

København, den 16. februar 2026

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

## **Høringssvar vedr. Bekendtgørelse om ret til hurtig behandling af let til moderat depression og angst for personer mellem 18 og 24 år samt ændringsbekendtgørelse af BEK 892 af 25. juni 2025**

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til det reviderede udkast til bekendtgørelse om ret til hurtig behandling af let til moderat depression og angst for personer mellem 18 og 24 år.

Vi anerkender intentionen om at sikre hurtigere adgang til behandling for unge med depression og angst. Vi noterer, at der i det reviderede udkast er foretaget præciseringer vedrørende informationsforpligtelse og geografisk tilgængelighed.

På trods heraf finder DSAM anledning til at fastholde og skærpe en række væsentlige faglige og strukturelle bekymringer fra vores tidligere høringssvar.

### **1. “Tilstrækkelig oplyst henvisning” – risiko for udhuling af 30-dagesfristen**

Det fremgår, at 30-dagesfristen regnes fra modtagelse af en “tilstrækkelig oplyst henvisning”.

DSAM finder denne formulering problematisk. Den indebærer en risiko for, at fristens starttidspunkt i praksis kan forskydes, hvis visitationen vurderer, at henvisningen ikke er tilstrækkeligt oplyst. Dermed kan rettigheden til hurtig behandling blive illusorisk.

Der er allerede betydelig problematik med afviste henvisninger i sundhedsvæsenet. Den foreslåede formulering legitimerer, at visitationen kan afvise en henvisning og anmode om en ny, hvorved ventetiden reelt forlænges.

DSAM anbefaler, at ordene “tilstrækkelig oplyst” fjernes.

Hvis visitationen har behov for yderligere oplysninger, bør disse indhentes via korrespondance, uden at fristen suspenderes. Alternativt må regionerne etablere en indledende visitationssamtale.

Det bør samtidig understreges, at almen praksis ikke på forhånd kan forventes at kunne angive i henvisningen, om patienten skal have digitalt tilbud, gruppetilbud eller individuel behandling. Da ordningen er ny og behandlingen delvist kan foregå i privat regi, vil det være vanskeligt for praktiserende læger at kende behandlingstilbuddenes præcise indhold.

Det foreslås at målgruppen og visitationskriterierne defineres tydeligt, og at der etableres formaliserede samarbejdsstrukturer mellem det regionale tilbud og almen praksis, svarende til PKO (praksiskonsulent)-ordningerne.

## **2. Stram økonomi kan give stram visitation og afviste henvisninger**

Ordningen forudsætter, at den afsatte økonomiske ramme kan rumme den forventede efterspørgsel. Men kortere ventetid vil forventeligt øge henvisningsaktiviteten ved at realisere et latent behov.

Når behandlingsansvaret overgår til regional visitation inden for en fast økonomisk ramme, kan der opstå en reel risiko for øget administrativ adgangskontrol. Det er afgørende, at retten til hurtig behandling ikke i praksis begrænses gennem snævre visitationsfortolkninger eller formelle krav til henvisningen.

Almen praksis foretager den kliniske vurdering, stiller diagnosen og vurderer funktionsniveauet. Klinisk funderede henvisninger bør lægges til grund for modtagelse af patienten. Kapacitetsmæssige eller økonomiske hensyn må ikke føre til afvisninger eller til, at henvisninger returneres med henvisning til utilstrækkelig oplysning.

Hvis kapaciteten ikke følger med, kan konsekvensen blive:

- visitationsmæssig stramning
- afviste henvisninger
- øget brug af digitale tilbud

Der bør indbygges mekanismer til løbende kapacitetsvurdering og justering.

## **3. Risiko for styringslogik frem for klinisk logik**

Bekendtgørelsen åbner for digital og gruppebaseret behandling. Disse behandlingsformer kan være relevante, men må ikke blive standardløsning af kapacitetsmæssige eller økonomiske hensyn.

Det bør sikres at behandlingsform vælges på baggrund af individuel klinisk vurdering og ikke primært ud fra ressourceforhold.

## **4. Tab af kontinuitet og reelt frit valg**

Bekendtgørelsen indebærer, at muligheden for henvisning til navngiven psykolog bortfalder og erstattes af ret til hurtig behandling via regional visitation eller privat aftaleleverandør.

For mange unge er det ikke alene behandlingens starttidspunkt, der er afgørende, men relationen til behandleren. Kontinuitet i den terapeutiske relation er veldokumenteret som en central faktor for effekt og fastholdelse i behandling.

Ordningen markerer et skifte fra en model med direkte henvisning til navngiven behandler til en administrativ visitationsmodel. Dette kan svække behandlingsmæssig kontinuitet og patientens autonomi.

DSAM anbefaler, at patienten tilbydes valgmulighed, så egen læge afhængig af patientens præferencer både kan henvise til:

- regional visitation med ret til hurtig behandling eller
- navngiven psykolog uden ventetidsgaranti.

## **5. Geografisk tilgængelighed og risiko for øget ulighed**

Det er positivt, at behandling ikke må ligge i "urimelig lang afstand" fra patientens bopæl. Formuleringen er imidlertid upræcis og kan føre til regional variation i fortolkningen.

DSAM anbefaler, at der fastsættes mere objektive kriterier, eksempelvis maksimal transporttid med offentlig transport.

Der er samtidig risiko for, at unge i yderområder rutinemæssigt tilbydes digitale løsninger frem for fremmødebehandling. Digitale tilbud kan være relevante, men må ikke blive en substitut for fysisk behandling af kapacitetsmæssige årsager.

En sådan udvikling kan forstærke ulighed i sundhed, hvor de mest intensive tilbud koncentrerer i større byer.

## **6. Manglende nationale kvalitetsstandarder**

Bekendtgørelsen fastslår, at behandlingen skal være af høj faglig kvalitet og med de fornødne kompetencer.

DSAM anbefaler, at der mhp. nærmere at definere høj faglig kvalitet og fornødne kompetencer udarbejdes overordnede nationale standarder for tilbuddets indhold, for både regionale og private aktører. Relevante fagvidenskabelige organisationer, herunder DSAM, samt psykologforeningen og relevante patientforeninger bør inddrages.

DSAM anbefaler, at blandt andet følgende kvalitetskriterier indarbejdes:

- At patienten så vidt muligt møder samme behandler gennem forløbet.
- Rammer for samtalerne længde og antal.
- At digitale tilbud bør være evalueret i pilotprojekter før storskalaudrulning.
- Krav om relevant supervision.

## **7. Evaluering og transparens**

Der bør etableres en systematisk og offentlig national evaluering af ordningen, herunder:

- Sammenligning af individuelle, gruppebaserede og digitale forløb.
- Effektmåling.
- Gennemførselsprocenter.
- Patienttilfredshed.

Evalueringen bør være offentlig og danne grundlag for justering af ordningen.

Med venlig hilsen



Maria Krüger  
Konst. formand for DSAM