



NOTAT

27-11-2025

EMN-2025-00898

1816066

Helene Louise Munk Fog

Maj-Britt Madsen

Ara Maroufi

Afrapportering – Task Force for nedbringelse af ventetider i børne- og ungdomspsykiatrien

1. Baggrund

Både i Danmark og i andre vestlige lande, har der de seneste år været en stor stigning i antallet af børn og unge, der er i mistrivsel. Der ses parallelt hermed en stor stigning i antallet af børn og unge, der henvises til den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Selvom børne- og ungdomspsykiatrien i de fleste regioner har øget antallet af unikke patienter man har kontakt til, er det ikke tilstrækkeligt til at efterkomme presset ind mod børne- og ungdomspsykiatrien og som følge af det har alle regioner i dag meget lange ventetider til udredning og behandling. Mange børn og unge har forud for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien haft et langt forløb med psykiske symptomer og mistrivsel og har derfor ved henvisning stort behov for hurtig hjælp.

På nationalt plan er der i regi af 10-årsplanen blevet prioriteret midler til en tidlig indsats for børn og unge med mistrivsel, som skal sikre hurtigere og tidlig hjælp. Det er forventningen, at denne indsats på sigt vil nedbringe henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien. Der er ligeledes prioriteret midler til specifikke indsatser og kapacitetsøgning i børne- og ungdomspsykiatrien, og alle regioner har løbende prioriteret midler og iværksat forskellige indsatser, der skal imødekomme behovene i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er lykkedes at udvide kapaciteten på nogle områder, og det forventes at særligt midlerne fra 10-årsplanen for psykiatrien vil bidrage til yderligere kapacitetsforøgelse inden for den kommende periode. Regionerne har ligeledes selv iværksat initiativer, der skal bidrage til at nedbringe ventetiderne. Effekten af regionernes egne initiativer og 10-årsplanens kapacitetsløft og indsatser forventes at give mærkbare forandringer på sigt. De fortsat stigende ventetider understreger dog, at der bør iværksættes yderligere regionale tiltag, som sammen med øvrige tiltag, kan bidrage til at nedbringe ventetiderne.

1.1 Nedsættelse af Task Force

Sundhedsdirektørkredsen besluttede derfor i efteråret 2025, at nedsætte en tværregional Task Force, der kan komme med anbefalinger til yderligere tværregionale indsatser med henblik på at øge kapaciteten og at sikre den bedst mulige brug af ressourcer samtidig med opretholdelse af en høj faglig kvalitet i børne- og ungdomspsykiatrien til gavn for den samlede målgruppe. Task Forcens medlemmer fremgår til sidst i afrapporteringen.

Task Forcens afrapportering fokuserer på anbefalinger inden for fem indsatsområder, som både på kortere og længere sigt kan bidrage til at imødekomme de nuværende kapacitetsudfordringer samt på sigt, at sikre en robust og bæredygtig børne- og ungdomspsykiatri. Det er dog vigtigt at understrege, at den regionale børne- og ungdomspsykiatri ikke alene kan afhjælpe den udfordring, vi har som samfund, med et stigende antal børn og unge der mistrives.

Indsatsen i den regionale børne- og ungdomspsykiatri bør suppleres af indsatser tæt på børn og unges hverdagsliv således, at færre børn og unge på sigt får brug for at blive henvist til børne- og ungdomspsykiatrien.

Erfaringerne viser, at det er et langt, sejt træk at nedbringe ventetiderne, og anbefalingerne skal således ses som et bidrag i sammenhæng med øvrige initiativer og generelle kapacitetsmidler fra 10-årsplanen.

Afrapporteringen forelægges Danske Regioners bestyrelse til godkendelse ultimo 2025. Dette med henblik på, at Danske Regioners kommende bestyrelse kan forelægges en initiativplan i 2026.

1.2 Presset ind mod børne- og ungdomspsykiatrien

Der har længe været og er et fortsat stort pres i børne- og ungdomspsykiatrien i alle fem regioner. Nøgletal for børne- og ungdomspsykiatrien viser, at der på landsplan fra 2020 til 2024 har været en vækst på cirka 21 pct. i antallet af unikke patienter der er set i børne- og ungdomspsykiatrien.

Tabel 1: Antal unikke patienter i børne- og ungdomspsykiatrien (0-18 år) inklusiv virtuelle kontakter og udekontakter¹, 2020 – 2024 (fra rapporten Nøgletal i psykiatrien)

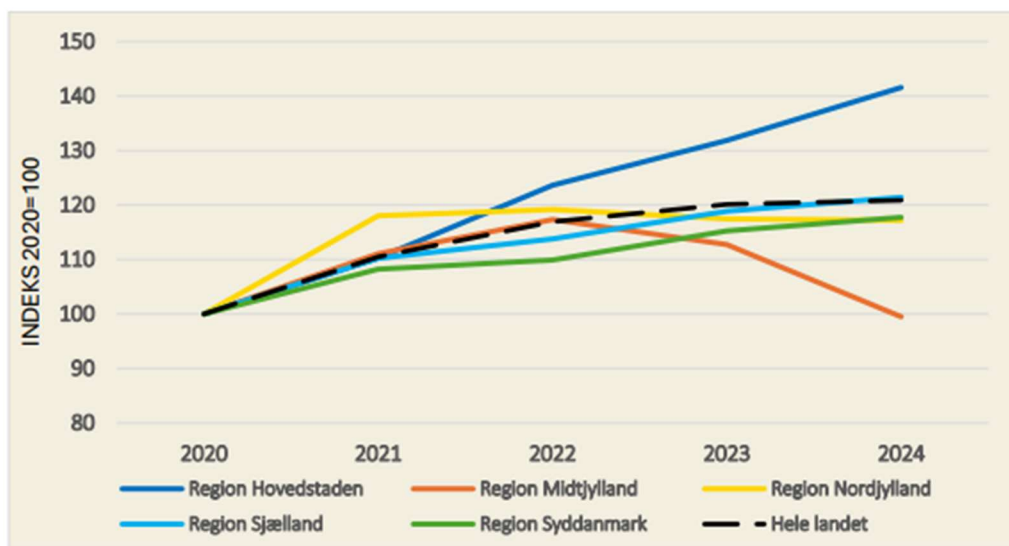
¹ Unikke patienter inklusiv virtuelle og udekontakter betyder, at optællingen omfatter alle de patienter som har haft fysisk fremmøde i psykiatrien og ligeledes også alle de patienter, som kun har haft enten virtuel kontakt eller udekontakt.

| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Region Hovedstaden | 11.174 | 12.323 | 13.818 | 14.734 | 15.820 |
| Region Midtjylland | 9.343 | 10.376 | 10.963 | 10.533 | 9.296 |
| Region Nordjylland | 3.170 | 3.742 | 3.778 | 3.724 | 3.715 |
| Region Sjælland | 5.999 | 6.611 | 6.827 | 7.132 | 7.284 |
| Region Syddanmark | 8.831 | 9.558 | 9.704 | 10.177 | 10.398 |
| Hele landet | 38.054 | 42.044 | 44.497 | 45.709 | 46.000 |

Kilde: Landspatientregistret pr. 10. marts 2025.

Note: Børn og unge er defineret som (0-18 år) og voksne (19 år eller derover).

Figur 1: Antal unikke patienter i børne- og ungdomspsykiatrien (0-18 år) inklusiv virtuelle og udekontakter pr. 100.000 børn og unge, 2020-2024, indeks 2020=100 (fra rapporten Nøgletal i psykiatrien)

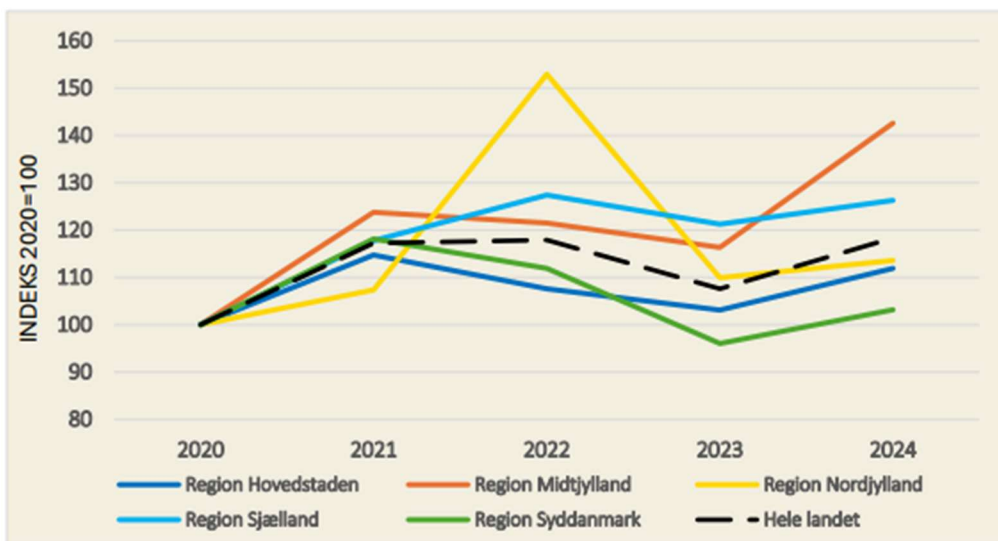


Kilde: Egne beregninger baseret på Landspatientregistret pr. 10. marts 2025.

Det stigende antal patienter har også medført flere ambulante besøg og indlæggelser. Ligeledes har regionerne oplevet en vækst i antallet af udekontakter og virtuelle kontakter i perioden 2020-2024.

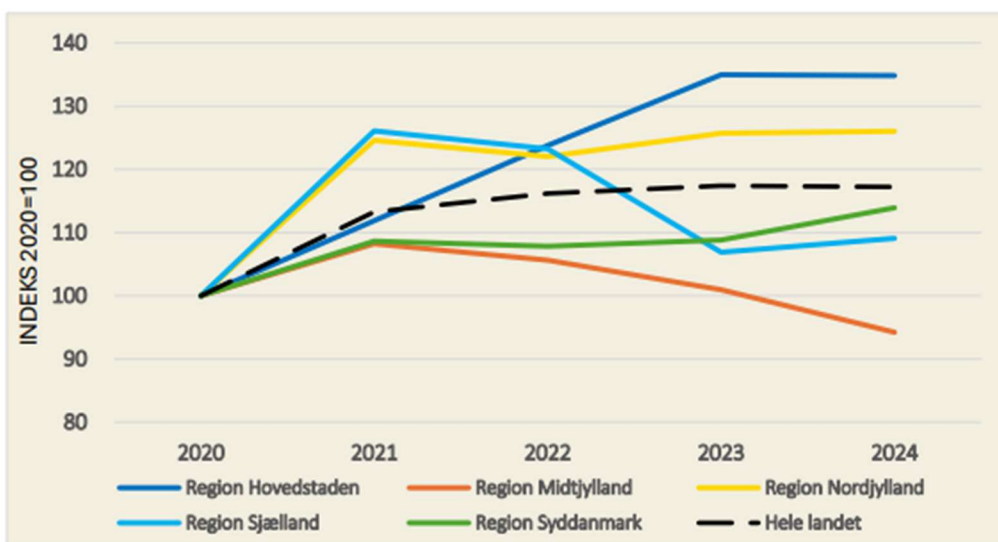
Figur 2: Antal indlæggelser² i børne- og ungdomspsykiatrien, indeks 2020=100 (fra rapporten Nøgletal i psykiatrien)

² Data stammer fra Sundhedsdatastyrelsen, som definerer indlæggelser som sammenhængende sygehusophold af minimum 12 timers varighed



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret pr. 10. marts 2025 fra Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 3: Antal ambulante ophold³ i børne- og ungdomspsykiatrien, indeks 2020=100 (fra rapporten Nøgletal i psykiatrien)



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret pr. 10. marts 2025 fra Sundhedsdatastyrelsen.

1.1.1 Stigende ventetider

Alle regioner har store udfordringer med at overholde ventetiden i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er en udfordring som alle regioner tager meget alvorligt og der har over tid været iværksat forskellige tiltag for at imødegå ventetiden. I perioden 2020-2024 har der været et markant fald i overholdelsen af udredningsretten på 30 dage. Således var overholdelsen på tværs af landet kun 21 pct. i 4. kvartal 2024 og faldet til 14 pct. i 2. kvartal 2025, med synlige variationer mellem regionerne. Udviklingen skyldes både det stigende antal børn og unge, der bliver henvist til børne- og

³ Data stammer fra Sundhedsdatastyrelsen, som definerer ambulante ophold som sygehusophold af kortere varighed en 12 timer

ungdomspsykiatrien, men en del af udviklingen er også udtryk for, at der i perioden er sket en ændret registreringspraksis i regionerne.

I 2023 igangsatte Rigsrevisionen en undersøgelse af overholdelse af udredningsretten i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor det blev tydeligt, at regionerne havde forskellige registreringspraksis. Registreringspraksis er som følge af dette ændret i nogle regioner, hvilket betyder, at det ser ud som om, at der er sket en forværring af ventetiden⁴. Det betyder, at den markante stigning i ventetid til udredning, som nogle regioner oplever, ikke er et udtryk for, at børn og unge reelt venter længere tid på at blive udredt, men at de venter længere tid på den første samtale i udredningsforløbet. Nedenstående tabel viser udviklingen i, hvor lang tid det gennemsnitligt tager fra henvisning af patienten til patienten er udredt i børne- og ungdomspsykiatrien:

Tabel 2: Ventetid til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien

| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---------------------------|---------|----------|----------|----------|----------|
| Region Hovedstaden | 22 dage | 30 dage | 44 dage | 41 dage | 102 dage |
| Region Midtjylland | 57 dage | 80 dage | 118 dage | 194 dage | 208 dage |
| Region Nordjylland | 54 dage | 127 dage | 159 dage | 237 dage | 231 dage |
| Region Sjælland | 28 dage | 31 dage | 49 dage | 48 dage | 157 dage |
| Region Syddanmark | 28 dage | 34 dage | 56 dage | 95 dage | 170 dage |
| Hele landet | 36 dage | 52 dage | 72 dage | 106 dage | 158 dage |

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Note: Alle data dækker 4. kvartal for det pågældende år

Således var den gennemsnitlige ventetid på at blive udredt 158 dage på tværs af landet i 4. kvartal 2024 med synlige forskelle mellem regionerne.

Der har ligeledes været en stigning i ventetiden på behandling. Fra 17 dage på tværs af landet i 4. kvartal af 2020 til 31 dage i 4. kvartal i 2024.

1.1.2 Udfordringer med kapacitet

Selvom nøgletal viser, at der på landsplan er sket en vækst i alle personalegrupper (undtaget lægesekretærer) fra 2020 til 2024, gør den store stigning i behovet for hjælp i børne- og ungdomspsykiatrien, at personaleressourcerne mange steder fortsat er knappe og at der fortsat opleves rekrutteringsudfordringer.

Udfordringerne er særligt kritiske i forhold til speciallæger og specialpsykologer, som ikke blot udgør helt afgørende ressourcer i de diagnostiske konferencer og ved kliniske beslutninger, men som også udfører en stor del af børne- og ungdomspsykiatriens øv-

⁴ Således har faldet været særligt markant for de regioner, der tidligere havde praksis for at lade patienterne vente "inde i psykiatrien", hvor de registrerede patienter som udredte ved første samtale og herefter udførte resten af udredningselementerne, mens andre regioner først registrerede patienter som udredte, når alle udredningselementer var afsluttet. Således var der ikke tale om en forskel i kvaliteten af udredningerne på tværs af landet, men alene i selve registreringspraksissen.

rige kerneopgaver. Det gælder blandt andet uddannelse, supervision og det tværsektorielle samarbejde i patientforløbene og psykiatrifaglig sparring til kommunerne i sager vedrørende børn og unge, som ikke har et aktivt patientforløb i psykiatrien. Det er muligt at rekruttere nyuddannede psykologer, men kun i begrænset omfang psykologer med erfaring og i særdeleshed specialpsykologer. En undersøgelse fra Lægeforeningen viser desuden, at 28 pct. af speciallægerne i børne- og ungdomspsykiatri i 2023 arbejder i det private, og at 55 pct. af de speciallæger, der var offentligt ansat inden for de foregående seks måneder havde overvejet at skifte til det private. Denne udfordring med skift og overvejelse om skift til privatansættelse er med til at øge presset på de knappe speciallægerressourcer. Tilsammen er disse flaskehalse i adgangen til nøglekompetencer med til at forstærke presset i børne- og ungdomspsykiatrien.

Det stadig stigende pres ind mod børne- og ungdomspsykiatrien presser desuden også den fysiske kapacitet, hvor flere regioner oplever, at mangel på lokaler skaber udfordringer ift. booking af aftaler med patienter.

2. Aktuelle tiltag

Selvom flere tiltag de senere år har medført, at flere og flere børn og unge får hjælp i børne- og ungdomspsykiatrien end nogensinde tidligere, er der fortsat et stigende antal børn og unge, der venter på at få hjælp og de der venter, venter længe på hjælpen. Der er løbende tilført midler til området – særligt med 10-årsplanen for psykiatrien, som også tilfører markante midler til forebyggelse i regi af det lettilgængelige behandlingstilbud til børn og unge med psykisk mistroivsel og symptomer på psykisk sygdom i kommunerne. Indsatserne er fortsat i udviklings- og implementeringsfasen, og det er derfor ikke muligt at se den planlagte effekt endnu.

I den regionale børne- og ungdomspsykiatri har der over en lang periode været arbejdet med at optimere brugen af ressourcer for at imødekomme det stigende antal patienter, der har brug for hjælp i børne- og ungdomspsykiatrien. Indsatserne har stort fokus fra både politisk hold og fra medarbejderne i børne- og ungdomspsykiatrien.

I de følgende afsnit gennemgås nogle af de nationale og tværregionale indsatser, som har betydning for børne- og ungdomspsykiatrien.

2.1 10-årsplanen for psykiatrien

I september 2022 indgik den daværende regering og aftalepartierne første aftale i regi af 10-årsplanen for psykiatrien. Siden er kommet *Aftale om en bedre psykiatri* fra november 2023 og senest *Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien* fra maj 2025. Børn og unge har fra begyndelsen været en af de prioriterede indsatsområder, og i regi af aftalerne er der afsat midler til konkrete indsatser både på det forebyggende område og i børne- og ungdomspsykiatrien. Blandt de forebyggende indsatser, er det kommunale lettilgængelige behandlingstilbud til børn og unge, som skal sikre mulighed for afklaring og behandling uden for behandlingspsykiatrien til børn og unge i psy-

kisk mistrivsel og med symptomer på psykisk lidelse helt centralt. Tilbuddet er implementeret i alle kommuner i 2025, og er blevet tilført flere midler i regi af *Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien fra 2025*.

I regi af aftalerne er der afsat generelle kapacitetsmidler til børne- og ungdomspsykiatrien som over en årrække vil føre til et væsentlig kapacitetsløft. Det vil således være en langvarig og kontinuerlig opgave at løfte psykiatrien og der er behov for stort fokus på rekruttering, tilknytning, kompetenceudvikling mv.

Som led i 10-årsplanen er der ligeledes afsat midler til konkrete indsatser til børn og unge, som over tid skal øge kvaliteten og styrke det tværsektorielle samarbejde for udvalgte målgrupper. Initiativerne øger ikke kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien, men øger kvaliteten i indsatserne til de børn og unge, som bliver udredt og/eller behandlet. Det er dog meget væsentligt at nye anbefalinger tilpasses således, at regionerne kan tilrettelægge arbejdet, så ressourcer og kompetencer i psykiatrien anvendes hensigtsmæssigt under hensyn til de samlede opgaver i psykiatrien. Hvis det ikke sker, er der betydelig risiko for, at ventetiderne til børne- og ungdomspsykiatrien forlænges og dermed vil føre til et fald i overholdelsen af udrednings- og behandlingsretten. Danske Regioner vil indlede dialog med Sundhedsstyrelsen og andre relevante aktører om dette.

Blandt de konkrete indsatser målrettet børn og unge er bl.a.:

- *Beskrivelse af forløb for børn og unge med psykoselidelser* med anbefalinger til tilrettelæggelsen af tværsektorielle forløb
- *Beskrivelse af forløb for børn og unge med autismespektrumforstyrrelser* med anbefalinger til en shared-care model for tværsektorielle forløb
- *Hurtig opstart af behandling og tryk opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien*, som skal sikre hurtig, individuelt tilpasset og fleksibel hjælp og støtte til børn, unge og familier under udredning og forventes at medføre længere udredningstid
- *Bedre hjælp til ADHD og autisme* som skal sikre mere ensartet kvalitet i udredning, behandling og opfølgning for både børn, unge og voksne, og som desuden skal understøtte bedre brug af forskellige faggrupper.

Der er desuden afsat en række generelle kapacitetsmidler, som regionerne mere fleksibelt kan anvende til at udvide kapaciteten dér, hvor det er nødvendigt for den enkelte region. Det forventes, at det især er tilførslen af generelle kapacitetsmidler, som på sigt kommer til at bidrage positivt til nedbringelse af ventetider i børne- og ungdomspsykiatrien.

Danske Regioner og regionerne bør indgå i dialog med Sundhedsstyrelsen for at af-søge, om der kan aftales længere implementeringshorisont for nogle af anbefalingerne til organisering i regi af indsatser i 10-årsplanen således, at personaleressourcer ikke bindes til bestemte sygdomsgrupper, men kan bruges mere fleksibelt.

2.1.1 Ny patientrettighed i børne- og ungdomspsykiatrien

Som del af 10-årsplanen, træder der fra 1. januar 2026 en ny patientrettighed i børne- og ungdomspsykiatrien i kraft. Med den nye rettighed får børn og unge henvist til børne- og ungdomspsykiatrien ret til:

- Opstart af udredning inden for 30 dage efter henvisning, og
- Endelig udredning og opstart af behandling inden for 60 dage efter henvisning

Med den nye patientrettighed ønsker Indenrigs- og Sundhedsministeren at give børn og unge en samlet rettighed, der skal skabe mere sammenhængende forløb og i højere grad afspejle, at udredning og behandling ofte foregår parallelt. Dermed giver den nye patientrettighed også bedre mulighed for at igangsætte behandling allerede ved første møde med patienten.

Danske Regioner har i høringssvaret vedr. patientrettigheden til ministeriet gjort opmærksom på, at den nye patientrettighed risikerer at føre til flere og mere afbrudte forløb, og dermed ikke vil stille patienterne bedre eller medvirke til at nedbringe ventetiderne.

Lovændringen følges af bekendtgørelse og vejledning, og det vil være afgørende, at den nye vejledning præciserer, at man fra start kan behandle de fremtrædende symptomer, fx angst og depression, før man udreder eventuelt underliggende sygdom.

2.2 Sundhedsreformen

Som led i sundhedsreformen blev Regeringen og Danske Regioner d. 11. marts 2025 enige om en aftale om ligestilling og integration af psykiatri og somatik, der blandt andet skal give patienter bedre og mere sammenhængende behandling på tværs af psykiske og somatiske behandlingstilbud. Den ledelsesmæssige, organisatoriske og administrative integration skal være implementeret i alle regioner senest d. 1. januar 2027. Gennemførelsen af reformen kommer til at trække ressourcer og det er væsentligt at have fokus på at dette ikke får negativ indflydelse på overholdelsen af ventetiderne. I forbindelse med integrationen er det vigtigt at se på om ressourcer på tværs af børneområdet kan anvendes mere fleksibelt. På sigt er det ambitionen, at man kan skabe nye og bedre patientforløb på tværs, som skal bidrage til at løfte kvaliteten.

I regi af sundhedsreformen er der desuden afsat 150 mio. kr. til et kapacitetsløft af børne- og ungdomspsykiatrien, og det forudsættes, at midlerne bruges med et særligt fokus på at sikre hurtigere udredning og nedbringelse af ventetider.

Ambitionen om ligestilling og integration af psykiatri og somatik gælder også ift. samarbejdet med kommunerne og deres tilbud. Integrationen vil derfor også være et tema for de kommende sundhedsråd. Sundhedsrådene kommer til at spille en central rolle ift. udviklingen af børne- og ungdomspsykiatrien, men det er uvist, hvilken betydning det vil have.

2.3 Uddannelse af og tilknytning af flere speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri

I *Forårsaftale om implementering af sundhedsreformen fra 2025* mellem regeringen og Danske Regioner, er der mulighed for at oprette 30 ekstraordinære hoveduddannelsesforløb inden for udvalgte specialer, herunder børne- og ungdomspsykiatrien. Uddannelsesforløbene skal være centreret om et enkelt akuthospital uden for de fire største byer.

Som initiativ til at tilknytte og rekruttere flere speciallæger i psykiatrien, har regionerne fra april 2026 igangsat et stop for midlertidig brug af speciallægevikarer. Formålet med initiativet er bl.a. at styrke de faglige miljøer i psykiatrien og at gøre den regionale psykiatri til en mere attraktiv arbejdsplads for dermed at kunne tilknytte og rekruttere flere speciallæger.

3. anbefalinger

Task Force har identificeret fem områder, hvor relevante indsatser kan bidrage til at nedbringe ventetiderne til børne- og ungdomspsykiatrien. De fire områder dækker indsatser forankret i børne- og ungdomspsykiatrien:

1. Udrednings- og behandlingsforløb
2. Optimering af ressourcer
3. Digitalisering
4. Uddannelse

Det femte område dækker tværsektorielle initiativer:

5. Tværsektorielt samarbejde

Anbefalingerne dækker både over tværregionale indsatser og regionale indsatser, og skal først og fremmest ses som et supplement til den kapacitetsopbygning, som sker i regi af 10-årsplanen, og desuden de initiativer regionerne selv har iværksat. I alle anbefalinger skal indtænkes en fleksibilitet, så indsatsen kan tilpasses lokale forhold som organisering, personalesammensætning og population.

Flere af anbefalingerne dækker desuden indsatser, som allerede i varierende grad er iværksat i regionerne, men hvor det vurderes, at der er potentiale til at styrke eller udvide indsatsen.

Implementeringen af de anbefalede indsatser skal ske inden for realistiske kapacitetsmæssige rammer, og vil i nogle tilfælde kræve en midlertidig prioritering. Det forventes at anbefalingerne kan implementeres over en flerårig periode afhængigt af regionalt udgangspunkt og samtidig implementering af nationale indsatser i regi af 10-årsplanen.

Områderne og de relevante anbefalinger til indsatser udfoldes i det følgende.

3.1 Udrednings- og behandlingsforløb

Udredning og behandling af børn og unge er en af børne- og ungdomspsykiatriens kerneopgaver, og derfor har Task Force kigget på, hvor der er potentiale for at igangsætte indsatser, der kan øge aktiviteten uden at kompromittere kvaliteten.

3.1.1 Revision af pakkeforløb

For at sikre ensartet kvalitet på tværs af landet, er der udviklet pakkeforløb til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Pakkeforløbene har et omfang og indhold, der gør, at det i den nuværende situation er vanskeligt at prioritere alle indsatserne i pakkeforløbene, der er derfor behov for en forenkling. Det er samtidig vurderingen, at de med fordel kan revideres og tilpasses således, at de kan implementeres og være med til at sikre ensartet niveau for kvalitet på tværs af regionerne.

Det anbefales, at pakkeforløbene i børne- og ungdomspsykiatrien revideres med blik for fastholdelse af kvalitet, samtidig med at de skal være realistiske ift. den eksisterende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien. Revisionen af pakkeforløbene bør bl.a. tage hensyn til:

- Differentiering i udredning og behandling, således, at pakkeforløbene også afspejler patienters forskellige behov. Regionerne arbejder allerede med differentiering i patientforløb, og en revision af pakkeforløbene kan være med til at understøtte dette
- Pakkeforløbene kan fx bestå af en basispakke, som dækker flertallet af patienterne i målgruppen og forskellige 'tillægspakker' med undersøgelser, observationer og behandlingsformer, som imødekommer den enkelte patients behov
- Pakkeforløbene skal understøtte en fleksibel brug af personalemæssige ressourcer, herunder at der ikke opstår flaskehalse
- Det indledende forløb med første samtale bør beskrives, herunder hvornår man med fordel kan ses indledningsvist af speciallæge/specialpsykolog således, at ressourcer bruges hensigtsmæssigt i det efterfølgende forløb
- Undersøgelser der er foretaget i fx det lettilgængelige tilbud eller i regi af PPR skal ikke gentages
- De juridiske forhindringer for at indhente vurdering af skoleforløb forud for fremmøde bør drøftes med relevante myndigheder
- Gradvis udredning og behandling således, at der iværksættes behandling af dominerende symptomatologi først
- Pakkeforløbene kan indeholde elementer som kan tages i anvendelse når den rette kapacitet er tilstede
- Pakkeforløbene bør indeholde beskrivelser af hvilke opgaver det kan løses i samarbejde mellem pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri
- Pakkeforløbene bør indeholde beskrivelser af hvilke opgaver, der kan varetages hos praktiserende speciallæger og i almen praksis. Dette kan også være opgaver som kan flyttes til det nære sundhedsvæsen på sigt.

Arbejdet med revisionen skal ske i samarbejde mellem regionerne og Danske Regioner og bør igangsættes hurtigst muligt. Der skal udarbejdes en plan for revisionen som skal forelægges sundhedsdirektørkredsen til godkendelse.

Det foreslås desuden, at Danske Regioner indleder dialog med Sundhedsstyrelsen om samspillet mellem reviderede pakkeforløb og implementeringen af nye indsatser i forbindelse med 10-årsplanen for psykiatrien.

3.1.2 Afslutning af patienter til kontrolforløb

I dag er der ingen tværregionale kriterier som beskriver hvornår en patient i børne- og ungdomspsykiatrien kan afsluttes til praktiserende læge. Det betyder, at der er forskellig praksis på tværs af regionerne, og der er ligeledes stor variation i, hvorvidt almen praksis kan og vil tage imod patienterne. Det medfører, at det i den regionale børne- og ungdomspsykiatri bruges uforholdsvist mange ressourcer på at følge børn der fx er i stabil medicinsk behandling.

Det anbefales, at der udarbejdes tværregionale kriterier, som indeholder beskrivelse af, hvilke kriterier der skal være opfyldt for at patienten kan afsluttes fra børne- og ungdomspsykiatrien. Kriterierne skal understøttes af undervisning og opkvalificering.

Der skal arbejdes for, hvordan denne opgave gradvist kan overgå til almen praksis og man kan med fordel dele erfaringer på tværs af landet. Det er imidlertid ikke realistisk at opgaven indenfor en kort tidshorisont overgår fuldt til almen praksis. I overgangsperioden, hvor regionerne selv varetager opgaven, kan der etableres en ambulatoriefunktion til opfølgning, herunder medicinkontrol, hvor patienter kan følges af relevante læge- og sygeplejerskeressourcer på hospitalerne. Løsningen bør tilpasses regionale forhold, og man kan med fordel afsøge, om dette kan foregå på andre afdelinger eller med bemanning fra andre specialer fx fra pædiatrien eller psykiatrien.

Børne- og ungdomspsykiatrien skal understøtte den midlertidige ambulatoriefunktion og på sigt almen praksis med sparring og rådgivning. Almen praksis har allerede i dag mulighed for telefonisk rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien, og det vurderes, at kendskabet til denne ordning med fordel kan øges for at understøtte almen praksis i overtagelsen af afsluttede patienter.

Der nedsættes en tværregional arbejdsgruppe, der udarbejder kriterier for hvornår patienten kan afsluttes fra børne og ungdomspsykiatrien og beskriver en model for ambulant opfølgning eller opfølgning i almen praksis. Arbejdet bør igangsættes hurtigst muligt.

3.1.3 Hurtig opstart af behandling ved tydelig symptomatologi, belastningsreaktion og/eller selvmordstanker

Patienter i børne- og ungdomspsykiatrien bliver ofte udredt for alle potentielle diagnoser, før behandlingen iværksættes, hvilket også har været understøttet af den tidligere adskilte udrednings- og behandlingsret. For patienter med en belastningsreaktion, selvmordstanker eller anden tydelig og dominerende symptomatologi fx angst og

depression kan det være hensigtsmæssigt at igangsætte behandling og afvente effekten heraf, før der evt. sker yderligere udredning. Dette understøttes også i højere grad af den nye patientrettighed i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor patienten har en samlet rettighed på endelig udredning og igangsat behandling inden for 60 dage.

Denne tilgang kan bidrage til, at behandling iværksættes hurtigere, at udrednings- og behandlingsretten opfyldes tidligere, og at psykiatrien i højere grad kan fokusere på de patienter, der har behov for specialiseret indsats samtidig med, at familier får hurtigere og mere målrettet hjælp.

Regionerne har forskellige erfaringer med indsatser til fx patienter med selvmordstanke og handlinger, samt akut opståede belastningsreaktioner, herunder særlige behandlingstilbud som fx Bakkehuset i Region Sjælland, selvmordsklinikker og akutteam.

Der kan med fordel ske en tværregional erfaringsudveksling på dette område og det kan overvejes om dette arbejde bør indgå i revision af pakkeforløb.

3.2 Optimering af ressourcer

En af børne- og ungdomspsykiatriens store udfordringer er at rekruttere og sikre tilknytning af tværfagligt personale med de rette kompetencer. Det er nødvendigt at personalet kan arbejde fleksibelt ift. at kunne varetage forskellige typer af patienter og desuden tværfagligt, herunder at der kan ske omplacering af opgaver under supervision.

Det er nødvendigt at arbejde således, at de knappe personaleressourcer bruges bedst muligt og samtidig arbejde med at minimere aflysning af aftaler mv.. I det følgende udfoldes anbefalinger til syv indsatsområder, der kan være med til at optimere brugen af ressourcer og skabe en mere robust børne- og ungdomspsykiatri.

Regionerne arbejder i varierende grad allerede med de forskellige tiltag, og hvorvidt tiltagene er relevante, afhænger således af forholdene i den pågældende region. Det vurderes dog, at der er stort potentiale i at dele gode erfaringer på tværs og regionerne, og at alle regioner sætter (fornyet) fokus på de syv indsatsområder.

3.2.1 Bedre og bredere brug af andre personalegrupper

For at imødekomme børne- og ungdomspsykiatriens udfordringer ift. rekruttering af tilstrækkeligt kvalificeret og/eller erfarent personale, hvilket er særligt kritisk i forhold til speciallæger og specialpsykologer, er der behov for bedre og bredere brug af faggrupper. Der kan være forskelle ift. hvilke faggrupper, der er relevante i de enkelte regioner og de enkelte afdelinger, bredt set er der dog behov for at blive bedre til at inddrage flere faggrupper i flere opgaver i børne- og ungdomspsykiatrien. Det kan bl.a. være:

- Specialpsykologer kan varetage afklarende og diagnostiske konferencer, og hvor det er muligt også varetage 1-dagsudredninger for særlige målgrupper,

hvor der er mulighed for at konferere med speciallæge ved behov for medicinsk behandling

- Medicinstuderende kan varetage somatiske lægeundersøgelser med vejledning fra erfarent personale
- Integration af psykiatri og somatik giver mulighed for at anvende ressourcer på tværs af specialer. Pædiatrisk afdeling kan fx have ambulant funktion af ADHD-patienter i stabil medicinsk behandling (også beskrevet under 3.1.2 *Afslutning af patienter til kontrolforløb*), men der kan givetvis også etableres andre lokale løsninger
- Der kan med fordel være et større samarbejde om opgaven mellem psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri særligt omkring de ældste unge patienter, hvor det kan være relevant at samarbejde om fx udrednings- og behandlingsopgaver. Dette kan formentlig også bidrage til en gensidig faglig udvikling
- Der bør ses på, hvordan flere personalegrupper kan bidrage til opgaveløsningen. Det kan fx være bredere anvendelse af socialrådgiver i dele af udredningsforløbet og i det tværsektorielle samarbejde eller pædagogisk personale der gennemfører observation af patienter, som del af udredningsforløbet

Task Force anbefaler desuden, at regionerne sammen arbejder videre med rammerne for at inddrage andre relevante faggrupper, med henblik på at alle regioner igangsætter indsatser om at benytte andre personalegrupper ud fra det lokalt mest relevante.

3.2.2 Bedre brug af personaleressourcer

For at optimere brugen af de eksisterende ressourcer i børne- og ungdomspsykiatrien, er der behov for, at hver region ser, hvordan en mere fleksibel tilgang til brugen af ressourcer på tværs af forskellige funktioner kan sikre større fleksibilitet i og mellem personalegrupperne i regionen. Det kan bl.a. gøres ved:

- At ansættelser sker uden bindinger ift. funktionssted (sengeafsnit/ambulatorie) så personalet er til stede, hvor der er behov. Det kan desuden være relevant at undersøge muligheden for, at flere faggrupper indgår i vagtlag fx specialpsykologer, fysioterapeuter og ergoterapeuter
- At medarbejdere kan indgå i både udredning og behandling. Ved at medarbejdere kan varetage både udredning og behandling sikres bedre udnyttelse af tider og kapacitet fx i tilfælde af aflyste behandlingstider, hvor udredningselementer kan bookes ind. Skal ses i sammenhæng med tiltaget om, at flere faggrupper kan varetage flere udredningselementer
- At afdelinger i højere grad arbejder i teams, inspireret af tankegangen i F-ACT, som skaber større fleksibilitet og mindre sårbarhed ift. den enkelte patient.
- Bookinguddbuddet pr. medarbejder laves større end det forventede antal faktiske bookinger pr. medarbejder for at øge fleksibiliteten i booking og sammensætning af forløb

3.2.3 Rekruttering, onboarding og tilknytning

Den gradvise og betydelige kapacitetsopbygning i børne- og ungdomspsykiatrien stiller store krav til rekruttering af nyt personale og målrettet udvikling af deres kompetencer, så nyt personale hurtigere kan indgå i opgavevaretagelsen på afdelingerne. Samtidig er der stor opmærksomhed på at sikre tilknytning af det personale, der allerede er ansat. Følgende initiativer kan igangsættes:

- Hurtigere besættelse af vakante stillinger, fx ved at have stående ansættelsesudvalg med rullende booking eller arbejde med faste ansættelsesrul af nye medarbejdere ud fra forventningen om en vis personaleomsætning hvert år.
- Større fokus på årsager til personaleomsætning, fx ved at afholde systematiske exitsamtaler og identificere regionale og lokale udfordringer.
- Tydelig forventningsafstemning før ansættelse skal sikre, at de rigtige bliver ansat første gang, det gælder både ift. konkrete arbejdsopgaver og fysiske rammer for arbejdet
- Afsøge muligheden for flere samarbejder med uddannelsesinstitutioner, fx inspireret af Region Sjællands samarbejde med Københavns Universitet og Region Nordjyllands samarbejde med Ålborg Universitet, hvor kandidatstuderende i psykologi tilknyttes børne- og ungdomspsykiatrien fra starten af deres kandidatuddannelse (se desuden 3.4.1 *Flere speciallæger og specialpsykologer til psykiatrien*)
- På sigt kan der udvikles en tværregional ramme for onboarding-forløb af nye medarbejdere, som skal medvirke til, at nyt personale hurtigere og løbende kan indgå i afdelingens opgavevaretagelse. Rammen skal være fleksibel således, at den kan tilpasses behovene på de enkelte afdelinger

Regionernes stop for brug af speciallæger i langtidsvikariatet i april 2026 skal ligeledes ses som et initiativ, der skaber bedre og mere bæredygtige faglige miljøer og dermed skal understøtte rekruttering og tilknytning af flere speciallæger.

3.2.4 Revision af dokumentationskrav

Personalet i børne- og ungdomspsykiatrien oplever at bruge uforholdsmæssigt meget tid på dokumentation, og det vurderes at en del af dokumentationsbyrden med fordel kan fjernes. Det kan være med til at frigøre ressourcer og øge den patientrettede tid for særligt speciallæger og specialpsykologer. Det anbefales derfor, at:

- Gennemgår dokumentationskrav fra lovgivning, bekendtgørelser, vejledninger, tværregionale retningslinjer og regionale retningslinjer og kommer med bud på, hvilke dokumentationskrav, der kan frafalde.
- Der udarbejdes en tværregional retningslinje for dokumentation under udredning (PB01, PB02, PB03), som sikrer ensartethed på tværs af regionerne og fjerner overflødig dokumentation.

Arbejdet igangsættes i et samarbejde mellem regionerne og Danske Regioner. De nedsættes en tværregional arbejdsgruppe med ansvar for opgaven. Arbejdet bør igangsættes indenfor kort tid.

3.2.5 Tiltag til at undgå spild

For at optimere brugen af eksisterende ressourcer i børne- og ungdomspsykiatrien og optimere brugen af personalets arbejdstid, er der potentiale i tiltag til at undgå spild af bookinger og ved udeblivelser. Følgende tiltag kan være relevante ift. at undgå spild af bookinger og ved udeblivelser:

- Der indsamles erfaringer på tværs af regioner med løbende booking af patientforløb. Dermed bookes kun de aftaler, der er behov for ift. den enkelte patient, og opgaven med at ombooke ved ændringer i aftaler eller aflysninger mindskes. Der indsamles også erfaringer med en omvendt tilgang til booking, hvor en patients forløb bookes ind og man herefter booker relevant personale ind til de forskellige møder med patienten.
- Mulighed for selvbooking af behandlingsforløb efter første samtale⁵ og ambulant opfølgingsbesøg. Tiltaget kræver teknisk understøttelse.
- Bedre systemunderstøttelse i bookingprocesser, som kan afløse håndholdte løsninger og forbedre hospitalernes og afdelingernes evne til at optimere deres ressourcer (undersøges i igangværende analyseprojekt i Region Midtjylland).
- Tilbyde patienter mulighed for at ændre fra fysisk møde til virtuelt møde, hvis patienten melder afbud.
- Undersøge muligheden for AI-løsninger, der kan understøtte ombookinger i kalendere for at sikre bedre udnyttelse af knappe ressourcer ved aflysninger.
- Undersøge muligheden for AI-løsninger, der kan gennemlæse al dokumentation, herunder særligt relevant ift. henvisninger, og sammenskrive kvalificeret opsummering af dokumenterne.

3.2.6 Særlige indsatser til at afvikle ventetider

Kapacitetsarbejdet i børne- og ungdomspsykiatrien handler også om at øge antal patientforløb pr. medarbejder ved at optimere brugen af eksisterende ressourcer og øge den patientrettede tid.

I flere regioner er der iværksat særlige indsatser med henblik på at nedbringe ventetiderne og øge den patientrettede tid. Et eksempel herpå er en indsats på en klinik i Region Sjælland, hvor der blev afsat to uger til kun at udrede nuværende patienter. Indsatsen har bidraget til en oprydning i interne ventelister, bedre planlægning og overholdelse af 60-dages-fristen for afslutning af udredning og igangsættelse af behandling i den nye patientrettighed. Det vurderes, at indsatsen kan gentages årligt eller halvårligt for at fastholde overholdelsen af patientrettigheden og rydde op i den interne venteliste.

Det anbefales, at regionerne systematisk deler erfaringer og lader sig inspirere af hinandens særlige indsatser med dokumenteret effekt på ventetider, patientflow og ka-

⁵ Så det sikres, at patienten oplyses korrekt om patientrettigheder

pacitetsudnyttelse. De særlige indsatser skal altid tilpasses lokale forhold for de enkelte børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, det gælder bl.a. ift. personalesammensætning og population.

Sundhedsdirektørkredsen har nedsat en arbejdsgruppe vedr. tværregional retningslinje for registrering af ventetider i børne- og ungdomspsykiatrien. Gruppen har også til opgave at opstille fælles normer og standarder for patientrettet tid i børne- og ungdomspsykiatrien. anbefalingerne fra dette arbejde vil også kunne danne ramme omkring fællesregionale indsatser for at øge aktiviteten og den patientrettede tid per behandler.

3.2.7 Styrke speciallægepraksis

For at sikre, at børn og unge får den rette udredning og behandling hurtigere, bør det undersøges, hvordan børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis kan styrkes. Herunder om det regionalt kan give mening at oprette nye ydernumre, hvis kapacitetsbehovet tilsiger det og udbuddet at speciallæger er til stede.

I regi af *Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien* afskaffes sygesikringsgruppe 2 fra 2027, og dermed muligheden for at tage offentligt tilskud med sig til udredning og behandling hos sundhedspersoner i privat regi uden lægehenvielse. På baggrund af denne ændring, bør regionerne afsøge, om og hvordan privatpraktiserende speciallæger enten kan blive ansat i den regionale børne- og ungdomspsykiatri eller vil søge ydernumre.

3.3 Digitalisering

Digitale løsninger kan være en del af løsningen på de store udfordringer med mentale helbredsproblemer hos børn og unge. Disse løsninger kan leveres på alle indsatsniveauer og dermed også i forhold til psykisk mistrivsel og udfordringer i forskellige sværhedsgrader. Der er i dag størst erfaring og evidens i forhold til målgrupper med lette til moderate udfordringer, mens erfaringerne er mere sparsomme i forhold til børne- og ungdomspsykiatriens målgruppe med moderat til svær psykisk sygdom.

Løsningerne spænder fra apps, videokonsultationer, 'blendede' behandlingsprogrammer, hvor digitale behandlingsindsatser kombineres med menneskelige terapeuter, VR og kunstig intelligens.

Digitale løsninger bør udvikles, så de kan anvendes bredt og ensartet på tværs af regionerne, og kan være med til at reducere behovet for personaletunge dokumentationskrav, registreringsopgaver eller fysiske forløb. Dermed kan digitale løsninger være med til at løse nogle af de kapacitetsmæssige udfordringer børne- og ungdomspsykiatrien står over for i dag, ved at frigøre flere behandlerressourcer, og kan desuden understøtte en mere ensartet tilgængelig behandlingsindsats. anbefalingerne kan med fordel sammentænkes med allerede eksisterende indsatser i regi Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark, og blive løftet i regi af den tværregionale Task Force for digital psykiatri.

Task Force har identificeret fire konkrete områder, hvor det kan være relevant at udvikle og/eller implementere digitale løsninger, som udfoldes i det følgende.

3.3.1 Brug af kunstig intelligens til understøttelse af dokumentation og screening

Der findes i dag løsninger med brug af kunstig intelligens, som kan lette det administrative arbejde som psykologer og læger bruger meget tid på i forbindelse med udredning og behandling af børn og unge. Task Force vurderer, at dette vil kunne lette dokumentations- og forberedelsesbyrden betydeligt og frigøre knappe ressourcer. Anbefalingen stemmer overens med anbefalingerne fra Den Digitale Taskforce for Kunstig Intelligens, som er et tværoffentligt samarbejde mellem regeringen, KL og Danske Regioner. Taskforcen har bl.a. som mål, at udrulning af kunstig intelligens kan anvendes til at frigøre arbejdskraft, reducere administration og øge kvaliteten.

Det bør afsøges, om følgende løsninger er udviklet og kan implementeres i børne- og ungdomspsykiatrien:

- AI-løsning som kan hjælpe med at screene og gennemgå det henvisningsmateriale, der medfølger en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien. Der anvendes i dag meget tid på at gennemgå henvisningsmateriale, som kan variere meget i både omfang og kvalitet.
- AI-løsning fra tale til tekst som værktøj til dokumentation i behandlerens møde med patient, og hvor løsningen også kan opsummere de vigtigste pointer efter en udrednings- eller behandlingssamtale. Det vurderes, at en AI-løsning fra tale til tekst vil kunne halvere den tid, som bruges på dokumentation efter møder med patienten.

Regionerne arbejder allerede med implementeringen af forskellige AI-projekter. I Region Nordjylland er talegenkendelsesløsningen eksempelvis 80% implementeret på Aalborg Universitetshospital, og der foreligger desuden en implementeringsplan for løsningen i Psykiatrien. Region Nordjylland kan derfor med fordel facilitere vidensdeling mellem regionerne i Task Force for digital psykiatri, så udrulning og implementering af AI-løsninger i psykiatrien kan bygge på de erfaringer, der allerede er opnået på andre områder.

3.3.2 Digital understøttelse af tværregional psykoedukation og *Hurtig opstart af behandling fra 10-årsplanen*

Som led i 10-årsplanen er der afsat midler til hurtig opstart af ikke-diagnosespecifik/transdiagnostisk behandling, som tilbydes familierne mens udredningen pågår. Hurtig opstart af behandling for denne patientgruppe vil give et relevant kvalitetsløft, men det vurderes at kræve betydelige ressourcer, og såfremt det skal implementeres i den nuværende form, vil det forøge presset på kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien og medføre stigende ventetider.

For at imødekomme hurtig opstart af behandling og regionernes ønske om at styrke mulighederne for psykoedukation foreslås det, at der etableres et fælles digitalt tværregionalt koncept, som understøtter *Hurtig opstart af behandling* og psykoedukation til børn, unge og familier, hvor der udvikles fælles koncepter for de største problemområder og diagnoser såsom søvnproblematikker, konflikthåndtering og følelsesregu-

lering. Det forstås, at der udarbejdes digitale løsninger såsom videoer, undervisningsprogrammer og mulighed for råd og vejledning fra klinikere over chat og video (evt. også i virtuelle undervisningssessioner).

Der er behov for at der sker en videreudvikling af et koncept for digital psykoedukation og tidlig behandling. Det vurderes hensigtsmæssigt at denne opgave placeres i Task Force for Digital Psykiatri, som har til opgave at udvikle, afprøve og implementere digitale løsninger, som skaber værdi for mennesker med psykiatriske lidelser. En fremtidig løsning kan eventuelt tænkes sammen med den digitale platform "familiens digitale værktøjskasse" som Bedst for os er i gang med at udvikle. Sundhedsdirektørkredsen vil blive præsenteret for konceptet i 2026.

3.3.3 Digital behandling i børne- og ungdomspsykiatrien

Der findes på nuværende tidspunkt ikke mange danske erfaringer med strukturerede digitale behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. iERITA, som er et behandlingsprogram til selvskaade, er indtil videre det program, som regionerne har størst erfaring med. Hvis de kommende forskningsresultater er positive, bør der investeres i en forankring og evt. udbredelse af programmet. Udover iERITA bør der også ses på muligheden for at udvikle flere programmer i samme koncept. Til inspiration kan der med fordel hentes erfaringer fra Sverige, som har erfaring med brugen af digitale behandlingsprogrammer i børne- og ungdomspsykiatrien.

For at understøtte udviklingen og brugen af digitale behandlingsformer er der behov for at rejse en national dialog i forhold til kliniske retningslinjer, som bør tilpasses i takt med at digitale løsninger udvikles.

3.3.4 Videokonsultationer som standard

I dag benytter regionerne i vid udstrækning videokonsultation i mødet med barnet/den unge og deres familier. Der er dog et potentiale i at udbrede videokonsultationer som standard til alle de besøg, som ikke kræver et fysisk fremmøde. Formålet med videokonsultationer er at tilbyde større fleksibilitet for familier og ansatte, samt at forebygge de mange aflysninger i børne- og ungdomspsykiatrien, som er en hindring for effektiv ressourceudnyttelse.

For at sikre øget brug af videokonsultation foreslås det, at de enkelte regioner lokalt sætter et måltal for brugen af videokonsultation, så der sættes yderligere fokus på området samt sikres fremdrift.

3.4 Uddannelse

En fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien afhænger af tilstrækkelig kvalificeret arbejdskraft, og derfor er der behov for, at psykiatrien spiller en større rolle i relevante uddannelsesforløb.

3.4.1 Flere speciallæger og specialpsykologer til børne og ungdomspsykiatrien

I forlængelse af sundhedsreformens mål om at sikre bedre lægedækning i hele landet, foreslog Danske Regioner i foråret 2025 i alt 25 konkrete indsatser til at sikre bedre

lægedækning, herunder også i forhold til at sikre flere læger i børne- og ungdomspsykiatrien generelt. På samme måde identificerer Task Forcen en udfordring med at rekruttere psykologer.

Der bør fokuseres på, at der både skal uddannes flere speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, og at flere af de læger, der har gennemført deres introduktionsstilling, skal fortsætte i hoveduddannelsen. På samme vis bør der fokuseres på et tilstrækkeligt antal uddannelsesstillinger til specialpsykologer (SPU), da de både kan løse mange af de samme funktioner som speciallægerne og dertil udgør en flaskehals i mange patientforløb.

En af årsagerne til lægernes frafald efter introduktionsstillinger, er arbejdsmiljøet, hvor læger i introduktionsstillinger kan opleve et højt arbejdspress og utilstrækkelig supervision. Ligeledes ses en udfordring ift. at specialpsykologer ofte skifter væk fra psykiatrien efter endt uddannelse. Der er derfor behov for en styrket indsats for at skabe en arbejdsplads, hvor lægerne og psykologerne trives og ser en fremtid. Der er fx konkrete eksempler på at tilknytte psykologer under uddannelse i praktik i psykiatrien, i hhv. Region Nordjylland og Region Sjælland, via et særligt tilrettelagt kandidatspor på Københavns Universitet og Aalborg Universitet, og derved sikre en stabil tilgang af nye psykologer til især hovedklinikker, som varetager den primære udrednings- og behandlingsindsats.

Følgende initiativer kan igangsættes for at sikre flere speciallæger og specialpsykologer i børne- og ungdomspsykiatrien:

- Bedre introduktion til børne- og ungdomspsykiatrien som speciale for både læger og psykologer, hvor læger og psykologer allerede fra start præsenteres for faglige udviklingsmuligheder og arbejdsfunktioner
- Øget fokus på vejledning og supervision, som kan understøttes af mentorordninger eller ansættelse af pensionerede læger/private psykiatere til individuel supervision under uddannelse
- Øget fokus på forskning i psykiatrien for at styrke de faglige miljøer, hvilket også understøttes af, at der i regi af Forskningsreserven er afsat 660 mio. kr. til forskning i psykiatrien mellem 2026 og 2029
- Indsatser til at styrke det tværfaglige miljø mellem speciallæger og specialpsykologer til at opnå kapacitetsmæssige synergier ift. uddannelse

3.4.2 Merituddannelse fra andre specialer til børne- og ungdomspsykiatri

En anden måde at øge antallet af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien på, er at sikre at læger fra andre specialer kan få en merituddannelse som speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. En merituddannelse kan sikre, at læger, der allerede har relevant erfaring, og har gennemført uddannelseslignende elementer, kan få mulighed for at gennemføre et forkortet speciallægeuddannelsesforløb. Lignende løsning er tidlige set i forbindelse med etablering af specialet Akutmedicin hvor speciallæger fra beslægtede specialer, via merituddannelse, kunne afkorte deres uddannelsesforløb. For børne- og ungdomspsykiatrien vil det især kunne være relevant for fx speciallæger i pædiatri, almenmedicin eller psykiatri.

Danske Regioner og regionerne indleder drøftelse med Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og sundhedsministeriet om at igangsætte et arbejder, hvor muligheden for etablering af en merituddannelse undersøges.

4. Tværsektorielt samarbejde

For at nedbringe ventetiderne i børne- og ungdomspsykiatrien er der ikke kun brug for regionale indsatser, men i høj grad også for at styrke tiltag som kan forebygge og nedbringe behovet for at henvise til den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Det kræver et styrket samarbejde med kommunerne, herunder PPR, og almen praksis. Derfor har Task Force også kigget på, hvordan det tværsektorielle samarbejde kan styrkes.

4.1 Tværsektorielt samarbejde via STIME

En helt central del af 10-årsplanen er etablering af et lettilgængeligt behandlingstilbud (LTT) i kommunerne, som skal sikre en tidlig indsats for børn og unge med psykisk mistrivsel og med symptomer på psykisk sygdom. Denne indsats er afgørende for at nedbringe behovet for henvisning til udredning og behandling i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri. Tilbuddet skal med udgangen af 2025 være etableret i alle kommuner, og understøttes af regionerne, som er forpligtet til rådgivning, kompetenceudvikling og tæt samarbejde.

Region Hovedstaden har i regi af et tidligere satspuljeprosjekt etableret samarbejdsmodellen STIME, som på nuværende tidspunkt er taget i brug i alle fem regioner og 92 kommuner, og som indgår som et centralt tilbud i den samlede LTT-portefølje. Der er i 2025 etableret en tværregional og -kommunal samarbejdsstruktur omkring STIME nationalt. Denne struktur skal sikre fælles koordination, kvalitet, vidensdeling og fremtidig fælles udvikling for det samlede STIME-initiativ. STIME skal være færdigimplementeret i 2026 og der lægges op til at evaluere erfaringerne efter 1–2 år, for derefter at vurdere behovet for at etablere et nyt tilbud i regi af STIME. Samarbejdsaftaler og dermed tydelige samarbejdsflader mellem regioner, kommuner og almen praksis fremhæves som et helt centralt værktøj til at sikre børn og unge den rette behandling på rette niveau, og kan desuden forebygge dobbeltarbejde.

Task force har identificeret to relevante indsatser, som kan udvikles i regi af LTT og STIME og som uddybes nedenfor.

4.1.1 Udvikling af ASF-fokus i STIME

En af de målgrupper, der de seneste år i øget omfang har været henvist til børne- og ungdomspsykiatrien, er børn med belastningssymptomer, relateret til en underliggende autismespektrumforstyrrelse (ASF). Det anbefales derfor, at der enten etableres et STIME-spor med fokus på indsatser, der kan støtte børn og unge med lette eller milde tegn på autismespektrumforstyrrelse eller at ASF indtænkes i eksisterende STIME-spor. ASF-fokus skal udvikles i det nationale STIME partnerskab med henblik på senere at blive en integreret del af det kommunale lettilgængelige tilbud.

Formålet er at tilbyde en struktureret og evidensbaseret tidlig indsats på baggrund af symptomer, men uden et forudgående længerevarende udredningsforløb. Indsatsen bør have fokus på mestringsstrategier, psykoedukation og (special)pædagogisk rådgivning og kan bl.a. bestå af støttende samtaler med børn og unge, en familie/forældreindsats samt rådgivning til lærere og pædagoger. Her er det også relevant at indtænke, at almen praksis og børne- og ungdomspsykiatrien kan henvise direkte til tilbuddet. Tilbuddet skal bemannes af psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere og pædagogisk personale. Der kan etableres rådgivning fra speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri ved behov.

I den forbindelse bør vederlagsfri psykologhjælp til unge samt arbejdet i Sundhedsstyrelsen omkring bedre hjælp til ADHD og autisme tænkes sammen, så tilbuddet understøtter den nationale retning og bidrager til en mere helhedsorienteret indsats for målgruppen.

4.1.2 Fremskudt funktion til udredning i primær sektor

For at forebygge et stigende antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, kan det på sigt overvejes, at der oprettes en fremskudt funktion i børne- og ungdomspsykiatrien, som kan lave udredninger for målgrupper med lettere funktionsnedsættelser. Funktionen bør tænkes sammen med det lettilgængelige tilbud, og kan foregå ved, at psykologer og evt. specialpsykologer foretager en indledende afklaring og evt. udredning og diagnosticering for de børn og unge, hvor STIME ikke har været tilstrækkeligt, men hvor de samtidig vurderes at være uden for børne- og ungdomspsykiatriens kernemålgruppe. Funktionen kan også etableres som et styrket STIME-team under hvert sundhedsråd, hvor (special)psykologer og sygeplejersker har mulighed for at konferere med speciallæger fra børne- og ungdomspsykiatrien.

5. Opfølgning og videre proces

Task Force lægger op til, at følgende fem anbefalinger til initiativer igangsættes primo 2026:

1. Revision af pakkeforløb
2. Revision af dokumentationskrav
3. Afslutning af patienter til kontrolforløb
4. Styrket fokus på AI og digitalisering
5. Fokus på ASF i STIME

Såfremt Danske Regioners bestyrelse godkender at igangsætte ovenstående initiativer, vil regionerne i samarbejde med Danske Regioner påbegynde arbejdet i relevante fora.

Danske Regioner vil primo 2026 indlede dialog med Sundhedsstyrelsen for at afsøge, om der kan aftales længere implementeringshorisont for nogle af anbefalingerne til organisering i regi af indsatser i 10-årsplanen således, at personaleressourcer ikke bindes til bestemte sygdomsgrupper, men kan bruges mere fleksibelt, samt afsøge

mulighederne for større fleksibilitet ift. at merituddannelser i børne- og ungdomspsykiatrien.

Der vil ligeledes være behov for at arbejde videre med, herunder at kvalificere og konceptualisere, de øvrige anbefalinger til initiativer. Det foreslås, at opgaven varetages af Task Force eller en lignende tværregional gruppe udpeget af og med mandat fra sundhedsdirektørkredsen.

Danske Regioners nye bestyrelsen vil blive forelagt en status for igangsatte initiativer og en plan for igangsættelse af kommende initiativer medio 2026.

Regionerne arbejder fortsat med nationale og egne regionale initiativer, og har forskellige forudsætninger for at igangsætte og komme i mål med initiativerne fra Task Force. Der vil derfor være et fortsat behov for at understøtte erfaringsudveksling mellem regionerne.

Medlemmer af Task Force

- Helene Probst, sundhedsfaglig direktør, Danske Regioner (formand)
- Jacob Bertramsen, kontorchef, Sundhedsplanlægning, Region Nordjylland (næstformand)
- David Oehlenschläger, stabschef for Kvalitetsafdelingen, Region Hovedstaden
- Hallur Gilstón Thorsteinsson, centerchef for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden
- Anne Cathrine Steenstrup, cheflæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden
- Dorte Purr Hede, konstitueret chefsygeplejerske, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Region Midtjylland
- Lone Düring, kontorchef, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
- Peter Larsen, vicedirektør, Psykiatrien, Region Nordjylland
- Søren Martin Andersen, chefpsykolog, Børne- og ungdomspsykiatrien, Region Nordjylland
- Maj-Britt Madsen, specialkonsulent, Sundhedsplanlægning, Region Nordjylland
- Ara Maroufi, AC-fuldmægtig, Sundhedsplanlægning, Region Nordjylland
- Janne Walløe Vilmar, cheflæge, Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri, Region Sjælland
- Stefan Lock Jensen, chefpsykolog, Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri, Region Sjælland
- Jonas Balslev Grage, afdelingschef, Afdeling for kvalitet, forbedring og uddannelse, Region Sjælland
- Cæcilie Trier, cheflæge, Børne- og Ungeafdelingen, Slagelse Sygehus, Region Sjælland
- Maja Sidelmann Basnov, cheflæge, Børne- og Ungdomspsykiatri, Region Syddanmark
- Heidi Hougaard, økonomi og Planlægningschef, Region Syddanmark
- Helene Fog, seniorkonsulent, Center for Sundhed, Innovation og Mobilitet, Danske Regioner
- Anne Sofie Bæk-Sørensen, teamleder, Center for Sundhed, Innovation og Mobilitet, Danske Regioner

Referencer

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien* [Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien-2025.pdf](#)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Aftale om en bedre psykiatri* [Aftale om En bedre psykiatri.pdf](#)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Aftale om sundhedsreform 2024* [Aftale om sundhedsreform 2024 vers. 2-04.02.2025.pdf](#)
- Danske Regioners udgivelse *Psykiatrien i Nøgletal* [link indsættes ved offentliggørelsen efter bestyrelsesmødet]
- Danske Regioners udgivelse *25 veje til bedre lægedækning* [25-veje-til-bedre-laegedaekning_ny.pdf](#)
- Danske Regioners hørings svar til ny patientrettighed i børne- og ungdomspsykiatrien [danske-regioners-hoeringssvar-vedr-ny-patientrettighed-og-faerdigbehandlingstakster.pdf](#)
- Lægeforeningens undersøgelse *Afvandring fra den offentlige psykiatri*, [Afvandring fra den offentlige psykiatri - Forside](#)