgang indlagt på neonatalafdelingen på det sygehus, hvor barnet er født. Dog kan der være behov for at overflytte den gravide kvinde allerede før fødslen eller overflytte det meget syge nyfødte barn efter fødslen til et sygehus i regionen med specialfunktion. Hvis barnet overflyttes, følger familien med, enten samtidig eller hurtigst muligt derefter. Ved lange indlæggelser vil en så stor del af indlæggelsen som muligt finde sted på den neonatalafdeling, der er nærmest hjemmet.

Særligt vedrørende Svendborg Sygehus

Da Svendborg Sygehus ikke har en neonatalafdeling, er der etableret et tæt samarbejde (telefon og video) mellem neonatalafdelingen i Odense og fødeafdelingen i Svendborg. I de tilfælde, hvor der fødes et behandlingskrævende barn på Svendborg Sygehus, varetages den primære behandling af obstetrikere og anæstesiologer. Om nødvendigt overflyttes barnet til neonatalafdeling på Odense Universitetshospital (Odense). Med henblik på at minimere risikoen for at der fødes et sygt eller svagt barn i Svendborg, er det kun gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel, der visiteres til fødeafdelingen på Svendborg Sygehus.

Den neonatale transportordning

I Region Syddanmark eksisterer en særlig neonatal transportordning, også kaldet henteholdet. Denne ordning varetager transport af nyfødte børn mellem sygehusene. Transporten foregår i en særligt udstyret babyambulance og med et hentehold med relevante sundhedsprofessionelle.

Det kan dreje sig om transport af det syge nyfødte barn, som kræver behandling på et højt specialiseret niveau i regionen på eksempelvis Odense Universitetshospital, eller et højt specialiseret niveau uden for regionen såsom Århus Universitetshospital eller Rigshospitalet. Det kan ligeledes dreje sig om transport af det nyfødte barn, som har været indlagt på en højt specialiseret afdeling, men som på grund af en bedring kan transporteres til en neonatalafdeling tættere på familiens bopæl.

Babyambulancen er stationeret på ambulancestationen ved Odense Universitetshospital og kan rekvireres gennem neonatalvagten på Odense Universitetshospital. Derudover findes på alle ambulancestationer i nærhed af et akutsygehus en XL-ambulance, hvori en kuvøse kan fastspændes.

Tidligt hjemmeophold til nyfødte

At blive forældre til et sygt og/eller for tidligt født barn er forbundet med ekstra udfordringer og bekymringer og dermed også ekstra behov for støtte og omsorg. For nogle familier er indlæggelsen af kortere varighed og af mindre betydning, men for andre familier er indlæggelsen af ugers og måske måneders varighed og medfører store konsekvenser for familiens fysiske og psykiske velbefindende.

Netop ved de lange indlæggelser er der allerede nu gode erfaringer med at tilbyde familien et tidligt hjemmeophold. Ved tidligt hjemmeophold udskrives barnet og familien til hjemmet, men med hyppige virtuelle og fysiske konsultationer med de sundhedsprofessionelle fra neonatalafdelingen.

Forældrene oplæres i pleje, observation og evt. behandling af barnet, og de får udleveret det materiale, som er fagligt nødvendigt for at kunne være i hjemmet. Det er et tilbud, der for nogle familier vil styrke familiedannelsen, da forældrene selv varetager plejen af det nyfødte barn og samtidig har muligheden for at være sammen i eget hjem og sammen med eventuelle søskende.

Alle neonatalafdelinger i Region Syddanmark tilbyder tidligt hjemmeophold til de familier, hvor det vurderes fagligt forsvarligt og værdifuldt for familien.

Forældre, der mister et barn

Forældre, der mister et barn under graviditeten, under fødslen eller i barselsperioden, har et særligt behov for omsorg. Forældrene og resten af familien ser ind i en svær periode, hvor tabet skal bearbejdes. Mennesker vil opleve sorg forskelligt og har forskellige behov afhængig af deres aktuelle forløb og livssituation. Derfor er det også afgørende, at forløbet tilrettelægges, så det imødekommer familiens situation. Dette arbejde sker på tværs af sundhedsprofessionelle og sektorer. Det er vigtigt, at sektorerne samarbejder om at støtte familien, samt at familien mødes og støttes af sundhedsprofessionelle, som har kompetencer vedrørende sorg og sorgprocesser. De involverede sundhedsprofessionelle vil give omsorg og vejledning af såvel fysisk, psykisk, social og praktisk karakter.

Efter tabet af et barn skal egen læge orienteres hurtigt muligt. Denne fungerer som en vedvarende sundhedsprofessionel og vil foruden den planlagte konsultation 8 uger efter fødslen følge familien fremadrettet og under en eventuel næste graviditet. Familien tilbydes en efterfødselssamtale på sygehuset ved jordemoderen og/eller obstetrikeren. Denne tværfaglige samtale har til formål at hjælpe forældrene til at bearbejde forløbet, drøfte fund fra eventuelle diagnostiske undersøgelser, såsom fx obduktion, samt planlægge eventuelle særlig tiltag forud for eller ved en næste graviditet. Ved behov tilbydes flere samtaler og/eller der henvises til andre sundhedsprofessionelle. Derudover kommer, at alle kommuner tilbyder mindst ét hjemmebesøg af sundhedsplejersken. I en næste graviditet vil der afhængig af familiens situation og behov tilbydes ekstra ydelser. Det kan være i form af udvidet prænatal diagnostik, ekstra ultralydsscanninger, jordemoderundersøgelser og lignende. De ekstra tilbud har til formål at risikospore og øge trygheden for forældrene.

Foruden den støtte, der gives af egen læge, jordemoderen, obstetrikeren, sygeplejersken og sundhedsplejersken, findes der i Region Syddanmark et veletableret tilbud til forældre, der mister et barn fra graviditetsuge 14 og til fødslen, under fødslen eller i de første 3 måneder efter fødslen. Med denne ydelse tilbydes forældrene at deltage i sorggrupper og individuelle sorgsamtaler. Sorggrupperne og de individuelle samtaler ledes af jordemødre og sygeplejersker med en videreuddannelse som psykoterapeuter. Af fødestedet, egen læge og/eller sundhedsplejerske orienteres sorggruppelederne om forældrenes tab og kontakter herefter forældrene med henblik på at tilbyde dem et forløb. I sorggrupperne mødes forældrene i en fast gruppe med sorggruppelederne og andre forældre, der også har mistet et barn. Det giver forældrene en mulighed for at spejle sig i hinanden, støtte hinanden og ikke føle sig alene i sorgen. Hertil tilbydes individuelle samtaler mellem sorggruppelederen og begge forældre, hvor særlige forhold kan drøftes yderligere.

4. Implementeringsplan

5. Budgetplan

Referencer

Danske Regioner, Godt fra start – Fremtidens omsorg for nye familier, 2018

Region Syddanmark, Fødeplan i Region Syddanmark, 2011/2014

Region Syddanmark, Sundhedsplan for Region Syddanmark 2017-2021

Region Syddanmark, Sundhedsaftalen 2019-2023, 2019

Region Syddanmark, Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet, 2019

Region Syddanmark, Aftale om sårbare gravide, 2017

Region Syddanmark, Samarbejdsaftale om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS, 2018

Region Syddanmark, Ammepolitikken, 2012

Region Syddanmark, Samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område, 2010

Region Syddanmark, Region Syddanmark Digitaliseringsstrategi, 2019-2021

Region Syddanmark, Region Syddanmarks politik for frivillighed og medborgerskab, 2019

Sundhedsstyrelsen, Høringsudkast Anbefalinger for svangreomsorgen, 2021

Sundhedsstyrelsen, Høringsudkast Anbefalinger til organisering af fødeområdet, 2020

Sundhedsstyrelsen, Retningslinjer for fosterdiagnostik, 2017/2020

Sundhedsstyrelsen, Amning – en håndbog for sundhedspersonale, 2021

Sundhedsstyrelsen, Specialevejledning for Gynækologi og Obstetrik, Sundhedsstyrelsen, 2019

Sundhedsstyrelsen, Specialevejledning for Pædiatri, Sundhedsstyrelsen, 2019



Gældende fra 1. december 2019

Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser

Region Syddanmark og de 22 kommuner

Baggrund

I "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus"¹, fremgår det af §3: "Genoptræningsplanen skal angive en tidsfrist for opstart af genoptræningen efter udskrivning fra sygehus, hvis der er sundhedsfagligt begrundet behov herfor". Desuden fremgår det af §4 "Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet, og den skal samtidig efter aftale med patienten sendes til patientens bopælskommune samt patientens almen praktiserende læge".

Det fremgår endvidere af bekendtgørelsen §7 stk. 3 om almen genoptræning: "Såfremt kommunalbestyrelsen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningstilbud efter stk. 1 inden for 7 dage efter udskrivning, har borgeren ret til frit at vælge en leverandør af genoptræning blandt de leverandører, KL har indgået aftale med i henhold til sundhedslovens § 140, stk. 5, hvis den private leverandør kan opstarte genoptræningen senest samtidig med tilbuddet efter § 6, stk. 1. Udskrivningsdagen tæller som dag nul".

Endelig fremgår det af "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner"²: "Sundhedslovens regler om udvidet frit sygehusvalg, jf. § 87, finder også anvendelse, hvis patienten – i medfør af patientens genoptræningsplan – er henvist til at modtage genoptræning på specialiseret niveau i det regionale sygehusvæsen efter udskrivning fra sygehus. Således har patienter ret til at vælge, at den specialiserede genoptræning foretages på et aftalesygehus, hvis ventetiden på bopælsregionens sygehuse overstiger 2 måneder (60 dage). For patienter, som er henvist for alvorlig sygdom, indtræder det udvidede fri sygehusvalg efter 1 måned (30 dage). Fristen beregnes fra modtagelsen af genoptræningsplanen på det regionale sygehus. Retten til at vælge genoptræning på et aftalesygehus forudsætter, at der er et privat sygehus eller en privat klinik, der har indgået aftale med regionerne om at tilbyde den pågældende ydelse under ordningen"³.

Udgangspunktet for den hidtidige aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser (gældende fra 1. januar 2015) var, at genoptræningsforløb på både alment og specialiseret niveau⁴ skulle igangsættes inden for 14 dage efter modtagelse.

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering har vurderet, at aftalen tilpasses jf. de følgende afsnit med henblik på dels at tage hensyn til det forskellige regelgrundlag for genoptræning på henholdsvis alment og specialiseret niveau dels at sikre, at borgere med behov for genoptræning på specialiseret niveau ikke stilles ringere end hidtil.

Genoptræning på alment niveau

Ved genoptræning på alment niveau tilbydes borgeren opstart af genoptræningsindsatsen indenfor 7 kalenderdage efter udskrivelse, med mindre følgende forhold gør sig gældende:

- Hvis en borger har et sundhedsfagligt begrundet behov for at opstarte genoptræningsforløbet *tidligere* end indenfor 7 kalenderdage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor. Begrundelsen skal indeholde oplysninger om den enkelte patients funktionsevne og være individuel relevant for den pågældende patient.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at opstarte genoptræningsforløbet *senere* end indenfor 7 kalenderdage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor. Begrundelsen skal indeholde oplysninger om den enkelte patients funktionsevne og være individuel relevant for den pågældende patient.

¹ "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus" nr. 918 af 22/06/2018

² "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner" nr. 9538 af 2. juli 2018

³ "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner" nr. 9538 af 2. juli 2018, afsnit 10.1.7

⁴ Genoptræning på alment niveau foregår i kommunalt regi og genoptræning på specialiseret niveau foregår i regionalt regi.

Genoptræning på specialiseret niveau

Ved genoptræning på specialiseret niveau tilbydes borgeren opstart af genoptræningsindsatsen indenfor 14 kalenderdage efter modtagelse af genoptræningsplanen, med mindre følgende forhold gør sig gældende:

- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at opstarte genoptræningsforløbet *tidligere* end inden for 14 kalenderdage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor. Begrundelsen skal indeholde oplysninger om den enkelte patients funktionsevne og være individuel relevant for den pågældende patient.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at opstarte genoptræningsforløbet *senere* end indenfor 14 kalenderdage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor. Begrundelsen skal indeholde oplysninger om den enkelte patients funktionsevne og være individuel relevant for den pågældende patient.

Angivelse af tidsfrist ved fremrykket eller udskudt start

Såfremt der er et sundhedsfagligt begrundet behov for at fremrykke eller udskyde opstarten af genoptræningsindsatsen, skal dette anføres i felt 10 under "Tidsfrist for start af genoptræning". Opstarten skal angives som en tidsfrist, eller et tidsinterval, indenfor hvilket genoptræningen ud fra en sundhedsfaglig vurdering bør starte op eller udskydes ("Trin-for-trin guide til Den Gode Genoptræningsplan (G-GOP)")⁵.

Ved fremrykket start tilbydes borgeren opstart af genoptræning senest på den angivne dato, som anført i felt punkt 10 på genoptræningsplanen. Tidsfrist angives med dato.

Det fremgår af "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner"⁶: "Hvis genoptræningen ikke kan påbegyndes umiddelbart efter udskrivningen, fx hvis opstart af genoptræning skal afvente, at patienten afbandageres vil fristen på opstart inden for syv dage skulle tælles fra det sundhedsfagligt begrundede tidspunkt i stedet".

Implementering

Hver sektor er ansvarlig for, at aftalen bliver implementeret, herunder at sørge for at alle relevante medarbejdere kender aftalen.

Monitorering

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering vil årligt monitorere på følgende:

- I hvor høj grad genoptræningsplanerne afsendes senest samme dag som patienten udskrives
- I hvor høj grad tidsfristerne for opstart af genoptræningsindsatserne overholdes

Monitoreringen gentages årligt, indtil der foreligger valide data fra Sundhedsdatastyrelsen på området.

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering udarbejder retningslinjer for, hvordan monitoreringen gennemføres kommunalt og regionalt.

⁵ Link til guiden: https://www.medcom.dk/media/5239/printevenlig_trin-for-trin-guide-til-den-gode-genoptraeningsplan-g-gop-2016.pdf

⁶ "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner" nr. 9538 af 2. juli 2018, afsnit 10.1.3

Samarbejde på tværs af sektorer omkring genoptræningsplaner til mennesker med en psykisk lidelse

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, februar 2021

Indhold

1. Baggrund.....	3
2. Formål og mål	3
3. Arbejdsgruppens anbefalinger.....	4
4. Fakta – hvordan ser virkeligheden ud?.....	4
4.1 Funktionstab hos mennesker med angst og depression.....	6
5. Målgruppe for beskrivelsen.....	7
6. Afgrænsning af målgruppe	7
7. Lovgivning og begreber	7
7.1 Hvem har ret til en genoptræningsplan	7
7.2 Hvad er genoptræning?.....	8
7.3 Funktionsevne og funktionsevnenedsættelse.....	8
8. Patientens møde med psykiatrisygehuset	8
8.1 Vurdering af behovet for en genoptræningsplan	8
9. Borgerens genoptræning i kommunen.....	10
9.1 Det tværgående forløb	10
9.1 Viden om kommunale tilbud.....	12
9.2 Samarbejde på tværs.....	13
10. Hvad kan civilsamfundet tilbyde?.....	14
Bilag 1 - Flowdiagram – genoptræningsplaner til psykiatriske patienter.....	16
Bilag 2- Eksempler på borgercases.....	18

Notatet er udarbejdet af en arbejdsgruppe i efteråret 2020 nedsat under Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering. Arbejdsgruppens medlemmer var:

Kommunale repræsentanter

May-Britt Lassen, driftsleder i Træning og Rehabilitering, Aabenraa Kommune
Ellen Klinting, fysioterapeut, Esbjerg Kommune

Psykatrien i Region Syddanmark

Ole Rytto, sygeplejefaglig direktør, Sygehusledelsen (formand)
Janus Staffe, specialpsykolog, Afdeling for Traume – og Torturoverlevende
Line Oertel, ergoterapeut, Psykiatrisk Afdeling Aabenraa
Vibeke B. Andersen, borgerrepræsentant, PsykInfo

Sekretariat

Vidja Navaneesan, AC-fuldmægtig, Administrationen i Psykatrien i Region Syddanmark
Lisbeth Thule Offer, sundhedskonsulent, Haderslev Kommune

1. Baggrund

”Sonja bliver indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af massive selvmordstanker, som medfører, at hun de seneste måneder haft svært ved at overskue og strukturere sin hverdag”. Dette er eksemplet på en kvinde, hvor hendes psykiske lidelse har betydning for hendes måde at klare hverdagen på.

Sonjas funktionsevne er svækket som følge af hendes psykiske lidelse – det sker for mange borgere med en psykisk lidelse, og det kan betyde, at deres aktivitetsniveau bliver dårligere, de kan have svært ved at få hverdagen til at hænge sammen og/eller være sociale. Et fald i funktionsevnen er mulig at genoptræne i borgerens hjemkommune, hvor genoptræningen ofte udgør en delmængde af en bredere rehabiliteringsindsats.

Det er et fælles ansvar mellem region og kommune, at borgere med funktionstab tilbydes et sammenhængende rehabiliterings- og /eller genoptræningsforløb, hvor målet er at borgeren kan vende tilbage til et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv, trods de funktionstab, som sygdom måtte have medført.

Forud for et forløb ligger bolden hos det sundhedsfaglige personale i psykiatrien i regionen, som vurderer behovet for genoptræning og informerer patienten. Ofte ved patienterne ikke, at de har krav på en genoptræningsplan, og derfor efterspørger de den ikke. For patienterne kan det betyde, at de ikke får den genoptræning, de har krav på. En genoptræning, som kan give større trivsel, færre genindlæggelser, mindre tvang og større livskvalitet.

Trods retten til genoptræning er det sparsomt, hvor mange genoptræningsplaner der udarbejdes til borgere udskrevet fra Psykiatrien i Region Syddanmark – og tilsvarende på landsplan. I 2018 udarbejdede Psykiatrien i Region Syddanmark 132 genoptræningsplaner, og i 2019 blev der udarbejdet 193 genoptræningsplaner, forventningen var 3000-4000 genoptræningsplaner årligt på landsplan¹. Det er tilmed meget forskelligt, hvor mange genoptræningsplaner kommunerne hver især modtager².

Potentialet for at udarbejde flere genoptræningsplaner er til stede, og det er baggrunden for, at Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering har nedsat en arbejdsgruppe, der bl.a. skal belyse, hvilke indsatser, der er behov for i samarbejdet omkring mennesker med en psykisk lidelse, der har behov for en genoptræningsplan.

2. Formål og mål

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering vil i sundhedsaftaleperioden 2019-2023 medvirke til at nå sundhedsaftalens mål:

- at reducere overdødeligheden blandt borgere med udvalgte psykiske lidelser
- at øge andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet
- at øge andelen af unge med psykiske lidelser der fuldfører en ungdomsuddannelse

¹ Danske Fysioterapeuters <http://www.ft.dk/samling/20131/almdel/suu/bilag/237/1325584.pdf>, s.4

² Eksempler på antal modtaget genoptræningsplaner i 2019: Esbjerg 23 stk., Haderslev 15 stk., Varde 14 stk. og Odense 12 stk.

På baggrund af disse mål har Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering nedsat en arbejdsgruppe, der har haft til formål at komme med anbefalinger til, hvilke indsatser der er behov for i samarbejdet omkring mennesker med en psykisk lidelse, der har behov for en genoptræningsplan.

Arbejdsgruppens mål er, at:

- undersøge omfanget af genoptræningsplaner til patienter med angst og/ eller depression
- afdække kommunale tilbud på området
- give forslag til initiativer der kan iværksættes for at få udarbejdet flere genoptræningsplaner, når det er relevant
- give forslag til hvordan kommune og psykiatrisygehus kan samarbejde bedre
- løbende orientere om arbejdet i følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
- forslag til at styrke eksisterende forskning på området

Arbejdsgruppens anbefalinger til indsatser skulle gerne medvirke til at følgende mål sidenhen kan realiseres:

- At der udarbejdes flere genoptræningsplaner til mennesker med en psykisk lidelse – særligt mennesker med angst og/eller depression
- at tilbuddene i den kommunale genoptræning matcher borgernes behov
- at medarbejderne har den rette viden og kompetencer til at hjælpe borgerne videre
- at samarbejdet og patientovergangen mellem sygehus og kommuner styrkes.

3. Arbejdsgruppens anbefalinger

På baggrund af analysen anbefaler arbejdsgruppen at følgende prioriteres i det fremtidige arbejde:

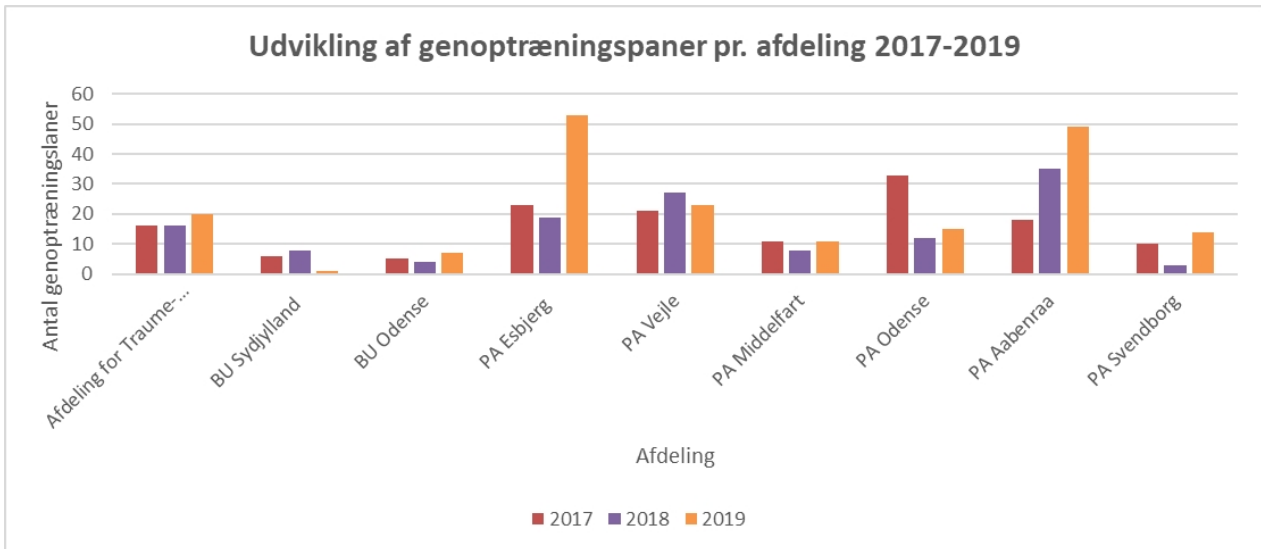
- Kompetenceudvikling af sundhedspersonalet i henholdsvis kommunerne og psykiatrien i regionen
- Styrke samarbejdet på tværs af sektorer gennem større kendskab til hinandens arbejdsområder
- Sikre at alle patienter får vurderet deres behov for en genoptræningsplan
- Styrke patienter og pårørendes viden om mulighederne for genoptræning
- Styrke patienter og pårørendes viden om tilbud i civilsamfundet

Anbefalingerne uddybes i afsnit 8-10.

Anbefalingerne kan medvirke til at opfylde sundhedsaftalens mål i 2023 (jf. punkt 2), men i hvor stor grad hver enkelt anbefaling kan bidrage til målopfyldelsen afhænger af, hvilke indsatser der prioriteres igangsat.

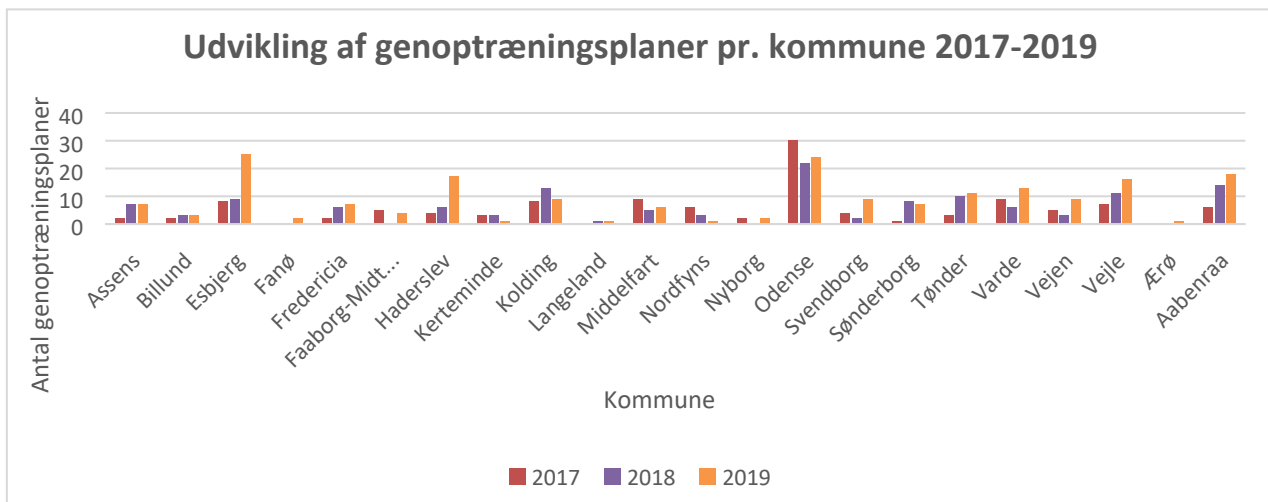
4. Fakta – hvordan ser virkeligheden ud?

Det samlede antal af genoptræningsplaner er stigende over de seneste 3 år, men ligger stadig lavt i forhold til det forventede antal genoptræningsplaner. Nedenfor ses en oversigt over antallet af genoptræningsplaner fra respektive psykiatriske afdelinger til de kommunerne i Region Syddanmark:



BU: Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (0-20 år)

PA: Psykiatrisk Afdeling (voksne – fra 21 år)



Ud af det samlede antal genoptræningsplaner der blev udarbejdet i 2019, var 31 genoptræningsplaner til patienter med angst og depression, mens der til sammenligning blev udarbejdet 162 genoptræningsplaner til patienter med øvrige diagnoser.

En gennemgang af hvilke patientgrupper, der får udarbejdet genoptræningsplaner viser, at de patientgrupper, der modtager flest genoptræningsplaner, er mennesker med skizofreni og posttraumatisk belastningsreaktion.

Antallet af patienter med depression, der har været i kontakt med psykiatrisygehuset, ligger gennemsnitligt på ca. 35.000 kontakter pr. år i perioden 2017-2019. For patienter med angst er den gennemsnitlige sum af unikke kontakter pr. år på ca. 17.000 i perioden 2017-2019. Eftersom kun 31 patienter med angst og/eller depression i 2019 har fået udarbejdet en genoptræningsplan, vidner det om, at der er et stort uudnyttet potentiale hos denne gruppe af patienter.

4.1 Funktionstab hos mennesker med angst og depression

Mennesker med angst og/eller depression rammes ofte på de kognitive færdigheder, som kan have stor betydning for personens funktionsniveau i forhold til en række dagligdags aktiviteter – og for personens oplevede livskvalitet.

Mennesker som fx har en depressiv sygdom³ vil ofte under den depressive tilstand opleve problemer med hukommelse, koncentration og funktioner som fx planlægning, målrettet adfærd, opmærksomhedsstyring – at "holde flere bolde i luften på én gang" (også kaldet "eksekutive funktioner").

For mange mennesker som har haft en depression, vil deres kognitive funktioner være påvirket selv efter at de primære depressive symptomer er aftaget og de er erklæret raske igen. Ofte er de ikke tilbage på samme almene funktionsniveau som før den depressive sygdomsperiode, hvilket kan gøre det særdeles vanskeligt at varetage arbejdsfunktioner, som personen tidligere har kunnet.

Nogle studier peger på en sammenhæng mellem større grad af kognitive funktionsnedsættelser og mere udtalt grad af den depressive tilstand, og yderligere en øget risiko for senere tilbagefald⁴.

For mennesker der, som en del af deres behandling imod den depressive tilstand, har modtaget ECT (Elektrokonvulsiv Terapi) kan der desuden være tale om særligt udtalte problemer med hukommelsen, som en bivirkning til en meget effektiv behandling imod de depressive symptomer⁵.

Flere studier peger på at patienter og pårørende har en gavnlig effekt af det at modtage undervisning⁶, hvor de får viden om de funktionsnedsættelser de ofte vil opleve – både under og efter sygdomsforløbet.

Forskning af funktionsnedsættelser hos psykiatriske patienter viser således, at der er betydelige mentale og kognitive funktionsnedsættelser som følge af depression og behandlingen heraf. Netop på grund af de store funktionstab hos denne målgruppe, er det arbejdsgruppens vurdering, at genoptræningsplaner har en særlig stor værdi i det rehabiliterende forløb hos mennesker med angst og depression.

Dette understøttes også i det syddanske forløbsprogram for mennesker med depression⁷, hvor formålet er:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for mennesker med depression i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i patienternes forløb
- Inddragelse af patienterne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen.

³ En indtil videre enkeltstående episode med klinisk depression

⁴ "New perspectives in mental health: addressing cognitive deficits in remitted depression"

⁵ Jeff Zarp Petersen & Kamilla Woznica Miskowiak, Ugeskrift for læger 2018;180:V09170688

⁶ Formålet med undervisning i sygdomslære er at forøge patienter og pårørendes viden om psykiatriske sygdomme specielt med henblik på at fremme bevidste problemløsningsstrategier

⁷ <https://faelleskommunalsundhed.dk/wp-content/uploads/2020/06/Forløbsprogram-for-mennesker-med-depression-til-DAK-27052020.pdf>

Arbejdsgruppens anbefaling

- Øget fokus på at udarbejde genoptræningsplaner særligt til mennesker med angst og depression

5. Målgruppe for beskrivelsen

Notatet er udarbejdet til Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering som på baggrund af arbejdsgruppens anbefalinger, skal arbejde videre med en strategi for, hvordan området omkring udarbejdelsen af genoptræningsplaner til psykiatriske patienter kan styrkes på tværs af region og kommuner.

6. Afgrænsning af målgruppe

I dette notat er målgruppen voksne borgere, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning (Sundhedslovens §140). Notatet vil fokusere på borgernes forløb fra de ankommer til psykiatrien i regionen og til de afsluttes i kommunens træningsafdeling (bilag 1). Herefter vil der ofte være andre kommunale indsatser, der tager over/forløber sideløbende med genoptræningsforløbet fx på arbejdsmarkedsområdet og i socialpsykiatrien, men det vil ikke beskrives i dette notat.

I dette notat vil der være særligt fokus på mennesker med angst- og depression, da det er en stor gruppe, som på nuværende tidspunkt kun i meget beskedent omfang får en genoptræningsplan, men en gruppe hvor potentialet for at forbedre funktionsevnetabet er stort.

7. Lovgivning og begreber

I det følgende beskrives lovgivningen, og de centrale begreber uddybes.

7.1 Hvem har ret til en genoptræningsplan

Patienter har ret til en genoptræningsplan senest på udskrivningstidspunktet, når der foreligger et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt⁸. Det kan være i forbindelse med et forløb på sengeafdelingen, i et ambulatorium eller akut modtageafsnit. Vurderingen skal være konkret og individuel.

Retten til en genoptræningsplan gælder alle patienter, uanset diagnose og alder. Genoptræningsbehovet tager udgangspunkt i funktionstab (kropsligt, kognitivt, emotionelt, socialt, bevægelse og aktivitet) - ikke en specifik somatisk eller psykiatrisk diagnose.

⁸ Vejledningen om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner (2015)

7.2 Hvad er genoptræning?

I vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner defineres genoptræning som *en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende, og personale*. Formålet er, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter, dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til for eksempel bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger.

Genoptræning efter sundhedsloven varetages af autoriseret sundhedsfagligt personale, typisk en fysioterapeut eller ergoterapeut.

7.3 Funktionsevne og funktionsnedsættelse

Funktionsevne er en samlet betegnelse for, hvad mennesker er i stand til eller formår med udgangspunkt i deres fysiske, psykiske og sociale funktion.

Funktionsevnen består af:

- Kroppens funktioner og anatomi. "Kroppen" forstås som hele den menneskelige organisme, dvs. også hjernen og dens funktioner.
- Aktivitet og deltagelse dvs. en persons udførelse af en aktivitet, en opgave eller handling og involvering i dagliglivet.
- Kontekstuelle faktorer dvs. betingelser for et menneskes liv og levevilkår i det omgivende samfund.

Er der mangler eller begrænsninger i menneskets kropslige funktioner, aktivitet og deltagelse i tilværelsen, beskrives det som en funktionsnedsættelse.

Funktionsnedsættelse kan fx opstå som følge af en psykisk lidelse, hvor patienten er depressiv eller er selvmodstruet, og derfor ikke kan overskue hverdagen og de daglige gøremål.

8. Patientens møde med psykiatrisygehuset

Patienter med en psykiatrisk diagnose kan møde den regionale psykiatri enten ved indlæggelse, akut modtagelse eller ambulant besøg på psykiatrisygehuset, der er i alt fire afdelinger i Region Syddanmark (hhv. Vejle, Aabenraa, Esbjerg og Odense).

Arbejdsgruppen har udarbejdet et flowdiagram, hvor patientens vej gennem psykiatrisygehuset og sidenhen kommunens genoptræning skitseres (bilag 1).

8.1 Vurdering af behovet for en genoptræningsplan

Allerede ved første kontakt i psykiatrisygehuset starter vurderingen af behovet for genoptræning. En patient med funktionsnedsættelse skal hjælpes videre, så de tabte funktioner kan genvindes. Her kan en genoptræningsplan, efter endt forløb i psykiatrien, være løsningen.

Det er lægen på psykiatrisygehuset, der vurderer patienten og ordinerer udarbejdelsen af en genoptræningsplan, men det er ofte sundhedspersonale⁹, der står for selve udarbejdelsen af genoptræningsplanen i samarbejde med patienten, som skal samtykke hertil. Genoptræningsplanene sendes efterfølgende til hjemkommunens Trænings- og rehabiliteringsafdeling.

Indenfor visse diagnoser¹⁰ findes der "pakkeforløb", som er forløb der sikrer ensartede behandlingsforløb af høj faglig kvalitet til patienter med samme psykiatriske diagnose og behandlingsbehov. Yderligere skal de sikre en mere ensartet udredning samt større gennemsigthed for patienter og pårørende.

Som regel er pakkeforløb afsluttede forløb, og eventuel efterbehandling, rehabilitering og støtte forventes at foregå hos egen læge, speciallæge eller relevant instans i kommunen. Indsatsen(-erne) i kommunen kan med fordel startes op, mens patienten stadig er tilknyttet psykiatrien.

Pakkeforløbene kan anvendes til at patienten naturligt glider fra psykiatrien ind i kommunale indsats. Det opfordres derfor til at indskrive "vurdering af behov for genoptræning" i pakkeforløbene i psykiatrien.

Alle terapeuter bliver oplært i udfærdigelse af genoptræningsplaner, men alligevel ses der øget potentiale i muligheden for at udarbejde flere genoptræningsplaner end det på nuværende tidspunkt er tilfældet.

Mulige årsagerne til at der ikke bliver udarbejdet flere genoptræningsplaner:

- Manglende opmærksomhed på ergo-/fysioterapeutens monofaglige arbejdsopgaver i psykiatrien som fx screening og udarbejdelse af genoptræningsplaner
- Bedre arbejdsgange internt på psykiatrisygehuset til at opfange patienter med et genoptræningsbehov (fx integration af genoptræningsplaner i IT-systemet, vil sikre at fagpersonalet skal tage aktivt stilling til behovet for en genoptræningsplan)¹¹.
- Manglende opmærksomhed hos ledere, behandlere og plejepersonale om hvilken stor effekt genoptræningen i kommunerne har for patienterne både i form af øget funktionsevne og dermed øget livskvalitet og forebyggelse af genindlæggelser
- "Model for sondring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer" kan virke uoverskuelig og uhåndterbar i en travl hverdag - særligt for den uerfarne terapeut, da der er syv parametre patienten skal vurderes ud fra.

Arbejdsgruppens anbefaling

- *Bedre arbejdsgange internt på psykiatrisygehuset til at opfange patienter med et genoptræningsbehov*
- *Fokus på emnet "Genoptræningsplaner" i hverdagen fx på fælles terapeutmøder og generelle konferencer.*
- *Genbesøge screeningsmodellen: "Model for sondring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer" med henblik på at forenkle modellen så den er mere håndterbar i praksis*

⁹ Fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske, sygehjælper/SOSU

¹⁰ Depressiv enkeltepisode, periodisk depression og angst

¹¹ På nuværende tidspunkt skal genoptræningsplanen indsættes manuelt

9. Borgerens genoptræning i kommunen

Antallet af genoptræningsplaner til patienter med en psykiatrisk lidelse er få og det medfører, at kommunernes erfaring med målgruppen er beskednen. Alle ergoterapeuter har dog i deres uddannelse - i kortere eller længere perioder - været i praktik på psykiatrisygehuset, og har kendskab til målgruppen.

Patienter med tab af funktionsevne vil ofte blive tilbudt indsatser med fokus på:

- Struktur i hverdagen (overskuelighed)
- Indlæring af strategier
- Kognitiv træning
- Eksponering
- Fysisk træning

Andre indsatser der kan være elementer i et genoptrænings-/rehabiliterende forløb kan være:

- Sanseintegration
- Mindfulness
- Naturterapi
- Kropslig forankring, vejrtrækning, centrering og balance
- Mentalisering

Der vil være behov for, at terapeuterne i kommunerne har godt kendskab til målgruppen, da det er en målgruppe, hvor der kan være nogle omstændigheder der gør, at målgruppen adskiller sig fra andre grupper af borgere.

Borgerne med en psykisk lidelse kan fx opleve, at der er svært at:

- tjekke e-Boks
- opstarte et nyt tilbud i kommunen
- møde fysisk frem
- mødes i kommunens lokaler

Omstændigheder der kalder på, at terapeuterne bruger andre tilgange i kontakten til borgeren fx, ringer borgeren op, benytter skærmopkald eller mødes i naturen.

Borgere har brug for at føle sig forstået, og det gør de blandt andet når de oplever, at terapeuterne har viden omkring psykisk sygdom.

9.1 Det tværgående forløb

En stor andel af de borgere der har en psykisk lidelse og er i forløb i kommunernes træningsafdelinger, er også i aktuelle forløb - eller fortsætter efter genoptræningen - i andre forløb i socialpsykiatrien og/eller på arbejdsmarkedsområdet.

Kommunernes specialiserede socialområde er den myndighed, der afgør, om borgeren er berettiget til sociale ydelser. Heraf har en stor andel fået/får bevilliget hjælp efter servicelovens §85¹² fx tilknyttet en mentor eller støtte-kontaktperson.

¹² Servicelovens §85: "Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer."

Dertil giver det ofte stor værdi for borgerne, at de deltager på kurser i sygdomsforståelse og mestring af sygdommen fx i kommunalt regi eller gennem PsykInfo¹³. PsykInfo er en decentral konstruktion, hvor alle lokalpsykiatrier har en PsykInfo satellitfunktion i regionen. PsykInfo er i kontakt med mange patienter og pårørende og er derved en meget relevant informationskanal.

Alle borgere med en psykisk lidelse har ret til at blive hjulpet, vejledt og støttet således at de i videst mulig omfang kan leve et så selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv som muligt. Uddannelse og arbejde skaber identitet og et fast holdepunkt i tilværelsen. Der er ofte forbundet med store personlige og økonomiske omkostninger, når mennesker med psykisk sygdom mister tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. Udarbejdelse af genoptræningsplaner skal understøtte Sundhedsaftalens målsætning om at sikre at mennesker med psykisk lidelse tilknyttes en uddannelse eller fastholdes til arbejdsmarkedet, eller en anden form for beskæftigelse som er tilpasset den enkelte borger.

I de kommende år vil der være særligt fokus på borgere med depression, da Region Syddanmark og de syddanske kommuner har udarbejdet og godkendt "Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression". Til trods for, at ovenstående forløbsprogram henvender sig til mennesker med depression, vil det forhåbentlig medvirke til, at den generelle viden om psykisk sygdom øges og at rehabiliteringstilbuddene udvikles også til gavn for andre diagnosegrupper.

Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression¹⁴

De kommuner der har godkendt forløbsprogrammet for mennesker med depression¹⁵ har i den forbindelse forpligtiget sig til dels at styrke samarbejdet omkring mennesker med depression ved dels at sikre koordinering af borgernes indsatser i kommunen samt tilbyde rehabiliteringstilbud til mennesker med depression i mild og moderat grad.

Kommunerne skal tilbyde borgere med diagnosticeret depression en "koordinerende kontaktperson". Den koordinerende kontaktpersons opgave er at have den løbende kontakt til parterne omkring den depressionsramte og indkalde til fællesmøder, hvor der udarbejdes en fælles plan. Den individuelle plan indeholder fælles mål, de forskellige aktørers bidrag, herunder også borgers bidrag til målopfylde mv¹⁶. -

Funktionen som koordinerende kontaktperson bør placeres enten i lokalpsykiatrien eller i det kommunale sundhedsområde. Baggrunden for denne anbefaling er, at lokalpsykiatrien og/eller det kommunale sundhedsområde har en væsentlig og kontinuerlig tilknytning til den depressionsramte under forløbet. Funktionen skal dog ligge hos den part, hvor det giver mest mening.¹⁷

Rehabiliteringstilbuddene har til formål at styrke patientens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. Rehabiliteringstilbuddene til mennesker

¹³ PsykInfo tilbyder information, telefonisk rådgivning, foredragsaktiviteter til mennesker med psykisk sygdom og deres pårørende.

¹⁴ <https://faelleskommunalsundhed.dk/wp-content/uploads/2020/06/Forlobsprogram-for-mennesker-med-depression-til-DAK-27052020.pdf>

¹⁵ I december 2020 har 20 ud af 22 kommuner i Region Syddanmark godkendt forløbsprogrammet

¹⁶ Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression s. 23

¹⁷ Ibid s. 23

med depression omfatter fx sygdomsmestring, psykoedukation, rygestop, fysisk træning samt en ernæringsindsats.¹⁸

Anbefaling fra arbejdsgruppen:

- *Viden om hvilke behov patienterne har efter udskrivelse på psykiatrisygehuset giver kommunerne bedre mulighed for at tilpasse og udvikle lokale løsninger, som matcher det behov, der er.*
- *Sundhedspersonalet i psykiatrien skal kende til de kommunale tilbud, så de bliver klædt bedre på til at tage dialogen med patienterne, og patienterne får viden om, hvad de kan forvente af et forløb i kommunen*
- *Tæt kontakt mellem kommunernes afdelinger (Træning, socialpsykiatri, arbejdsmarked mv) grundet at borgere ofte har brug for flere indsatser fx støtte-kontaktperson og arbejdsmarkedsrettede forløb.*

9.1 Viden om kommunale tilbud

Arbejdsgruppen er blevet bedt om at kortlægge kommunernes tilbud til målgruppen, med det formål, at give medarbejderne i psykiatrien mere viden om og skabe opmærksom på kommunernes tilbud. En egentlig kortlægningen af de 22 syddanske kommuners tilbud til målgruppen er ikke realistisk, grundet kommunernes mange og meget forskellige tilbud til målgruppen.

Den digitale platform Sundhed.dk kan derimod være et redskab, hvor primært fagpersonale kan tilgå viden om kommunernes tilbud. Sundhed.dk kan også benyttes af patienter og pårørende, men i dette notat anbefales sundhed.dk til de fagprofessionelle.

Case-eksempler vil ligeledes være et redskab til at øge opmærksomheden på, hvornår og til hvilke patientgrupper, det er givende at udarbejde en genoptræningsplan til (eksempler i bilag 2).

Sundhedspersonalet på de psykiatriske afdelinger er på nuværende tidspunkt i gang med en "Front Office indsats", som betyder at medarbejdere for det meste opholder sig i fællesarealerne og er langt mere tilgængelige for patienter og pårørende. Fremover vil de sidde ude blandt patienter og pårørende, i stedet for på kontorerne. Medarbejderne vil derved komme tættere på patienterne, og derved også være mere tilgængelige og hjælpe patienterne med at drøfte relevante tilbud i kommunerne og i civilsamfundet. Ligeledes kan informations-skærme i venterummene på psykiatrisygehusets afdelinger også være en platform for information til patienter og pårørende omkring tilbud i kommunerne og i civilsamfundet.

Arbejdsgruppens anbefaling:

- *Sundhedspersonalet i psykiatrien i regionen klædes på til at tage den første dialog med patienten og evt. pårørende om genoptræning i kommunerne*

¹⁸ Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression, s. 31

- Sundhedspersonalet på psykiatrisygehuset kan øge sin viden om kommunale tilbud via tværfagligt netværk, internetportalen "sundhed.dk" og gennem case-eksempler¹⁹
- Illustration af patientens/borgerens vej gennem et behandlingsforløb på sygehuset og over i et genoptræningsforløb i kommunen
- Informations-skærme i venterum med videoklip af bl.a. borgerens forløb "Fra behandling i psykiatrisygehus til genoptræning i kommunen" og eksempler på tilbud i den kommunale genoptræning.

9.2 Samarbejde på tværs

Det er arbejdsgruppens oplevelse, at sundhedspersonalet i regionen og i kommunerne, der arbejder med den samme målgruppe, mangler kendskab til hinanden og hinandens arbejdsområde. Det manglende kendskab kan være medvirkende årsag til, at antallet af genoptræningsplaner er relativt lavt. Der er derfor behov for at styrke samarbejdet og skabe en fælles forståelse for målgruppen og målgruppens behov.

Kompetenceudvikling gennem "fælles skolebænk" er ligeledes et fokusområde i Psykiatriplan 2020-2024 (anbefaling 21), hvor der er afsat varige driftsmidler hertil, hvilket kunne anvendes i denne henseende. I forløbsprogrammet for mennesker med depression er kompetenceløft gennem "fælles skolebænk" ligeledes et indsatsområde. Det vil derfor være relevant at koordinere indsatserne.

Arbejdsgruppens anbefalinger:

- Netværk for sundhedspersonale - der arbejder med målgruppen - på tværs af kommuner og psykiatrien i regionen
 - Personlige relationer gør det lettere at kontakte hinanden og søge råd og vejledning i hverdagen
- Styrke opmærksomheden på - og viden om - mentale og kognitive funktionsnedsættelser hos psykiatriske patienter, hvor genoptræning kan være en del af den rehabiliterende indsats.
 - Fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorer med det formål, at få en fælles forståelse af området og give fælles referenceramme.
 - Terapeuterne fra kommunerne og den regionale psykiatri kan tilbydes praktik hos hinanden

Det er ligeledes arbejdsgruppens oplevelse, at der kan være behov for at styrke det interne samarbejde i kommunerne, når en borger modtager tilbud/har forløb på tværs af afdelinger.

Arbejdsgruppens anbefaling:

- Kommunerne kan øge det tværgående samarbejde fx ved at en eller flere medarbejdere har kontakt på tværs af sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet og er i løbende kontakt til med samarbejdspartnere i psykiatrien i regionen.

¹⁹ I bilag 1 vil der findes eksempler på patienter der har fået en genoptræningsplan, begrundelsen herfor, hvilke tiltage der er sat i gang og hvordan det har hjulpet borgeren videre

10. Hvad kan civilsamfundet tilbyde?

Region Syddanmark godkendte i 2019 en ny politik for frivillighed og medborgerskab. Politiken skal være med til at styrke og udvikle samarbejdet med frivillige i regionen. Politikken rummer fem overordnede principper, som beskriver regionens intentioner på frivilligområdet, og som dermed udstikker retningen for regionens samarbejde med frivillige. Det skal blandt andet være attraktivt at yde en frivillig indsats i Region Syddanmark – både hvis man er medlem af en organisation og frivillig på mere fast basis, eller hvis man bare har lyst til at hjælpe en enkelt dag.

Et af principperne lægger op til, at frivillige skal have mulighed for at være en gennemgående støtte for borgerne – både når de er indlagt på sygehuset, og når de er hjemme igen eller til tjek hos lægen. De skal med andre ord have mulighed for at bygge bro mellem sektorerne.

Frivillige kan bidrage et lyttende øre, en motiverende dialog eller en hjælpende hånd.

Psykiatrisygehuset har mange frivillige tilbud til patienterne, og tilsvarende har regionens 22 kommuner også samarbejde med frivillige foreninger.

Eksempler på samarbejdspartnere, der har tilbud til målgruppen:

- SIND
- PsykInfo
- Bedre psykiatri
- Røde Kors
- Depressionsforeningen
- Angstforeningen

Eksempler på frivillige tilbud:

- Gåture og motionsaktiviteter
- Fællesspisning og sociale aktiviteter
- Besøgsvenner
- Vejvisere
- Projekt "Internetpsykiatri", et behandlingstilbud, der tilbyder behandling til bl.a. patienter med angst og let til moderat depression. Behandlingen foregår over nettet og kan derfor gennemføres i ens eget hjem.
- Projekt "Kom godt hjem", formål at skabe en målrettet tryggere hjemkomst efter indlæggelse.

Arbejdsgruppens anbefaling

- *Sundhedspersonalet på de psykiatriske afdelinger er på nuværende tidspunkt i gang med en Front Office så de fremover skal sidde ude blandt patienterne, i stedet for på kontorerne. Medarbejderne vil derved komme tættere på patienterne, og derved også være mere tilgængelige og hjælpe patienterne med at drøfte relevante tilbud i kommunerne og i civilsamfundet.*
- *Informationsskærme i venterum og lign. med oplysning om forskellige foreningers tilbud (fx SIND, PsykInfo, Bedre psykiatri, Røde Kors, Depressionsforeningen, Angstforeningen mv.)*

- *Sundhedspersonalet italesætter muligheder for aktiviteter og tilbud i civilsamfundet – evt. med henvisning til kommunernes frivillighedskoordinatorer*
- *Udarbejde flowdiagram i grafisk design, så det kan bruges som fagligt redskab, men også som dialog og kommunikations redskab til patienter og pårørende.*

Bilag 1 - Flowdiagram – genoptræningsplaner til psykiatriske patienter

Psykiatrisygehus		
Hvad sker der?	Uddybning	Bemærkning
Patienten indlægges	<p>Patienten henvises via egen læge, vagtlæge, lokal psykiatrien eller henvender sig på eget initiativ i PAM.</p> <p>ELLER</p> <p>Patienten kommer med politiet direkte i stamafsnit (gul og rød tvang)</p>	OBS Patienter der kommer i ambulatoriet og i akutmodtagelsen kan også få en GOP (ikke medtaget i denne oversigt)
Gennemgang og foreløbig behandlingsplan udarbejdes indenfor det første døgn.	Behov for ergoterapeutisk-, socialrådgiver-, musikerapeut-, pædagogisk-, sygeplejefaglig indsats mm.	
Den fuldstændige behandlingsplan udarbejdes indenfor 7 dage	Behov for behandling og overvejelser omkring evt. henvisning til: Lokal psykiatri, Center for selvmordsforebyggelse, Social psykiatri.	
<p>Vurdering af fysisk eller psykisk funktionstab op til indlæggelse, v. behandlende læge og ergoterapeut</p> <p>Evt. udarbejdelse af Genoptræningsplan, ADL-vurdering mm.</p>	<p>Vurdering af patienten i forhold til udarbejdelse af GOP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Funktionsevnetab relateret til indlæggelsen ○ Behov for en sundhedsfaglig indsats ○ Patientens potentiale <p>JA → Udarbejdelse af GOP NEJ → Andre indsatser</p>	<p>Terapeuternes viden om patientens mulighed for genoptræning i kommunen er essentiel.</p> <p>Terapeuterne skal kunne fortælle patienten om, hvad en genoptræningsplan indebærer</p>
Inden udskrivelse tages der stilling til behovet for: udskrivelses- eller koordinationsplan samt andre planer	Andre planer kan fx være samtale i lokal psykiatri, Center for selvmordsforebyggelse, eller mobilskadestue (såfremt behov herfor).	
Patienten udskrives		
Patienten indlægges igen på et senere tidspunkt	Vurdering af behov for netværksmøde mhp. yderligere støtteforanstaltninger såsom øget §85 socialpsykiatrisk støtte, øgning i antal besøg fra hjemmeplejen og eller visitering til anden boform såsom psykiatrisk botilbud, plejehjem mm.	

Kommunen		
Hvad sker der?	Uddybning	Bemærkning
Modtagelse af GOP (defineres ofte som "avanceret genoptræning")	Visitationen sætter diagnose på/pakke/ evt. stratificering	OBS muligvis allerede godkendt Servicelovens §85 ²⁰
Træningsafdelingen kontakter borger	Terapeuten vurderer i samarbejde med borger om træningen skal foregå i borgerens hjem, udenfor eller på træningscenteret	Personlig kontakt kan være vigtigt hos målgruppen.
Træningsafdelingen er tovholder på forløbet, hvor den primær indsats er: Fokus på: struktur i hverdagen, overskuelighed, kognitiv træning, eksponering, fysisk træning samt indlæring af strategier	Hyppig kontakt – som gradvis bliver mindre	Opmærksom på terapeuternes faglighed Opmærksomhed på forløbets længde
Sideløbende indsatser	Efter aftale med borger kan støtte/kontakt person, sygeplejen, hjemmeplejen, Center for social udsatte, Jobcenteret mfl. kontaktes for samarbejde. Der vil ofte være tæt samarbejde med Jobcenterets sagsbehandlere, hvis borger er i den erhvervsaktive alder.	
Borger afsluttes i træningsafdelingen (målet er nået)	Borgeren overgår/fortsætter forløb i andre afdelinger fx Jobcenter, socialpsykiatri Overgår til aktiviteter i civilsamfundet (cafeer, aktivitetscenter, fritidstilbud, vedligeholdende træning, sundhedscenter eller instrueres i hvordan de selv kan holde sig i gang) Evt. hjælp til at ansøge om besøgsven eller støtte/ kontaktperson.	Der udarbejdes slutstatus som altid sendes til egen læge samt udskrivende afdeling. Hvor det er muligt journaliseres i fælles journalsystemet (på tværs af afdelinger)

Bilag 2- Eksempler på borgercases

Case 1: Sonja, 38 år, kvinde med depression og psykotiske symptomer

²⁰ Servicelovens §85: "Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer."

Historik

Sonja har gennem længere tid fulgt i psykiatrien under diagnosen depression og psykotiske symptomer. Sonja har en sundhedsfaglig uddannelse men har ikke været i arbejde de seneste 6 måneder. Sonja bliver indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af massive selvmordstanker, hun har de seneste måneder haft svært ved at overskue og strukturere sin hverdag, hvilket resulterer i at hun ofte føler sig utilstrækkelig og overspiser. Det er svært for Sonja at tage initiativ f.eks. til at gøre rent, det tager hende flere dage at komme i gang og bagefter flere dage til restitution.

Under indlæggelsen udarbejder Sonja, sammen med ergoterapeuten, en planche og huskekort, som hun vil bruge fremover i pressede og svære situationer.

Det er Sonjas mål at hun igen kan strukturere sin hverdag på egen hånd og genoptage flere aktiviteter.

Hvorfor udarbejdes der en genoptræningsplan?

Sonja har brug for støtte til at strukturere og planlægge sin hverdag på en hensigtsmæssig måde, så hun kan overskue sin hverdag og udnytte sit energiniveau forsvarligt/hensigtsmæssigt.

Sonja har et stort genoptræningspotentiale, da hun er i stand til positivt at modtage hjælp og er klar på egne mål for indsatsen - og motiveret for at nå dem

Case 2: Henrik, mand med depression og psykotiske symptomer

Historik

Henrik har pga. periodisk depression med psykotiske symptomer fået flere ECT forløb. Henriks kognitive funktionsniveau er meget nedsat pga. behandlingen med ECT. Henriks kognitive funktionsniveau bedres ikke væsentligt efter ECT er seponeret, hvorfor har han brug for hjælp til struktur i forbindelse med almindelig daglig livsførelse (ADL).

Henrik går i et beskæftigelsesrettet forløb med mentor 2 gange om ugen og har derfor kun brug for kognitiv træning. Henrik har ud over depressionen også personlighedsforstyrrelse af blandet type. Han har haft flere selvmordsforsøg, men vurderes at være klar til kognitiv træning.

Funktionsevne på udskrivnings tidspunktet:

Henriks hukommelse er svært nedsat, han har brug for hjælp til at finde alternative redskaber til at huske aftaler, daglige gøremål, indkøb samt have fokus på egenomsorg.

Hvorfor udarbejdes der en genoptræningsplan?

Der er behov for yderligere genoptræning i henhold til ovenstående diagnose, så patienten igen kan opnå tilnærmelsesvis habituel funktionsniveau.

Forløb i kommunen:

Henrik er tilknyttet pædagogisk vejledning (CSU) samt ergoterapeut fra Træning & Forebyggelse, som er tovholder på genoptræningsplanen.

Der arbejdes med fokus på de positive oplevelser og at kunne holde struktur på hverdagen samtidig med, at Henrik bliver bevidst om at kunne/skulle trække sig, når alt bliver for meget omkring ham. Han har stadig tanker om ikke at være her mere da han er bekymret for den belastning, han er for sine omgivelser og børn. Når der ikke er struktur i omgivelserne og der er for meget uro omkring ham bliver han frustreret og depressiv med mørke tanker. Der arbejdes med psykoedukation, at han ved, hvor han kan søge hjælp, hvordan han kan slippe de destruktive tanker samt oplevelsen af, at han betyder noget for andre.

Henrik oplever at have fået bedre struktur i hverdagen, og er startet med fritidsinteresse. Henriks hukommelse er blevet bedre, så han nu kan huske personer, han møder og kan huske oplevelser.

Henrik er fortsat i genoptræningsforløb, han har fået en mentor tilknyttet og er via Jobcentret i gang med en virksomhedspraktik.

Arbejdsgruppens anbefalinger fra notatet "Samarbejde på tværs af sektorer omkring genoptræningsplaner til mennesker med en psykisk lidelse"

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering vil i sundhedsaftaleperioden 2019-2023 medvirke til at nå sundhedsaftalens mål:

- at reducere overdødeligheden blandt borgere med udvalgte psykiske lidelser
- at øge andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet
- at øge andelen af unge med psykiske lidelser der fuldfører en ungdomsuddannelse

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering har nedsat en arbejdsgruppe, der har haft til formål at komme med anbefalinger til, hvilke indsatser der er behov for i samarbejdet omkring mennesker med en psykisk lidelse, der har behov for en genoptræningsplan.

Anbefalingerne kan medvirke til at opfylde sundhedsaftalens mål i 2023, men i hvor stor grad hver enkelt anbefaling kan bidrage til målopfyldelsen afhænger af, hvilke indsatser der prioriteres igangsat.

Arbejdsgruppens anbefalinger

På baggrund af arbejdsgruppens analyse af området er anbefalingerne til i det fremtidige arbejde oplistet nedenfor.

Kompetenceudvikling af sundhedspersonalet i henholdsvis kommunerne og psykiatrien i regionen

- Styrke opmærksomheden på - og viden om - mentale og kognitive funktionsnedsættelser hos psykiatriske patienter, hvor genoptræning kan være en del af den rehabiliterende indsats.
 - Fælles kompetenceudvikling¹ på tværs af sektorer med det formål, at få en fælles forståelse af området og give fælles referenceramme ("fælles skolebænk").
 - Terapeuterne fra kommunerne og den regionale psykiatri kan tilbydes praktik hos hinanden

Styrke samarbejdet på tværs af sektorer gennem større kendskab til hinandens arbejdsområder

- Netværk for sundhedspersonale - der arbejder med målgruppen - på tværs af kommuner og psykiatrien i regionen
 - Personlige relationer gør det lettere at kontakte hinanden og søge råd og vejledning i hverdagen
- Kommunerne kan øge det tværgående samarbejde fx ved at en eller flere medarbejdere har kontakt på tværs af sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet og er i løbende kontakt til med samarbejdspartnere i psykiatrien i regionen.
- Tæt kontakt mellem kommunernes afdelinger (Træning, socialpsykiatri, arbejdsmarked mv) grundet at borgere ofte har brug for flere indsatser fx støtte-kontaktperson og arbejdsmarkedsrettede forløb.
- Sundhedspersonalet i psykiatrien skal kende til de kommunale tilbud, så de bliver klædt bedre på til at tage dialogen med patienterne, og patienterne får viden om, hvad de kan forvente af et forløb i kommunen
 - Sundhedspersonalet på psykiatrisygehuset kan øge sin viden om kommunale tilbud via tværfagligt netværk, internetportalen "sundhed.dk" og gennem case-eksempler

¹ I Psykiatriplan 2020-2024 er et af indsatsområderne: kompetenceudvikling med fokus på psykiatriske patienters somatiske behov.

- Grafisk illustration af patientens/borgerens vej gennem et behandlingsforløb på sygehuset og over i et genoptræningsforløb i kommunen (flowdiagram)
- Viden om hvilke behov patienterne har efter udskrivelse på psykiatrisygehuset giver kommunerne bedre mulighed for at tilpasse og udvikle lokale løsninger, som matcher det behov, der er.

Sikre at alle patienter får vurderet deres behov for en genoptræningsplan

- Øge fokus på at udarbejde genoptræningsplaner særligt til mennesker med angst og depression
- Genbesøge screeningsmodellen: "Model for sondring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer" med henblik på at forenkle modellen så den er mere håndterbar i praksis
- Bedre arbejdsgange internt på psykiatrisygehuset til at opfange patienter med et gen-optræningsbehov
- Øget fokus genoptræningsplaner fx på fælles terapeutmøder i psykiatrien og generelle konferencer.

Styrke patienter og pårørendes viden om mulighederne for genoptræning

- Sundhedspersonalet i psykiatrien i regionen klædes på til at tage den første dialog med patienten og evt. pårørende om genoptræning i kommunerne
 - Grafisk illustration af patientens/borgerens vej gennem et behandlingsforløb på sygehuset og over i et genoptræningsforløb i kommunen (flowdiagram)
- Informationskærme i venterum med videoklip af bl.a. borgerens forløb (fra behandling i psykiatrisygehus til genoptræning i kommunen) og eksempler på tilbud i den kommunale genoptræning.

Styrke patienter og pårørendes viden om tilbud i civilsamfundet

- Sundhedspersonalet på de psykiatriske afdelinger er på nuværende tidspunkt i gang med at etablere Front Office, så de fremover skal sidde ude blandt patienterne, i stedet for på kontorerne. Medarbejderne vil derved komme tættere på patienter og pårørende, og derved også være mere tilgængelige og hjælpe patienterne med at drøfte relevante tilbud i kommunerne og i civilsamfundet.
- Informationskærme i venterum og lign. med oplysning om forskellige foreningers tilbud (fx SIND, PsykInfo, Bedre psykiatri, Røde Kors, Depressionsforeningen, Angstforeningen mv.)
- Sundhedspersonalet italesætter muligheder for aktiviteter og tilbud i civilsamfundet – evt. med henvisning til kommunernes frivillighedskoordinatorer
- Udarbejde flowdiagram i grafisk design, så det kan bruges som dialog og kommunikations redskab til patienter og pårørende.

3. februar 2021



Præcisering af samarbejdsorganisation for Kommunal PRO

Som følge af henvendelser angående "Tilslutningsaftalen vedrørende tilslutning til Kontrakt om anskaffelse af Kommunal PRO" (herefter benævnt Aftalen), som kommunerne modtog i januar 2021, fremsendes hermed brev med information om samarbejdsorganisationen på Kommunal PRO samt præcisering af vilkår for ikrafttrædelse og ophør af Aftalen.

Indledningsvist gøres opmærksom på, at Aftalen regulerer forholdet mellem de involverede parter under indgåelse af kontrakten om Kommunal PRO. **Såfremt I som kommune ønsker at have adgang til Kommunal PRO, skal Aftalen underskrives og fremsendes til projektleder Signe Vind (KommunalPRO@kk.dk) senest den 19. marts 2021.** Det er ikke muligt at tilslutte sig senere grundet udbudsjuridiske forhold.

Samarbejdsorganisation

Efter kontraktens indgåelse inviterer de Ordregivende myndigheder (Odense-, Aalborg-, Aarhus- og Københavns Kommune) sammen med KL, kommunerne til at deltage i en drøftelse om den fremadrettede samarbejdsorganisation for Kommunal PRO. Samarbejdsorganisationens overordnede formål er at sikre understøttelse af kommunale forretningsmæssige behov. Samarbejdsorganisationen for både udviklings- og driftsfasen skal så vidt muligt afspejle fælleskommunale behov, samt følge den strategiske retning og ambition for bedre brug af kommunale data. Kommuner, der allerede har erfaringer med anvendelsen af PRO opfordres i særdeleshed til at bidrage i den fælleskommunale udvikling. Der skal nedsættes en styregruppe samt en faglig referencegruppe. Samarbejdsorganisationen vil efter dialog med de deltagende kommuner nærmere blive beskrevet og fremsendt efter kontraktens indgåelse.

Ikrafttrædelse og ophør

De Ordregivende myndigheder kan endvidere oplyse, at der i beskrivelsen af samarbejdsorganisation vil indgå en præcisering af Aftalens punkt 10 vedrørende ikrafttrædelse og ophør med nedenstående ordlyd:

10. Ikrafttræden og ophør:

10.1 Aftalen træder i kraft ved begge Parters underskrift.



Kommunal PRO

- 10.2 Aftalen bortfalder automatisk ved Kontraktens ophør. Dette gælder uanset grunden hertil.
- 10.3 Kommunen kan vælge at udtræde af Aftalen med 6 måneders varsel, dog kun til udløb 6 år efter Overtagelsesdagen i henhold til Kontrakten.
- 10.4 Såfremt minimum 20 % af tilslutningskommunerne ønsker at udtræde af Aftalen, sker ét af følgende:
- 10.4.1 Kontrakten opsiges med Leverandøren, dog tidligst 2 år efter Overtagelsesdagen, eller
- 10.4.2 De tilslutningskommuner, som ønsker at udtræde af samarbejdet, udtræder tidligst 2 år efter Overtagelsesdagen af Kontrakten, under forudsætning af at de resterende kommuner i samarbejdet er indforståede med, at Kontrakten fortsætter, og at de økonomiske forpligtelser for den enkelte kommune ændres som følge af, at færre kommuner deltager i samarbejdet.
- 10.5 Udtrædelse i henhold til punkt 10.4 skal meddeles KK med 6 måneders varsel.
- 10.6 Alle kommuner, uanset indbyggerantal, vægter ens.