

Regeringen
Venstre
Dansk Folkeparti
Liberal Alliance
Det Konservative Folkeparti

16. november 2011

Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2012-2015

Partierne bag satspuljeaftalen på sundhedsområdet er enige om at afsætte 1.166,2 mio. kr. i perioden 2012-2015 til:

- Opprioritering af psykiatrien (830 mio. kr.)
- Forebyggelse og sundhed for de svageste grupper (336,2 mio. kr.)

1. Opprioritering af psykiatrien

Mange danskere rammes af en psykisk sygdom med alvorlige helbredsmæssige og sociale konsekvenser til følge. Det er derfor vigtigt med en veludbygget indsats i psykiatrien, som rummer differentierede og sammenhængende tilbud af høj kvalitet til forskellige målgrupper.

Satspuljepartierne ønsker med denne aftale at styrke indsatsen overfor personer med psykiske sygdomme yderligere med fokus på såvel kvalitativ som kapacitetsmæssig udbygning. Der er i aftalen fokus på særlige målgrupper som børn og unge, personer med ikke-psykotiske lidelser og personer med både psykisk lidelse og misbrug.

Der er på den baggrund enighed om at afsætte 830 mio.kr. i perioden 2012-2015 til en styrkelse af indsatsen for personer med psykisk sygdom. Langt størstedelen af midlerne bliver i lighed med tidligere år afsat som permanente midler, så der kan skabes sikkerhed og tryghed for den langsigtede indsats for de psykisk syge.

1.1 Hurtigere hjælp til børn og unge med psykiske sygdomme

Satspuljepartierne afsatte i perioden 2008 til og med 2011 488,4 mio. kr. til finansiering af indførelse af udvidede rettigheder til hurtig undersøgelse og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. I forhold til 2011 blev der afsat yderligere 36,2 mio. kr. i 2012 til finansiering af den gradvise udbygning af behandlingskapaciteten i perioden 2008 til 2012.

Regionerne har taget forskellige tiltag såvel kapacitetsmæssigt som organisatorisk for at nedbringe ventetiden. F.eks. har nogle regioner oprettet friklinikker, som udelukkende udreder og behandler. I andre er der indført ekstra tilskyndelse for de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger til at øge aktiviteten.

Der er imidlertid fortsat børn, der venter længe på såvel undersøgelse som behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, og der er stadig forskel på ventetiderne regionerne i mellem. Det er afgørende, at børn og unge med psykiske problemer får hurtig hjælp, så de ikke mister kontakten til familie, skole og venner. Det er samtidig væsentligt, at børn og unge får den rette støtte og vejledning, mens de venter på undersøgelse og behandling, fra egen læge og fra kommunen (f.eks. fra Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, sundhedsplejerske m.fl.).

Satspuljepartierne ønsker derfor at igangsætte initiativer, som nedbringer ventetiden og styrker samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien, praksissektoren og kommunerne om udredning af, behandling af og støtte til børn og unge med psykiske sygdomme f.eks. ikke-psykotiske lidelser. Satspuljepartierne peger samtidig på behovet for en evaluering af den nuværende lov om udvidede rettigheder til

hurtig undersøgelse og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Partierne imødeser evalueringen i september 2012.

På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på 102,5 mio. kr. i perioden 2012-2015 til støtte af regionale initiativer, som tilskynder til øget aktivitet og nedbringer ventetiden og styrker samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien, praksissektoren og kommunen. Der vil ved vurdering af ansøgningerne blive lagt vægt på initiativer, der har vist sig velegnede til at øge aktiviteten og nedbringe ventetiden.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Hurtigere hjælp til børn og unge med psykiske sygdomme (P)	20,0	32,5	25,0	25,0

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra regionerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Midlerne vil blive udmøntet med en flad profil fra 2013 til 2015. Midlerne vil efter projektfasen på 4 år blive tilført regionerne som en permanent bevilling på 25 mio.kr. med henblik på fastholdelse af indsatsen. Der vil i satspuljekredsen blive fulgt op på, i hvilket omfang midlerne har nedbragt ventetiderne.

1.2 Styrkelse af den nære psykiatri

I Sundhedsstyrelsens publikationer "Den akutte indsats i psykiatrien" fra 2009 og i "National strategi for psykiatri" fra 2009 anbefales det, at de subakutte, nære tilbud, f.eks. i form af distriktspsykiatri og anden ambulant psykiatri, udbygges og styrkes som følge af den større og varierende afstand til de psykiatriske akutmodtagelser på sygehusene. Samtidigt er det vigtigt, at kapaciteten er tilstrækkelig til at modtage selvhenvendende, ligesom det bør være muligt at følge op på udeblivelser f.eks. i form af opsøgende aktiviteter.

Satspuljepartierne er enige om behovet for at udbygge de nære, regionale tilbud, så psykiatriske patienter kan få hurtig støtte og opbakning i akutte situationer og dermed evt. undgå akut (gen)indlæggelse. Øget tilgængelighed i den nære psykiatri er med til at skabe tryghed for patient og pårørende samt sikre sammenhæng og kvalitet i den samlede indsats, ikke mindst gennem styrket samarbejde med den kommunale, sociale indsats. Der er samtidig behov for at udvikle metoder for tilrettelæggelsen af indsatsen.

De konkrete indsatser kan være forskellige afhængigt af behovene og forholdene i de enkelte regioner. Det kan f.eks. være i form af:

- øget adgang til i distriktspsykiatrien at blive tilset af en læge fra psykiatrien også uden for almindelig åbningstid,
- regionale akutpladser i distriktspsykiatrien evt. i samarbejde med socialpsykiatrien,
- subakut indsats ved mobilteams, udrykningsteams, hjemmebehandlingsteams eller lignende f.eks. i tilknytning til lokale psykiatricentre evt. døgnbemandende,
- anvendelse af subakutte, ambulante besøg som alternativ til akut indlæggelse og/eller observation.

Der er tale om indsatser, som skal foregå i tæt samspil med patienter, pårørende og deres sociale netværk. Og ikke mindst i tæt samarbejde med kommunerne, herunder socialpsykiatriske akuttilbud, de praktiserende læger og patient- og pårørendeorganisationer.

På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på 80 mio. kr. i perioden 2012-2015 til øget tilgængelighed og styrkelse af de subakutte tilbud i den nære psykiatri f.eks. ved øget brug af mobilteams for forskellige aldersgrupper. Der vil ved vurdering af ansøgningerne blive lagt vægt på, at indsatserne gennemføres i nært samspil med akuttilbud i socialpsykiatrien og involverer de praktiserende læger.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015

Styrkelse af den nære psykiatri (P)	20,0	20,0	20,0	20,0
-------------------------------------	------	------	------	------

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra regionerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Der vil inden periodens udløb ske en faglig erfaringsopsamling til brug for den fremadrettede indsats. Midlerne vil efter projektfasen på 4 år blive tilført regionerne som en permanent bevilling med henblik på fastholdelse af indsatsen.

1.3 Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis

Shared care er et af de mulige redskaber til at styrke samarbejde og sammenhæng på tværs af sektorer med henblik på bedre kvalitet og bedre udnyttelse af de samlede ressourcer på området. Shared care er et vigtigt element i forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Forløbsprogrammer kan på samme måde være med til at styrke sammenhæng og samarbejde på tværs.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et generisk forløbsprogram til brug for regioner og kommuner, der anvendes ved lokal udarbejdelse af forløbsprogrammer for forskellige typer af sygdomme. Sundhedsstyrelsen er ved at videreudvikle det generiske forløbsprogram, så det tilpasses anvendelse på psykiatriområdet. Videreudviklingen færdiggøres i 2012. Implementeringen af forløbsprogrammerne skal understøttes af sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Satspuljepartierne vil få en status for anvendelsen af forløbsprogrammer på psykiatriområdet i forbindelse med Sundhedsstyrelsens godkendelse af 3. generation sundhedsaftaler.

Sundhedsstyrelsen skriver i "National strategi for psykiatri", at samarbejdet mellem almen praksis og psykiatrien i form af shared care-modeller, supervision, konsulent- og rådgivningsordninger mv. bør styrkes og udvikles for at udnytte kapaciteten i psykiatrien.

Shared care er især relevant i forhold til personer med ikke-psykotiske lidelser som depression, angst og funktionelle lidelser. Det er lidelser, som kan være årsag til langtidssygemeldinger, tabt arbejdsevne og førtidspension. Omkring halvdelen af disse patienter behandles af den alment praktiserende læge.

Udover at patienten kan få en bedre behandling, vil samarbejde mellem sektorerne inden for rammen af shared care understøtte, at psykiske sygdomme af lettere eller moderat karakter behandles i praksissektoren og behovet for specialiseret behandling forebygges, hvormed kapaciteten i psykiatrien udnyttes bedst muligt.

På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på 100 mio.kr. i perioden 2012-2015 til støtte af initiativer som styrker samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og praksissektoren om behandling af patienter med f.eks. ikke-psykotiske lidelser inden for rammerne af shared care. Der vil ved vurdering af ansøgningerne blive lagt vægt på forløbskoordinering og –beskrivelse samt forebyggende elementer ikke mindst overfor unge voksne.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis (P)	25,0	25,0	25,0	25,0

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra regionerne eller regionerne i fællesskab og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Udmøntning af midlerne vil ske med inddragelse af relevante parter, særligt med henblik på dokumentation af resultaterne. Midlerne vil efter projektfasen på 4 år blive tilført regionerne som en permanent bevilling med henblik på fastholdelse af indsatsen.

1.4 Ophævelse af aldersgrænsen for tilskud til psykologbehandling af depression

Personer med psykiske problemstillinger henvender sig typisk til egen læge, der vurderer behovet for indsats. Lægen kan i dag henvise personer mellem 18 – 37 år med let til moderat depression til behandling med tilskud ved privatpraktiserende psykolog.

Satspuljepartierne var med satspuljeaftalen for 2011-2014 enige om at tage spørgsmålet om en eventuel ændring af tilskudsordningen op i forbindelse med forhandlingerne om udmøntning af satspuljen for 2012.

Der blev i juni 2011 offentliggjort en evaluering af ordningen med psykologbehandling af depressionsramte, som bl.a. viser, at kun ca. 33 % af de henviste til ordningen tilhører målgruppen af personer med let til moderat depression. Evalueringen viser også, at effekten af psykologbehandlingen indenfor målgruppen er høj. 85 % havde således ingen eller reducerede symptomer på depression ved endt behandling.

Det er vigtigt, at kun den målgruppe, som har gavn af tilbuddet, og som ordningen er tiltænkt, modtager behandling under ordningen. På den baggrund besluttede satspuljepartierne i juli 2011 at få udarbejdet praktisk anvendelige retningslinjer for henvisning til psykolog. Retningslinjerne skal også pege på indsatsmuligheder i forhold til patienter, som ikke opfylder kriterierne for let til moderat depression/angst. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vil i 2012 følge op på lægernes og psykologernes anvendelse af retningslinjerne.

Satspuljepartierne ønsker at ophæve aldersgrænsen for adgangen til psykologordningen, så alle over 18 år med let til moderat depression efter lægehenvielse kan få tilskud til psykologbehandling.

På den baggrund afsættes 200 mio.kr. i perioden 2012-2015 til at ophæve aldersgrænsen for ordningen, så den fremover omfatter alle aldersgrupper fra 18 år og opefter. Af beløbet reserveres 1 mio.kr. til gennemførelse af en evaluering af ordningen.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Ophævelse af aldersgrænsen for tilskud til psykologbehandling af personer med depression	50,0	50,0	50,0	50,0

Midlerne udmøntes til regionerne som en midlertidig bevilling. Spørgsmålet om permanentgørelse kan tages op i forbindelse med bevillingens udløb i 2015. Ordningen vil inden da blive evalueret og drøftet i satspuljekredsen.

1.5 Udvidelse af aldersgrænsen for tilskud til psykologbehandling af angst

I dag kan personer mellem 18- 28 år med let til moderat angst, herunder OCD, efter henvisning fra praktiserende læge få tilskud til behandling ved privatpraktiserende psykolog, der har overenskomst med regionen.

Satspuljepartierne ønsker at udvide adgangen til psykologordningen, så flere med let til moderat angst kan få tilskud til psykologbehandling.

På den baggrund afsættes 40 mio.kr. i perioden 2012-2015 til at udvide den nuværende ordning med tilskud til psykologbehandling til personer med let til moderat angst, herunder OCD. For disse midler forventes ordningen at kunne udvides med ca. 10 årgange.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Udvidelse af ordning med tilskud til psykologbehandling af personer med angst, herunder OCD	10,0	10,0	10,0	10,0

Midlerne udmøntes til regionerne som en midlertidig bevilling. Spørgsmålet om permanentgørelse kan tages op i forbindelse med bevillingens udløb i 2015. Ordningen vil inden da blive evalueret og drøftet i satspuljekredsen.

1.6 Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede

Mange patienter med psykiske sygdomme har et misbrug. Disse patienter har sjældent gavn af den psykiatriske behandling, hvis ikke behandlingen samtidig omfatter behandling af misbruget.

Kommunerne er ansvarlige for behandling af misbrug.

Regionen har ansvaret for behandling i sygehusvæsenet og i praksissektoren. Det gælder også patienter med misbrug. Det regionale behandlingssystem må derfor ikke afvise at udrede eller behandle personer med en behandlingskrævende lidelse med den begrundelse, at de har et misbrug.

Er patienten indlagt, er regionen ansvarlig for den samlede behandling af den psykiske sygdom og misbruget. Påbegyndes behandling for misbrug under indlæggelse på sygehus, skal sygehuset etablere forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på at sikre videreførelse af misbrugsbehandlingen efter udskrivning fra sygehus.

Satspuljepartierne vil med denne aftale styrke såvel den regionale som den kommunale indsats overfor personer med psykiske sygdomme og misbrug og ønsker samtidig at styrke samarbejdet.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens "Nationale strategi for psykiatri" fra 2009, at den regionale psykiatri bør kunne modtage patienter med psykisk sygdom og misbrug i sengeafsnit, der kan tilgodese deres særlige behandlingsmæssige og fysiske behov.

Af rapporten "Retspsykiatri - sikkerhed og kvalitet" udgivet i 2011 fremgår, at misbrug er blevet et kerneproblem i retspsykiatrien, som skal håndteres – både gennem tilførsel af viden om misbrugsbehandling og gennem konkrete tilbud om og iværksættelse af misbrugsbehandling.

På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på 54 mio.kr. i perioden 2012-2015 til styrkelse af den regionale behandlingsindsats overfor personer med psykisk sygdom og misbrug, således at tilbudene i almenpsykiatrien eller retspsykiatrien til målgruppen kan udbygges såvel kapacitetsmæssigt som kvalitativt. Der vil i udmøntningen blive lagt særlig vægt på dokumentation af det konkrete samarbejde herunder forløbskoordinering mellem behandlingspsykiatrien og kommuner.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede (P)	13,5	13,5	13,5	13,5

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra regionerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Midlerne vil efter projektfasen på 4 år blive tilført regionerne som en permanent bevilning med henblik på fastholdelse af indsatsen. Ansøgerne vil konkret skulle beskrive, hvordan samarbejdet på tværs af sektorerne indgår i projektet.

1.7 Styrkelse af den kommunale alkoholbehandling af dobbeltbelastede

Personer med en psykisk problemstilling og samtidigt misbrug har sjældent gavn af misbrugsbehandlingen, hvis ikke behandlingen samtidig omfatter behandling/håndtering af den psykiske problematik.

Kommunerne er ansvarlige for misbrugsbehandling bortset fra, når misbrugeren er indlagt på sygehus. Kommunerne har valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser, træffe aftale med region/en anden kommune eller træffe aftale med private udbydere af behandlingstilbud. Kommunen skal sikre, at der er et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper af misbrugere, herunder personer med både psykisk sygdom og misbrug.

Satspuljepartierne var med satspuljeaftalen for 2009 enige om at etablere en kommunalt baseret godkendelsesordning for alkoholbehandlingssteder. Godkendelsesordningen blev etableret i december 2010 med det formål at give kommunerne grundlag for at kunne tilbyde en kvalificeret alkoholbehandling. Ordningen vil blive evalueret i 2013 med henblik på at vurdere, om ordningen har haft den ønskede effekt på kvaliteten i alkoholbehandlingen.

Kommunal behandling af personer med alkoholisering sker ofte i ambulant regi. Imidlertid vil en gruppe med dobbeltbelastning og massive sociale og fysiske problemer sjældent have tilstrækkelig

gavn af et ambulat eller dag-alkoholbehandlingstilbud, men vil have behov for døgnbehandling. Antallet af personer i døgnbehandling for alkoholmisbrug har været faldende de seneste år.

På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på 53,5 mio.kr. i perioden 2012-2015 med henblik på styrkelse af den kommunale døgnbehandling af personer med alkoholmisbrug og med psykiske problemstillinger. Kommunerne vil kunne søge midler til at oprette eller udbygge egne kvalificerede tilbud eller til at købe kapacitet på kvalificerede private behandlingssteder. Der vil i udmøntningen blive lagt særlig vægt på at opnå en udvidelse af kapaciteten ud over den eksisterende samt på det konkrete samarbejde mellem kommuner og behandlingspsykiatrien og evt. inddragelse af pårørende.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Styrkelse af den kommunale alkoholbehandling af dobbeltbelastede (P)	13,0	13,5	13,5	13,5

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra kommunerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Hvordan midlerne permanentgøres vil blive taget op i forbindelse med projektperiodens udløb i 2015. Ansøgerne vil konkret skulle beskrive, hvordan samarbejdet på tværs af sektorerne indgår i projektet.

1.8 Flere sengepladser i psykiatrien

Udviklingen i psykiatrien er gået mod kortere indlæggelser og længere behandlingsforløb med bl.a. opfølgning i ambulant regi. Det er en god udvikling for nogle patienter, fordi patienterne derved bevarer tilknytningen til nærområdet og kan bo i vante omgivelser, samtidig med at de modtager behandling. Andre patienter har derimod behov for behandling under indlæggelse.

Sundhedsstyrelsen har i sin rådgivning til flere regioner i forbindelse med deres sygehusplaner peget på, at der er behov for udbygning af den stationære kapacitet med hovedvægt på et større antal specialiserede senge. Samtidig har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at den stationære kapacitet samlet set ikke reduceres, med mindre der med sikkerhed er konstateret et fald i behovet.

Sundhedsstyrelsen skriver i sin nationale strategi for psykiatri, at tærsklen for indlæggelse ikke bør sættes for højt. Patienter skal hurtigt og let kunne indlægges, hvis der er behov for det, og skal samtidig kunne være indlagt så længe, der er behov, og med mulighed for gradvis udslusning. Styrelsen vurderer desuden, at bedre mulighed for indlæggelse i tide formentligt kan medvirke til at forebygge såvel behov for tvang som kriminalitet. Særligt grupper af patienter med svære og komplicerede lidelser, bør kunne modtages i sengeafsnit, der kan tilgodese deres særlige behandlingsmæssige behov.

Sundhedsstyrelsen anbefaler på den baggrund, at der opretholdes solid og fagligt bæredygtig indlæggelseskapacitet – akut såvel som planlagt. Den stationære kapacitet skal både imødekomme behovet for længerevarende indlæggelser, forebygge uhensigtsmæssige genindlæggelser og sikre intensive velplanlagte patientforløb. Den stationære kapacitet skal samtidig afstemmes med de indsatser, der sker i den nære psykiatri i såvel regionalt som kommunalt regi.

På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på 140 mio.kr. i perioden 2012-2015 til etablering af nye sengepladser i almen psykiatri udover den allerede eksisterende kapacitet. Midlerne skal bygge videre på den allerede igangsatte indsats med henblik på at understøtte, at der også fremover er tilstrækkelig stationær kapacitet i psykiatrien, bl.a. i børne- og ungdomspsykiatrien og til behandling af spiseforstyrrede.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Flere sengepladser i psykiatrien (P)	20,0	40,0	40,0	40,0

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra regionerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Puljemidlerne vil blive fordelt til de regioner, som kan dokumentere, at midlerne vil

medgå til finansiering af en yderligere udbygning af sengekapaaciteten. Satspuljepartierne vil blive orienteret om udmøntning af puljen. Midlerne vil efter projektfasen på 4 år blive tilført regionerne som en permanent bevilling under forudsætning af fastholdelse af den udbyggede kapacitet. Satspuljepartierne er enige om, at den med midlerne opbyggede kapacitet fastholdes ud over aftaleperioden. Partierne er på den baggrund enige om at permanentgøre midlerne.

1.9 Børn som pårørende til psykisk syge og misbrugere

Et stort antal børn i Danmark vokser op i familier, hvor den ene eller begge forældre eller søskende har psykisk sygdom eller misbrug. En opvækst i familier, hvor en eller flere har psykisk sygdom eller misbrug kan betyde sorg, usikkerhed, angst, ikke alderssvarende ansvarfølelse m.v. hos barnet. Børn som pårørende kan derfor have behov for særlig støtte og indsats.

På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på 20 mio.kr. i 2012 til støtte til børn som pårørende til psykisk syge eller misbrugere. Puljen vil blive udmøntet over 4 år.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Børn som pårørende til psykisk syge og misbrugere	20,0			

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra private organisationer efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Beskrivelse af samarbejde med regioner og kommuner kan indgå i ansøgningen.

1.10 Behandling af personer med spiseforstyrrelser

Satspuljepartierne har med tidligere aftaler styrket indsatsen over for personer med spiseforstyrrelser. Det har medført en udvidelse af behandlingsskapaciteten. Området følges løbende, og det er indtrykket, at antallet af henviste med en spiseforstyrrelse er let faldende, og at hovedparten af de spiseforstyrrede venter under 2 måneder på behandling.

Der er imidlertid grupper af spiseforstyrrede som f.eks. personer med bulimi og Binge-Eating Disorder (BED), hvor der efterspørges yderligere tilbud. Satspuljepartierne er derfor enige om at styrke behandlingsindsatsen overfor spiseforstyrrede samt indhente erfaringer om behandling af BED.

BED er en endnu ikke helt velafgrænset type spiseforstyrrelse. Den er karakteriseret ved episoder med tvangsmæssig overspisning. Diagnosen indgår ikke aktuelt som en selvstændig WHO ICD-10 diagnose.

Viden, erfaring og evidens vedrørende behandling af BED og effekt heraf er aktuelt meget begrænset. Der er således behov for erfaringsopsamling og evidens vedrørende effekt af tilbud til denne patientgruppe, før eventuelle anbefalinger kan fremsættes.

På den baggrund afsættes 5 mio. kr. årligt i perioden 2012-2015 til udbygning af behandlingstilbud til patienter med spiseforstyrrelser, herunder bulimi.

Samtidigt afsættes 5 mio.kr. årligt i perioden 2012-2015 til erfaringsindhentende projekter med afprøvninng af behandlingsforløb for personer med BED. Der afsættes midler til evaluering af behandlingsforløb med henblik på at indhente ny viden og erfaring.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Behandling af spiseforstyrrelser	5,0	5,0	5,0	5,0
Erfaringsindhentning om behandling af BED	5,0	5,0	5,0	5,0

Midlerne vil blive udmøntet efter ansøgning og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Ansøgninger og indstillinger vil blive forelagt satspuljepartierne. Der vil blive taget stilling til permanentgørelse af midlerne efter periodens udløb.

2. Forebyggelse og sundhed for de svageste grupper

2.1 Strategi for bekæmpelse af rygning blandt udsatte unge

De fleste voksne rygere er begyndt at ryge i teenageårene. Et mål er derfor at forhindre unge i at begynde at ryge og hjælpe dem, der er begyndt med at ryge, til at holde varigt op igen. I 2010 røg hele 25,7 % i alderen 16 til 24 år enten dagligt eller lejlighedsvist, mens 35,2 % i alderen 16-20 år ønsker at holde op med at ryge.

Rygning blandt unge er meget påvirkeligt af det sociale miljø. Unge med socialt dårligere vilkår begynder at ryge tidligere og ryger mere end deres jævnaldrende.

Satspuljepartierne ønsker derfor, at der bliver udviklet og implementeret et fælles forpligtende nationalt koncept, der skal forebygge, at børn og unge begynder at ryge og hjælper unge rygere med at stoppe igen. Fokus skal målrettes områder og grupper, hvor der findes den højeste koncentration af udsatte unge, der ryger.

På den baggrund afsættes der i alt 16 mio. kr. i perioden 2012-2015 til bekæmpelse af rygning blandt unge, herunder til udarbejdelse af et fælles, nationalt forpligtende koncept.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Strategi for bekæmpelse af rygning blandt udsatte unge	4,0	4,0	4,0	4,0

Af de 16 mio. kr. afsættes i alt 3 mio. kr. til centrale aktiviteter som fx metodeudvikling, materialer, kompetenceudviklingsforløb samt evaluering.

Af de øvrige 13 mio. kr. etableres en ansøgningspulje, hvorfra kommuner, frivillige foreninger mv. kan søge om midler til projekter, som tager udgangspunkt i det nationale koncept.

2.2 Opsøgende tandpleje for særligt socialt udsatte

Særligt socialt udsatte borgere har i visse tilfælde ikke overskuddet til at benytte de eksisterende tandplejetilbud.

Gennem en opsøgende indsats kan kommunen sikre, at målgruppen opnår en forbedret tandsundhed og dermed bedre livskvalitet, og forhindre yderligere marginalisering.

Den generelle, sociale indsats for målgrupperne varetages i forvejen af kommunerne. Det giver et godt grundlag for en opsøgende tandplejeindsats og for at tænke indsatsen ind i en bredere sammenhæng og trække på den viden, som kommunerne besidder om målgruppen generelt såvel som om den enkelte borger.

Tandplejetilbuddet til borgeren kan bestå af forebyggende tandtjek, tandrensninger og oplæring i bedre egenomsorg samt behandlingsindsatser mod eksempelvis caries og paradentose udført i den kommunale tandpleje evt. med inddragelse af frivillige. Herunder kan den opsøgende indsats betyde, at kommunen gennem de eksisterende muligheder hjælper borgeren til at benytte tilbuddene i den almindelige voksentandpleje.

På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på 16 mio. kr. i perioden 2012-2015, som kommunerne kan søge med det formål gennem en opsøgende indsats at sikre særligt, socialt udsatte tandpleje.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Opsøgende tandpleje for særligt socialt udsatte	4,0	4,0	4,0	4,0

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra kommunerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Midlerne udmøntes som en midlertidig bevilling. Udmøntning af midlerne skal koordineres med eksisterende initiativer i Social- og Integrationsministeriet for at undgå overlap.

2.3 Forøgelse af pulje til fremme af seksuel og reproduktiv sundhed

I forbindelse med Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2008 blev der afsat 4,8 mio. kr. årligt i 2008-2011 til fremme af seksuel og reproduktiv sundhed i forhold til udsatte grupper, etniske minoriteter og unge. Med satspuljeaftalen for 2010 på sundhedsområdet blev der afsat yderligere 5 mio. kr. årligt i perioden 2010-2013.

Satspuljepartierne er enige om, at indsatsen vedr. seksuel sundhed skal fortsætte på det hidtidige niveau.

De nye midler bør som den nuværende pulje anvendes til en samlet forebyggelsesindsats med et bredt sigte, således at forebyggelse af uønsket graviditet, HIV og andre seksuelt overførbare infektioner ses som en samlet indsats, da målgrupperne, metoderne og problemstillingerne på disse områder er overlappende.

Der vil med de afsatte midler blive lagt særlig vægt på etablering og drift af aktiviteter i relation til Sexlinjens informations- og rådgivningsaktiviteter målrettet unge mennesker, Aids-fondets/Cross-Overs tilbud om støtte til foreninger for etniske minoriteter til at etablere forebyggende indsatser i samarbejde med kommuner, Faglig Netværk for Seksuel Sundheds aktiviteter med henblik på at styrke og kvalificere den forebyggende indsats i kommunerne, gennemførelse af lokale aktiviteter i forbindelse med "Kun Med Kondom"-kampagnen samt støtte til gennemførelse af et mindre antal kommunale projekter, som med udgangspunkt i bl.a. Holstebro Kommunes erfaringer med at styrke seksualundervisningen søges at udfolde denne model i andre kommuner efter en nærmere angivet metode.

På den baggrund forøges ansøgningspuljen "Pulje til fremme af seksuel og reproduktiv sundhed i forhold til udsatte grupper, etniske minoriteter og unge" med 20 mio. kr. i perioden 2012-2015.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Pulje til fremme af seksuel og reproduktiv sundhed	5,0	5,0	5,0	5,0

2.4 Børn og unge med kronisk sygdom

Danske undersøgelser peger på et helt overordnet niveau på, at der er sammenhæng mellem forældres sociale ressourcer og de helbredsproblemer, deres børn kan få som voksne. De viser for eksempel, at børn af arbejdsløse forældre, forældre på kontanthjælp og forældre med under ti års skolegang, i højere grad end andre rammes af kronisk sygdom.

Disse undersøgelser er af så generel karakter, at der ikke kan udledes konkrete initiativer, der kan forbedre indsatsen for børn i disse familier.

Satspuljepartierne er enige om, at der er behov for at få en mere detaljeret viden om sociale forholds betydning for tidlig opsporing, behandling og rehabilitering af børn og unge med kronisk sygdom samt udvikle og afprøve metoder til opsporing, opfølgning, kompetenceudvikling og tværfaglig og tværsektoriel behandlings- og rehabiliteringsindsats med henblik på at forbedre indsatsen for børn og unge med kronisk sygdom.

På denne baggrund afsættes en ansøgningspulje på 12 mio. kr. i perioden 2012-2015, som forslås udmøntet til 3-4 projekter i regionalt og kommunalt samarbejde, som har fokus på de nævnte indsatser.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Børn og unge med kronisk sygdom	3,0	3,0	3,0	3,0

2.5 National handlingsplan for den ældre medicinske patient

Satspuljepartierne er enige om, at der afsættes en overordnet ramme på 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Satspuljepartierne er endvidere enige om, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse efter indgåelse af satspuljeaftalen udarbejder et oplæg over konkrete tiltag inden for rammen af 200,4 mio. kr., der kan indgå i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. Dette oplæg og de konkrete initiativer drøftes snarligt i satspuljekredsen med henblik på, at der inden den 1. januar 2012 foreligger en samlet aftale om en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Oplægget bygger bl.a. videre på det arbejde, der er lavet i Sundhedsstyrelsen vedr. et fagligt oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Satspuljepartierne er enige om, at der i oplægget til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient arbejdes videre med konkrete initiativer inden for følgende områder:

- Forebyggende initiativer, der kan reducere antallet af (gen)indlæggelser, herunder tiltag i forhold til patienter, der er i behandling med flere lægemidler samt større kendskab til og bedre anvendelse af kommunale akutstuer.
- Styrkelse af sammenhæng i og koordination af patientforløbet, herunder forløbskoordinatorer til særligt svækkede ældre medicinske patienter.
- Analyse af de medicinske afdelinger, bl.a. med henblik på vurdering af sengekapacitet.

På den baggrund afsættes 200,4 mio. kr. i perioden 2012-2015 til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
National handlingsplan for den ældre medicinske patient	56,6	54,6	54,6	34,6

2.6 Oplysningskampagne om symptomer på demens

Demens er en af de kroniske sygdomme, der rammer en stor del af den danske befolkning hvert år. Enten i kraft af, at man selv får en demenssygdom eller i kraft af, at ens pårørende udvikler demens.

Satspuljepartierne er enige om, at det er vigtigt, at befolkningen er oplyst om demenssygdomme, symptomer på demens, hvor man skal henvende sig, hvis man selv, eller ens pårørende viser tegn på demens, samt hvordan livet kan leves med en demenssygdom.

Satspuljepartierne er enige om, at der iværksættes en oplysningskampagne målrettet information om symptomer på demens, hvor man skal henvende sig, og hvordan livet kan leves med en demenssygdom. Kampagnen skal målrettes personer, der mistænkes for at have en demenssygdom, og deres pårørende.

På den baggrund afsættes 3 mio. kr. til oplysningskampagnen, der udarbejdes med inddragelse af relevante organisationer herunder Alzheimerforeningen.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Oplysningskampagne om symptomer på demens	3,0			

2.7 Nationalt Videnscenter for Demens

Nationalt Videnscenter for Demens blev etableret i september 2007, som et udviklingsprojekt i perioden 2007-2011 med støtte fra satspuljen og Sygekassernes Helsefond. Med satspuljeaftalen fra 2011-2014 blev der afsat i alt 8,8 mio. kr. i perioden 2012-2013 til videreførelse af centret.

Nationalt Videnscenter for Demens har dels til opgave at styrke og koordinere den sundhedsfaglige forskning i forhold til udviklingen af konkrete sundhedsfaglige behandlings- og plejetilbud på demensområdet, dels at sikre en fast forankret vidensspredning og formidling til regioner og kommuner til gavn for behandling, pleje og rådgivning af personer med demens og deres pårørende.

Satspuljepartierne er enige om, at videreførelsen af Nationalt Videnscenter for Demens er helt afgørende i forhold til at sikre et fortsat højt fokus på forskning, udvikling og formidling af viden på demensområdet i Danmark.

På den baggrund afsættes 14,3 mio. kr. i perioden 2013-2015 til en videreførelse af Nationalt Videnscenter for Demens.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Nationalt Videnscenter for Demens	-	1,9	6,2	6,2

2.8 Indkaldelse til børneundersøgelser og vaccination

Både børneundersøgelserne og vaccinationerne hos egen læge er vigtige.

Børneundersøgelserne giver lægen mulighed for at drøfte vigtige spørgsmål som amning, kostvaner, begyndende overvægt og trivselsproblemer. Og der sker en værdifuld opsporing i forhold til tidlige tegn på sygdom, så der kan sættes tidligt og effektivt ind. Lægerne gør somatiske fund på ca. hvert tredje barn, de undersøger.

Vaccinationerne er vigtige, fordi de sikrer høj vaccinationsdækning, således at der ikke opstår smittespredning i Danmark, også selv om et enkelt tilfælde af sygdomme som polio, difteri eller mæslinger skulle importeres.

Tilslutningen til børneundersøgelserne er mere end 90 % til de tre undersøgelser, der ligger inden barnet fylder 1 år, hvorefter den falder til ca. 65 % ved 4-årsundersøgelsen for at stige igen til 5-årsundersøgelsen. For vaccinationerne gælder, at vaccinationsdækningen ikke når op på de anbefalede 95 % dækning. Tilslutningen er markant lavere blandt forældre med kort eller ingen uddannelse end blandt højtuddannede.

På den baggrund afsættes 1 mio. kr. årligt til at etablere systemer for indkaldelse/opfølgning for de børn, som ikke møder op til børneundersøgelser og børnevaccinationer hos den praktiserende læge, og til at understøtte, at pigerne får 3 doser HPV-vaccine, inden de fylder 15 år.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Indkaldelse til børneundersøgelser og vaccination (P)	1,0	1,0	1,0	1,0

Beløbet skal dække de omkostninger, som en systematisk indkaldelse og opfølgning for de ikke fremmødte, vil pålægge regionerne og de praktiserende læger.

2.9 Videreførelse af Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn

Ved satspuljeforhandlingerne for 2008 blev der i tilknytning til etablering af familieambulatorier afsat midler (4,7 mio. kr. første år og 2 mio. kr. de følgende år) med henblik på at forpligte Region Hovedstaden til at etablere en telefonrådgivning (hotline) og anden formidling i regi af familieambulatoriet på Hvidovre Hospital. Hvidovre Hospital har i tilknytning hertil oprettet "Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn".

Satspuljepartierne er enige om, at det er vigtigt at sikre en videreførelse af videnscentrets rådgivningsaktiviteter i 2012 og 2013.

På den baggrund afsættes der 4,5 mio. kr. i 2011 til videreførelse af aktiviteterne i "Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn" i 2012 og 2013.

Mio.kr.	2012	2013	2014	2015
Videreførelse af Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn	4,5	-		-

2.10 Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge

Forekomsten af overvægtige og svært overvægtige voksne er steget siden 2000, og udviklingen for børnepopulationen gennem de seneste årtier er gået i sammen retning. Tal fra 2010 viser, at 11-12 pct. af de 11-15-årige drenge og 8-9 pct. af pigerne er overvægtige. Børn i familier med overvægtige forældre udvikler hyppigere overvægt, og 70 pct. af dem, der er overvægtige som unge, bliver det også som voksne.

Satspuljepartierne er enige om at styrke den forebyggende indsats for overvægtige børn og unge og i den forbindelse støtte Julemærkehjemmene med 4 mio.kr. årligt i perioden 2012-2015. Der vil ved udmøntningen af midlerne til Julemærkehjemmene blive lagt vægt på dokumentation af effekten.

Der afsættes en ansøgningspulje på 3 mio.kr. årligt i perioden 2012-2015 til styrkelse af den forebyggende indsats for overvægtige børn og unge forankret i de eksisterende forebyggende ordninger med fokus på opsporing og tidlig indsats.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge	7,0	7,0	7,0	7,0

2.11 Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide

Der er social ulighed i forekomsten af graviditets- og fødselskomplikationer, og det har betydning for graviditetens udfald. Der er fundet øget dødelighed for både den udsatte mor og det nyfødte barn. Børn født i socialt dårligt stillede familier har hyppigere forekomst af for tidlig fødsel, dødfødsler, lav fødselsvægt og spædbarnsdød. Særligt blandt kvinder med indvandrebaggrund ses en højere forekomst af dødfødsler og spædbarnsdød, og i denne gruppe ses også en højere forekomst af akutte obstetriske indgreb, men lavere forekomst af planlagte indgreb.

Sundhedsstyrelsens nye rapport "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser" peger på, at en effektiv indsats til bekæmpelse af ulighed i sundhed hos gravide og børn består i at sikre, at alle kvinder nås af svangreomsorgens tilbud.

Forslaget indebærer, at der udvikles og afprøves metoder til:

- at inddrage og fastholde udsatte gravide, herunder gravide med anden etnisk baggrund end dansk, i svangreomsorgens tilbud, således at gruppen sikres tilbud i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen.
- at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, herunder koordinationen mellem regionens sygehuse, primærsektoren i kommunen og evt. socialforvaltningen.
- at sikre en opkvalificering af det sundhedsfaglige personale ift. arbejde og kommunikation med socialt dårligt stillede gravide.

På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på 18 mio.kr. i perioden 2012-2015.

Mio. kr., 2012-pl	2012	2013	2014	2015
Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide	4,5	4,5	4,5	4,5

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af fælles ansøgninger fra region/kommune(r) med henblik på at sikre den nødvendige koordinering regionalt/lokalt.

3. Oversigt over fordeling af satspuljen på sundhedsområdet 2012-2015

	2012	2013	2014	2015	I alt
1. Opprioritering af psykiatrien					
1.1. Hurtigere hjælp til børn og unge med psykiske sygdomme (P)	20,0	32,5	25,0	25,0	102,5
1.2. Styrkelse af den nære psykiatri (P)	20,0	20,0	20,0	20,0	80,0
1.3. Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis (P)	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
1.4. Ophævelse af aldersgrænsen for tilskud til psykologbehandling af personer med depression	50,0	50,0	50,0	50,0	200,0
1.5. Udvidelse af ordning med tilskud til psykologbehandling af personer med angst, herunder OCD	10,0	10,0	10,0	10,0	40,0
1.6. Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede (P)	13,5	13,5	13,5	13,5	54,0
1.7. Styrkelse af den kommunale alkoholbehandling af dobbeltbelastede (P)	13,0	13,5	13,5	13,5	53,5
1.8. Flere sengepladser i psykiatrien (P)	20,0	40,0	40,0	40,0	140,0
1.9. Børn som pårørende til psykisk syge og misbrugere	20,0				
1.10. Behandling af spiseforstyrrelser	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0
Erfaringsindhentning om behandling af BED	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0
2. Forebyggelse og sundhed for de svageste grupper					
2.1. Strategi for bekæmpelse af rygning blandt udsatte unge	4,0	4,0	4,0	4,0	16,0
2.2. Opsøgende tandpleje for særligt socialt udsatte	4,0	4,0	4,0	4,0	16,0
2.3. Pulje til fremme af seksuel og reproduktiv sundhed	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0
2.4. Børn og unge med kronisk sygdom	3,0	3,0	3,0	3,0	12,0
2.5. National handlingsplan for den ældre medicinske patient	56,6	54,6	54,6	34,6	200,4
2.6. Oplysningskampagne	3,0	-	-	-	3,0

om symptomer på demens					
2.7. Nationalt Videnscenter for Demens	-	1,9	6,2	6,2	14,3
2.8. Indkaldelse til børneundersøgelser og vaccination (P)	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0
2.9. Videreførelse af Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn	4,5	-	-	-	4,5
2.10. Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge	7,0	7,0	7,0	7,0	28,0
2.11. Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide	4,5	4,5	4,5	4,5	18,0
I alt	294,1	299,5	296,3	276,3	1166,2

4. Administration mv.

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

5. Dokumentation og opfølgning

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

Mål og dokumentation

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

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

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