

Statusrapport

“Kvalitativ og kvantitativ status og vurdering
af psykiatrien i Region Syddanmark”



Kjeld Møller Pedersen og Peter Jezek,
Syddansk Universitet

Forord

Denne rapport er udarbejdet i et samarbejde mellem Institut for Sundhedstjenesteforskning ved Syddansk Universitet og Psykiatrien i Region Syddanmark.

Forhistorien er en henvendelse i august måned 2006 fra nu afdøde psykiatridirektør Kirsten Nielsen til professor Kjeld Møller Pedersen om et samarbejde om en rapport om psykiatrien i Region Syddanmark.

Rapporten skal ses som baggrundsmateriale til den kommende udviklingsplan for psykiatrien i Region Syddanmark. Formålet har været at komme rundt om de væsentligste aspekter af psykiatrien i Region Syddanmark.

Udgangspunktet for rapporten er de centrale værdier for psykiatrien i Region Syddanmark, herunder at udvikle den psykiatriske virksomhed ud fra nøglebegreberne kvalitet, sammenhæng og høj grad af tilgængelighed i dialog med patienter, brugere og pårørende

Det primære fokus i rapporten er behandlingspsykiatrien. Der indgår et kapitel om socialpsykiatrien i forhold til samarbejdsflader, men udviklingsarbejdet for socialpsykiatrien ligger i Rammeaftalen. Region Syddanmarks centre for traume og torturofre samt Psykiatrisk Informationscenter er også en del af psykiatrien i Region Syddanmark, men afdelingerne er ikke beskrevet i denne rapport, de der pågår særskilt udredningsarbejde vedrørende disse.

Statusrapporten er således ikke udtømmende og altomfattende, men er udtryk for balancen mellem en stram tidsplan og datatilgængelighed

Projektet har formelt været lokaliseret på Syddansk Universitetet med professor Kjeld Møller Pedersen som projektansvarlig og psykiatrisk afdelingssygeplejerske cand.scient.san. Peter Jezek som projektleder og hovedskribent på rapporten. Ekstern lektor Bent Nielsen, Klinisk Institut på Syddansk Universitet har fungeret som faglig sparringspartner og er også medskribent på dele af rapporten. Peter Jezek har været udlånt fra Sygehus Fyn fra 1. oktober 2006.

Projektet har været fulgt af en gruppe bestående af:

Professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet

Psykiatrisk afdelingssygeplejerske Peter Jezek, Syddansk Universitet/Sygehus Fyn

Kontorchef Torben Kyed Andersen, Region Syddanmark

Fuldmægtig Thomas Osterland, Region Syddanmark (Vejle amt)

Fuldmægtig Anders Peter Petersen, Region Syddanmark (Fyns amt)

Fuldmægtig Julia Egebæk, Region Syddanmark (Ribe Amt)

Projektgruppen har fungeret som sparringspartner i skriveprocessen samt medvirke til at fremskaffe data m.m..

Udover projektgruppen har, der været trukket på fuldmægtig Anita Lerche (Sønderjyllands Amt). Fuldmægtig Birthe Navntoft (Vejle Amt) har bidraget til kapitel 9 vedrørende socialpsykiatrien og kommunikationskonsulent Miriam Matlok fra Region Syddanmarks Kommunikationsafdeling har bidraget til kapitel 10 vedrørende psykiatriens image.

Rapporten kan i sin helhed eller i forhold til enkelte kapitler have interesse for en bred kreds: Politikere, interesserede borgere, patientforeninger, pårørende, patienter og sundhedsprofessionelle.

For dem der ønsker et hurtigt overblik / indsigt henvises til hovedresultater for de enkelte kapitler. For særligt interesserede vil det være let at dykke ned i de enkelte kapitler.

Der redegøres for styrker og svagheder i de anvendte data i bilag 1, ligesom det også synliggøres, hvor der er datamangler.

De vurderinger, der foretages i rapporten, er i sagens natur forfatterens ansvar.

Odense d. 19. februar, 2007

Kjeld Møller Pedersen

Peter Jezek

Baggrund for rapporten

Organisering af psykiatrien i Region Syddanmark

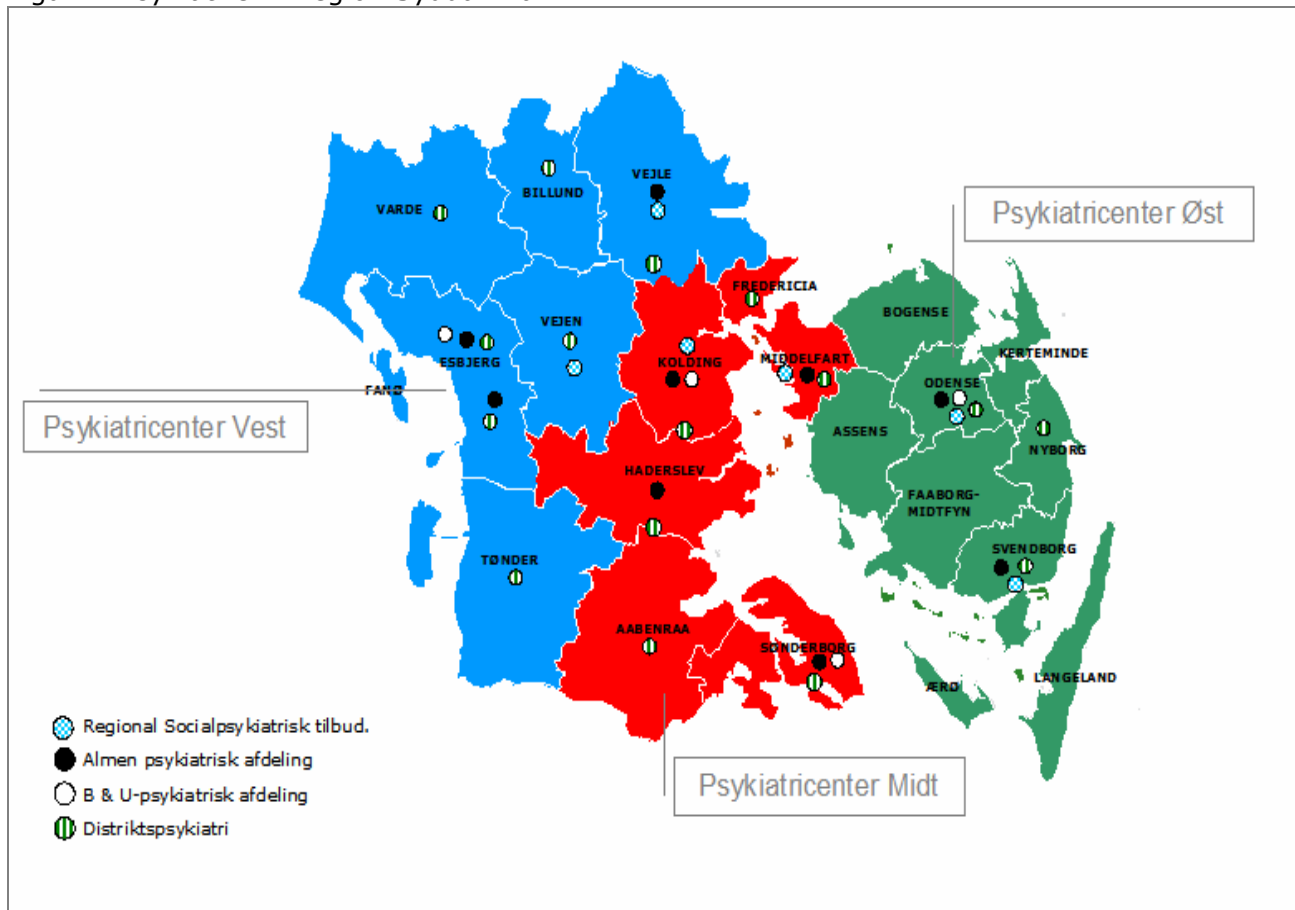
Inden der ses på selv indsatsen i psykiatrien, opsummeres hér den nye organisering af psykiatriområdet i Region Syddanmark.

Med den nye organisation af psykiatrien i Region Syddanmark, er sygehus- og distriktpspsykiatrien opdelt i tre geografiske centre, og der er aktuelt behandlingstilbud på 9 sygehuse, jf. figur 1.

- Psykiatricenter Vest, ca. 377.000 indbyggere.
- Psykiatricenter Midt, ca. 366.000 indbyggere.
- Psykiatricenter Øst, ca. 440.000 indbyggere.

Socialpsykiatrien er organiseret i Center for Socialpsykiatri, Traume og torturofre samt Psykiatrisk Informationscenter og dækker hele regionen.

Figur 1. Psykiatrien i Region Syddanmark



Udviklingsplan

Dannelsen af Region Syddanmark har betydet, at der sker en nyorganisering af psykiatrien i regionens område. De første skridt er allerede taget med dannelsen af de nye psykiatricentre, men det egentlige plan- og udviklingsarbejde står tilbage. Nyorganiseringen af psykiatrien giver en enestående mulighed for at gentænke den daglige praksis og den fremadrettede udvikling. Regionsdannelsen betyder at forandring er både en mulighed og en nødvendighed. Det er ønskeligt, at muligheden og nødvendigheden smelter sammen i en udvikling, der sikrer et endnu bedre tilbud til dem, som det i sidste ende handler om, nemlig borgere med sindslidelser.

Region Syddanmark har iværksat udarbejdelsen af udviklingsplan for psykiatrien for at starte denne udvikling.

De fire gamle amter har været stærke aktører i psykiatrien med et højt fagligt niveau og mange gode og vellykkede initiativer. For psykiatrien i Region Syddanmark handler det om at bringe de positive erfaringer frem i lyset og på baggrund af et godt udgangspunkt, at skabe den bedste psykiatri i Danmark. Statusrapportens mål er at afdække og analysere Region Syddanmarks nuværende psykiatriske tilbud. Og er dermed det først skridt i tilblivelsen af selve udviklingsplanen.

Anden etape af udarbejdelsen af psykiatriens udviklingsplan sættes i gang med en udviklingsplankonference om kvalitet og sammenhæng i den regionale psykiatri. Statusrapport og Udviklingsplankonference skal på hver deres måde danne grundlag for, at der kan nedsættes en række arbejdsgrupper, der skal komme med anbefalinger til udviklingsretningen på de centrale områder inden for psykiatrien. Anbefalingerne fra arbejdsgrupperne vil danne grundlag for den samlede udviklingsplan, der fremover vil danne rammen for udviklingen af psykiatrien i Region Syddanmark.

Udviklingsplanen skal godkendes i Regionsrådet.

Statusrapporten

I statusrapporten er der foretaget enkle analyser og vurderinger af, hvor psykiatrien i Region Syddanmark står i forhold til udvalgte temaområder og nøgletal, ligesom der også indgår skitser af nationale og udvalgte internationale udviklingstendenser og mulige modeller for psykiatrien. Det er ikke færdigt anbefalinger, men skal alene tjene som inspiration til det kommende arbejde med udviklingsplanen.

Der er tale om udvalgte temaer, hvorfor rapporten ikke kan, eller skal betragtes som en total opsummering af den samlede psykiatri i den fire gamle amter.

Rapporten tilstræber at give både en kvalitativ og kvantitativ status og vurdering af psykiatrien i Region Syddanmark (RSD). Der er kapitler, der primært er præget af taloplysninger, mens der er andre, hvor den kvalitative tilgang er fremherskende. For en nærmere oversigt over de forskellige datakilder, se bilag 1.

Udgangspunktet har fortrinsvis været eksisterende data og dokumenter, hvoraf en del er udarbejdet af de fire tidligere amter. Ved struktureringen af data og dokumentationsmateriale er der lagt vægt på at betragte regionen som en enhed uden den 'gamle' amtsopdeling, og at omsætte data fra amtsopdeling til den nye struktur med tre psykiatricentre hvor det har været muligt.

For at give læseren et hurtigt overblik over de væsentlige elementer i de respektive kapitler indledes hvert kapital med en opsummering, hvor kapitlets genstandsfelt samt konklusioner er opridses.

Kapitel 1	12
Hovedresultater for hele statusrapporten	12
Kapitel 2 – Psykiatrisk sygdomsforekomst	12
Kapitel 3 – Specialisering	13
Kapitel 4 – Rekruttering	14
Kapitel 5 – Kvalitet	14
Kapitel 6 – Patienter og pårørende	15
Kapitel 7 – Faglighed	16
Kapitel 8 – Sammenhæng mellem praksissektor og kommuner	16
Kapitel 9 – Socialpsykiatri	17
Kapitel 10 – Psykiatriens image.....	18
Perspektiver og problemstillinger	19
Kapitel 2	26
Psykiatrisk sygdomsforekomst	26
Kapitlets hovedresultater:	27
Antal af sindslidende	27
Psykiatrisk sygelighed indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.....	28
Sygelighed udtryk ved antal personer i behandling	29
Sygelighed udtrykt ved belastningsgrad	32
Skizofreni.....	33
Affektive lidelser	34
Sygelighed udtrykt ved antal nye patienter	34
Antal førstegangskontakter i Region Syddanmark.....	34
Referencer kapitel 2	38
Kapitel 3	39
Specialisering	39
Kapitlets hovedresultater:	40
Baggrund	41
Mål for specialisering	42
Specialisering og patientvolumen	43
Fagområder og specialisering	45
Nuværende specialisering i Region Syddanmark.....	48
Oligofrenipsykiatri	48
Retspsykiatri.....	49
Gerontopsykiatri.....	51
Børne- og ungdomspsykiatri	53
Almenpsykiatrien, døgnafsnit.....	54
Almen voksenpsykiatri, ambulant behandling.....	56
Evidens om organisering og specialisering af den ambulante behandling i	
almenpsykiatri	58
Tilgængelighed	62
Specialisering og tilgængelighed.....	62
Aktuel tilgængelighed	62
Patienternes oplevelse	64
Akutfunktion - akutmodtagelse	64
Modeller for organisering af den psykiatriske indsats	65
Referencer kapitel 3	72

Kapitel 4	75
Rekruttering	75
Aktuelt personaleforbrug i psykiatrien i Region Syddanmark	75
Kapitlets hovedresultater:	76
Baggrund	76
Den aktuelle situation i Region Syddanmark	77
Mulige årsager	78
Anbefalinger	79
Rekruttering af udenlandske læger	81
Supplerende løsninger	81
Opgaveglidning	81
Referencer kapitel 4	85
Kapitel 5	86
Kvalitet	86
Kapitlets hovedresultater:	86
Faglig kvalitet	87
Hovedresultater, faglig kvalitet:	88
Kvalitet i skizofrenibehandling	88
Organisatorisk kvalitet	89
Hovedresultater, organisatorisk kvalitet:	89
Ventelister	90
Udvikling og implementering af retningslinier for udskrivningsbreve i RSD	92
Brugeroplevet kvalitet	93
Hovedresultater, brugeroplevet kvalitet:	93
Patient/bruger - og pårørendetilfredshed ¹²	94
Ressource-effektivitet	96
Hovedresultater, ressource-effektivitet:	96
Økonomi og aktivitet	97
Udvikling i produktionen udtrykt ved sengedage og ambulante ydelser	100
Kvalitetsudvikling i psykiatrien i Region Syddanmark	105
Hovedresultater, kvalitetsudvikling i psykiatrien i Region Syddanmark:	105
Kvalitetsarbejdet i psykiatrien	106
Referencer kapitel 5	107
Kapitel 6	108
Patienter og pårørende	108
Kapitlets hovedresultater:	108
Patient- og pårørendesamarbejde og -politikker	108
Patienter	109
Pårørende	110
Pårørende- og patientundervisning	111
Børn med psykisk syge forældre	112
Samarbejdet med bruger- og pårørendeorganisationer	113
Fremtidig inddragelse af patient- og pårørendeorganisationer	114
Referencer kapitel 6	116
Kapitel 7	117
Faglighed	117
Kapitlets hovedresultater:	117
Uddannelsesaktiviteter i Region Syddanmark	118

Kompetenceprofil i psykiatrien i Region Syddanmark	120
Opgørelse af psykologer med specialistuddannelse i psykopatologi	120
Opgørelse af specialuddannede sygeplejersker i regionen	120
Grunduddannelser	121
Forskning	121
Referencer kapitel 7	124
Kapitel 8	125
Sammenhæng – praksissektor og kommuner	125
Kapitlets hovedresultater:	125
Psykiatriske ydelser i almen praksis	126
Shared Care – det sømløse sundhedsvæsen	130
Privat praktiserende psykologer	133
Privat praktiserende psykiatere	133
Antal og fordeling af praktiserende speciallæger i psykiatri	133
Psykiatriske ydelser i speciallægepraksis	135
Samarbejde med kommunerne	136
Udviklingsopgaver	138
Referencer kapitel 8	140
Kapitel 9	141
Socialpsykiatri	141
Kapitlets hovedresultater:	141
Det socialpsykiatriske tilbud	142
Den regionale socialpsykiatri	143
Den kommunale socialpsykiatri	144
Brugerinddragelse og bruger- og pårørendearbejde	145
Samarbejdet mellem kommune, region og den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO)	146
Samarbejdet mellem social- og behandlingspsykiatri	147
Udviklingsfelter i socialpsykiatrien	147
Referencer kapitel 9	148
Kapitel 10	149
Psykiatriens image	149
synlighed og respekt	149
Kapitlets hovedresultater:	150
Baggrund	150
Formål	151
Hovedbudskab	151
Målgrupper for kommunikation	151
Værktøjer	151
Bilagsoversigt	154

Oversigt over *figurer og tabeller* anvendt i rapporten

Baggrund for rapporten

Figur. 1 Psykiatrien i Region Syddanmark

Kapitel 2

Figur 1. Fordeling af patientgrupper
Figur 2. Personer i kontakt med psykiatrien 2003-2005
Figur 3. Ambulante besøg og sengedage fordelt på diagnosegrupper 2005 voksenpsykiatri
Figur 4. Udvikling i samlet antal førstegangskontakt
Figur 5. Førstegangskontakter fordelt på kommuner
Figur 6. Førstegangskontakt med psykiatrisk sygehus, 2005

Tabel 1. Antallet af RSDs borgere i behandling
Tabel 2. Antal sengedage for patienter med F20-21 (skizofreni)

Kapitel 3

Figur 1. Væsentlige snitfald for psykiatrien
Figur 2. Tænkningen bag øvelse-gør-mester
Figur 3. Udvikling i antal personer fordelt på diagnose og alder, udtrykt som antal udskrivning 2004
Figur 4. Psykiatrien i Region Syddanmark
Figur 5. Core shell modellen ved AlkoholBehandlingsCenteret i Fyns Amt
Figur 6. Stepped Care for fire sværhedsgrader af psykiatriske sygdomme
Figur 7. Stepped care model for depression

Tabel 1. Specialiseret tilbud indenfor retspsykiatri
Tabel 2. Specialiseret tilbud indenfor gerontopsykiatri
Tabel 3. Specialiseret tilbud indenfor børne- og ungdomspsykiatri
Tabel 4. Antal henvisninger i 1996 og i perioden 2002 – 2005 i børne- og ungdomspsykiatri
Tabel 5. Specialiseret tilbud indenfor almen voksenpsykiatri

Kapitel 4

Figur 1. Udbud og efterspørgsel på læger i psykiatrien på landsplan

Tabel 1. Lægeopgørelse 2005
Tabel 2. Dansk Psykiatrisk Selskabs bud på afgrænsning af psykiaterens arbejdsopgaver

Kapitel 5

Figur 1. BupBasen, Dækningsgrad, % af amternes PAS registrering 2005
Figur 2. Ambulante ydelser til voksne fordelt på sygehuspsykiatri og privatpraktiserende psykiater/psykolog pr. 10.000 indbyggere 2005
Figur 3. Udvikling i antal ambulante ydelser i voksenpsykiatrien inkl. hjemmebesøg og ekskl. skadestuebesøg i år pr. 100.000 indbyggere

- Figur 4. Ambulante ydelser til B&U* fordelt på sygehuspsykiatri og privat praktiserende psykiater/psykolog pr. 10.000 indbyggere 2005
- Figur 5. Udvikling i ambulant- og hjemme besøg i året pr. 100.000 indbyggere børne- og ungdomspsykiatri
- Figur 6. Udvikling i antal sengedage pr.100.000 indbyggere i voksenpsykiatri
- Figur 7. Udvikling i antal sengedage pr. 100.000 indbyggere børne- og ungdomspsykiatri
- Tabel 1. Ventetid 2006 i Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark
- Tabel 2. Andel af patienter og pårørende der oplever, at de ikke har fået tilbudt undervisning i psykisk sygdom og behandling
- Tabel 3. Amternes nøgletal 2005 omsat til regionens nye struktur
- Tabel 4. Gennemsnitlig liggetid, voksenpsykiatriske afdelinger
- Tabel 5. Udbud og forbrug af sengepladser, 2005 tal
- Tabel 6. Samlet antal normerede senge, budget 2007

Kapitel 6

- Tabel 1. Oversigt over kvalitets- og servicemål
- Tabel 2. Oversigt over udbud af manualiseret psykoedukation og pårørendeundervisning
- Tabel 3. Oversigt over bruger- og pårørendeorganisationer i psykiatrien
- Tabel 4. Bruger- og pårørendeorganisationernes fremtidige organisering

Kapitel 7

- Figur 1. Antal forskningsprojekter registreret i Regioner
- Tabel 1. Antal psykologer der har eller er i gang med specialistuddannelse i psykopatologi i voksenpsykiatrien
- Tabel 2. Antal specialeuddannede sygeplejersker i Region Syddanmark

Kapitel 8

- Figur 1. Henvendelsesårsager i almen praksis
- Tabel 1. Udbredelsen af samtaleterapi i Region Syddanmark
- Tabel 2. Henvendelsesårsager: Voksne patienter fordelt på køn og alder
- Tabel 3. Privatpraktiserende speciallæger i psykiatri
- Tabel 4. Ydelser i psykiatrisk speciallægepraksis

Kapitel 9

- Figur 1. Fordeling af regionale socialpsykiatriske tilbud
- Tabel 1. Fordeling af socialpsykiatriske tilbud i Region Syddanmark

Kapitel 1

Hovedresultater for hele statusrapporten

I det følgende afsnit vil rapportens hovedresultater i forhold til de enkelte kapitler blive præsenteret.

Kapitel 2 – Psykiatrisk sygdomsforekomst

- Det skønnes, at der i Region Syddanmark findes ca. 110.000 personer med en sindslidelse. Af disse har det psykiatriske sygehusvæsen i regionen kontakt med ca. 25 % svarende til ca. 27.000 personer på årsbasis. Privatpraktiserende psykiatere i Region Syddanmark har på årsbasis kontakt med ca. 8.000 personer. En stor del af de resterende behandles enten hos egen læge, ved psykolog, i kommunal socialpsykiatri eller modtager ikke behandling. Det er uvist hvor mange, der er uden behandlingskontakt og hvor mange af dem, der har et behov for psykiatrisk behandling.
- En fjerdedel af alle enkeltpersoner, der har kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, er over 65 år og har diagnosen depression, demens eller delir. Set imidlertid til ressourceforbrug i form af sengedage og ambulante besøg udgør de kun en mindre del. Gruppen har et stort overlap med somatikken. Data anvendt indikerer, at der i regionen er forskel på, om denne gruppe patienter bliver behandlet på psykiatriske eller somatiske afdelinger.
- Skizofreni udgør en relativ sjælden, men alvorlig sygdom. På landsplan registreres ca. 300 nye tilfælde på årsbasis, hvilket svarer til ca. 1,5 % af alle nye psykiatriske kontakter på et år. Samtidigt er det den sygdom, der forbruger flest sygehusressourcer både i sengedage og ambulante besøg. Gruppen er karakteriseret ved en massiv genindlæggelsesrate.
- I Region Syddanmark er der geografisk forskel på, hvor mange personer i den erhvervsaktive alder med depression, der har kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. En medvirkende årsag til denne skævhed er den store forskel i brug af de privatpraktiserende psykiatere/psykologer i regionen
- Region Syddanmark har 14 - 20 % flere førstegangskontakter (nytilkommende patienter/incidens) iht. befolkningsgrundlaget end på landsbasis. Mønstret har været stabilt i de sidste 5 år. Det er primært sygdomsgruppen af demens/delir (F0) og affektive lidelser (F3) som tegner sig for flere førstegangskontakter end landsgennemsnittet (se bilag 22, for liste med diagnosekoder- og forklaring).
- I regionen er der stor geografisk forskel på antal førstegangskontakter. De jyske kommuner har det største antal førstegangskontakter. Størst forskel findes mellem Tønder, der har 78 førstegangskontakter/ 10.000 indbyggere og Nyborg med 39 patienter/10.000 indbyggere. Tallene er beregnet som et gennemsnit af de registreringer for de sidste 5 år.

Kapitel 3 – Specialisering

- Psykiatriens kerneopgaver er de egentlige psykiske sygdomme, medens normalpsykologiske reaktioner som fx sorgreaktion eller krisereaktion ikke indgår heri.
- Psykiatriens udvikling har været præget af omlægning fra stationær til ambulant behandling, hvor det har været centralt at skabe nærhed og kontinuitet i behandlingen og i mindre grad skabe faglig specialisering.
- Tilgængelighed skabes ikke kun ved geografisk nærhed. Specialisering og tilgængelighed kan, afhængig af den valgte model, ofte kombineres.
- Fremtidig specialisering kan i høj grad være ledelsesstyret for at sikre en overordnet koordinering. Endvidere bør den være evidensbaseret, dvs. med sandsynliggørelse af, at det medfører en højere behandlingskvalitet (bedre behandlingsresultater).
- Der er ikke entydig dokumentation for sammenhæng mellem faglig kvalitet og patientunderlag, dvs. om større patientunderlag og dermed større erfaring ("øvelse gør mester") fører til bedre behandlingsresultater. Alt afhængig af forekomsten af sygdommen (incidens og prævalens) er der forskellige anbefalinger for størrelsen af befolkningsgrundlaget for behandlingsenhederne.
- På en lang række, men ikke alle, psykiatrifaglige områder er der konsensus om øget specialisering, men der er ikke samme enighed om modellerne herfor.
- Der findes en række modeller for organisering af psykiatrien (systemtiltag), der kan inddrages ved planlægningen af øget specialisering. For eksempel kombinerer *kompetencecenter modellen* tilgængelighed med faglig specialisering, mens *Stepped care modellen* i højere grad vægter omkostningseffektivitet.
- Alle i tre psykiatricenter er der i dag en specialisering/centralisering inden for følgende områder: Oligofreni, geronto(ældre)psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri. Der er specialiserede tilbud til retspsykiatriske patienter i Psykiatricenter Midt og Psykiatricenter Vest. Der foreligger en vurdering fra fagområdet i forhold til fremtidig organisering.
- Psykiatricenter Øst, Odense Universitetshospital har specialiserede sengeafsnit i forhold til skizofreni og affektive sygdomme. Herudover findes der i Psykiatricenter Midt, Augustenborg et specialiseret rehabiliteringsafsnit. Resterende sengeafdelinger i voksenpsykiatrien er organiseret som almenpsykiatrisk afsnit med geografiske optageområder.
- Som en del af spørgsmålet om tilgængelighed, og på baggrund af Sundhedsstyrelsens udspil for det somatiske område, kan der i Region Syddanmark ses på den psykiatriske akutmodtagelse. Aktuelt er der mulighed for akut indlæggelse døgnet rundt inden for voksenpsykiatrien på alle 9 psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark. Herudover er der i regionen 3 psykiatriske skadestuer.
- Der findes distriktpsychiatri i hele Region Syddanmark, men den er organiseret forskelligt og omfatter forskellige typer af tilbud.
- Ud over distriktpsychiatrien findes der et uensartet udbud af forskellige specialiserede ambulante tilbud inden for voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Kapitel 4 – Rekruttering

- Aktuelt er der mangel på psykiatere, både på landsplan og i Region Syddanmark.
- Under de nuværende forudsætninger viser prognoseberegninger, at der i børne- og ungdomspsykiatrien ikke vil være væsentlige rekrutteringsproblemer, men derimod alvorlige rekrutteringsproblemer i voksenpsykiatrien i Region Syddanmark.
- For Region Syddanmark viser prognoser at lægemanglen inden for voksenpsykiatrien i 2015 vil være 18 % (29), såfremt alle uddannelsesstillinger besættes og 36 % (58), hvis den nuværende udviklingstendens forsættes.
- Der er i fremskrivningen ikke taget højde for, hvorledes indførelsen af behandlingsgarantien i børne- og ungdomspsykiatrien vil påvirke efterspørgslen.
- Der arbejdes aktuelt med en strategi for rekruttering af læger i regionen.
- Rekruttering af udenlandske læger kan delvist afhjælpe manglen på læger. Der foreligger nogen erfaring med at rekruttere tyske og polske læger.
- Behovet for psykiatere er ikke statisk. Arbejdsform og opgaveglidning har indflydelse på behovet og kan derfor være strategier til at mindske rekrutteringsproblemerne. Der foreligger positive erfaringer med at andre faggrupper varetager dele af psykiaterens arbejdsopgaver. Det skal dog bemærkes, at udviklingen med opgaveglidningen fordrer en øget efter- og videreuddannelse.
- Der meldes ikke om mangel på psykologer i Region Syddanmark. Samtidigt forventes der en årlig tilvækst i antal specialistuddannede psykologer på landsplan i de kommende år.
- Aktuelt meldes der ikke om decideret rekrutteringsproblemer for sygeplejersker i regionen. Men det kan være vanskeligt at få sygeplejersker med de ønskede kvalifikationer.

Kapitel 5 – Kvalitet

- Ser man på behandlingskvaliteten for enkelte sygdomme, er det kun skizofreni, der aktuelt har et landsdækkende registreringssystem i forbindelse med Det National Indikatorprojekt (NIP).
 - Erfaring fra NIP viser, at det har taget tid at udvikle og sikre datakvaliteten, men processen har givet øget fokus på kvaliteten i behandlingen.
- Resultaterne viser, at de enkelte psykiatriske sygehuse i Region Syddanmark generelt har forbedret behandlingen af skizofreni.
- Resultater fra første del af 2006 viste, at Amtssygehuset i Esbjerg og ved Ribe havde klart den bedste kvalitet i skizofrenibehandling, og at de andre psykiatriske afdelinger i Regionen matchede landsgennemsnittet.
- I Region Syddanmark er der generelt større patienttilfredshed på psykiatriske sengeafdelinger end på landsplan.
 - Pårørende har markant lavere tilfredshed både med den ambulante behandling og sengeafsnit end patienterne.
- Såvel på landsplan, som i Region Syddanmark, er det over halvdelen af patienterne og en endnu større del af de pårørende, der ikke oplever, at der er blevet tilbudt undervisning i psykiske sygdomme.

- Inden for voksenpsykiatrien i Region Syddanmark er der praktisk talt ingen ventetid. Ved de få afvigelser der har været, er ventetiden under 3 mdr. I børne- og ungdomspsykiatrien forventes ventetider over 3 mdr. at være fjernet i løbet af 2007 ved hjælp af ekstra ressourcer, der er tilført som en del fra psykiatriaftalen.
- Der behandles flere borgere for færre penge i psykiatrien i Region Syddanmark end landsgennemsnitligt.
 - o Der er dog betydelig variation psykiatricentrene imellem.
- Der har i alle fire gamle amter været arbejdet med forskellige aspekter af kvalitetsudviklingsarbejdet.
 - o Det fremtidige kvalitetsarbejde i Region Syddanmark rummer forberedelser til implementering af den danske kvalitetsmodel. Det foreslås at arbejdet / implementeringen sker i tæt samarbejde med kvalitetsafdelingen for hele sundhedsområdet i Region Syddanmark
- På nationalt niveau er det besluttet at alle offentlige sygehuse skal deltage i den danske kvalitetsmodel (DDKM).
 - o Den danske kvalitetsmodel rummer 37 temaer, som vil danne grundlag for en række standarder, der skal implementeres i sygehusregi.
 - o Der vil blive foretaget måling og vurdering af aktiviteter, ydelser og institutioner, for at se om de lever op til standarderne.
 - o Den interne vurdering følges op af ekstern vurdering, der forventes påbegyndt 2 halvår 2008.
- Den planlagte kvalitetsudvikling i regionen har som primært mål at sikre en organisering, der kan understøtte arbejdet med den danske kvalitetsmodel (DDKM).
- Forberedelse af implementering af DDKM
 - o Omfatter uddannelse af medarbejdere der kan forestå implementering af DDKM.
 - o Der er indenfor Region Syddanmark uddannet ca. 40 kvalitetskoordinatorer, og igangsat en uddannelse af ca. 140 kvalitetsmedarbejdere

Kapitel 6 – Patienter og pårørende

- Inddragelse og støtte af patienter og deres nære pårørende har gavnlig indvirkning på behandlingsforløbet.
- Der har i alle fire forhenværende amter været ført en aktiv patient- og pårørendepolitik, om end udmøntningen har været forskellig. Det kan fremhæves, at Vejle Amt, i kraft af PsykInfo, har haft en meget synlig informationsformidling rettet mod patienter og deres pårørende.
- Inddragelsen af patient- og pårørendeorganisationer er foregået med forskellig kadence og i forskellige fora i amterne. Dette skyldes blandt andet, at organisationerne har været forskelligt repræsenteret i de tidligere amter. Organisationerne har været inddraget i de forskellige planlægningsaktiviteter, fx omkring psykiatriens fysiske rammer og udviklingsplaner.
- I Region Syddanmark tilbydes systematisk undervisning til patienter og pårørende i skizofreni og affektive lidelser. Herudover er der enkelte steder tilbud om undervisning til patienter med personlighedsforstyrrelser og deres pårørende.

- Specielt børn, hvis forældre er længerevarende psykisk syge, har i et livtidsperspektiv øget risiko for at få problemer. Derfor er det ekstra vigtigt at have fokus på denne gruppe.
- Der er i alle de fire gamle amter fokus på børn i familie med psykisk syge forældre, men selve organiseringen og omfanget af tilbudene er meget forskellige. I Vejle og Sønderjyllands Amter har været mere central styring. I Fyns og Ribe Amter har tiltagene været baseret i lokale tiltag.

Kapitel 7 – Faglighed

- Selvom organisering af efter- og videreuddannelse i de fire amter har været forskellig, er der tradition og praksis for samarbejde og koordinering.
- Der er etableret *Tværfaglig diplomuddannelse i psykiatri*, og der samarbejdes om *psykiatrisk specialuddannelse for sygeplejersker*. Endvidere bliver *psykoterapi for yngre læger* udbudt regionalt fra Psykiatrisk Informationscenter i Vejle.
- I tre af amterne har målbevidst styrket to kognitive behandlingsformer som terapietning, mens Sønderjyllands Amt i højere grad har fokuseret på relationsbehandling.
- En stor del af efter- og videreuddannelsen har tidligere været finansieret af den statslige psykiatripulje. I forbindelse med indgåelsen af den nye psykiatriaftale er denne finansiering bortfaldet.
- Der foregår en vis specialisering i forhold til antal af psykologer, som er i gang med en specialistuddannelse i psykopatologi, og omfanget af sygeplejersker med specialuddannelse inden for psykiatri.
- Undersøgelse tyder på, at af antallet af forskningsprojekter i Region Syddanmark inden for psykiatrien er under det halve af det antal, Region Midtjylland og Region Hovedstaden hver især deltager i, hvilket peger på et udviklingsområde. Det har ikke været muligt at identificere en regionsopdelt publikationsstatistik.

Kapitel 8 – Sammenhæng mellem praksissektor og kommuner

- Fra udenlandske undersøgelser ses, at mindst 30 % af konsultationerne hos den praktiserende læge indeholder et psykologisk element.
- Baseret på et kvalificeret skøn, har de alment praktiserende læger i Region Syddanmark i alt mere end 270.000 konsultationer årligt, hvor psykisk problem/ lidelse angives som vigtigste årsag til henvendelsen, og depression er den fjerde mest forekommende kontakt- og konsultationsårsag.
- Der ydes samtaleterapi til ca. 30.000 borgere i Region Syddanmark. I 2006 var der i alt 64.000 konsultationer, hvor der blev ydet samtaleterapi.
- De fleste patienter bliver færdigbehandlet i almen praksis, og kun et fåtal videregives til behandlingspsykiatrien.
- Almen praktiserende læger ønsker bedre og øget mulighed for henvisning af patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter til behandling hos psykiater/psykolog. Endvidere ønskes en bedre efteruddannelse for almen praktiserende læger så de i højere grad kan varetage behandlingen af de grupper patienter.
- Efteruddannelsen af praktiserende læger inden for psykiatri har i de senere år været ustruktureret og ukoordineret.
- Shared Care er blevet et centralt begreb, hvor man søger "*det sømløse sundhedsvæsen*" gennem en tværsektoriel sammentænkning af patientforløb.

Samarbejde og kommunikation mellem primær- og sekundærsektoren er grundstenen i modellen, og det optimale patientbehandlingsforløb er endemålet.

- I psykiatrisk speciallægepraksis behandles alle former for psykisk lidelse, men hovedparten af patienterne har lidelser inden for diagnosegrupperne affektive lidelser, nervøse- og stressrelaterede lidelser, og personlighedsforstyrrelser. Disse diagnosegrupper udgør tilsammen op mod 85 % af de behandlede patienter.
- De fleste patienter, der henvises til praktiserende psykiatere, gennemfører hele behandlingsforløbet i praksis. Blot 3 - 4 % henvises til videre til behandlingspsykiatrien.
- De privat praktiserende speciallæger behandler et stigende antal psykiatriske patienter. I 2006 var 8.000 af Region Syddanmarks borgere i behandling hos privat praktiserende psykiatere.
- Strukturreformen har med kravet om sundhedsaftaler sat fokus på det eksisterende samarbejde mellem de psykiatriske afdelinger og kommunerne. Sundhedsaftalernes hovedfokus er arbejdsdeling, koordinering af indsats og kapacitet samt informationsdeling og – formidling mellem region, kommune, praktiserende læger, patienter og pårørende.
- Aftalerne har sat fokus på især to målgrupper: dobbeltdiagnosticerede og børn i familie med et menneske med en sindslidelse.
- Aftalerne har endvidere igangsat en række udviklingsprojekter. De vigtigste af disse er etablering af en fælles regional samarbejdsaftale, fælles patientforløbsprogrammer og udvikling af elektroniske kommunikationsformer. På længere sigt er udviklingen af telepsykiatriske løsninger et andet spændende projekt.

Kapitel 9 – Socialpsykiatri

- I hele Region Syddanmark er der 1.556 socialpsykiatriske pladser. Heraf er 302 pladser (87 dagpladser og 215 døgnpladser) regionale, mens 1.254 (666 dagpladser og 586 døgnpladser) er kommunale.
- Langt størstedelen af døgnpladserne er tilbud om længerevarende ophold til personer der, som følge af betydelig og varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne kræver omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg og / eller behandling (Servicelovens § 108).
- Dagpladser er ligelig fordelt mellem aktivitets- og samværstilbud samt beskæftigelsestilbud (Servicelovens § 103 og § 104).
- Regionens tilbud omfatter, foruden tilbud til voksne med alvorlige psykiatriske problemstillinger, også tilbud til mennesker med alvorlige sindslidelser, som har et aktivt misbrug, mennesker med svære dyssociale adfærdsproblemer, unge med svære spiseforstyrrelser samt unge sindslidende i alderen 18 - 23 år med personligt og socialt støttebehov over en længere periode.
- Samarbejdet mellem regionen og kommunerne på det sociale / socialpsykiatriske områder tegnes at på den ene side af den årligt lovfastsatte rammeaftale, og på den anden side det politiske samarbejdsorgan – Kontaktudvalget, og et administrativt samarbejdsorgan – Det Administrative Samarbejdsforum.
- Psykiatrien i Region Syddanmark har i rammeaftalen for 2007 peget på tre udviklingsområder:
 - o særligt vanskeligt stillede sindslidende

- o personlighedsforstyrrede
- o personer med en spiseforstyrrelse

For hvert udviklingsområde dannes faglige netværk. Regionen har forpligtet sig på at være tovholder på det tværgående netværk inden for tilbud til spiseforstyrrede.

- Der er i regionen tradition for samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Dette samarbejde tager form på forskellige niveauer: det regelmæssige og planlagte tværgående ledelsessamarbejde, samarbejde omkring udviklingsprojekter samt ad hoc samarbejde omkring udviklingsprojekter og det daglige ad hoc samarbejde, i forhold til brugeren/beboeren i de regionale socialpsykiatriske tilbud.

Kapitel 10 – Psykiatriens image

- Psykiatrien i Region Syddanmark skal fremstå som en moderne organisation, der leverer kvalitet, sammenhæng og tilgængelighed.
- Der skal arbejdes med en proaktiv kommunikation, der bredt kan bidrage til hovedbudskabet om at sprede synlighed og respekt om psykiatrien og dermed bedre psykiatriens image.
- Oprettelse af et ambassadørkorps af kendte personer og personer med egne erfaringer fra Psykiatrien i Region Syddanmark kan have stor gennemslagskraft i forhold til hovedbudskabet.
 - o Målgruppen er den almindelige borger, der ikke selv har kontakt eller kendskab til psykiatri. Et sådant initiativ vil kunne fokusere på at ændre holdning til og opfattelse af, hvad psykiatri er.
 - o De øvrige kommunikative redskaber: Nyhedsbrev, pressearbejde og -kontakt samt hjemmeside er væsentlige i forhold til hver deres målgrupper og skal bidrage til det lange seje træk med at vise, hvem og hvad Psykiatrien i Region Syddanmark er. Derigennem skal uvidenhed, fordomme og frygt erstattes af viden, forståelse og accept.

Perspektiver og problemstillinger

Formålet med denne rapport er primært at sammenstille en række faktuelle forhold vedrørende psykiatrien i Region Syddanmark. I dette kapitel peges på en række forhold, som der på den ene eller anden måde bør tages stilling til i forbindelse med arbejdet med udviklingsplanen. Ligesom det er tilfældet med resten af rapporten undgås så vidt muligt at komme med egentlige anbefalinger, og der angives heller ikke løsninger. Der er med andre ord tale om et katalog over udfordringer, spørgsmål og perspektiver, men kataloget prætenderer ikke at være udtømmende. Det er et katalog, der både kan lægge til modsigelse og give inspiration til supplerende udfordringer og muligheder. Rækkefølgen og tekstmæssigt omfang af de efterfølgende udfordringer er ikke udtryk for en prioritering.

De fire gamle amter har været stærke aktører i psykiatrien med et højt fagligt niveau med gode og vellykkede initiativer. For psykiatrien i Region Syddanmark handler det om at inddrage disse positive erfaringer i udviklingsarbejdet for at kunne leve op til ambitionen om at skabe den bedste psykiatri i Danmark. Skal dette nås, skal der spilles på mange strenge. I dette kapitel trækkes følgende emner frem, som man ubetinget må forholde sig til:

- Sammenhængende patientforløb
- Almen praksis i psykiatrien
- Speciallægepraksis i psykiatrien
- Socialpsykiatrien
- Specialisering
- Akutmodtagelse
- Forskning og udvikling
- Dokumentation af indsatsen
- Fælles kultur, fælles opfattelser

Det er ingen tilfældighed, at der startes og slutes med forhold, som vedrører den samlede psykiatri. Det er banalt, men alligevel vigtigt at notere, at psykiatrien udgør en sammenhængende helhed. Udfordringen er at sikre denne helhedsforståelse og organisering. Det er heller ikke nogen tilfældighed, at der næst i listen er forhold, der ikke altid tiltrækker sig den opmærksomhed, som de fortjener. Behandlingspsykiatrien (stationær behandling og ambulante tilbud) fylder mest personalemæssigt og økonomiske i psykiatrien og har de tungeste patienter. Det er i sagens natur kerneområdet, men har som forudsætning supplerende og/eller alternative tilbud fra bl.a. praktiserende speciallæger, socialpsykiatrien, ligesom de alment praktiserende lægers rolle også er af stor betydning.

Sammenhængende patientforløb

Ét af formålene med reformen på sundhedsområdet er at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb. Reformen eller forarbejderne dertil angiver ikke præcist, hvordan det skal gøres. Det er overladt til regionerne at give konkret indhold til dette ønske. Den kommende planlægning bør derfor som ét af de overordnede sigt punkter have hensynet til en forbedring af patientforløbene. Ét væsentligt succeskriterium for planlægningen bliver derfor, om der tegnes et overbevisende billede af mulige forbedringer.

Patientforløb skal bl.a. være koordinerede, uden unødvendig ventetid, baseret på løbende koordination mellem parterne i forløbet og opgavefordelingen i patientforløbet skal være faglig hensigtsmæssig og aftalt. Normalt kan der være problemer i overgange, fx fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien (og omvendt).

Der vil ofte være en tendens til, man ved planlægning tager enkle områder ud og forbedrer dem. Dette er naturligt, men kan utilsigtet føre til, at man mister billedet af, hvordan det påvirker helheden, dvs. patientforløbene. Når man tænker i patientforløb, tvinges man til at se på helheden. Det er vigtigt at anskue patientforløbene fra patienternes og deres pårørendes synsvinkel. De eneste, der oplever hele forløbet, er patienterne. Alle andre parter ser kun dele af det samlede forløb.

Der tales ofte om 'shared care', dvs. at flere parter har ansvaret for diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering m.m. af bestemt patientgrupper. Shared care er ideen om tværsektorielt sammentænkning af patientforløb. Grundstenen i shared care består af samarbejde og kommunikation mellem alle dele af psykiatrien, ikke bare mellem primær- og sekundærsektoren og bedre behandlingsforløb skulle blive resultatet.

Psykiatrien er karakteriseret ved mange parter, der dels skal have en aftalt og afklaret arbejdsdeling, dels i fællesskab skal sikre, at der er sammenhæng. De væsentligste parter er den stationære psykiatri, den ambulante psykiatri, socialpsykiatrien, specialpraktiserende psykiatere og alment praktiserende læger samt ikke mindst de pårørende, som en vigtig gennemgående samarbejdspartner. Kunsten bliver at binde dette sammen på en sammenhængende og forpligtende måde, hvor arbejdsdeling, opgaver, kommunikation m.m. er afklaret

Der har naturligvis været arbejdet med patientforløb før, men det vil fremtidens tiltrække sig endnu større opmærksomhed, ikke mindst fordi patienter og pårørende forventer det. Kommunernes større rolle på sundhedsområdet, herunder deres langt større rolle i socialpsykiatrien, og den kommunale medfinansiering af psykiatrien og deraf følgende økonomiske 'skæbnefælleskab' mellem regionen og kommunerne giver begge parter en øget interesse i et sammenhængende psykiatritilbud, der har høj faglig karat, er udformet på en økonomisk hensigtsmæssig måde og giver høj brugertilfredshed.

Alment praktiserende læger

De alment praktiserende læger kan blive en endnu vigtigere del af det psykiatriske tilbud end i dag, men det kræver en bevidst og målrettet satsning. Udviklingsplanen er en god mulighed for at sætte dette i system. Det kan være både en del nærhedsprincippet og et forsøg på at efterleve LEON-princippet (at patienter altid forsøges behandlet på laveste relevante specialiseringsniveau), der dybest set drejer sig om opgavefordelingen af tilbuddene til de psykiatriske patienter.

De praktiserende læger ser mange patienter med 'psykiske problemer', som det noget upræcist hedder i mangel af en egentlig diagnoseopdelt statistik for almen praksis. På baggrund af en foreliggende undersøgelse vurderes det, at hver almen praktiserende læge i gennemsnit har op mod 7 konsultationer ugentligt, hvor psykiske problemer er den vigtigste årsag for henvendelsen – svarende til omkring 7-8 % af alle konsultationer for de over 18-årige.

Udtrykt på en anden måde betyder det, at de alment praktiserende læger i Region Syddanmark har mere end 270.000 konsultationer årligt af denne karakter. Det er ikke muligt præcist at angive, hvor mange personer, der er tale om, men det betyder under alle omstændigheder, at man hverken kan eller må undlade at tænke praksissektoren ind, som en vigtig del af psykiatrien. Ofte er de praktiserende læger de første til at se debuterende psykiske problemer, og derfor er deres håndtering heraf vigtig: hvad kan de med fordel selv håndtere og hvad skal visiteres videre til mere specialiserede tilbud?

Når den psykiatriske behandling sker i almen praksis betyder det, at den foretages af den læge som bedst kender patienten, og behandlingen kan varetages uden patienten altid behøver at komme i kontakt med behandlingspsykiatrien. Derfor er det vigtigt at se på, hvordan behandlingspsykiatrien kan "gøre mere" for de praktiserende læger, så de omvendt også bliver bedre i stand til at varetage flere opgaver "for behandlingspsykiatrien".

Selv om de alment praktiserende læger til tider er en overset medspiller i forhold til behandlingen af sindslidende, er de en meget værdifuld medspiller. Der er to hovedproblemstillinger vedrørende de praktiserende lægers inddragelse i den psykiatriske behandling.

Man skal for det første have in mente, at behandlingspsykiatrien ikke altid er tilstrækkelig dygtig til at tænke de alment praktiserende læger ind som part i den psykiatriske behandling. For det andet er de alment praktiserende læger ikke altid lige godt rustede til opgaven, hvad enten det skyldes manglende interesse for området eller utilstrækkelige faglige kompetencer. Der er dog sket en del i de senere år, og det er vigtigt at udnytte denne erfaring, bl.a. i forbindelse med samtaleterapi.

For at den almen praktiserende læge kan blive honoreret for samtaleterapi skal den praktiserende læge gå i regelmæssig supervision med henblik på at kvalitetssikre samtaleforløbene. Den praktiserende læge vælger selv sin supervisor. Dette kan være psykiatere tilknyttet de psykiatriske afdelinger – som tilfældet i det gamle Vejle Amt, hvor det ofte har drejet sig om fælles patienter. Det skønnes, at ca. 1/3 af de praktiserende læger på landsplan deltager i supervision og dermed kan give ydelsen samtaleterapi. I det gamle Sønderjyllands Amt, hvor sygesikringen har givet tilskud til supervisionsmøder, er tilslutningen til supervisionsordningen oppe på 58 %.

Det kan også næves, at praksiskonsulentordningen bør inddrages i udvikling og implementering af Shared Care på regionalt niveau. Dette er en central pointe, hvor det dog samtidig må erkendes, at det vil kræve en betydelig indsats – på især kort sigt – de regionale erfaringer på psykiatriområdet og hele reorganiseringen af ordningen taget i betragtning.

Socialpsykiatrien

Ved socialpsykiatri forstås bo-, aktivitets- og samværstilbud, inklusiv væresteder samt beskæftigelsestilbud. Juridisk tager området afsæt i lov om social service, ikke sundhedsloven som den øvrige psykiatri. Socialpsykiatrien er et vigtigt supplement til behandlingspsykiatrien og ofte en væsentlig del af et vellykket behandlingstilbud.

Der tilbydes socialpsykiatri i kommunalt og regionalt regi, men efter kommunalreformen har kommunerne fået en dominerende stilling på området. Kommunerne er forpligtede til at tilbyde socialpsykiatri og kan vælge selv at drive aktiviteterne eller indgå aftale med regionen eller selvejende tilbud. Den regionale socialpsykiatri er en kan-opgave, der baserer sig på en rammeaftale med regionens 22 kommuner.

En velfungerende socialpsykiatri forudsætter et velfungerende samarbejde mellem de regionale tilbud og kommunernes indsats. Der er tradition for et godt samarbejde. Udfordringen bliver at styrke samarbejdet yderligere under de nye rammebetingelser, som reformen har skabt. Det er åbenbart, at socialpsykiatrien er en del af velfungerende patientforløb.

I hele Region Syddanmark er der 1.556 socialpsykiatriske pladser. Heraf er 20 % dagpladser og 215 døgnpladser) regionale, mens 80 % (666 dagpladser og 586 døgnpladser) er kommunale.

De praktiserende psykiatriske speciallæger

Psykiatrisk speciallægepraksis er en del af det ambulante psykiatriske behandlingstilbud. Den ambulante psykiatri var forskellig organiseret i de fire oprindelige amter i Region Syddanmark, men fælles er og har været, at psykiatrisk speciallægepraksis er placeret som et supplement og et alternativ til de øvrige ambulante behandlingstilbud. I psykiatrisk speciallægepraksis behandles fortrinsvis lidelser af ikke-psykotisk karakter. Der er i dag betydelig ventetid på behandling hos praktiserende speciallæger i psykiatri.

I lyset af at især Fyns Amt mere udpræget end de øvrige amter har valgt at have relativt mange praktiserende speciallæger, er det vigtigt at få udviklet en regional politik vedrørende praktiserende speciallæger i psykiatri, herunder hvilke praksisformer man vil vægte: heltidspraksis, deltidspøksis, 3 timers praksis samt delepraksis. Dette spørgsmål skal også ses i lyset af de øgede problemer med at rekruttere psykiatriske speciallæger i almindelighed.

Der har været en tendens til at fokusere på økonomiske forhold i speciallægepraksis: loft- og knækmodeller m.m. I planlægningsmæssig sammenhæng er dette næppe et hensigtsmæssigt udgangspunkt. I stedet bør man fokusere på faglige spørgsmål, opgaver, faglig udvikling, samarbejde med den øvrige psykiatri, udveksling af information, om det betyder for nærhed osv..

Specialisering

I behandlingspsykiatrien (den stationære og ambulante psykiatri) sker der gradvis en specialisering, fx gerontopsykiatri, retspsykiatri, børne-unge-psykiatri og opsøgende psykoseteams. Det er derfor ikke et spørgsmål, om der skal specialiseres, men hvordan det kan gøres sådan, at man på én og samme gang nyder specialiseringens behandlingsmæssige fordele og bibeholder geografisk tilgængelighed. Specialisering bør så vidt muligt være evidensbaseret, dvs. er der dokumentation for, at en specialisering giver bedre behandlingsresultater.

Øget specialisering skaber mange dilemmaprægede spørgsmål og er på mange måder ét af de centrale spørgsmål, måske *det* centrale spørgsmål i det kommende arbejde med udviklingsplanen.

En konsekvens af specialiseringen er også, at mange psykiatere vil specialisere sig på bekostning af den bredere almene psykiatri. Der vil imidlertid fortsat være behov for begge dele. "Specialisering og centralisering er to vidt forskellige ting, og specialisering er ikke kun en måde at sikre fagudvikling på et universitetshospital. Specialisering lader sig nemlig også praktisere uden for de store byer." (Jørgensen, Bredkjær og Nordentoft; *Psykiatriens udfordringer, en debatbog med nødvendige svar*. FADL 2006).

Ved de sidste 10-20 års omlægning af behandling fra stationær til ambulant distriktpspsykiatri har nærhed og kontinuitet været de bærende elementer. Især i forhold til svært syge, der har brug for hyppig kontakt, har det været centralt, at det ambulante tilbud har været i en fysisk nærhed og let tilgængelig. Dette har fra en psykiatrifaglig synsvinkel ikke kun været ubetinget godt, men også haft omkostninger i form af manglende specialisering.

Det har vist sig at være vanskeligt at sikre den psykiatrifaglige kvalitet og udvikling i de små og faglig isolerede enheder med generalistopgaver. Det er derfor en særskilt opgave at sikre den faglige udvikling og specialisering den ambulante psykiatri.

Der er udviklet flere forskellige modeller for, hvordan organisering af psykiatrien i almindelighed og specialisering i særdeleshed kan gribes an. Uden at gå i detaljer kan der nævnes overskrifter som

- Kompetencecenter-modellen
- Matrixmodellen
- Core shell modellen
- Shared care modellen
- Stepped care modellen

De er diskuteret i kapitel 3 og forventes at blive omdrejningspunktet for diskussionerne om specialisering i forbindelse med udviklingsplanen.

Antal akutmodtagelser

Sundhedsstyrelsen udsendte december 2006 rapporten "Gennemgang af Akutberedskabet". Det drejer sig alene om den somatiske akutfunktion. Det nævnes, dog, at der snarest bør laves en tilsvarende rapport for psykiatrien:

"Baggrunden [for ikke at se på akutområdet i psykiatrien] er den korte tidsramme for rapportens færdiggørelse sammenholdt med de store ændringer i og deraf følgende usikkerhed om den fremtidige planlægning af den akutte psykiatri. Rapporten anbefaler imidlertid, at der rådes bod på dette, således at planlægningen af det akutte beredskab også fremover som i dag omfatter modtagelse af både somatisk og psykisk syge patienter",

Dette betyder, at man med fordel allerede nu kan begynde at gøre sig overvejelser om den psykiatriske akutmodtagelse i Region Syddanmark.

Ved akutmodtagelse forstås, at der modtages akutte patienter døgnet rundt med henblik på indlæggelse. "Akut" kan imidlertid have forskellige dimensioner: Den egentlige indlæggelse på sengeafdelingen, psykiatrisk skadestue (med uvisiteret) adgang, telefonisk rådgivning (dele eller hele døgnet) osv. Inden for voksenpsykiatrien er aktuelt mulighed for akut indlæggelse døgnet rundt ved alle psykiatriske afdelinger i regionen, samt 3 psykiatriske skadestuer. Spørgsmålet er, om dette set med fremtidens øjne er for mange.

Der er fire hovedspørgsmål i forhold til akutmodtagelse: hvor stort et befolkningsunderlag – og dermed antal akutpatienter – skal der ideelt være; vil en centralisering skabe specialisering og dermed bedre behandling, geografisk dækning og de økonomiske dimensioner. De forskellige spørgsmål kan pege i forskellig retning og kræve svære faglige og politiske valg.

Forskning og udviklingsarbejde

Forskning og udviklingsarbejde er en forudsætning for den løbende udvikling af behandlingstilbuddene. Hertil kommer, at muligheden for at forske, gør en afdeling til et attraktivt ansættelsessted. Forskning bør være en integreret del af det kliniske arbejde samtidig med, at der også bør være én eller flere enheder, der mere eller mindre heltids kan hellige sig forskning.

Der er ikke tvivl om, at den psykiatriske forskning i Region Syddanmark med fordel kan opprioriteres. Dels fordi regionen ikke p.t. synes at være førende forskningsmæssigt, dels fordi fremtidens intense konkurrence om speciallæger måske bliver afgjort at hvor attraktivt et ansættelsessted er forsknings- og udviklingsmæssigt.

Det vil kræve, at der laves en forskningsstrategi, der tilgodeser hele regionen. Forskningsstrategien bør utvivlsomt udarbejdes i samarbejde med Syddansk Universitet, herunder muligheden for evt. at have 1 til 2 adjungerede professorer uden for universitetsafdelingen for ad denne vej at skabe mere end et forskningsmæssigt tyngdepunkt. Netværk og to til tre kompetencecentre kan være centrale stikord ved udformningen af en forskningsstrategi.

En forskningsmæssig satsning kræver mere end ord og papir: Regionen bør på forskellig måde sikre, at der afsættes midler hertil, inkl. vilje til at supplere forskningsmidler, der er opnået i ekstern konkurrence.

Dokumentation af indsatsen

Forskning er en form for dokumentation, især af om en behandling virker. I fremtiden bliver dokumentation en mangesidet aktivitet. Den faglige og organisatoriske kvalitet skal dokumenteres inden for rammerne af Den Danske kvalitetsmodel. Det vil kræve en yderligere professionalisering af kvalitetsarbejdet og en forståelse for, at det primært er en driftsopgave, som skal have megen ledelsesmæssig opmærksomhed. Kvalitetsarbejdet har et forskningsmæssigt grundlag, men er ikke som sådan forskning i traditionel forstand, men data fra kvalitetsarbejdet kan indgå i forskningsprojekter. Arbejdet med patient- og pårørende-oplevelse kvalitet skal også videreudvikles.

Det vil være en særlig udfordring at præsentere kvalitetsinformation på en sådan måde, at patienter, pårørende og en bredere offentlighed forstår det og forstår begrænsningerne i den information, der stilles til rådighed.

Dokumentation af indsatsen og kvalitet i socialpsykiatrien og fra de special- og alment praktiserende læger vil udgøre en særlig udfordring.

Fælles kultur, fælles opfattelser

Psykiatrien i Region Syddanmark består af 'sammenbragte' børn. Der er ikke tvivl om, at der er i dag er forskel på kultur, forskelle i opfattelse af behandlingsprincipper og hvordan man bedst organiserer psykiatrien. Udviklingsplanen skal derfor være med til at skabe en fælles udviklingsramme og en harmonisering af kulturer og opfattelser af psykiatrien. Det vil være en flerårig indsats, som kræver vedholdenhed og klare mål for psykiatrien. Betydningen heraf kan på ingen måde undervurderes.

Odense d. 19. februar, 2007

Kjeld Møller Pedersen

Kapitel 2

Psykiatrisk sygdomsforekomst

Psykiske lidelser dækker over en række alvorlige sygdomme. Disse berører både tanker (kognition), følelser (emotioner) og adfærd. Lidelserne påvirker den enkeltes evne til at fungere i familien, på arbejdspladsen, og i sociale sammenhænge¹¹.

Psykiske lidelser viser sig tidligt i livet og er ofte kompliceret af tilbagefald eller mere kroniske forløb. Disse faktorer er medvirkende til, at psykiske lidelser har en stor belastningsgrad¹¹. I WHO's opgørelse over 108 sygdommes belastningsgrad (sygdoms justerede leveår, DALY) er depressioner den fjedre alvorligste sygdom, kun respirationsinfektioner, HIV/AIDS, svanger- og fødselskomplikationer har større sygdomsbelastning på verdensplan¹². Ser man specifikt på gruppen af 15-44 årige ses, at 5 ud af de 10 mest sygdomsbelastende sygdomme er psykiske lidelser (depression, maniodepressiv lidelse, skizofreni, alkohol misbrug og selvbeskadigende adfærd)¹².

På verdensplan er der et klart misforhold mellem de psykiske sygdommes belastning og de midler, der anvendes til behandling. I WHO's undersøgelse¹⁵ har man for Europa estimeret de psykiatriske lidelser til at udgøre ca. 20 % af den samlede sygdomsbelastning, mens psykiatriske budgetter udgør knap 5 % af de samlede sundhedsbudgetter. I Region Syddanmark udgør psykiatribudgettet 7-8 % af det samlede sygehusbudget.

Det er sjældent, at en psykisk lidelse optræder alene. Oftest optræder den sammen med en anden psykisk eller fysisk sygdom (co-morbiditet). Enkelte studier tyder på, at co-morbiditet kan være helt op til 80 %. Sagt på anden måde er det kun ca. 20 % af patienterne, der har en psykiatrisk sygdom uden andre følgesygdomme¹².

For at sikre en effektiv og tilstrækkelig psykiatrisk behandling, er det bl.a. nødvendigt at vide, hvor udbredt de forskellige psykiske sygdomme er.

Der er to sæt relevante oplysninger. 1) hvor mange, der på et givet tidspunkt har psykiske sygdomme: sygdommens prævalens. Og 2) hvor mange nye sygdomstilfælde, der opstår i løbet af et år. Dette er den såkaldte incidens. Tilsammen giver viden om prævalens og incidens et godt grundlag for at diskutere, hvordan psykiatrien skal indrettes og udvikles. Oplysningerne kan naturligvis ikke stå alene, men skal suppleres med mange andre forhold, fx ønsket serviceniveau og geografisk tilgængelighed.

I praksis er det dog vanskeligt at finde frem til de eksakte tal, bl.a. fordi der ikke findes en befolkningsundersøgelse, der direkte viser, hvor mange i befolkningen der har en psykisk sygdom. Derfor vil sygeligheden her blive søgt belyst ved hjælp af forskellige kilder, der tilsammen kan give et billede af, hvor mange der er syge, hvilke typer sindslidelser, der er mest udbredt og hvilke sygdomme, der har det største ressourceforbrug i form af sengedage og ambulante besøg.

Kapitlets hovedresultater:

- Det skønnes, at der i Region Syddanmark findes ca. 110.000 personer med en sindslidelse. Af disse har det psykiatriske sygehusvæsen i regionen kontakt med ca. 25 % svarende til ca. 27.000 personer på årsbasis. Privatpraktiserende psykiatere i Region Syddanmark har på årsbasis kontakt med ca. 8.000 personer. En stor del af de resterende behandles enten hos egen læge, ved psykolog, i kommunal socialpsykiatri eller modtager ikke behandling. Det er uvist hvor mange, der er uden behandlingskontakt og hvor mange af dem, der har et behov for psykiatrisk behandling.
- En fjerdedel af alle enkeltpersoner, der har kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, er over 65 år og har diagnosen depression, demens eller delir. Set imidlertid til ressourceforbrug i form af sengedage og ambulante besøg udgør de kun en mindre del. Gruppen har et stort overlap med somatikken. Data anvendt indikerer, at der i regionen er forskel på, om denne gruppe patienter bliver behandlet på psykiatriske eller somatiske afdelinger.
- Skizofreni udgør en relativ sjælden, men alvorlig sygdom. På landsplan registreres ca. 300 nye tilfælde på årsbasis, hvilket svarer til ca. 1,5 % af alle nye psykiatriske kontakter på et år. Samtidigt er det den sygdom, der forbruger flest sygehusressourcer både i sengedage og ambulante besøg. Gruppen er karakteriseret ved en massiv genindlæggelsesrate.
- I Region Syddanmark er der geografisk forskel på, hvor mange personer i den erhvervsaktive alder med depression, der har kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. En medvirkende årsag til denne skævhed er den store forskel i brug af de privatpraktiserende psykiatere/psykologer i regionen
- Region Syddanmark har 14 - 20 % flere førstegangskontakter (nytilkommende patienter/incidens) iht. befolkningsgrundlaget end på landsbasis. Mønstret har været stabilt i de sidste 5 år. Det er primært sygdomsgruppen af demens/delir (F0) og affektive lidelser (F3) som tegner sig for flere førstegangskontakter end landsgennemsnittet (se bilag 22, for liste med diagnosekoder- og forklaring).
- I regionen er der stor geografisk forskel på antal førstegangskontakter. De jyske kommuner har det største antal førstegangskontakter. Størst forskel findes mellem Tønder, der har 78 førstegangskontakter/ 10.000 indbyggere og Nyborg med 39 patienter/10.000 indbyggere. Tallene er beregnet som et gennemsnit af de registreringer for de sidste 5 år.

Antal af sindslidende

Overraskende nok kendes det samlede antal sindslidende i Danmark ikke præcist², men der foreligger forskellige skøn. Det anslås, at der i Danmark findes mellem 500.000¹ og 700.000² personer med en sindslidelse i Danmark. Ofte angives der er specifikt antal² for de enkelte sygdomsgrupper fx 200.000 for depression, 500.000 for angstlidelser osv. Men tallene kan ikke umiddelbart lægges sammen, da den samme person kan have flere psykiatriske (og somatiske) diagnoser samtidigt, såkaldt co-morbiditet.

En landsdækkende repræsentativ befolkningsundersøgelse³ viste, at 3,8 % oplevede at lide af kronisk angst eller depression, og 2,1 % angav at have anden psykisk lidelse, dårlige nerver. Omregnes undersøgelsens besvarelser til regionens indbyggerantal, vil det svare til, at knap 70.000 personer har en psykiatrisk lidelse.

Med udgangspunkt i at der findes ca. 500.000 personer med sindslidelse i Danmark og under forudsætning af en jævn geografisk fordeling, vil der i RSD findes ca. 110.000 borgere med en sindslidelse. Det faglige skøn er således højere, end den selvrapporterede sygelighed i befolkningsundersøgelsen.

I 2005 havde 26.787 personer kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen⁴ i Region Syddanmark (tab.1). Heraf var 3.904 børn og unge. I dette tal indgår både nytillkomne patienter og gengangere fra tidligere år, dvs. en blanding af prævalens og incidens. Tallet siger således ikke noget om, hvor mange mennesker med en sindslidelse, der findes i regionen. Det ses endvidere, at der er en svag tilvækst i det samlede antal personer med kontakt til behandlingspsykiatrien. Procentvis er tilvæksten størst indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

Det er således kun en del af de borgere, der skønnes at have en sindslidelse, der modtager behandling i sygehuspsykiatrien. De resterende ca. 83.000 personer er enten i behandling hos egen læge, privat praktiserende psykiater/psykolog eller tilknyttet den kommunale socialpsykiatri, jfr. kapitlerne herom. Hvilken del af gruppen, der slet ikke modtager behandling, er der på nuværende tidspunkt ingen eksakt viden om.

Tabel 1. Antallet af Region Syddanmarks borgere i behandling

År	2003	2004	2005
RSD voksen	21.477	22.097	22.883
RSD børne- og unge	3.161	3.411	3.904
RSD	24.638	25.508	26.787

kilde: Amtsrådsforeningen

På baggrund af udenlandske undersøgelser vurderes det, at der på landsplan findes op mod 300.000 personer med psykiske problemer, der ikke modtager behandling⁵, hvilket svarer til ca. 66.000 i Region Syddanmark. Det vides dog ikke i hvilket omfang, der i denne gruppe findes personer, som burde have et behandlingstilbud.

Det er fortrinsvis personer med svære sindslidelser, der behandles i sygehuspsykiatrien, mens gruppen af personer med overvejende ikke-psykotiske lidelser ofte modtager behandling enten hos den almenpraktiserende læge eller privatpraktiserende psykiater^{6,7}.

I 2005 havde privatpraktiserende psykiatere i Region Syddanmark kontakt med 8.000 borgere (eSundhed). Det er intet eksakt tal for, hvor mange personer med psykiske lidelser, der bliver behandlet hos den almenpraktiserende læge. En nyere dansk undersøgelse⁸ peger på, at 8,4 % af dem, der henvender sig hos den praktiserende læge, angiver psykiske problemer/lidelse som primær henvendelsesårsag. En anden dansk undersøgelse⁹ viste, at depressive tilstande er den fjerde hyppigste henvendelse årsag og udgør 3,4 % af konsultationer. Se også kapitel 8.

Psykiatrisk sygelighed indenfor børne- og ungdomspsykiatrien

De børne- og ungdomspsykiatriske patientgrupper omfatter et bredt spektrum af forskellige tilstande, der strækker sig fra afgrænsede tilpasnings- og krisereaktioner til gennemgribende udviklingsforstyrrelser og egentlige sindssygdomme.

I Sundhedsstyrelsen statusnotat¹³ fra 2006 foreligger der en gennemgang og vurdering af forekomsten af børne- og ungdomspsykiatriske lidelser. Heri fremgår det, at en 20 år gammel dansk befolkningsundersøgelse viste, at ca. 10 % af en

børnepopulation i løbet af et år modtog forskellige former for bistand pga. psykiske problemer, adfærdsproblemer, skoleproblemer, psykosomatiske problemer eller taleproblemer. Heraf udgjorde større psykiske problemer / psykiske lidelser 0,7 %. En nyere undersøgelse af 8 - 9-årige i Danmark tyder på, at den samlede sygelighed (prævalens) er omkring 11 %. Resultat skal tages med noget forbehold grundet en lav svarprocent.

Disse to undersøgelser¹³ tyder på, at ca. 10 % af børnepopulationen i Danmark har brug for en eller anden form for bistand i relation til psykiske problemstillinger. Undersøgelsens resultater støttes af, at der er fundet lignende prævalenstal i internationale undersøgelser.

Resultatet kan dog ikke tolkes derhen, at hvert 10. barn i Danmark har behov for henvisning til specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling¹³. Mange af disse problemer vil kunne håndteres i de primære led, f.eks. i de pædagogisk-psykologiske rådgivninger. Det er ikke entydigt, hvor mange af 10 %, der har brug for et specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud. Det blev konkluderet i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001, at det på baggrund af den foreliggende viden, ikke var muligt at give en fyldestgørende vurdering heraf¹³.

I 1996 modtog ca. 0,4 % af alle børn og unge i Danmark et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. Aktuelt er andelen af børn og unge, der henvises, steget til ca. 0,8 % af børne- og ungepopulationen uden, at der herved aktuelt ses en stabilisering i udviklingen¹³. Hvor mange børn og unge, der reelt har behov for et børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud, påvirkes af mange forskellige forhold. Videnskabelige undersøgelser¹³ tyder dog på at mellem 1 - 2 % af børne- og ungepopulationen kan have behov for en specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk indsats. I 2005 var der i Region Syddanmark¹⁴ 3.282 børn og unge (0 - 18 år), der modtog psykiatrisk behandling, hvilket svarer til 1,1 % af børne- og ungepopulationen i Region Syddanmark.

Sygelighed udtryk ved antal personer i behandling

En anden måde at belyse sygeligheden på er, hvor stort et antal personer med en bestemt psykiatrisk lidelse eller gruppe af lidelser, der har været i kontakt med sygehuspsykiatrien, enten ambulant som heldøgnsindlæggelse.

Følgende opgørelse bygger på det samlede antal af enkeltpersoner (cpr.numre), der var i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i Region Syddanmark fra 2003 til og med 2005¹⁰. En person tæller kun med én gang, selvom vedkommende skulle have flere kontakter i løbet af de tre år. Det samlede antal kan derfor ikke direkte omregnes til et konkret antal på årsbasis. Opdeling i sygdomsgrupper følger ikke helt den sygdomsspecifikke diagnoseopdeling, men anvender grupperingsopdelingen fra de kommunale sundhedsprofiler, se bilag 2 for en beskrivelse.

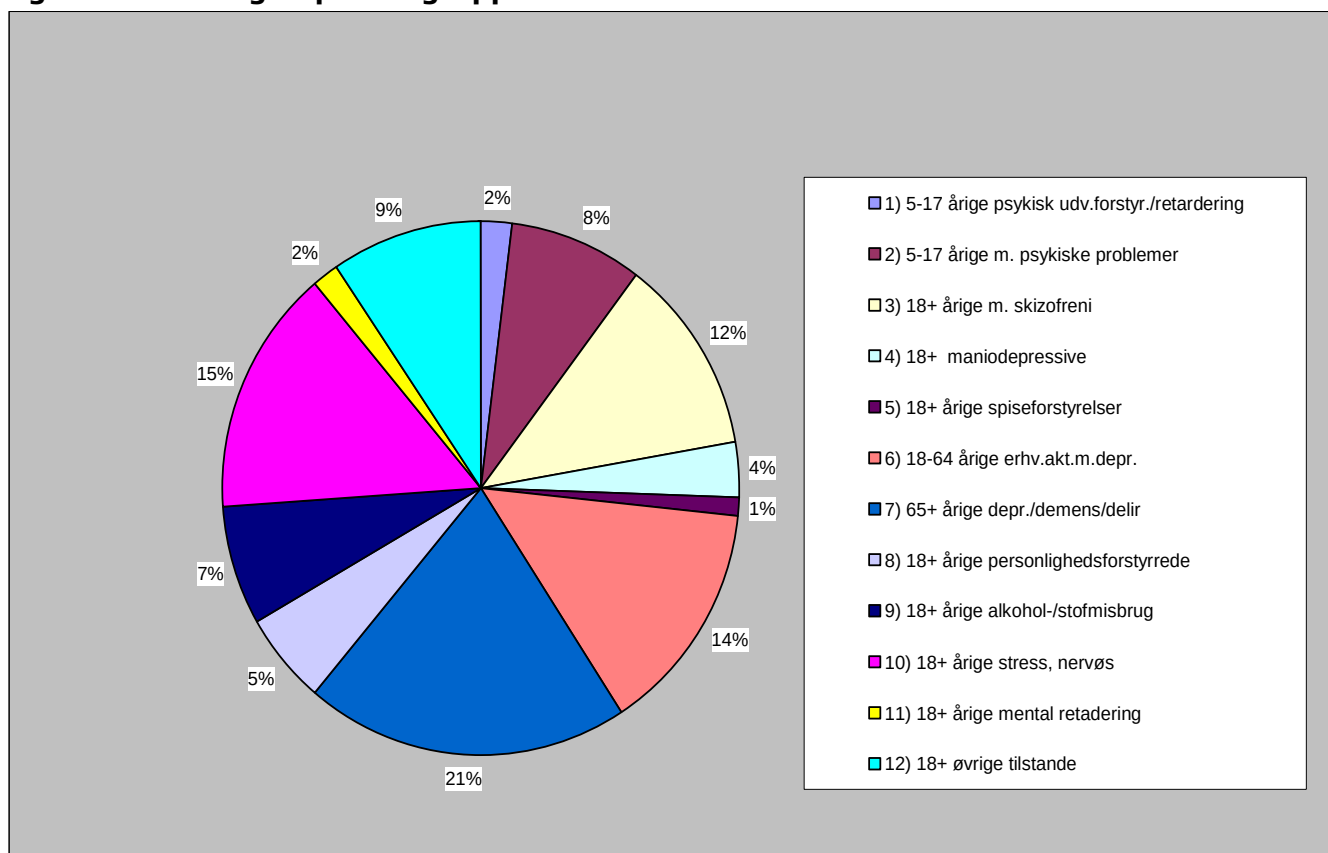
Ud af det samlede sygdomsbillede, tegner fire sygdomsgrupper sig for 62 % af alle kontakter, sygdomsgrupperne er:

- Personer 65 år med enten depression, demens eller delir (gruppe 7) udgør den største gruppe, i alt 21 % af de, der var i psykiatrisk behandling, der i løbet af tre år var i kontakt med psykiatrisk sygehusvæsen i regionen. I over 98 % af

tilfældene skyldes delir, somatisk sygdom – typisk urinvejsbetændelse, medicinforgiftning/for meget medicin – og bør derfor primært behandles i det somatiske system. Ofte har personer i denne gruppe mere end én diagnose.

- Voksne med stress eller nervøse relaterede tilstande, i alt 15 % af de, der var i psykiatrisk behandling. Sygdommene er ofte relaterede til udefrakommende begivenheder og belastninger.
- Personer med depression i erhvervsaktive alder, er relativt stor og udgør 14 % af de, der var i psykiatrisk behandling, der i en 3-årig periode var i kontakt med behandlingspsykiatrien i regionen. Depression er én af de sygdomme, der har den største sygdomsbyrde, udtrykt ved tabt livskvalitet og samfundsmæssige omkostninger¹¹. Samtidigt er det en af de hyppigste sindssygdomme. Det skønnes, at op mod 200.000 personer har en depression, og at hver femte dansker vil blive ramt af en depression i løbet af deres liv. Svær depression har stor indvirkning på arbejdsevnen. Selv efter, at depressionssymptomerne er aftaget, ses en reduceret arbejdsevne. 1½ år efter, at sygdommen er blevet konstateret, ses fortsat alvorlig nedsættelse af arbejdsevnen¹⁶.
- Personer med skizofreni udgjorde 12 % af de, der var i psykiatrisk behandling. Skizofrenien udgør en af de sværeste sindslidelser, og selvom der igennem de senere år er kommet bedre behandlingsmetoder og herved bedre prognose, er sygdommen fortsat én af de mest behandlingskrævende udtrykt ved forbrug af sygehusressourcer. Ofte er sygdommen forbundet med svære funktionsnedsættelser.

Figur 1. Fordeling af patientgrupper



Kilde: RSD, esundhed.

Note: Antal personer der var i kontakt med psykiatrisk sygehusvæsen i Region Syddanmark 2003 – 2005.

I figur 2 ses fordelingen af enkeltpersoners kontakt henholdsvis på sygdomsgruppe og geografisk behandlingscenter. For at kunne sammenligne antallet i de enkelte centre med hinanden, udtrykkes de som antal pr. 1.000 indbyggere i den respektive aldersgruppe. For at få et indtryk af den geografiske fordeling af kontakterne, er der set på hvilke kommuner, borgerne kommer fra. Herefter er der opsummeret i tre geografiske områder svarende til de tre nye psykiatricentre i Region Syddanmark.

Det ses, at der i området svarende til Psykiatricenter Øst er færrest enkeltpersoner i behandling pr. 1.000 indbyggere i perioden 2003 til 2005. I Psykiatricenter Vest er der flest enkeltpersoner i behandling, ca. 30 % flere end i Psykiatricenter Øst. Ser man på de enkelte grupper findes de største forskelle i gruppe 6 og 7. Netop forskellen i gruppe 7 er hovedårsagen til, at Psykiatricenter Øst med hensyn til det samlede antal kontakter fremstår lavere, end de to andre psykiatricentre. Det skal bemærkes, at da ratetallene er beregnet i forhold til befolkningsantal i den respektive aldersgruppe, er der taget højde for en eventuel demografisk skævhed i aldersfordelingen.

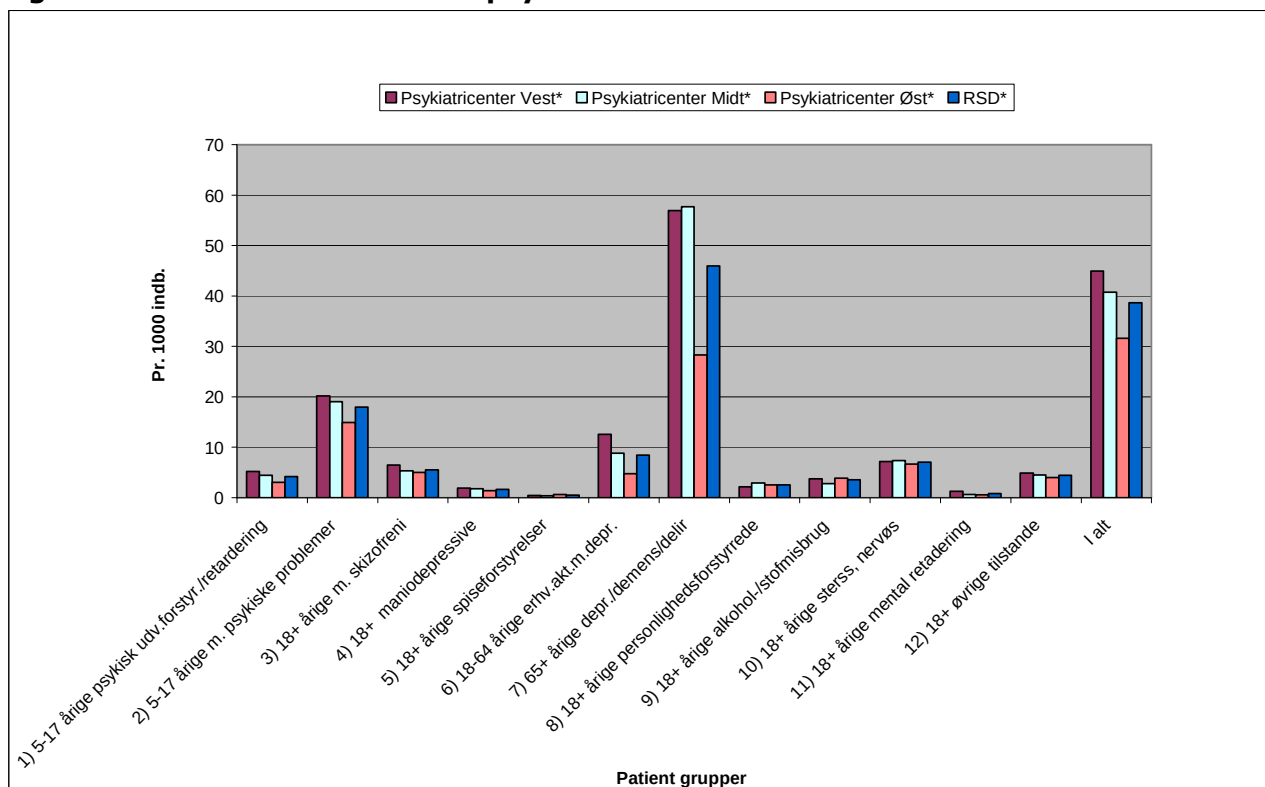
I gruppe 6, personer i den erhvervsaktive alder med depression, var der i området svarende til Psykiatricenter Vest 12,6 personer/1.000 indbyggere, der havde kontakt til det psykiatriske behandlingssystem, i Psykiatricenter Midt 8,8 personer/1.000 indbyggere og Psykiatricenter Øst 4,8 personer/1.000 indbyggere.

Der er ikke belæg for at antage, at det lave antal i Psykiatricenter Øst skyldes mindre sygelighed. Det er snarere et udtryk for, at der i denne del af regionen er flere der modtager behandling hos privatpraktiserende psykiatere. Dette er i overensstemmelse med, at både Vejle, Ribe og Sønderjyllands amter har markant lavere forbrug af ydelser hos privatpraktiserende psykiatere end både Fyns Amt og landsgennemsnittet, jfr. også kapitel 5 afsnittet om ressource-effektivitet.

Gruppe 7, ældre med depression, demens og delir, udgør klart den største sygdomsgruppe målt ved antal personer. Også her ses betydelig geografisk variation. Psykiatricenter Vest er i kontakt med 59,9 personer/1.000 indbyggere, Psykiatricenter Midt 57,7 personer/1.000 indbyggere og Psykiatricenter Øst 28,3 personer/1.000 indbyggere. Men også her kan det lave antal i Psykiatricenter Øst formentligt ikke tilskrives, at borgere i området er mere raske. Som tidligere omtalt har delir hovedsageligt en somatisk årsag, hvorfor hovedparten bør behandles i det somatiske system. Der kan derfor være tale om forskellig praksis områderne imellem. I forhold til demensudredning og behandling kan der ligeledes være tale om forskellig praksis. I Fyns Amt er denne udredning og behandling fx primært forankret i geriatriisk regi (dvs. somatikken).

I Psykiatricenter Øst ligger kontakthypigheden for personer med alkohol og stofmisbrug samt voksne med spiseforstyrrelse over middel i Region Syddanmark. For gruppen af personlighedsforstyrrelser svarer antallet til gennemsnittet for Region Syddanmark.

Figur 2. Personer i kontakt med psykiatrien 2003- 2005



Kilde: RSD, esundhed.

Note: personer er fordelt på psykiatricenter i psykiatrien i Region Syddanmark. Alderskorrigeret rate. Antal personer over tre år.

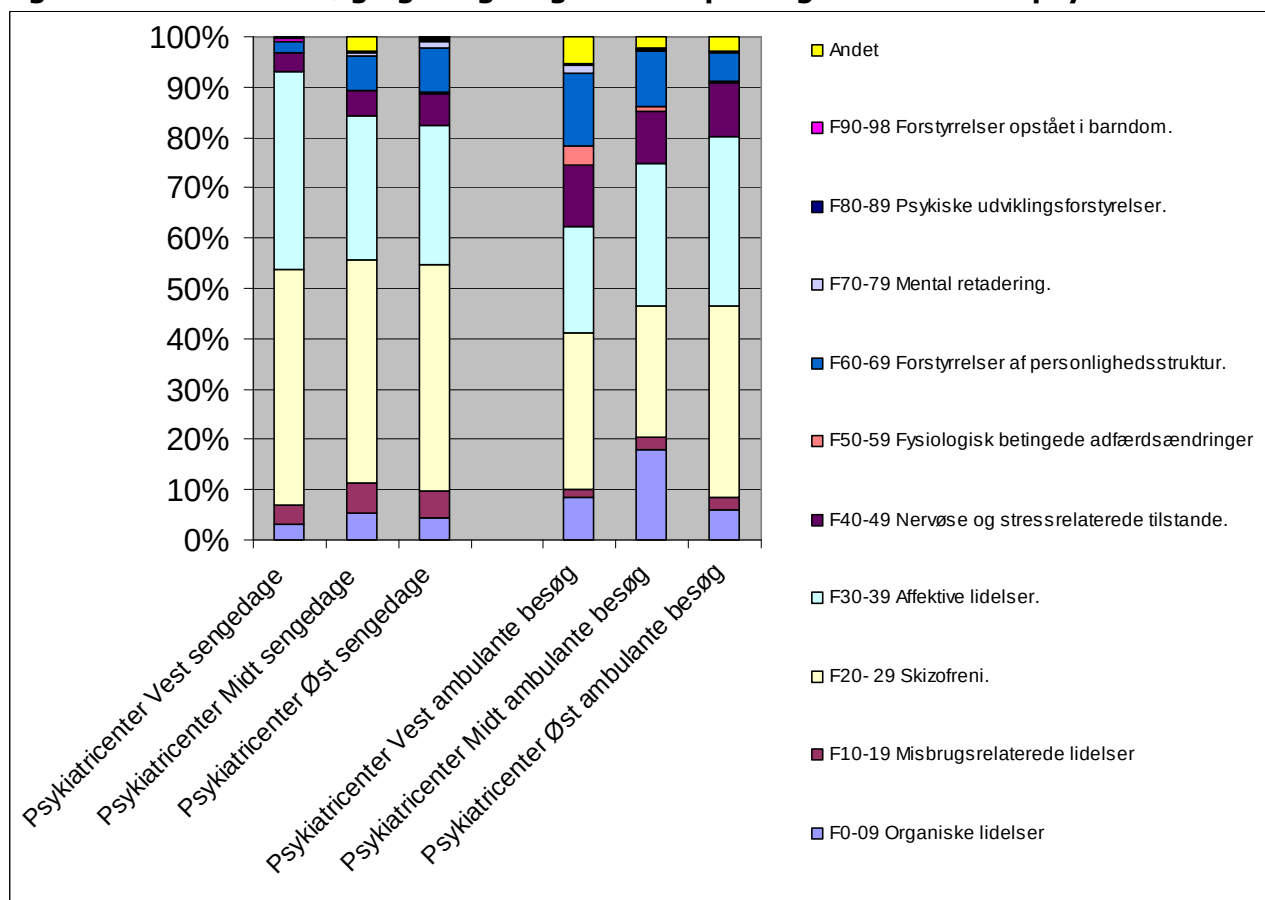
Sygelighed udtrykt ved belastningsgrad

Antal af enkeltpersoner, der er i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, afspejler ikke nødvendigvis sygdomsgraden eller sygdommes ressourceforbrug i behandlersystemet. Hvis det antages, at svær sygdomsbyrde er forbundet med større ressourceforbrug af sygehusydelser, kan enkelte sygdomsgruppers ressourceforbrug udtrykt ved antal sengedage og ambulante besøg give os et indtryk af sygdomsgraden.

Det er to diagnosegrupper, skizofreni (F2) og affektive lidelser (F3), der tegner sig for hovedparten af ressourceforbruget (figur 3). I sengeforbruget står disse to diagnoser for over 70 % af alle sengedage og for ambulante besøg mellem 50 - 70 %, størst i Psykiatricenter Øst og mindst i Psykiatricenter Vest. Selvom gruppen af personer med skizofreni "kun" udgør en lille gruppe i antal personer, tegner den sig for det største forbrug af sengedage, og udgør sammen med affektive lidelser langt den største gruppe målt i forbrug af ambulante besøg.

For Psykiatricenter Vest ses det af figur 3, at affektive lidelser (F3) udgør en lidt mindre andel af de samlede ambulante ydelser end i de andre centre. Det ses, at i Psykiatricenter Vest står andre diagnosegrupper end F2 og F3 for op mod 50 % af alle ambulante besøg.

Figur 3. Ambulant besøg og sengedage fordelt på diagnoser i voksenpsykiatrien 2005



Kilde: eSundhed, udtræk foretaget på SKS-koder. Ydelserne opgøres som antal ambulante kontakter og sammentalte sengedage. Centeropdelingen er kun vejledende, da afdelingernes og centrenes optageområder vil ændres i den nye organisation.

Skizofreni

Gruppen skizofreni (F2) dækker over flere forskellige tilstande. Ved en yderligere opsplitning ses (figur 3), at personer med skizofrene (F20-21) står for 84 % af sengedagene i F2 gruppen, mens andre psykotiske tilstande i F2 gruppen kun udgør en mindre andel i regionen. Dette svarer til landsgennemsnittet. Set over en 10-årig periode har antal sengedage for personer med skizofreni været relativt stabilt sammenlignet med andre sygdomsgrupper. For selve gruppen af skizofrene (F20-21), har der været mindre udsving i enkelte år, men samlet set var sengeforbruget det samme i 2004 som 1997, tabel 2.

Tabel 2. Antal sengedage for patienter med F20-21 (skizofreni)

år	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
antal	65.010	88.207	76.856	72.199	66.364	75.781	73.420	65.607

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsstyrelsen.

Ikke korregeret for den del af Vejle amt der overgår til Region Midt.

Affektive lidelser

En tilsvarende undersøgelse af F3 gruppen, affektive lidelser viser, at forbruget primært fordeler sig på tre diagnoser, F31 bipolar affektiv lidelse, F32 depressiv enkeltepisode og F33 periodisk depression. I figur 3 ses en tendens til, at F31 gruppen har større andel af sengedage end af ambulante besøg. Endvidere ses, at forbrugsfordeling i RSD svarer til fordelingen på landsplan.

Udviklingen i sygehusforbrug for patienter med affektive lidelser fra 1997 til 2004 har for det ambulante forbrug fulgt samme mønster som landsgennemsnittet, dvs. en øgning op til 2002, efterfulgt af næsten tilsvarende nedgang i årene 2003/2004. Sengeforbruget i regionen har fulgt et tilsvarende mønster, hvor antallet toppede i 2002/2003 for derefter at falde. På landsplan har der ikke været en tilsvarende øgning, men et konstant fald i antal sengedage.

Sygelighed udtrykt ved antal nye patienter

For at få et indtryk af, hvor mange nye kontakter, man kan forvente i fremtiden, er det hensigtsmæssigt at se på, hvordan tilstrømningen af nye patienter har været historisk.

I 2003 var der på landsplan 24.436 nye førstegangskontakter, dvs. personer der ikke tidligere havde været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Dette svarer til 28 % af alle personkontakter i det pågældende år i psykiatrien. Det betyder, at hovedparten af patienterne i sygehuspsykiatrien er gengangere (bilag 3). Det fremgår ligeledes, at 74 % af alle førstegangskontakter foregår i ambulante regi. Antallet af nye førstegangskontakter i det ambulante system ligger relativt stabilt¹: I 1996 var der 18.284 førstegangskontakter, i 1999 var der 17.243 og i 2003 var der 18.024 på landsplan (bilag 3).

Skizofrenigruppen adskiller sig markant fra de andre diagnosegrupper, ved at førstegangskontakter "kun" udgør 2,5 % af alle kontakter inden for sygdomsgruppen. Opgørelser over genindlæggelser for patienter med skizofreni viser, at mellem 66 og 70 % af patienterne bliver genindlagt inden for et år efter udskrivelsen (bilag 4). Der ses dog også en relativ høj genindlæggelsesprocent for gruppen af personer med bipolar affektive lidelser (F30/F31, mani-depressiv sygdom), idet mellem 54 - 64 % genindlægges (bilag 4).

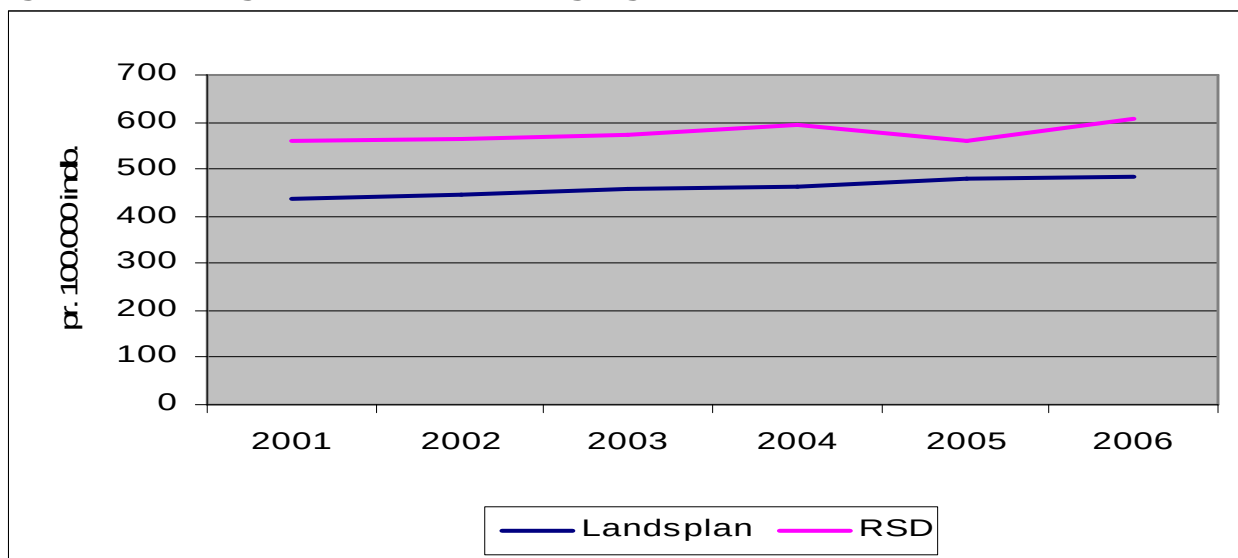
Det ses også, at F4 gruppen (nervøse- og stressrelaterede tilstande) er den gruppe, hvor førstegangskontakter udgør en stor andel, svarende til 47 % af alle kontakter for diagnosegruppen. Udtrykt på anden måde, er der ikke mange nye patienter med skizofreni, men de patienter der er, har mange genindlæggelser. I modsætning hertil er der mange patienter med angst mm, men næsten halvdelen af dem er nye, dvs. der procentvis er knap så mange genindlæggelser for denne gruppe. Enten fordi tilstanden går over (helbredelse), eller fordi de siden hen primært modtager behandling andet steds fra fx egen læge.

Antal førstegangskontakter i Region Syddanmark

Det psykiatriske sygehusvæsen i regionen havde i 2005 kontakt med 6.601 nye patienter. Man har i det geografiske område svarende til RSD et sted mellem 14 - 20

% flere førstegangskontakter pr. indbygger end på landsplan, (figur 4). På landsplan er der en generel støt stigning, mens der i RSD, har været et fald fra 2004 til 2005, som dog forventes at blive opvejet af tilsvarende øgning i 2006.

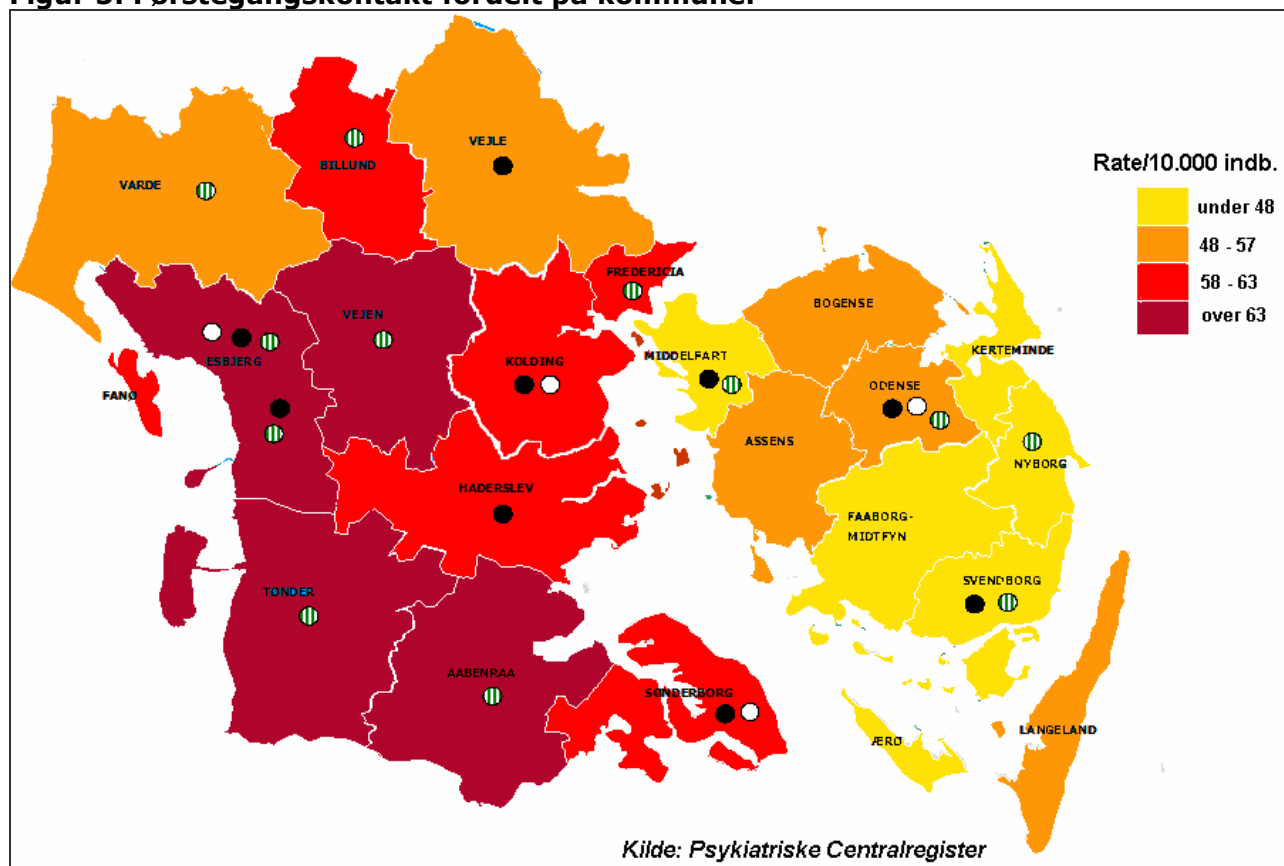
Figur 4. Udvikling i samlet antal førstegangskontakt



Kilde: Det psykiatriske centralregister.

Det større antal førstegangskontakter, der er i Region Syddanmark sammenlignet med landsgennemsnittet, ligger hovedsagelig på to sygdomsgrupper: demens og delir (F0) og affektive lidelser (F3). Herudover bidrager også nervøse- og stressrelaterede tilstande (F4), til et større antal førstegangskontakter i forhold til landsplan, (bilag 5). Resultaterne fra opgørelsen over førstegangskontakter stemmer overens med materialet over antal personer i behandling fra 2003 – 2005, gennemgået i første del af dette kapitel. Der er formentlig ikke tale om, at der er flere personer med de pågældende sygdomme i Region Syddanmark end i resten af landet, men snarere tale om forskellig praksis for visitering og behandling.

Figur 5. Førstegangskontakt fordelt på kommuner

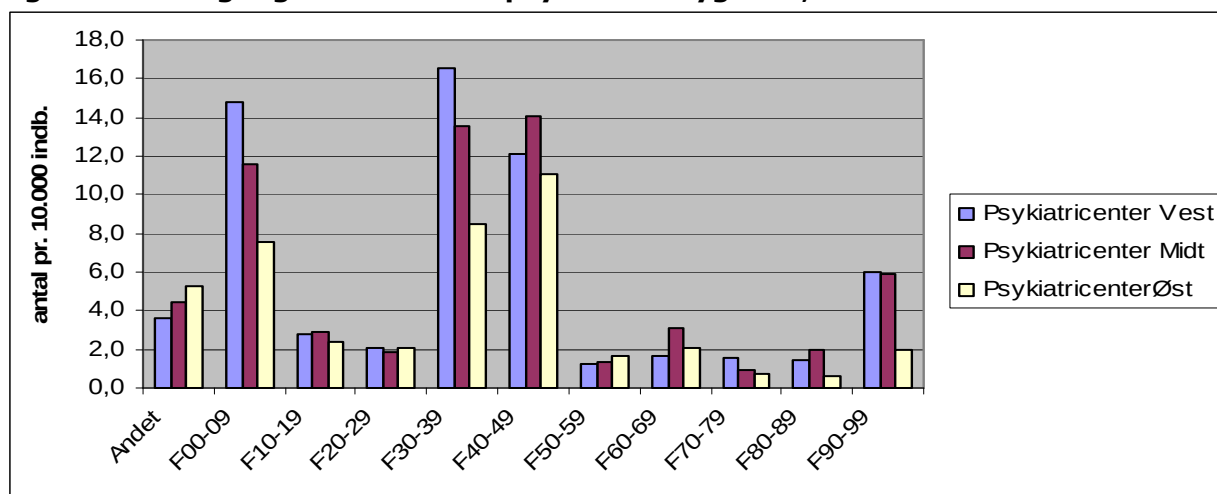


Stratificeres materialet på de nye kommuner ses der af figur 5, at det primært er kommunerne i det jyske område, der har højere antal førstegangskontakter, mens de fynske kommuner generelt har lavere antal førstegangskontakter end landsgennemsnittet.

Tønder har i gennemsnit flest antal førstegangskontakter, 78 patienter/10.000 indbyggere. Modsat har Nyborg det laveste antal, 39 patienter/10.000 indbyggere.

Deles materialet ud på de enkelte diagnoser sammenholdt med geografisk opdeling på de tre psykiatricentre (figur 6) ses, at netop demens/delir og affektive lidelser er den primære årsag til det høje antal førstegangskontakter i de områder, der har et højt antal førstegangskontakter. Dette mønster er ikke kun gældende for det specifikke år, men ses over de sidste 5 år (bilag 6).

Figur 6. Førstegangskontakt med psykiatrisk sygehus, 2005



Ud fra antal patienter i kontakt med psykiatrien (prævalens) og antal førstegangskontakter (incidens), kan sygelighed i de tre psykiatricentre opsummeres som følgende:

- Psykiatricenter Vest
 - o Har det største antal personer i behandling (45 personer/1.000 indbyggere 2003 - 2005).
 - o Har relativt højt antal nye patienter (6,4 personer/1.000 indbyggere 2005) i forhold til landsgennemsnittet (4,8 personer/1.000 indbyggere 2005).
 - o Det højere antal patienter i forhold til landsgennemsnittet er primært betinget af større antal personer med organiske (demens og delir) og affektive lidelser.
- Psykiatricenter Midt
 - o Har lidt færre antal personer i behandling (41 personer/1.000 indbyggere 2003 - 2005).
 - o Relativt højt antal nye patienter (6,2 personer/1.000 indbyggere 2005) i forhold til landsgennemsnittet.
 - o Der ses samme tendens som i Psykiatricenter Vest, med højere antal personer indenfor de organiske (demens og delir) og affektive lidelser.
- Psykiatricenter Øst
 - o Har færrest antal patienter i behandling (32 personer/1.000 indbyggere 2003 - 2005).
 - o Har færre antal nye patienter (4,4 personer/1.000 indbyggere 2005) end de to andre psykiatricentre, men matcher landsgennemsnittet.
 - o Det lave antal patienter i forhold til de to andre psykiatricentre er primært betinget af lavere antal personer indenfor organiske (demens og delir) (matcher landsgennemsnittet) og affektive lidelser (lidt under landsgennemsnittet).

Referencer kapitel 2

1. Munk-Jørgensen & Petro, *De farlige psykiatriske tal*. Munksgård 2000.
2. Dansk Psykiatrisk Selskab, *Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer 2004 – 2010*.
3. Statens institut for folkesundhed, *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005* Kan hentes på www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser.
4. Amdtsrådsforeningen, *En sammenligning af amternes/H:S`aktiviteter på psykiatriområdet i 2005*.
5. Dansk Psykiatrisk Selskab, *Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*. 2001.
6. Dansk Psykiatrisk Selskab, *Håndbog vedr. specialevalg – psykiatri*. www.dpsnet.dk/Specialevalg.145.0.html
7. Helena Galina Nielsen, *Shared care af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning November 2006 / 11.
8. Hansen, Rasmussen, Munck. *Folkesygdomme i almen praksis*. Statens Institut for Folkesundhed, 2004.
9. Henrik Schroll, Forskningsenheden, SDU, *Sentinel fra 24 praktiserende*, Sentinel datafangstprojektet 2005-2006.
10. Data fra eSundhed, anvendt til sundhedsaftaler i nye kommuner, RSD.
11. World Health Organisation. *Disease Control Priorities related to Mental, Neurological, Developmental and Substance Abuse Disorders*. WHO 2006.
12. World Health Organisation, *Mental Health: New Understanding, New Hope*, rapport 2001.
13. Sundhedsstyrelsens, *Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed*, 2006.
14. Region Syddanmark, nøgletal 2005.
15. Sexena, Sharan, Saraceno. *Budget and Financing of Mental Health Services: Baseline Information on 89 Countries from WHO's Project Atlas*. J Ment Health Policy Econ 6, 135-143 (2003).
16. David et.al. *Job Performance Deficits Due to Depression*. Am J Psychiatry 163:1569-1576, September 2006.

Kapitel 3

Specialisering

Den øgede viden indenfor lægevidenskaben medfører specialisering og ofte en parallel centralisering af behandlingstilbud. Idet de organisatoriske konsekvenser af specialisering ofte, men ikke nødvendigvis er, at man forsøger at samle specialister i fælles organisatoriske enheder, dvs. centralisering.

For patienterne betyder specialisering bedre behandling, men muligvis også en vis opsplitning af behandlingskæden, fordi specialisering kan medføre øget behov for koordinering, ligesom det kan føre til længere afstand til behandlingssted, hvis ikke man finder en balanceret løsning mellem specialisering og nærhed.

Dette skaber en række dilemmaer ved planlægningen den fremtidige organisering af psykiatrien, herunder hvordan specialisering og nærhedsprincip kan forenes på en konstruktiv måde.

Der er enighed om, at der er behov for øget specialisering og dermed også en ændret balance mellem den almene og (mere) specialiserede psykiatri^{1,2,3}. Der er imidlertid ikke samme enighed om, hvordan det skal gribes an. Hertil kommer, at der allerede er en gradvis specialisering i gang.

Debatten om specialisering versus nærhed rejser flere spørgsmål. For det første, hvor stort et befolkningsunderlag, der skal være for at, der er patienter nok til hensigtsmæssig faglig og økonomisk drift af en enhed. Foreligger der videnskabelige undersøgelser herom, eller er det snarere en skøns- og erfaringssag? For det andet, er det et spørgsmål, om specialiserede enheder nødvendigvis organisatorisk skal være sammen med andre specialiserede enheder, dvs. er store/større psykiatriske sygehuse/afdelinger/enheder en nødvendig konsekvens af specialisering, eller kan man organisere sig med decentrale (mere specialiserede) enheder?

En konsekvens af specialiseringen er også, at mange psykiatere vil specialisere sig på bekostning af den bredere almene psykiatri. Der vil imidlertid fortsat være behov for begge dele. "Specialisering og centralisering er to vidt forskellige ting, og specialisering er ikke kun en måde at sikre fag udvikling på et universitetshospital. Specialisering lader sig nemlig også praktisere uden for de store byer."¹

I det følgende vil disse temaer blive søgt belyst, ligesom der redegøres for specialiseringen i den syddanske region. Det skal også bemærkes, at der redegøres relativt udførligt for forskellige modeller for specialisering i ind- og udland for at denne vej at levere et baggrundsmateriale til udviklingsplanen. Der fremkommer derfor ikke konkrete anbefalinger.

Det er ikke tilfældigt, at dette kapitel er rapportens største. De behandlede temaer vil komme til at stå centralt ved udformningen af den kommende udviklingsplan for psykiatrien i Region Syddanmark.

Kapitlets hovedresultater:

- Psykiatriens kerneopgaver er de egentlige psykiske sygdomme, medens normalpsykologiske reaktioner som fx sorgreaktion eller krisereaktion ikke indgår heri.
- Psykiatriens udvikling har været præget af omlægning fra stationær til ambulant behandling, hvor det har været centralt at skabe nærhed og kontinuitet i behandlingen og i mindre grad skabe faglig specialisering.
- Tilgængelighed skabes ikke kun ved geografisk nærhed. Specialisering og tilgængelighed kan, afhængig af den valgte model, ofte kombineres.
- Fremtidig specialisering kan i høj grad være ledelsesstyret for at sikre en overordnet koordinering. Endvidere bør den være evidensbaseret, dvs. med sandsynliggørelse af, at det medfører en højere behandlingskvalitet (bedre behandlingsresultater).
- Der er ikke entydig dokumentation for sammenhæng mellem faglig kvalitet og patientunderlag, dvs. om større patientunderlag og dermed større erfaring ("øvelse gør mester") fører til bedre behandlingsresultater. Alt afhængig af forekomsten af sygdommen (incidens og prævalens) er der forskellige anbefalinger for størrelsen af befolkningsgrundlaget for behandlingsenhederne.
- På en lang række, men ikke alle, psykiatrifaglige områder er der konsensus om øget specialisering, men der er ikke samme enighed om modellerne herfor.
- Der findes en række modeller for organisering af psykiatrien (systemtiltag), der kan inddrages ved planlægningen af øget specialisering. For eksempel kombinerer *kompetencecenter modellen* tilgængelighed med faglig specialisering, mens *Stepped care modellen* i højere grad vægter omkostningseffektivitet.
- Alle i tre psykiatricenter er der i dag en specialisering/centralisering inden for følgende områder: Oligofreni, geronto(ældre)psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri. Der er specialiserede tilbud til retspsykiatriske patienter i Psykiatricenter Midt og Psykiatricenter Vest. Der foreligger en vurdering fra fagområdet i forhold til fremtidig organisering.
- Psykiatricenter Øst, Odense Universitetshospital har specialiserede sengeafsnit i forhold til skizofreni og affektive sygdomme. Herudover findes der i Psykiatricenter Midt, Augustenborg et specialiseret rehabiliteringsafsnit. Resterende sengeafdelinger i voksenpsykiatrien er organiseret som almenpsykiatrisk afsnit med geografiske optageområder.
- Som en del af spørgsmålet om tilgængelighed, og på baggrund af Sundhedsstyrelsens udspil for det somatiske område, kan der i Region Syddanmark ses på den psykiatriske akutmodtagelse. Aktuelt er der mulighed for akut indlæggelse døgnet rundt inden for voksenpsykiatrien på alle 9 psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark. Herudover er der i regionen 3 psykiatriske skadestuer.
- Der findes distriktspsykiatri i hele Region Syddanmark, men den er organiseret forskelligt og omfatter forskellige typer af tilbud.
- Ud over distriktspsykiatrien findes der et uensartet udbud af forskellige specialiserede ambulante tilbud inden for voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Baggrund

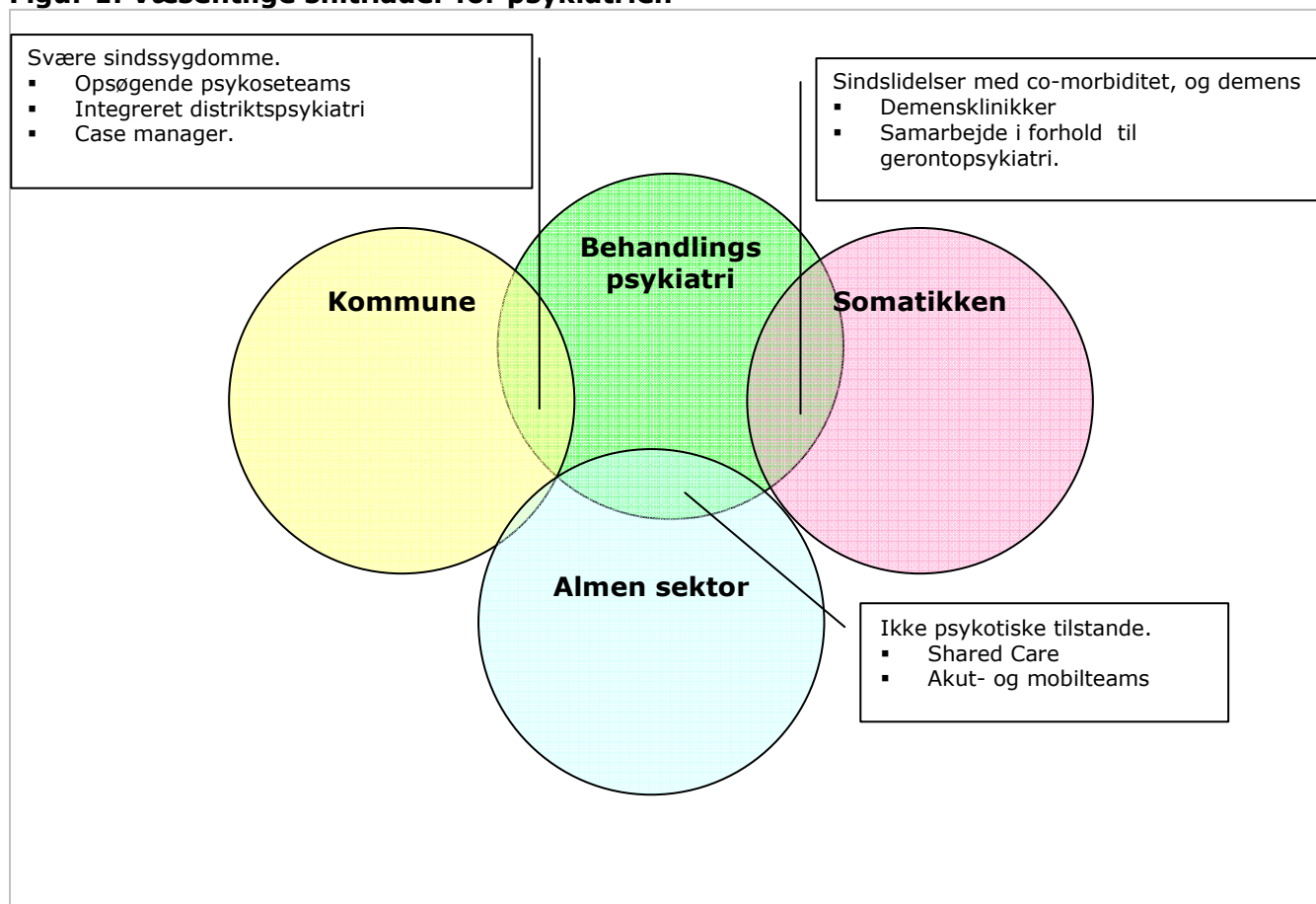
Indsatsen på psykiatriområdet foregår på en række områder i samspil med andre områder. For voksenpsykiatrien er der tre vigtige tilgrænsende områder: socialområdet, somatikken og almen og speciallægepraksis (figur 1). Alt afhængigt af hvilken patientgruppe det drejer sig om, kan det være forskelligt hvilke snitflader, der er mest relevante, og hvilke organisatoriske modeller der anvendes. En organiseringsmodel for specialisering bør inddrage hensynet til samarbejde i snitfladerne og sikre kontinuitet samtidigt med at behandlingspsykiatrien styrkes.

På landsplan er behandlingspsykiatrien organiseret på følgende niveauer:

- Landsfunktion, fx katastrofepsykiatri og døvepsykiatri
- Landsdelsfunktion, fx svære komplicerede spiseforstyrrelser
- Amts/regionsfunktioner, dvs. funktioner, som kun findes ét sted i amtet, fx oligofreni.
- Basisniveau, dvs. funktioner i lokalområder/optageområder

Niveau-opdelingen er dels udtryk af specialisering af tilbuddene og dels for antallet patienter med de respektive diagnoser, hvor nogen kan være så sjældent forekommende, at de samles ét sted for at sikre den fornødne ekspertise.

Figur 1. Væsentlige snitflader for psykiatrien



Mål for specialisering

Ved specialisering forstås, at den vidensbasis, psykiatrien bygger på, gradvist er blevet så detaljeret og dybtgående, at psykiatere, psykologer og i et vist omfang sygeplejersker, primært beskæftiger sig med et relativt snævert fagområde/en snæver målgruppe.

I Danske Regioners oplæg om "Specialisering og faglig bæredygtighed inden for psykiatrien"³, anvendes begrebet specialisering som et overordnet udtryk for, at indsatsen målrettes i forhold til bestemte målgrupper. Det er først på det tidspunkt, hvor specialviden anvendes ved behandlingsindsatsen, at der er tale om egentlig specialisering.

Specialisering kommer til udtryk ved fagområder inden for hvilke enkeltpersoner tilegner sig og udvikler en særlig faglig kompetence. Dette er dog ikke lig med egentlig specialisering, som også kræver, at de faglige kompetencer aktivt bruges i behandlingsarbejdet³. Man kan godt forestille sig, en person har betydelig viden på et fagområde, men ikke bruger den i dagligdagen.

Fagområder er et centralt begreb i speciallægeuddannelsen, dvs. særlige fagområder, som specialister fordyber sig i. En arbejdsgruppe under Dansk Psykiatrisk Selskab beskrev spørgsmålet i en rapport fra 2003⁴. Arbejdsgruppen skrev bl.a., at visse områder inden for psykiatrien er så specialiserede, at alle umiddelbart ved, at ingen kan rumme såvel den fulde almenpsykiatri som et specialområde, og alle ved, at et specialområde ikke kan fungere uden en betydelig mængde almenpsykiatrisk uddannelse. Som eksempel på dette kan nævnes de to nuværende specialiseringsområder, rets- og gerontopsykiatri, og herudover også oligofrenipsykiatrien.

Begge områder forudsætter en gedigen almenpsykiatrisk uddannelse samt en ekstra specialistviden om et snævrere område. Andre specialområder går på tværs af almenpsykiatri, idet de kræver viden om alle dele af psykiatrien, men forankret i en særlig viden om specialområdet. Der tænkes her på emner som psykofarmakologi og psykoterapi. Begge kræver en specifik viden, der går på tværs af alle diagnostiske grupper, og de handler primært om den teoretiske viden og anvendelsen af denne viden i disse grupper. Andre igen er diagnostiske specialområder, idet de rummer en diagnosegruppe og alle de videns- og færdighedsområder, der knytter sig til denne. Som et eksempel herpå kan nævnes specialviden om skizofreni, hvortil der udover almenpsykiatri også kræves viden og færdighed inden for alle de aktiviteter, som er specielle for netop denne diagnosegruppe, og hvor viden om almenpsykiatri er en forudsætning for at se forskellene til specialområdets aktiviteter.

Man kan således tale om "vandrette" specialområder, hvor viden og funktion rummer mange diagnostiske tilstande, eksempelvis psykoterapi og psykofarmakologi, og "lodrette" specialområder, hvor viden og funktion omkring en diagnostisk gruppe rummer mange forskellige områder som diagnostik, familiebehandling, psykoedukation etc. (eksempelvis skizofreni). Gerontopsykiatri hører nærmest til denne gruppe, idet det centrale viden handler om alderens indflydelse på psyken og specialviden om organisk betingede psykiske lidelser med dertil knyttet specialviden om håndtering af disse tilstande. Ligeledes oligofrenipsykiatrien.

Specialisering skal sikre befolkningen adgang til diagnostik og behandling af god kvalitet under hensyn til den samlede mest effektive udnyttelse af de ressourcer, der til enhver tid er til rådighed. Uanset specialiseringsgrad er det grundlæggende princip, at sundhedsydelser gives på det organisatorisk mindst specialiserede, fagligt forsvarlige og hensigtsmæssige niveau⁵, jfr. niveauopdelingen i foregående afsnit. Det kendes også som LEON-princippet: laveste effektive omsorgsniveau.

Specialisering og patientvolumen

Bag specialisering ligger en antagelse og forventning om, at specialiseringen fører til bedre behandlingsresultater. Dette er baseret på tanken om, at "øvelse gør mester", hvilket betyder, at specialister skal behandle et vist minimum af patienter, for at de gode resultater indfinder sig. Det er således ikke nok at være specialist. Man skal også bruge sin specialviden i forhold til et vist antal patienter.

Hvis en psykiater kun ser ganske få patienter pr. år med bestemte diagnoser, opnås der i sagens natur ikke samme rutine. Dette er princippet om, at "øvelse-gør-mester", som intuitivt må være sandt. Spørgsmålet er, "hvor megen øvelse", dvs. hvor mange patienter, og hvor meget bedre behandlingsresultatet ("faglig kvalitet") bliver. Dette er illustreret helt generelt i figur 2.

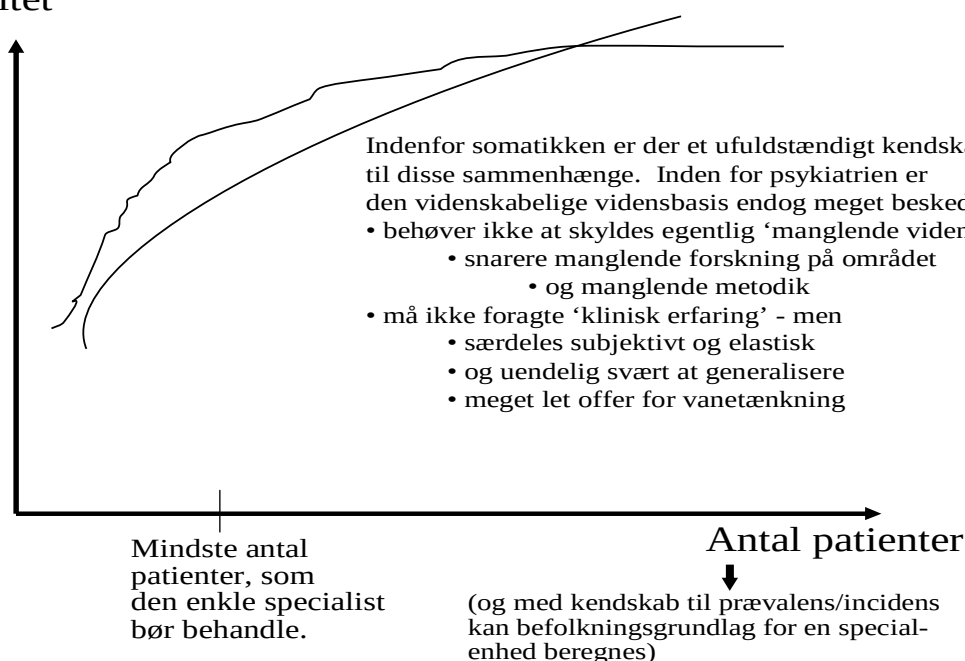
Inden for somatikken bruges nedenstående figur ofte til at illustrere dels behovet for specialisering, dels en (underforstået) parallel centralisering. Tænkningen kan ikke direkte overføres til behandlingspsykiatrien, men kan alligevel klargøre flere forhold.

Figur 2.

Tænkningen bag 'øvelse-gør-mester': sammenhæng mellem antal behandlede patient og kvalitet ('volume-outcome', 'volume-quality')

(faglig) kvalitet

fx. målt ved
tilbagefalds-fri
perioder, selv-
hjulpethed, gen-
indlæggelser/
genoptagelse af
behandling



Det ville være særdeles nyttigt og ideelt at vide, hvor mange patienter en specialist som minimum skal behandle, for at der er acceptable behandlingsresultater.

Man kan nu gå skridtet videre og spørge: Hvis en specialist fx helst skal behandle 60 patienter med en bestemt lidelse om året, hvor stor et befolkningsunderlag skal der til for, at der kan forventes at komme så mange patienter. Med kendskab til prævalens og/eller incidens for den pågældende sygdom, kan man dernæst beregne *befolkningsunderlaget* – fortsat i den idealiserede verden med den nødvendige information til rådighed.

Den her skitserede tænkning ligger bag centraliseringen (af især kirurgien) inden for somatikken. Den giver imidlertid ikke svar på, hvordan man skal *organisere* sig – lige fra, hvor mange specialister, der skal være et givet sted til, om det så er en god ide, at man samler flere specialistfunktioner det samme sted. Det vigtigste bidrag tænkningen giver, er at der sættes fokus på a) mulige kvalitetsmæssige gevinster ved specialisering og b) spørgsmålet om befolkningsunderlag.

Inden for især kirurgien findes der en del empiriske undersøgelser, der belyser ovenstående sammenhæng, hvor resultat/kvalitet ofte måles i form af dødelighed.

For psykiatrien er evidens herom stort set ikke eksisterende. Der er blevet foretaget en omfattende litteratursøgning på Medline og Cochrane biblioteket med søgeord som 'volume-outcome/quality and mental health care'. Der fremkom kun en enkel artikel med den sigende titel: 'the volume-quality relationship of mental health care: Does Practice Make Perfect?'⁶.

Sammenhængen mellem kvalitet og nødvendigt patientunderlag kan på nuværende tidspunkt som oftest ikke entydigt og generelt dokumenteres med præcise tal⁵. Som skitseret ovenfor, antages det, at der inden for sygehus- og distriktskykiatrien – ligesom på det somatiske område – er en sammenhæng mellem patientunderlag og kvalitet, om end der ikke foreligger dokumentation herfor.

Der foreligger enkelte anbefalinger samt nogen erfaring. Sundhedsstyrelsen vurderer, at et specialiseret tilbud i psykiatrien kan etableres, når der er et befolkningsgrundlag på mellem 400.000 – 1.000.000⁵, uden dog at angive videnskabelige kilder. På baggrund af danske og internationale erfaringer anbefales det, at der i forhold til gruppen af patienter med debuterende psykoser etableres specialteams ved et befolkningsgrundlag på minimum 200.000 - 300.000 borgere^{1, 7}. I forhold til opsøgende psykoseteams anbefales et befolkningsgrundlag på 50.000 indbyggere^{7,4}. I forhold til personer med svær affektiv lidelse anbefales i en nylig fremkommen Medicinsk teknologisk vurdering (MTV)⁸, at der oprettes 1 - 2 specialklinikker pr. region. Herudover vurderer Dansk Psykiatrisk Selskab, at der skal et befolkningsgrundlag på 150.000 – 250.000 indbyggere til for at oppebære et psykiatrisk akutberedskab².

I forhold til de opsatte tal, ville der ved en simpel omregning være følgende grundlag for Region Syddanmark:

- Mellem 4 og 6 specialteams i forhold til gruppen af patienter med debuterende psykoser.
- 1-2 klinikker i forhold til personer med svær affektiv lidelse.

- Op til 24 opsøgende psykoseteams.
- Mellem 5 og 8 akutberedskaber.

Det opstillede tal er dog ikke udtryk for faglig evidens. I den kommende planlægning af psykiatrien er der naturligvis behov for at se på den faglige kontekst i regionen i relation til antal af teams, akutberedskaber mv. Der er, udover de faglige betragtninger også en række andre faktorer af mere praktisk og eller lokal art, der har indflydelse på antal enheder. For eksempel kan manglen på psykiatere have indvirkning på specialiseringsgraden.

Udvikling inden for psykiatrien har igennem de sidste par årtier været præget af omlægning af behandlingen fra stationær til ambulant behandling, behandling i distriktpspsykiatri og andre ambulante tilbud. Det centrale for denne omlægning har været at skabe nærhed og kontinuitet i behandlingen og i mindre grad en faglig specialisering¹. Men på samme måde som i somatikken, er der i psykiatrien tiltagende behov for specialiseret viden i forhold til udvalgte patientgrupper og udvikling af specialiserede psykiatriske tilbud.

Mange af de centre, der har specialiseret sig i behandling af særlige patientgrupper, har større optageområde end traditionel distriktpspsykiatri. Ved at samle såvel de faglige som økonomiske ressourcer vedrørende visse sygdomstilstande ønsker man at sikre den erfaringsopsamling, der er nødvendig for at fastholde og udvikle ekspertise på høj niveau. Der er således brug for at kombinere ønsket om højt kvalificeret behandling, med ønsket om at tilbud i størst mulig omfang skal være lokalt forankret, nærhedsprincippet. Princippet om høj kvalitet igennem samling af specielle funktioner og selve nærhedsprincippet er ikke nødvendigvis hinandens modsætninger. Men i de tilfælde, hvor hensynet til nærhed og hensynet til tilbud af kvalitet er indbyrdes modstridende, bør hensynet til adgang til ydelser af kvalitet vægtes højest¹³ i det omfang, der er rimelig evidens for bedre behandlingsresultater.

Fagområder og specialisering

Enhver beslutning om evt. samling af funktioner for at muliggøre specialisering bør tage udgangspunkt i følgende tre kriterier⁵:

- om sygdommen/tilstanden på grund af sjældenhed og hensynet til erfaringsopsamling bør behandles få steder med betydelig specialviden.
- om diagnostik og/eller behandling er kompliceret og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere.
- om diagnostik og/eller behandling medfører et stort ressourceforbrug, fx i form af specialapparatur.

I sygehusvæsenet skelnes mellem to hovedtyper af funktioner: Basisfunktioner og højt specialiserede funktioner. En række af højt specialiserede funktioner er lands- eller landsdelsdækkende. På basisniveauet varetages de hyppige og almindeligt forekommende opgaver.

Psykiatrien er i sig selv et lægefagligt speciale der ud over børne- og ungdomspsykiatrien ikke har yderligere specialisering (subspecialer) i form af formel

lægeuddannelse. Derfor bør begrebet specialisering her forstås som anvendelse af specialiseret viden i behandlingsindsatsen, jfr. tidligere afgrænsning. Der er således tale om en etableret specialfunktion, når anvendelse af specialviden/kompetencer er forankret i en formel organisationsstruktur, fx særlig sengeafsnit eller specialambulatorium³. Udvikling af specialiseringen i psykiatrien har været præget af flere faktorer og ikke altid af en overordnet koordinering³.

Specialisering inden for psykiatrien skal ses som en afgrænsning af fagområder. Hvor hvert fagområde afgrænser et særligt interesse- og kompetenceområde, som enten ikke er dækket af et lægefagligt godkendt speciale eller udgør en mindre del heraf¹⁴.

Der er aktuelt ikke konsensus om, hvilke fagområder der bør specialiseres. Nedenfor er gengivet henholdsvis Dansk Psykiatrisk Selskabs og Sundhedsstyrelsens anbefalinger til specialisering inden for psykiatrien, og som det fremgår, er der på en række punkter sammenfald mellem Dansk Psykiatrisk Selskab og Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Endvidere skal det bemærkes, at der fra Dansk Psykiatrisk Selskab ikke er fokus på det børne- og ungdomspsykiatriske område.

Områder inden for hvilke Dansk Psykiatrisk Selskab anbefaler en specialisering²:

- Affektive sygdomme.
- Ikke-psykotiske tilstande.
- Gerontopsykiatri.
- Retspsykiatri.
- Sexologi.
- Misbrugspsykiatri.
- Psykoterapi.
- Psykofarmakologi.
- Oligofrenipsykaitri
- Neuropsykiatri.
- Demens.
- Skizofreni.

Områder inden for hvilke Sundhedsstyrelsen peger på, at der er behov for udvikling og etablering af nye eller særlige psykiatriske tilbud:

- retspsykiatriske patienter
- personer med spiseforstyrrelser
- patienter med debuterende psykose
- misbrugsområdet
- psykotiske patienter med stofmisbrug (dobbeltdiagnose)
- patienter med demens
- ikke-psykotiske personer, der har forsøgt selvmord eller er selvdestruktive
- patienter med OCD og ikke-psykotiske angsttilstande
- patienter med svære sexologiske lidelser
- udviklingshæmmede med psykiske lidelser
- patienter fra fremmede kulturer, hvor psykiatriske lidelser manifesterer sig med andre symptomer.

Herudover diskuteres en mulig specialisering indenfor transkulturel psykiatri og liasonpsykiatri (somatiseringslidelser).

En lang række af disse fagområder kan kategoriseres³ i:

- De sygdomsspecifikke områder, fx skizofreni.
- Specielle udrednings- og behandlingsmetoder, fx psykoterapi.
- Afgrænsede befolkningsgrupper, fx gerontopsykiatri.
- Hvor indsatsen deles med andre fagspecialer, fx demens.

Danske Regioners rapport³ vedrørende specialisering påpeges en række mulige ulemper ved at løfte udbredte sygdomsgrupper som affektive lidelser og skizofreni ud af basisniveau. Jørgensen m.fl.¹ påpeger, at specialisering primært bør sigte på patientgrupper med sjældne problemstillinger og på patienter med vanskelige udrednings- og behandlingsforhold.

Den aktuelle specialisering inden for psykiatrien kan opdeles i følgende niveauer³:

Landsfunktion:

- Katastrofepsykiatri.
- Svære sexologiske lidelser (transseksuelle - vurdering ved ønske om kønsskifte).
- Døvepsykiatri.

Landsdelsfunktion:

- Svære seksuelle forstyrrelser (somatiske handicappede med seksuelle problemer, problemer i forbindelse med vold, incest, og visse sædelighedskriminelle).
- Svære komplicerede spiseforstyrrelser (varetages af OUH i Region Syddanmark).
- Alle fire amter indgår i et regionalt kriseberedskab.

Landsdelsfunktion i Region Syddanmark udgør kun en lille del af de samlede ydelser. En intern opgørelse i Vejle Amt viste at lands- og landsdelspatienter udgjort under 1 % af den samlede aktivitet.

Amts/regionsfunktioner:

- Funktioner som kun finder sted ét sted i amtet, fx demens og dobbeltdiagnoser.

Basisniveau:

- Funktioner i lokalområder/optageområder.

Lands- og landsdelsfunktioner

Katastrofepsykiatri: H:S (Rigshospitalet.).

Svære sexologiske lidelser, herunder transseksuelle mhp. eventuel kønsskiftevurdering: H:S (Rigshospitalet, sexologisk klinik) (50).

Døve psykiatriske patienter, undersøgelse og behandling: Københavns Amts Sygehusvæsen (Amtssygehuset i Herlev (Ballerup)) (25).

Svære seksuelle forstyrrelser, herunder somatiske handicappede med seksuelle problemer, seksuelle problemer i forbindelse med vold, incest o.lign. og visse sædelighedskriminelle: H:S (Rigshospitalet), Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital (Psykiatrisk Hospital i Århus) (400).

Svære komplicerede spiseforstyrrelser, voksne patienter: H:S (Rigshospitalet), Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital (Psykiatrisk Hospital i Århus).

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet. 2002.

Note: tallene i parentes angiver et skøn over antal nye patienter årligt i hele landet. I enkelte tilfælde har det ikke været muligt at give et kvalificeret skøn.

Nuværende specialisering i Region Syddanmark

På de sidste to niveauer er der i de tre psykiatricentre foretaget en gruppering henholdsvis på voksen almen psykiatri, børne- og unge psykiatri. I voksenpsykiatrien er der specialiseret tilbud indenfor følgende områder; retspsykiatri, oligofreni og gerontopsykiatri. De specialiserede tilbud er i høj grad lokalt forankret.

I det følgende gives en kort præsentation af den aktuelle specialisering. I forhold til retspsykiatri, oligofrenipsykiatri, gerontopsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri foreligger der allerede deskriptive rapporter, hvorfor der her primært vil blive lagt vægt på at beskrive den specialisering, der har fundet sted i almenpsykiatrien.

I tabel 1 - 3 og 5 ses opgørelser over de fire hovedgrupper i psykiatrien. Oligofreni er medtaget i tabellen for voksen psykiatri (tabel 4). De socialpsykiatriske tilbud er ikke med her, men der henvises til kapitel 9.

Oligofrenipsykiatri

Oligofrenipsykiatri omfatter behandling af de mentalt retarderede (oligofrene) med medfølgende psykiske lidelser. Over en treårig periode, 2003 til 2005, var der i alt 721 voksne med mental retardering, der var i kontakt med behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark¹⁰. Ser vi på hvor mange nye der kommer til var der 124 førstegangskontakter i 2005 (se også kapitlet om sygelighed).

I sektor beskrivelse fra det Sønderjyllands amt fremgår det at Oligofreni teamet havde 708 besøg fordelt på 189 personer (cpr.nr) i 2004.

Der er oligofreniteams i alle tre psykiatricentre, men selve behandlingsindsatsen er forskellig i både omfang og organisering⁹. Som følge heraf er der for tiden forskellige tilbud i de tre psykiatricentre. Som udgangspunkt foregår al behandling ambulant, enten i patient hjem eller boinstitution.

Normering i oligofreniteams i de tre psykiatricentre er forskellige og bygger på strukturen før 2007.

- I Ribe Amt varetages den egentlige behandling primært i distriktskykiatrien. Arbejdsgruppen⁹ vedrørende oligofrenipsykiatri, vurderer at indsatsen svarer til to fuldtidsstillinger.
- I Vejle Amt er der normeret to overlægestillinger og en sekretær.
- I Fyns Amt er der ansat en overlæge og tilknyttet en 30-timers sekretærhjælp.
- I Sønderjyllands Amt er der ansat en ledende overlæge, en distriktssygeplejerske, en pædagogisk konsulent samt en sekretær

Central problemstilling er fastholdelse og videregivelse af den faglige viden indenfor området. Indenfor kortere periode forventes to overlæger at gå på pension, og med den generelle mangel på speciallæger, kan det blive vanskeligt at sikre tilstrækkelig faglig ekspertise på området. Arbejdsgruppen⁹ vedrørende oligofrenipsykiatri anbefaler at oligofreniområdet opprioriteres i det Regionale Uddannelsesråd.

Overordnet vurderer fagfolk, at der i Region Syddanmark er mindst 25 % af målgruppen der ikke får den nødvendige psykiatriske behandling. Hvilket beror på mangel af speciallæger, manglende specialiseret og tværfaglig teamindsats og manglende prioritering af området⁹.

Der arbejdes i Region Syddanmark ud fra at oligofrenipsykiatrien skal organiseres som en regional enhed med satellitfunktioner. I forhold til den fremtidige planlægning anbefaler fagfolk at inddrage følgende elementer. (se også *Anbefalinger vedrørende Oligofrenipsykiatri i Region Syd / Region Syddanmark*):

- Sikre tilstrækkelig lægefaglige ressourcer med specialviden.
- Sikre en teamfunktion, hvor andre faggrupper indgår.
- Sikre fagligt netværk, også for andre faggrupper end læger.

Retspsykiatri

Der findes retspsykiatriske afsnit i Psykiatricenter Vest, Hviding (12 pladser) og en retspsykiatris afdeling i Psykiatricenter Midt, Middelfart (18 pladser). Vejle Amt har tidligere haft en aftale med Århus Amt om køb af 8 retspsykiatriske pladser, og som afløser for denne aftale har psykiatrien i Region Syddanmark indgået en aftale med Region Midtjylland om køb af 3 retspsykiatriske pladser.

Psykiatrien i Region Syddanmark har dermed aktuelt 30 sengepladser dedikeret til retspsykiatri, samt aftale om 3 pladser i Region Midtjylland. Sammenholdes dette antal med antallet af patienter, der løbende placeres på almene skærmede / lukkede psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark, tegner der sig et samlet behov for 42-48 retspsykiatriske sengepladser i Region Syddanmark¹¹. En nyere rapport fra retspsykiatrien i Region Syddanmark vurderer, at der som følge af en generel stigning af retspsykiatriske patienter i regionen, og med køb af pladser uden for Region

Syddanmark, er behov for en udvidelse til 60 stationære pladser på de retspsykiatriske afdelinger¹².

En tværsnits undersøgelse¹³ viste, at der den 19.03.03 var 50 voksne retspsykiatriske patienter indlagt og 230 retspsykiatriske patienter i ambulant behandling i de fire amter. Det er således op mod 80 % af de retspsykiatriske patienter, der modtager en ambulant behandling.

På landsbasis viste undersøgelsen¹³ at:

- 22 % havde en anden etnisk baggrund end dansk,
- 79 % havde fået en dom til behandling,
- 65 % havde sindslidelsen inden for skizofrenispektret (F20-29).
- 12 % havde en form for personlighedsforstyrrelse (F60-69)
- 42 % af de retspsykiatriske patienter har begået vold eller anden personfarlig kriminalitet.

Generelt er der på landsplan sket en markant tilvækst i antal retspsykiatriske patienter, i 1980 var der 490 mens der i 2002 var 1.800. Det ses endvidere siden 1994 har retspsykiatriske patienters forbrug af sengedage ligget nogenlunde stabilt, mens forbruget af ambulante ydelser er steget markant¹³.

På landsplan behandles hovedparten af de retspsykiatriske patienter i almenpsykiatri, mens det kun er de mest behandlingskrævende, der bliver behandlet på retspsykiatriske afdelinger.

Udvikling af kriminalitet blandt psykisk syge

Der er igennem de senere år sket en væsentlig tilvækst i antal af retspsykiatriske patienter. Internationale og danske undersøgelser viser, at det primært er gruppen af skizofrenipatienter, der tegner sig for hovedparten af den personfarlige kriminalitet og for størstedelen af øgningen i antal retspsykiatriske patienter. Således er 10 % af de skizofrene i H:S området retspsykiatriske patienter¹³. Der peges på to væsentlige faktorer, der kan modvirke tendensen.

- Sikre og intensivere den mere opsøgende og vedholdende behandlingsindsats, da det er veldokumenteret, at patienter i behandling begår væsentlig mindre kriminalitet end ubehandlede sindslidende. Opgørelser viser, at de relativt nye opsøgende psykoseteams opnår bedre behandlingsresultater i forhold til fastholdelse af behandlingskontakten end standardbehandling (bilag 10).
- Der er en del af de svært syge, der kan have stor gavn af en længerevarende indlæggelse, hvilket ikke i tilstrækkeligt omfang tilgodeses i almenpsykiatrien hvor de fleste indlæggelser kendetegnes ved et kort forløb. I forlængelse af dette skal det bemærkes, at specielt gruppen af anbringelsesdømte (12 - 14 senge i Region Syddanmark) mangler faciliteter, hvor denne gruppes behov for langtidsindlæggelse kan tilgodeses^{11,12}.

Organisering

Der er i to notater^{11,12} vedrørende retspsykiatri i Region Syddanmark fremlagt argumentation for en samlet retspsykiatrisk funktion i Region Syddanmark.

En samling af retspsykiatrien vil sikre en stor afdeling med en bedre normering og flere ansatte med specialuddannelse. Afdelingen vil kunne tiltrække mange speciallæger, ofte med ekspertuddannelse. En stor og specialiseret afdeling kan medvirke til at sikre et kvalificeret fagligt miljø ved, at der er flere at debattere faglighed med. Der er bedre muligheder for at få etableret et forsknings-/akademisk miljø. Det bærende argument her er, at en stor afdeling vil sikre bedre rekruttering og faglig udvikling. Modsat er det fremført, at en sammenlægning af to afdelinger til én vil mindske den geografiske tilgængelighed. Herudover kan det påpeges, at Sønderjyllands Amt i høj grad har varetaget behandlingen af retspsykiatriske patienter inden for almenpsykiatrien. Her ses patienter med retslig foranstaltning først og fremmest som psykiatriske patienter og behandles som andre patienter under skyldig respekt for de bestemmelser domstolene i hvert enkelt tilfælde har fastsat¹¹. For yderligere uddybning af argumenterne henvises til de respektive dokumenter^{11, 12}.

Nedenstående tabel viser omfanget af specialiseret tilbud indenfor retspsykiatri i de tre psykiatricentre.

Tabel 1. Specialiseret tilbud indenfor retspsykiatri

	Sengeafdeling	Ambulant
Psykiatricenter Vest, Hviding	Senge afsnit (12)	
Psykiatricenter Midt, Middelfart	Senge afsnit (18)	Retspsykiatrisk team
Region Syddanmark	Aftale med Region Midt (3)	

Note: I parentes angives antal senge pladser.

Gerontopsykiatri

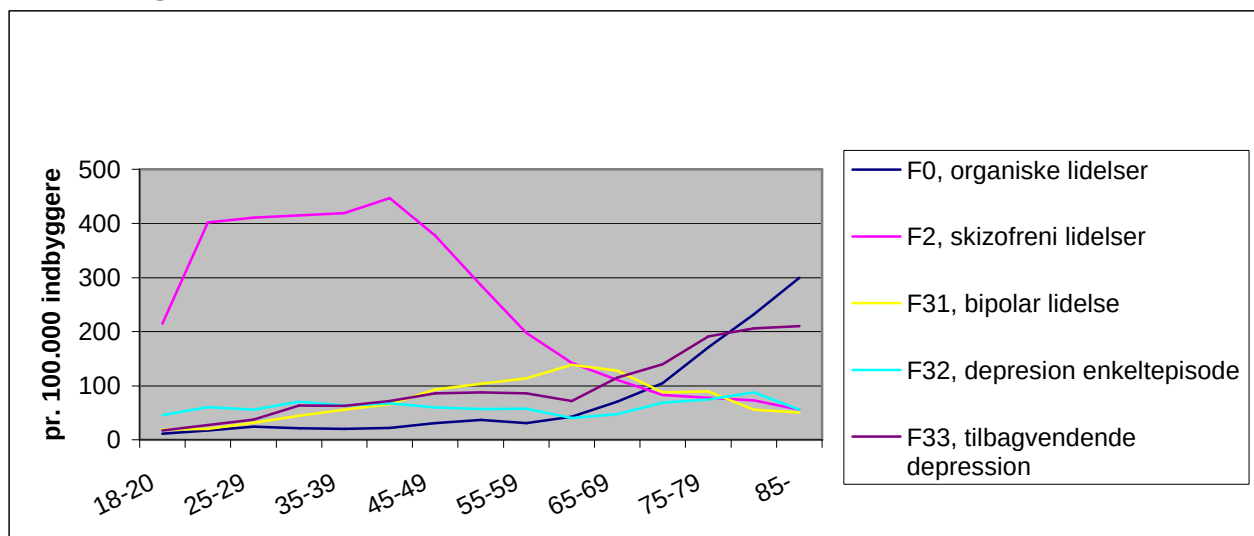
Også inden for gerontopsykiatrien ses forskelligartet praksis og organisering i regionen.

Både Sønderjyllands og Fyns Amter havde specialiserede gerontopsykiatriske sengeafdeling, mens alle fire amter havde en form for gerontopsykiatriske teams. Selve organiseringen har ligeledes været forskellig, fx aldersafgrænsningen. Kun Sønderjylland Amt havde en selvstændig enhed med egen afdelingsledelse.

Gerontopsykiatriens patientgruppe spænder over vidt forskellige sygdomskategorier, så som delirium, demens, affektive sindslidelser mm. Ud over alderen som et fællestræk, karakteriseres gruppen også af en høj co-morbiditet. Hovedparten af psykisk syge ældre har samtidigt en (alvorlig) somatisk lidelse¹⁴. Dette afspejler sig ligeledes ved, at geriatrike patienter udover deres somatiske sygdomme ofte har væsentlig konkurrerende psykiatrisk lidelse, ligesom somatisk sygdom i sig selv kan medføre psykiatrisk sygdom.

For aldersgruppen ses, at demens, delirium(F0) og depression (F33) stiger med alderen i mens bipolarlidelse og skizofreni falder med alderen¹⁰ (figur.3). Der er en tendens til, at behov for somatisk og psykiatrisk udredning stiger med alderen. Et tæt samarbejde mellem gerontopsykiatri og geriatri er derfor væsentligt for hensigtsmæssige patientforløb. Samtidigt er det relevant at foretage en vurdering af, hvorvidt enkelte patientgrupper med fx demens reelt hører til psykiatrien.

Figur 3. Udvikling i antal personer fordelt på diagnose og alder, udtrykt som antal udskrivning 2004



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsstyrelsen.

Opgørelser fra de kommunale sundhedsprofiler viser, at gruppen af 65 + årige med demens, delirium og depression udgør ca. 20 % (den største gruppe) af det samlede antal personer, der var i kontakt med psykiatrisk sygehusvæsen fra 2003 - 2005 i Region Syddanmark. Ser man på gruppen af 70 +, er sengedagsforbruget ca. 10 % (22.322 af i alt 209.741)^a og antal ambulante besøg ca. 11 % (15.627 af i alt 142.037). På trods af det relativt store antal førstegangskontakter er der kun et relativt lille forbrug inden for aldersgruppen. Mønstret bliver tydeligt, hvis der ses på udgifterne (målt med fritvalgstakster) som psykiatrien i Region Syddanmark i 2003 - 2005 har haft til 65 + årige. Her ses, at kun 14 % af udgifterne i behandlingspsykiatrien vedrører 65 + årige.

Organisering

Der arbejdes i Region Syddanmark hen imod at gerontopsykiatri får et selvstændigt speciale med selvstændig afdelingsledelse i de tre respektive psykiatricentre.

Endvidere peger fagfolk i Rapporten¹⁵ vedrørende gerontopsykiatrien i regionen på følgende anbefalinger:

- At der etableres ens aldersafgrænsning på 70 år.
- At der sikres specialiserede gerontopsykiatriske senge til målgruppen i hele Region Syddanmark. Det vurderes, at der bliver behov for ca. 80-100 senge i regionen.
- At der etableres enslydende aftaler med kommuner og praktiserende læger om samarbejdet om ældre med sindslidelser.

Et andet aspekt der bør inddrages i den fremtidig planlægning af gerontopsykiatri er den generelle demografiske udvikling. Gruppen 65+ er i Region Syddanmark stigende og vil fortsat stige i antal og endog stige væsentligt mere efter 2008 end tidligere. Denne gruppe forventes at stige med i alt 22 procent fra 1996 til 2012.

^a Kilde: Landspatientregisteret, LPR, 2004, 18+ årige. Region Syddanmark korrigeret for Vejle Amts deling.

Nedenstående tabel viser omfanget af specialiseret tilbud indenfor gerontopsykiatrien i de tre psykiatricentre.

Tabel 2. Specialiseret tilbud indenfor gerontopsykiatri

	Sengeafdeling	Ambulant
Psykiatricenter Vest	Ingen	Geronto/neuropsykiatrisk klinik (gerontopsykiatrisk team)
Psykiatricenter Midt	Haderslev(10) Augustenborg (10) Middelfart (8)	gerontopsykiatrisk team Demensklínik (i samarbejde med somatiken)
Psykiatricenter Øst	Odense (16)	gerontopsykiatrisk team Demensklínik (i samarbejde med geriatriisk afd.)

Note: I parentes angives antal senge pladser.

Det fremgår således at der er ambulante gerontopsykiatriske tilbud i alle tre psykiatricentre. Psykiatricenter Øst råder over 16 sengepladser, Psykiatricenter Midt råder over 28 sengepladser, mens Psykiatricenter Vest ikke har nogen sengepladser specielt dedikeret til gerontopsykiatri.

Børne- og ungdomspsykiatri

Som tidligere omtalt er specialet som det eneste karakteriseret ved at have en selvstændig specialuddannelse for lægegruppen. Det er et område med stor politisk bevågenhed og stor udvikling. Området er beskrevet i flere omfattende rapporter, og for en egentlig gennemgang af dette store speciale henvises til det foranliggende materiale.

Området er karakteriseret ved, at den børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe omfatter et bredt spektrum af forskellige tilstande, og at psykiske problemer og vanskeligheder i bred forstand er hyppigt forekommende blandt børn og unge, men for flertallet vil de være af lettere eller forbigående karakter, såfremt der i tide kan ydes den fornødne støtte¹⁶.

Der er fire børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger (tabel 3). Geografisk er de placeret i Psykiatricenter Midt, Augustenborg og Kolding, Psykiatricenter Vest, Esbjerg og Psykiatricenter Øst, Odense. Afdelingen ved Psykiatricenter Øst, Odense er universitetsafdeling. Der er i regionen i alt 48 børne- og ungdomspsykiatriske sengepladser samt 43 børne- og ungdomspsykiatriske dagpladser¹⁷.

Tabel 3. Specialiseret tilbud indenfor Børne- og ungdomspsykiatri

	Sengeafdeling	Ambulant
Psykiatricenter Vest, Esbjerg	Sengeafsnit for unge (12)	Dagafs. for børn (6) Ambulatorium/team for børn. Ambulatorium/team for unge. Specialteams til anoreksi, psykoser og ADHD
Psykiatricenter Midt, Kolding	Sengeafsnit for børn Sengeafsnit for unge Der er 20 pladser i alt	Ambulatorium/team for børn. Dagafs. for børn og unge (13) Ambulatorium/team for unge. Specialteam til spiseforstyrrelser
Psykiatricenter Midt, Augustenborg	Sengeafsnit for børn Sengeafsnit for unge Der er 8 pladser i alt	Dagafs. for børn og unge (12) Ambulatorium/team for unge. Specialteams til ADHD og kriser.
Psykiatricenter Øst, Odense	Observationsafsnit for 0-3 årige Sengeafsnit for unge(8)	Center for spiseforstyrrelser (landsdelfunktion) Dagafs. for børn og unge (12) Ambulatorium/team for børn. Ambulatorium/team for unge.

Note: I parentes angives antal senge pladser. Budget 2007.

Der er inden for de sidste 10 år sket en markant øgning i efterspørgslen efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser. Af tabel 4 fremgår, at der i de fire amter er sket en procentvis større stigning i efterspørgslen end på landsplan. Der foreligger forsat kun meget begrænset viden om årsagerne til den markante stigning i efterspørgslen i de sidste 10 år¹⁶. Ud fra fødselstallet og demografiske prognoser vil der ikke i de følgende år ske et fald i den pågældende aldersgruppe.

Tabel 4. Antal henvisninger i 1996 og i perioden 2002 – 2005 i børne- og ungdomspsykiatri

	1996	2002	2003	2004	2005
Fyn	286	497	515	649	868
Sønderjylland	140	909	515	606	629
Ribe	232	636	761	743	792
Vejle	280	549	547	612	868
Hele landet	4.858	8.085	8.394	9.189	10.550

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne/H:S

Note: For en række amter indgår henviste som er 18 år og derover i henvisningstallene, dette gælder især Århus Amt, hvor lidt over 300 af de henviste er 18 år og derover. I alt er ca. 1.100 af de henviste 18 år og derover.

Almenpsykiatrien, døgnafsnit

På døgnafdelinger er det kun Odense Universitetshospital (OUH), der siden 2000, yderligere har foretaget en specialisering efter sygdomsgrupper henholdsvis for skizofreni og affektive lidelser.

Udgangspunktet for denne specialisering er de store patientgrupper, altså en specialisering der ikke bygger på, at specialisering kun skal finde sted for sjældne patientgrupper og meget kompliceret behandling. Hensigten har været at udvikle en høj faglig ekspertise inden for diagnostik, behandling og dertil hørende uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling. Erfaring og konklusion fra specialisering i døgnafsnit på OUH, kan opsummeres som følgende:

Fordele:

- Muliggjort udvikling af integrerede behandlingsmodeller og patientforløbsbeskrivelser til specifikke sygdomme.
- Bedre mulighed for udvikling af evidensbaserede behandlingsmetoder.
- Bedre mulighed for udvikling og evaluering af kliniske retningslinier for behandling af skizofreni og affektive lidelser.
- Oprettelse af post doc-stillinger, forskningslektorer med 50 % klinik og 50 % forskning indenfor skizofreni og affektive lidelser.
- Kvalitetsudvikling indenfor tre sygdomsgrupper; skizofreni, affektive lidelser og gerontopsykiatri.
- Større mulighed for rekruttering af medicinstuderede til fordybelsesopgaver.

Ulemper:

- Specialiseringen har medført, at en del patienter må flyttes mellem specialenhederne.
- Nogle patienter falder mellem "to stole" de hører ikke til nogle steder, og der er risiko for hurtig udskrivelse og mangelfuld behandling.
- Der kan til tider opstå "kamp" om ressourcer blandt de enkelte specialenheder.
- Det har været vanskeligt at finde den rette størrelse af enhederne i forhold til patientgrundlaget.
- Manglende fokus på de øvrige sygdomsgrupper.

Konklusion

- Hvis der skal specialiseres inden for almenpsykiatrien, er det vigtigt, at de enkelte enheder kan varetage de faglige, uddannelses- og udviklingsmæssige opgaver. Dette kræver et tilstrækkeligt stort optageområde og dermed en 'stor' patientgruppe.
- Enheden bør i givet fald overvejende bestå af speciallæger i psykiatri eller læger i uddannelsesstillinger, og der skal være mulighed for forskning og adgang til universitetsfaciliteter

Herudover har Psykiatricenter Midt et specialiseret rehabiliteringsafsnit for patienter med behov for langtidsindlæggelser. Andre sengeafdelinger i regionen varetager den almenpsykiatriske behandling og er organiseret efter geografiskoptageområde¹⁸, tabel 5.

Tabel 5. Specialiseret tilbud indenfor almen voksenpsykiatri

	Senge- og dagafsnit	Ambulant
Psykiatricenter Vest	Ribe (33/0) Esbjerg (48/0) Vejle (40/0) Alm. afsnit Lukket / skærmede afsnit	Distriktspsykiatriske teams* Opsøgende psykose team (svære psykotiske lidelser) Mobilteam (tidsafgrænset hjemmebehandling, primært F3) Psykoteraapeutisk amb. Kriseterapeutiskberedskab Oligofreniteam
Psykiatricenter Midt	Augustenborg (65/0) Haderslev (32/0) Kolding(55/0) Middelfart, (34/25) Skærmede afsnit* Rehabiliterings afsnit (patienter med behov for langtidsindlæggelser)	Distriktspsykiatriske teams* Tidlig Interventionsteam (unge med mistanke om psykoser) Oligofreniteam Personlighedsforstyrrelse + andre Specialtilbud, sindslidende med anden etnisk baggrund* Specialtilbud, intensiv behandling af F60.3**
Psykiatricenter Øst	OOUH, (99/12). Psykiatrisk skadestue (4) Har sygdoms specifikt opdeling af afsnit på henholdsvis F2 og F3 grupper. Svendborg, (54/0). SHF, alm. åbne og lukkede afsnit*	Distriktspsykiatriske teams* Tidlig Interventionsteam. (nydiagnosticerede unge med skizofreni) Akutteam* (kort intensiv ambulantbehandling, primært F3) DAT*, intensiv behandling af svære F60.3**. Center for forebyggelse af selvmord. Psykoteraapeutisk afs. (behandling af ikke-psykotiske tilstande)* Ambulant tidsafgrænset efterbehandling, (fortrinsvis F3) Affektiv dagafsnit. Skizofreni dagafsnit. Oligofreni

Note: *ikke amts dækkende men relateret til afgrænset optagerområde.

**Emotionel ustabil personlighedsstruktur.

I parentes angives antal normerede senge og antal dagspladser (sengepladser / dagpladser). Budget 2007.

Almen voksenpsykiatri, ambulant behandling

Indenfor det ambulante område findes der i Regionen forskellige former for almene og specialbehandlingstilbud, jfr. oversigt tabel 5 og bilag 9.

De forskellige ambulante tilbud kan kategoriseres efter, hvorvidt de er målrettet mod specifikke sygdomstilstande eller funktionsniveauet. Eksempel på den første kategori er TIT (tidlig interventions team, Psykiatricenter Øst, Odense, Psykiatricenter Midt, Aabenraa og Psykiatricenter Vest, Esbjerg), der er målrettet tilbud til unge nydiagnosticerede skizofrene. Et eksempel på den anden kategori er mange distriktspsykiatrier og opsøgende psykose teams, der primært er rettet mod patienter med svære sindslidelser, der som følge af sygdommen har stor funktionsnedsættelser og eller svært ved at fastholde kontakt/behandling. I denne gruppe kan der være forskellige sygdomsdiagnoser, men det de har tilfælles er, at funktionsniveauet er svært påvirket.

Der anvendes ikke ensartede begreber for de ambulante tilbud i regionen.

En del benævnes forskelligt, selvom de i nogen grad kan have samme indhold, og på samme vis kan begrebet distriktspsykiatri dække over forskelligartede tilbud. Nogle steder indgår specielle behandlingstilbud som fx intensiv ambulant behandling og

specialbehandling til personlighedsforstyrrede som en del af distriktpsychiatrien. Andre steder er disse behandlingstilbud organiseret i selvstændige teams.

En benchmarking af distriktpsychiatrien⁴³ i Region Syddanmark viste helt overordnet, at der er store forskelle mellem amternes distriktpsychiatriiske modeller. Forskellene viser sig på flere måder:

- den valgte organiseringsform, herunder tilknytning til den sengebaserede psykiatri og socialpsykiatrien
- personaletæknningen i forhold til det udadgående distriktpsychiatriiske behandlingsarbejde i patientens eget miljø
- graden af differentiering (specialisering) i viften af de distriktpsychiatriiske behandlingstilbud med henblik på at kunne tilbyde en individuelt tilpasset behandling
- graden af inddragelse af praksissektoren (herunder samarbejdsaftaler/samordning med privatpraktiserende psykiatere og praktiserende læger, samt antal ydernumre for privatpraktiserende psykiatere)

Der er en gennemgående tendens til at styrke den ambulante distriktsbaserede psykiatri i forhold til den stationære sygehusbaserede psykiatri. En anden klar tendens er øgning i mere differentieret vifte af distriktpsychiatriiske behandlingstilbud, enten i distriktpsychiatrien eller som selvstændige teams.

Der er gennemgående en høj ambulant aktivitet, dog afviger Fyns Amt væsentlig fra de øvrige amter i ved at have væsentlig lavere ambulant aktivitet. Dette kompenseres i nogen grad af et højt aktivitetsniveau i praksissektoren, se også kapitel 5 afsnit om ressource-effektivitet.

På baggrund af undersøgelsen og interviews af fagpersoner i Ribe amt⁴³, påpeger de en række perspektiver der kan medtænkes i kommende planarbejde, en del af disse har et generelt træk hvorfor de medtages her til inspiration:

- Den lokalt forankrede behandlingspsykiatri som omdrejningspunkt for patientforløbene.
- Styrkelse af tilgængeligheden og kontinuiteten i lokalpsykiatrien.
- Differentiering af den lokalpsykiatriiske indsats, bl.a. opsøgende indsats overfor psykotiske, akutte aflastningshjem, indsats overfor personlighedsforstyrrelser og psykiatriiske mobilteams i tæt samspil med praktiserende læger.
- Styrkelse af indsatsen overfor unge psykotiske.
- Udvikling af samarbejdsmodeller ("shared care") mellem sygehus og distriktpsychiatrien og privatpraktiserende psykiatere omkring ambulante forløb.
- Samarbejdsmodeller med kommunerne.
- Styrkelse af kvalitetsarbejdet.

Evidens om organisering og specialisering af den ambulante behandling i almenpsykiatri

En litteratursøgning af såvel national som international evidens for organisering og specialisering af psykiatri viser, at der kun foreligger yderst sparsom viden på området.

I rapporten fra Dansk Psykiatrisk Selskab hedder det, at "små og isolerede enheder med generalistopgaver ikke er garant for fagudvikling, og der er behov for en kritisk analyse af de organisatoriske ændrings betydning for psykisk syge. Der foreligger ikke større evidensbaserede undersøgelser af sammenhængen mellem effektivitet og myndighedsstørrelse henholdsvis afdelings- og institutionsstørrelse for det samlede psykiatriske behandlingssystem. Dette gælder navnlig i forhold til effekten af de forskellige indsatser"².

Der foreligger en større medicinsk teknologi vurdering (MTV)¹⁹, af hospitalsbehandling versus ambulante behandling og en nyere oversigtsartikel²⁰ fra 2004, om organisering af psykiatrisk behandling. For den mere specifikke organisering af mindre teams har Weinmann og Gaebel²¹ opsummeret evidens fra randomiserede, kontrollerede studier af ambulante tilbud til personer med svær sindslidelse, bilag 10.

Den psykiatriske behandling foregår typisk enten i en sengeafdeling, dagafsnit, eller som ambulante behandling. Ofte betragtes dagbehandling som en del af den ambulante behandling. I den ambulante behandling tales ofte om forskellige teams. Inden der ses nærmere på evidens gives en kort definition af de enkelte teams:

Distriktpsychiatri (DP)

Er det mest veludbyggede ambulante tilbud i Danmark. Organiseringen har været og er fortsat lidt forskellig. DP udgør basisniveauet i den ambulante behandling. Målgruppen er som udgangspunkt patienter, der ud over deres psykiske sygdom også har en funktionsnedsættelse. Behandlingstilbudet er lokalt forankret og tværfagligt. Behandlingstilbuddet kan strække sig over mange år - til tider være livslang. Antallet af patienter pr. behandler kan variere fra 25 til 40 patienter (case-load).

Opsøgende psykoseteam (OPT)

Benævnes også som *Assertiv Community Treatment* (ACT).

OPT er et tværfagligt team, der yder et vedholdende, opsøgende og intensivt behandlings- og støttetilbud i eget hjem og nærmiljø. Tilbuddet er tidsbegrænset. Målgruppen omfatter patienter, der har behov for en vedholdende og opsøgende indsats, og som ikke magter at udnytte de eksisterende tilbud.

OPT adskiller sig fra distriktpsychiatrien ved at være et langt mere intensivt tilbud. Det er mere opsøgende, har større tilgængelighed, ideelt set døgnet rundt 365 dage om året, og forholdet mellem ansatte og psykisk syge er 1 til 10(case-load).

Tidligt interventionsteam

Er et specialiseret tilbud til nydebuterende skizofrene med henblik på forøgelse af helbredelsesprocenten samt nedbringelse af funktionstab for de skizofrene. Behandlerteamet er tværfagligt. Modellen er i høj grad identisk med OPUS, som er et specielt opsøgende psykoseteam, der anvendes i Århus og København, og TIT der

anvendes i alle tre psykiatricentre i forskellige modeller. Tilbudet er tidsafgrænset, typisk til 3 – 5 år.

Hjemmebehandlingsteam /mobilteam (HT)/ akutteams

Hjemmebehandlingen adskiller sig fra andre ambulante modeller ved at være et alternativ til indlæggelse på psykiatrisk hospital. Der er tale om akut og intensiv behandling/støtte i eget hjem, som er tidsafgrænset, ofte 3 til 6 mdr. I praksis kan der være forskel på udformning og målgruppen.

Case Managment (CM)

Målgruppen er ofte personer med svære eller komplicerede sindslidelser. Patienten får tildelt en bestemt kontaktperson (nøgleperson, tovholder). Denne skal hjælpe patienten ved at koordinere behandling og anden intervention fra de forskellige systemer så som behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien, socialforvaltning mm. Ved case manager metoden bevarer man de eksisterende systemer og sørger for, at det menneske, som har problemet, kommer til de forskellige steder i systemet, modtager den behandling / støtte som vedkommende aktuelt har behov for.

I litteraturen er der til tider et sammenfald mellem case management og opsøgende psykose teams, da modellen også benytter principper fra CM, men den væsentlige forskel er, at CM ikke på samme måde som opsøgende psykose teams er et tværfagligt tilbud og ikke fungerer som et team.

Daghospital/klinik

Er ofte opbygget som klinikker til specifikke sygdomme eller til bestemte patientkategorier. Har typisk åbent i dagtiden på hverdage.

Internationale undersøgelser^b viser, at:

- Moderne psykiatrisk behandling bør omfatte både stationært og ambulant behandlingstilbud som supplement til hinanden²⁰.
- I høj-indkomstlande som Danmark bør basisbehandling i form af døgnbehandling og distriktspsykiatri også suppleres med specialiserede ambulante funktioner²⁰.
- For personer med akut psykotisk lidelse og stort behov for døgnbehandling kan behandling i dagafsnit være et omkostnings-effektivt alternativ. Patienten kommer sig hurtigere, behandlingen er billigere, men patienter er tilknyttet dagbehandling flere dage end i døgnafsnit¹⁹. Nyere studier har siden hen ikke kunnet bekræfte, at dagbehandling er billigere end døgnbehandling.
- Ca. 30 % af akut indlagte patient kunne benytte dagafsnit tilbud som et alternativ til døgnindlæggelse²⁰.

^b Erfaringer fra internationale studier kan sjældent direkte overføres til danske forhold. Nationale forskelle i sundhedssystemet og kultur kan have indvirkning på den reelle effekt. Udenlandske undersøgelser kan imidlertid være med til at skærpe opmærksomheden omkring andre tilgange og spørgsmålet om behandlingsmæssige og økonomiske effekter af nye behandlingsformer og organisationsmåder.

- Behandling af skizofreni og bipolarrelidelser baseret på primær sektor (community-based service models) er billigere end hospitalsbaseret behandling²³.
- Hjemmebehandlingsteams / akut teams
 - o reducerer antal sengedage, især hvis de både varetager behandling og social støtte²⁰.
 - o Hjemmebehandlingsteams er lige så gode til at reducere af symptomer og sikre brugertilfredshed som døgnafsnit²².
 - o En engelsk analyse af akutteams⁴⁵, primært til psykotiske tilstande, påviste et fald i antal indlæggelser. Resultaterne tyder på, at de indlæggelser der er, bliver længere og at det specielt for gruppen af yngre mænd er vanskeligt at reducere antal indlæggelser og antal sengedage, (2001-2004, foretog man massiv udbygning af akutteam i England).
- *Assertive Community Treatment* teams (opsøgende psykose teams, OPT)
 - o reducerer hospitalsrelaterede omkostninger (specielt i ældre undersøgelser), men har ingen indvirkning på de samlede plejeomkostninger^{20,24}.
 - o har ikke bedre effekt på psykiske symptomer eller sociale færdigheder end traditionel behandling (distriktspsykiatri), men opnår en større boligmæssig stabilitet ledsaget af reduktion i antal sengepladser²¹. Patienterne opnår et mere selvstændigt liv.
 - o I områder med mange ressourcer (veludbygget ambulant og senge psykiatri) er effekten af Assertive Community Treatment teams minimal i forholdt til det eksisterende tilbud, og forskellen i sengedagsforbruget henholdsvis ved OPT og standardbehandling reduceres over tid^{20, 25}. Anden stor engelsk undersøgelse⁴⁵ underbygger resultatet om, at OPT ikke har indvirkning på antal indlæggelser.
 - o Et nyt engelsk studie⁴⁴ konkluderer at lokal distriktspsykiatri yder samme effektive behandling og støtte til alvorlig syge som OPT. Men at OPT opnår større engagement hos patienten og giver sandsynligvis større patienttilfredshed.
- *Case Management (DC)*
 - o Der foreligger divergerende resultater i forhold til effekten af *Case Management* (CM). I en del af studierne er der ikke skelnet mellem OPT og CM. Et nyere systematisk review tyder på, at CM i forhold til standardbehandling opnår bedre compliance, social tilpasning og bedring i psykopatologi samt øget patienttilfredshed²⁶.
- *Tidlig interventions teams (TIT)*
 - o Det er veldokumenteret, at varigheden af en ubehandlet psykose forværrer sygdomsforløbet. Men der foreligger aktuelt ikke et tilstrækkeligt antal studier til at kunne vurdere, hvorvidt *tidlig interventions teams* har nogen effekt på sygdomsforløbet eller reduktion af den ubehandlede periode^{20, 46}.
- Der er evidens for, at Shared care eller collaborative care for bedrer behandlingen af depressiv lidelse i almen praksis⁸.

Danske erfaringer

Der er i Danmark foretaget enkelte undersøgelser af specialiserede ambulante behandlingstilbud indenfor voksenpsykiatrien, her opsummeres to nyere og væsentlige undersøgelser.

Undersøgelserne omfatter et stort studie af effekten af tidlig intervention til unge nydebuterede personer med skizofreni, OPUS samt studie og evaluering af det første opsøgende psykoseteam i Danmark. Resultater fra begge studier er ligeledes beskrevet eller indgår i internationale artikler.

- *Tidlig interventions team, OPUS^{7,40}.*
 - o Den forstærkede indsats for unge med debuterende psykose blev afprøvet i perioden 1998-2000 ved etablering af OPUS- specialiseret ambulant behandlingstilbud for unge med debuterende psykose.
 - o Patienternes psykotiske og negative symptomer var mindre blandt OPUS-team-behandlede patienter end blandt patienter i standardbehandlingen.
 - o Patienter i OPUS-behandling havde mindre misbrug af alkohol og stoffer end patienter i standardbehandlingen.
 - o OPUS havde højere grad af fastholdelse i behandlingen og større patienttilfredshed.
 - o For hele den toårige interventionsperiode havde patienter behandlet i OPUS-team 22 % færre sengedage end patienter i standardbehandling.
 - o Det konkluderes, at behandling i OPUS-team forbedrede det kliniske forløb og fastholdelsen af behandlingskontakt⁴⁰.
 - o I tilrettelæggelsen af den permanent OPUS-funktion i Århus forsøgte man at fordele OPUS-opgaverne til en række distriktspsykiatriske centre, men det viste sig nødvendigt at samle tilbuddet ét sted for at opretholde den faglige kvalitet. I de distriktspsykiatriske centre var det vanskeligt at sikre opgaven, den nødvendige faglige opmærksomhed og kompetence. Det viste sig endvidere vanskeligt at sikre det tilstrækkelige patienttal til gruppetilbuddene. Forfatterne tolker erfaringerne fra Århus derhen, at der skal være en kritisk masse både med hensyn til personalegruppe og optageområde for at sikre og retfærdiggøre en specialistfunktion⁷.
- *Opsøgende psykoseteam, Tønder^{25,47}.*
 - o Sammenligning af opsøgende psykoseteams i Tønder og på Falster, der metodemæssig har samme udgangspunkter viser, at Tønder-modellen opnår en højere sengebeparelse end den tilsvarende model på Falster. Der peges på to mulige årsager hertil:
 - Tøndermodellen har procentvis flere sundhedsfaglige personaler, der giver et mere behandlingsorienteret tilbud,
 - patientgruppen i Falster-teamet er mere indlæggelseskrævende, mere syge²⁵.
 - o Patienterne OPT, Tønder har færre og kortere indlæggelser i forhold til standardbehandling.
 - o Der er en væsentlig reduktion i omkostninger til sengedage pr. patient men øget ambulante omkostninger. Samlet fandtes en besparelse på 60.000 kr./pt./år i det psykiatriske sygehusvæsen. Tilsvarende besparelse genfandtes ikke i Falstermodellen.
 - o Der er enkelte observationer, der tyder på, at forskellen i besparelsen på sengeforbruget aftager med årene, dvs. antal indlæggelser for patienter i OPT og patienter i ordinær distriktspsykiatri efter et par år minskes²⁵ og besparelsen herved reduceres. Resultatet er i overensstemmelse med

nyere engelske resultater. Denne tendens er formentlig kulturbestemt og ses ikke i amerikanske undersøgelser, men kan afspejle forhold såsom, at dele af metoden fra opsøgende psykoseteams så at sige er smittet af på distriktspsykiatrien.

- o OPT-Tønder opnår bedre fastholdelse af patienter i behandling.
- o Der fandtes en bedring i psykopatologien samt forbedring af patienternes sociale funktionsniveau.
- o I Tønder modellen var optageområdet på ca. 45.000 indbyggere – og man regnede med mellem 80-120 patienter med diagnoserne skizofreni, paranoid psykose, skizoaffektiv sindslidelse, bipolar sindslidelse. Det faktiske antal viste sig at være 66 det første år og 102 patienter efter tre år.

Tilgængelighed

Specialisering og tilgængelighed

Ved omlægningen af behandling fra stationær til ambulant distriktspsykiatri har nærhed og kontinuitet været de bærende elementer. Især i forhold til svært syge, der har brug for hyppig kontakt, har det været centralt, at det ambulante tilbud har været i fysisk nærhed og let tilgængeligt. Fra en psykiatrifaglig synsvinkel har dette ikke kun været ubetinget godt, da det har vist sig at være vanskeligt at sikre den psykiatrifaglige kvalitet og udvikling i de små og faglig isolerede enheder med generalistopgaver^{1,2}. Omvendt medfører den aktuelle specialisering ofte en samling af flere funktioner.

Udviklingen rummer således en kontinuerlig afvejning af fordelene ved geografisk nærhed må centraliseringen øgede kvalitet i behandlingen og ressourceudnyttelse. Der er dog ikke nødvendigvis tale om enten eller problematik. For det første er specialisering ikke nødvendigvis ensbetydende med en centralisering^{1,3}, og for det andet kan geografisk nærhed substitueres af tilgængelighed. Specialiseringen kan langt hen ad vejen organiseres, så den tager højde for, at en stor del af behandlingen fortsat varetages ude i optageområderne^{1,3}. Moderne teknologi i form af mobil tlf., internet og telemedicin kan anvendes som et supplement til udgående teams og herved bevare tilgængelighed på trods af større geografisk afstand.

Det bør endvidere medtænkes at større enheder i sig selv ikke automatisk sikrer høj faglig kvalitet, men forudsætter at fokus rettes mod implementering af evidensbaseret viden frem for udvikling af lokale metoder¹.

Aktuel tilgængelighed

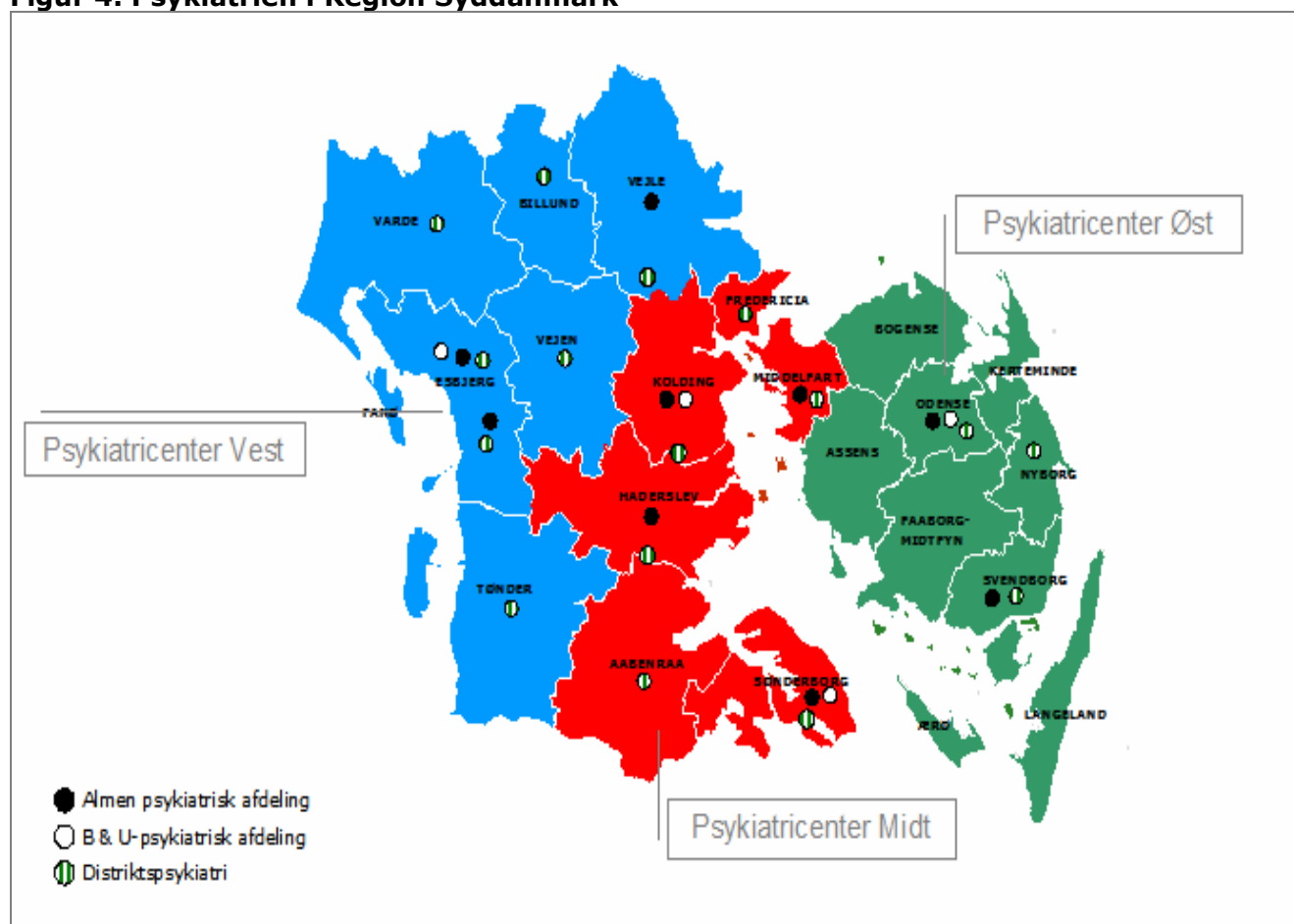
Der er i Region Syddanmark aktuelt akutmodtagelse på alle 9 almenpsykiatriske afdelinger indenfor voksenpsykiatri. Ribe, Fyn og Vejle Amter har herudover en psykiatrisk skadestue. I det børne- og ungdomspsykiatriske område er der ikke tilsvarende mulighed for akutmodtagelse.

Der er i regionen en almenpsykiatrisk afdeling pr. ca. 101.000 indbyggere over 18 år, og en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling pr. 68.000 indbyggere under 18 år. Herudover har alle amter en geografisk udbygget distriktskykiatri.

Psykiatricenter Vest	Psykiatrisk skadestue ved psykiatrisk afdeling, Esbjerg. I børne- og ungdomspsykiatrien er der akut modtagelse i arbejdstiden.
Psykiatricenter Midt	Psykiatrisk skadestue ved psykiatrisk afdeling, Kolding. I børne- og ungdomspsykiatrien er der akut modtagelse i dagarbejdstiden. Akutteam, Middelfart giver mulighed for henvendelse i dagarbejdstiden.
Psykiatricenter Øst	Psykiatrisk skadestue ved psykiatrisk afdeling, Odense. I børne- og ungdomspsykiatrien er der akut modtagelse i dagarbejdstiden. Akutteam, Odense og Svendborg giver mulighed for henvendelse i dagarbejdstiden.

I figur 4 ses en geografisk oversigt over tilbuddene i Region Syddanmark.

Figur 4. Psykiatrien i Region Syddanmark



Patienternes oplevelse

For at få et lille indtryk af hvordan patienternes oplever tilgængelighed suppleres her med resultater fra den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse⁴².

I forhold til distriktspsykiatrien ses, at patienterne generelt oplever, at de kan komme i kontakt med deres behandler, når de har behov for det. Hele 88 % af patienterne i Region Syddanmark oplever, at de i høj grad eller i nogen grad kan komme i kontakt med behandlerne. Kun 2 % angiver, at de slet ikke kan komme i kontakt.

I forhold til den geografiske fordeling af distriktspsykiatrien tyder resultater fra patienttilfredshedsundersøgelse ligeledes på en høj tilfredshed i regionen: hele 97 % af patienterne er i høj grad eller i nogen grad tilfredse med den geografiske placering og kun 1 % angiver, at de slet ikke er tilfredse.

Akutfunktion - akutmodtagelse

Sundhedsstyrelsen udsendte december 2006 rapporten "Gennemgang af Akutberedskabet". Det drejer sig alene om den somatiske akutfunktion. Det nævnes, dog, at der snarest bør laves en tilsvarende rapport for psykiatrien:

"Baggrunden [for ikke at se på akutområdet i psykiatrien] er den korte tidsramme for rapportens færdiggørelse sammenholdt med de store ændringer i og deraf følgende usikkerhed om den fremtidige planlægning af den akutte psykiatri. Rapporten anbefaler imidlertid, at der rådes bod på dette, således at planlægningen af det akutte beredskab også fremover som i dag omfatter modtagelse af både somatisk og psykisk syge patienter",

Dette betyder, at man med fordel allerede nu kan begynde at gøre sig overvejelser om den psykiatriske akutmodtagelse i Region Syddanmark.

Ved akutmodtagelse forstås, at der modtages akutte patienter døgnet rundt med henblik på indlæggelse. "Akut" kan imidlertid have forskellige dimensioner: Den egentlige indlæggelse på sengeafdelingen, psykiatrisk skadestue (med uvisiteret) adgang, telefonisk rådgivning (dele eller hele døgnet) osv. Som beskrevet ovenfor er der inden for voksenpsykiatrien aktuelt mulighed for akut indlæggelse døgnet rundt ved alle psykiatriske afdelinger i regionen, samt 3 psykiatriske skadestuer.

I forbindelse med spørgsmålet om akutmodtagelse rejser der sig en række spørgsmål. Det overordnede spørgsmål lyder: Hvor mange akutmodtagelser er der behov for i Region Syddanmark. For at svare på dette skal der tages stilling til nogle underspørgsmål. I nærværende rapport bliver der ikke gået i detaljer med den nærmere argumentation. Det centrale er de rejste spørgsmål:

- Betyder befolknings- og patientunderlag noget for kvaliteten af akutmodtagelsen? Med andre ord: Skal der helst være et mindste antal akutpatienter pr. døgn/uge/måned, for at man kan have den fornødne rutine med modtagelse og behandling af disse patienter. Kan der fx argumenteres for, at der som i somatikken helst skal være et befolkningsunderlag på x antal tusinder for at sikre god kvalitet? I Sundhedsstyrelsens rapport for somatikken fremhæves, at der ikke i den videnskabelige litteratur findes belæg for et bestemt tal – og at der er tale om vurderinger og brug af sund fornuft.
- Hvilke faglige forudsætninger skal være opfyldt for at en akutmodtagelse får/har god faglig kvalitet, herunder bl.a. spørgsmål om tilstedeværelsesvagt af specialister m.m.

- Er der en mindste størrelse for de enkelte enheder? Eksempelvis har sikkerhedsnormering en praktisk betydning for hvor små (antal afsnit) afdelinger kan blive.
- Skal der være akut somatisk modtagelse de steder, hvor der er akut psykiatrisk modtagelse? Det centrale er, i hvilket omfang akutte psykiatriske patienter har behov for somatisk behandling/tilsyn, og hvor akut dette behov er. Der vil i en række tilfælde ikke være behov for akut somatisk modtagelse samme sted som der er akut psykiatrisk modtagelse, og den aktuelle organisering viser også, at behandlingen kan fungere tilfredsstillende de steder, hvor der ikke er både somatisk og psykiatrisk akut modtagelse.

Hvis man fx har en patient, der har forsøgt selvmord, er den primære og umiddelbare behandling af somatisk karakter med efterfølgende psykiatrisk tilbud. Med andre ord: Her har den psykiatriske behandling ikke behov for en parallel somatisk behandling. Her gør den somatisk behandling i betydelig grad forud for den psykiatriske behandling. I andre sammenhænge kan der være behov for et somatisk tilsyn, der ikke behøver at være akut, men som oftest kan planlægges.

Modeller for organisering af den psykiatriske indsats

Udover den specifikke specialisering er der flere andre forhold som bidrager til organiseringen af den psykiatriske behandling og herunder også til specialiseringen. I det sidste årti, er der sket tydelige forskydninger i sundhedsvæsenets organisering fra et meget decentralt system med en lokal forankring og et fagprofessionelt regime til et sundhedsvæsen, system der i højere grad er regionalt eller centralt styret. Som eksempler på den centrale styring kan nævnes: Ventelistegarantier, nationale handleplaner og Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet.

De nævnte tiltag har medført, at man i større udstrækning har fokus på, hvordan systemet i afgrænsede enheder eller regioner fungerer. Der er udviklet flere modeller eller systemtiltag, der har til hensigt at få bedre det samlede sundhedsvæsen. På det psykiatriske område er der muligheder og eksempler på forskellige modeller, der oftest vil kunne kombineres. Nogle af modellerne er mere specifikke, mens andre er mere universelle, og der er overlap mellem modellerne. I det følgende beskrives:

- Kompetencecenter-modellen
- Matrixmodellen
- Den Danske Kvalitetsmodel (Patientforløb)
- Core shell modellen
- Shared care modellen
- Stepped care modellen
- Distriktpsykiatrimodellen
- ICF, Individuel placering og støtte på arbejdsmarkedet

Kompetencecentre³

Danske Regioner har haft nedsat en arbejdsgruppe, der har set på specialisering og faglig bæredygtighed inden for psykiatrien³. Arbejdsgruppen mener, at der skal ske en specialisering inden for behandlingspsykiatrien, og at specialiseringen kan tage afsæt i fagområderne. Arbejdsgruppen mener endvidere, at særlige centraliserede behandlingsfunktioner, herunder sengeafsnit, ikke er en forudsætning for

specialisering, ligesom det også er arbejdsgruppens opfattelse, at det er overordentligt vigtigt, at basisniveauet ikke tømmes for de mere udfordrende behandlingsopgaver, og at der på basisniveauet fortsat skal være særlige kompetencer til stede.

Danske Regioners rapport³ vedrørende specialisering peger på betydningen af at bevare et velfungerende basisniveau. Ved en bred specialisering af udbredte sygdomsgrupper som affektive lidelser og skizofreni kan der opstå risiko for udtømmning af spændende arbejdsopgaver og kompetencer på basisniveauet. Ifølge rapporten udgør basisniveauet fundamentet for den psykiatriske behandling. Derfor er det vigtigt at bevare funktionen som et attraktivt område med specialiserede kompetencer og udviklingsmuligheder.

Arbejdsgruppen noterer sig også, at en frugtbar specialisering forudsætter, at specialiseringsprocessen i højere grad end i dag bliver (ledelses)styret. Der har i nogen grad været en tendens til, at specialiseringen i dag er drevet af individuelle interesser. Specialiseringsprocessen skal tage udgangspunkt i en koordineret, helhedsorienteret og langsigtet specialeplanlægning.

Arbejdsgruppens bud på organisering af specialisering er etablering af kompetencecentre, som er en meget fleksibel model. Målet med denne model er, at kombinere behovet for specialisering og behovet for behandling i nærmiljøet. Der bør kun etableres kompetencecentre, hvis det drejer sig om sjældne sygdomme, meget komplekse sygdomme eller områder med stort udviklingspotentiale. Centrene skal fungere som faglige flagskibe, som skal formidle viden og "best practice" til behandlingssystemet herunder basisniveau. Ved sjældne sygdomstilfælde kan centrene selv varetage behandlingen, mens for mere udbredte sygdomsgrupper vil hovedparten modtage behandling i lokalområdet.

Kompetencecentrene er fleksible og kan organiseres forskelligt. I nogle tilfælde vil det være relevant at etablere centrene i selvstændige bygninger, mens andre kan etableres som er murstensløs organisation eller i tilknytning til allerede eksisterende afdelinger. Endvidere kan den allerede eksisterende specialisering både på landsdels- og amtsniveau implementeres i modellen.

Matrixmodellen²⁷

Forslaget til specialisering i Region Sjælland indeholder elementer af kompetencecenter-modellen. I matrixmodellen bibeholder man de nuværende almenafsnit og specialafsnit, som er baseret på linie- og stabsorganisering, men supplerer med arbejdsgrupper, teams eller klinikker der består af en gruppe medarbejdere, der tilsammen har en faglig specialviden. Disse grupper/teams arbejder og er etableret på tværs af de eksisterende afdelinger. Personalet i gruppen/teamet har således både tilknytning til egen basisorganisation og til den faglige specialgruppe/team. Modellen giver mulighed for stor fleksibilitet, og ved at den enkelte medarbejder i basisniveau udvikler særlige kompetencer opnås højere faglig kvalitet på basisniveau.

En mulig ulempe kan være kompetence, ansvars- og interessekonflikt mellem gruppen/teamet og linieorganisationen (afdeling).

Den Danske Kvalitetsmodel (patientforløb)

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)²⁸ for sundhedsvæsenet er et fælles dansk system, der skal understøtte kontinuerlig kvalitetsudvikling i hele det danske sundhedsvæsen. Formålet med modellen er at sikre gode patientforløb, så patienterne oplever en bedre kvalitet. Kvalitetsmodellen fokuserer bl.a. på patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, mellem institutioner og internt i institutionerne. Der lægges vægt på aktiviteter, der påvirker patientens oplevelse af forløbet, det sociale og sundhedsmæssige resultat af forløbet samt de organisatoriske aktiviteter, der understøtter forløbet.

Et eksempel på, hvordan modellen kan påvirke organiseringen af psykiatrien er Skizofrenisektoren ved Odense Universitetshospital, hvor man siden 2004 har implementeret elementer fra DDKM og gennemført et tværsektorielt patientforløbsprogram omhandlende hospitalspsykiatrien, distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien i Odense²⁹.

Det tværsektorielle patientforløb består af flere parallelle delforløb i de samarbejdende sektorer. Hver sektor har således sit eget patientforløb, omhandlende henvendelse/visitation, udredning/undersøgelse, intervention eller handling, afslutning/udslusning.

Patienterne kan imidlertid være i flere forløb samtidig, fx kan en bruger af aktivitetstilbudene være tilknyttet distriktspsykiatrien, samt i perioder være indlagt i skizofrenisektoren. Der vil således på forskellige tidspunkter være behov for at samarbejde omkring indsatsen overfor de enkelte patienter, så man ikke risikerer at modarbejde tiltag, der er iværksat i de respektive patientforløb. Der er derfor behov for en timing af indsatsen, så der sikres kontinuitet og koordination af denne. Der samarbejdes om på forhånd udvalgte og fastlagte områder. For hvert område er der beskrevet standarder med tilhørende struktur, proces og resultat og der foretages en kontinuerlig (kvartalsvis) kvalitetsovervågning af patientforløbet. Erfaringerne fra Odense har vist et forbedret samarbejde mellem de deltagende sektorer og en reduktion i genindlæggelsesfrekvens og sengedagsforbruget for de skizofrene patienter³⁰.

Shared care modellen (se også kap. 8)

Shared care er defineret som en samarbejdsproces mellem flere behandlingssektorer, som muliggør, at varetagelsen af behandlingen tilpasses patientens aktuelle behandlingsbehov på forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet og samtidigt tilpasses de respektive færdigheder blandt de involverede sektorer.

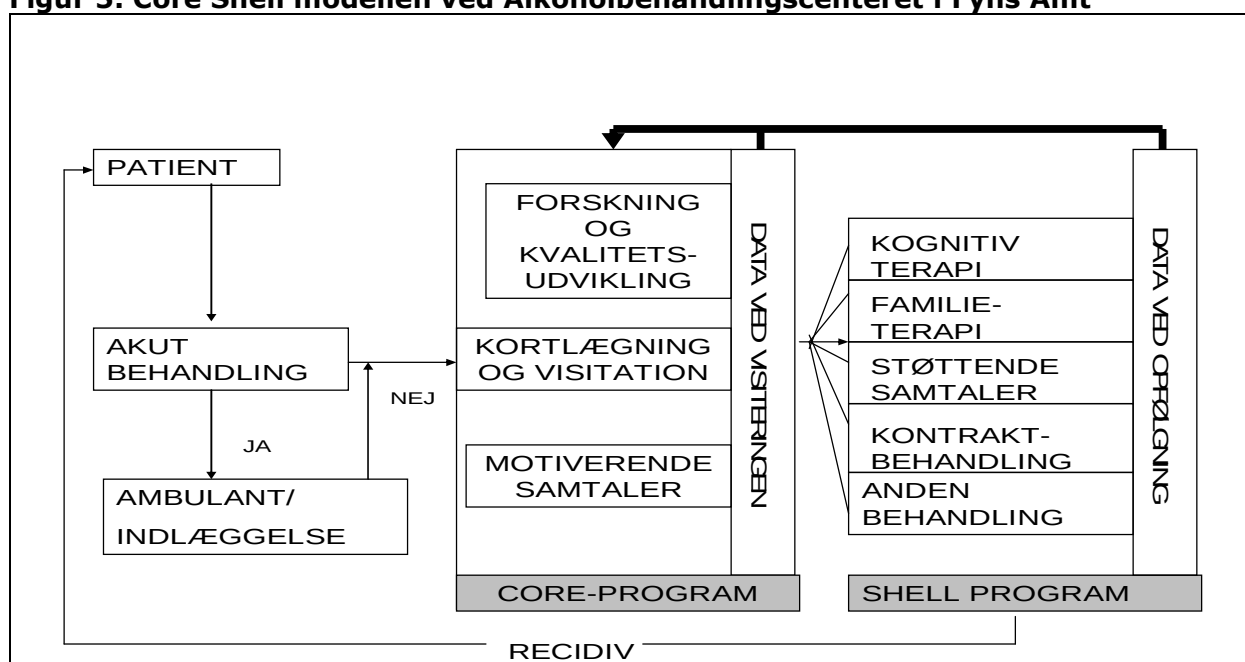
Shared Care er med andre ord udtryk for en koordinering af indsatsen mellem sektorer, der kan levere relevante ydelser over for psykiatriske patienters forskellige problemstillinger.

Modellen er især anvendt i samarbejdet mellem de praktiserende læger og det somatiske hospitalsvæsen, men der er nogle erfaringer fra dansk psykiatri. Vejle Amt har således anvendt modellen i samarbejdet mellem psykiatriske akutteam og de praktiserende læger. Patienterne og deres praktiserende læge er tilknyttet faste psykiatriske teams fra første kontakt til behandlingsforløbets afslutning³¹.

Core Shell modellen

Grundtanken i core-shell'-modellen, er beskrevet af Institute of Medicine³². Indgangsporten til en given behandling er en systematisk, central visitations- og udrednings-blok (ofte grafisk afbilledet som en "kerne i midten"), der danner basis for visitation til behandling ud fra den til enhver tid bedst kendte viden om, hvilket behandlingstilbud, der giver den bedste prognose. Behandlingstilbuddene beskrives ofte som befindende sig i en "skal" (Shell), der folder sig ud efter udrednings/visitationsfunktionen. Patienterne følges efter visitationen for at sikre, at man har valgt det mest omkostningseffektive behandlingstilbud til en given gruppe patienter. Core-shell-modellen er implementeret og evalueret i en større dansk undersøgelse inden for alkoholområdet og anvendes ved behandling af alkoholmisbrugere i Fyns Amt³³. Modellen der anvendes i Fyns Amt er skematisk fremstillet i figur 5.

Figur 5. Core Shell modellen ved Alkoholbehandlingscenteret i Fyns Amt



Stepped Care (SC), Trinvisbehandling

Udgangspunktet for stepped care er, at sundhedsressourcer er begrænsede, og at ikke alle patienter har brug for samme grad af intensiv behandling. Udtrykt på en anden måde er der tale om, at behandlingsindsatsen afpasses efter patientens behov og samtidig, at man udnytter ressourcerne bedst muligt. Der foreligger efterhånden flere gode videnskabelige artikler om metoden³⁴. Den anvendes især i forbindelse med depression og nervøse lidelser.

Det kan diskuteres, om stepped care er udtryk for specialisering eller er et behandlingsprincip. Der er rimeligvis tale om begge dele, idet man med den trinvis udrulning af behandling efterhånden tager mere specialiseret viden i brug.

SC bygger på tre principper:

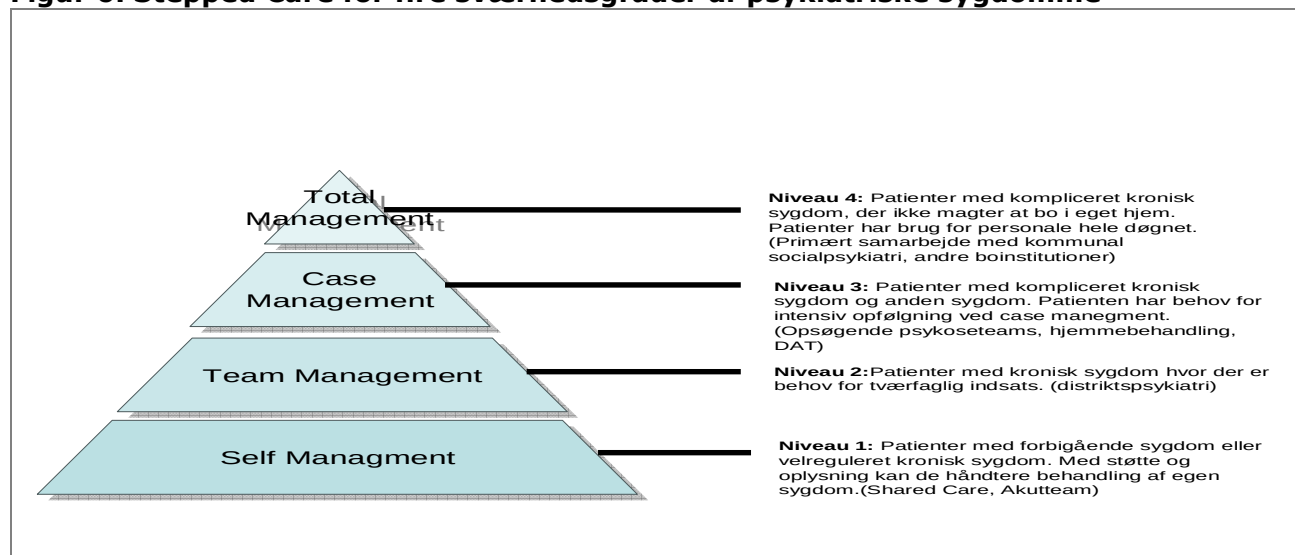
- Den anvendte intervention bør altid være den mindst indgribende og ressourceforbrugende, der sikrer en effektiv evidensbaseret behandling.

- SC er selvregulerende, dvs. at der i hvert step foretages en fortløbende monitorering, og hvis der ikke opnås tilstrækkelig effekt, eller behovet ændres, intensiveres behandlingen.
- Den enkelte patient får den rette behandling på det rette tidspunkt og sted.

Ideen i modellen er anvendt ved planlægning af behandling, pleje og rehabilitering inden for flere store sygdomsgrupper. I England har National Institute for Clinical Excellence (NICE) anbefalet modellen i depressionsbehandlingen³⁵, og i USA indgår modellen i Kaiser Permanente, hvor man benytter case management principper støttet af en veludviklet kvalitetsorganisation (www.kaiserpermanente.org). Modellen er baseret på faktuelle data omhandlende forekomsten af psykiatriske sygdomme i optageområdet, hvilket anvendes til fremtidig planlægning af behandlingskapaciteten. I de senere år har man specielt haft fokus på kroniske sygdomme, da de udgør en væsentlig del af de samlede sundhedsudgifter i psykiatrien.

Stepped care er en trinvis behandling for kroniske lidelser, og inspireret af dette er der i figur 6 vist en Stepped Care model for fire sværhedsgrader af psykiatriske sygdomme set i relation til de tilbud, der findes i Region Syddanmark. I figuren er nogle af de andre modeller integreret, fx vil man hos patienter i niveau 1 kunne etablere et samarbejde mellem patientens egen læge og behandlingspsykiatrien ud fra Shared Care modellen. På de øvrige niveauer vil det være naturligt at etablere et samarbejde ude fra patientforløbsmodeller og DDKM. Selve visitationen til de enkelte niveauer vil kunne ske ud fra tankegangen i Core Shell modellen, hvor de 4 niveauer udgør skallen (Shell).

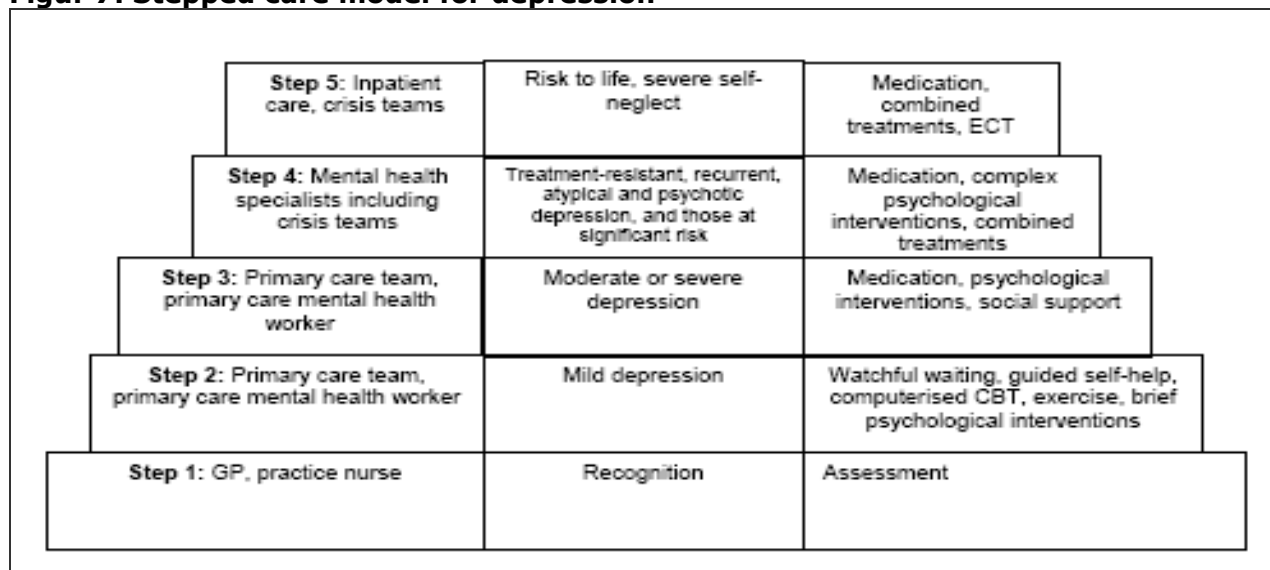
Figur 6. Stepped Care for fire sværhedsgrader af psykiatriske sygdomme



NICEs stepped care model for depression figur 7, illustrerer på konkret vis modellen for behandling af depression. Den illustrerer et specialiseringshierarki tilpasset sygdommens alvorlighed og en behandlingskæde fra almen psykiatrisk bistand hos den almene praktiserende læge til stationær psykiatri. På mange måder kan man sige, at modellen illustrerer LEON-princippet (lavest effektive omsorgsniveau) kombineret

med et henvisningshierarki. Modellen kræver, at der på hvert niveau er bevidsthed faglig formåen i forhold til målgruppen og samarbejde med de øvrige niveauer.

Figur 7. Stepped care model for depression



Kilde: Straten A van, Tiemens B, Hakkaart L, Nolen WA, Donker MCH: *Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice*, Acta Psychiatrica Scandinavica 2006, 113(6): 468.

Distriktpsykiatri (DP)

Distriktpsykiatrien er igennem de senere år udbygget i hele landet. I Region Syddanmark er det det eneste ambulante tilbud, der var etableret i alle fire amter, men organisatorisk har tilbuddene været udformet forskelligt.

Dansk Selskab for Distriktpsykiatri foreslår en model, hvor DP udgør omdrejningspunktet for og tyngden i psykiatrisk behandling³⁶. Distriktpsykiatrien skal være indgangen til det integrerede psykiatritilbud og planlægge og koordinere behandling og støtte.

DP karakteriseres ved at være en ambulant, tværfaglig behandling, der i videst muligt omfang er lokalt forankret⁴¹. Distriktpsykiatri skal rumme specialisering på basisniveau, i kraft af specialiserede distriktpsykiatriske tilbud. For områder med meget lille målgruppe eller højt specialiseret intervention suppleres med kompetencecentre.

En distriktpsykiatrisk enhed skal dække et område med et tilstrækkeligt antal indbyggere til at varetage alle almene voksenpsykiatriske funktioner på et fagligt højt vidensbaseret niveau. Enheden skal indeholde de nødvendige behandlings- og støtteteams, der hver dækker et befolkningsunderlag af en størrelse, der sikrer teamets medarbejdere lokalkendskab og mulighed for samarbejde med eksisterende netværk.

Selskabet vurderer, at der på basisniveau bør være følgende tilbud (specialiserede distriktpsykiatriske tilbud):

1) *Akutteam*, for mennesker med ikke psykotiske lidelser. Hvor der ydes en hurtig og evt. udgående intervention. Tilbuddet er primært af kortere varighed (3- 6 mdr.)

2) *Tidlig interventionsteam* er et tilbud til alle med mistanke om begyndende langvarig psykoselidelse.

3) *Opsøgende psykoseteam* for mennesker med langvarig psykoselidelse, der har svært ved at fastholde behandlingskontakt og/eller har andre komplicerende problemer.

4) *Generelle langtidsteams* for personer med svær psykoselidelse eller andre alvorlige lidelser med langvarigt funktionsnedsættelse der er i en mere stabil fase.

ICF, Individuel placering og støtte på arbejdsmarkedet

ICF er egentlig en metode frem for specialisering, men medtages her, da metoden er evidensbaseret^{37,38}, og kan inddrages i samarbejdet med kommunerne netop i forhold til gruppen af borgere i den erhvervsaktive alder med sindslidelse. Som det fremgik i kapitlet om psykiatrisk sygelighed forbruges hovedparten af sengepladser og ambulante ydelser af patienter i den erhvervsaktive alder. Som det også påpeges i kapitlet om kvalitet, (afsnittet om ressource-effektivitet), går op mod 85 % af ressourcerne udtrykt ved fritvalgstakster til gruppen i den erhvervsaktive alder.

Metoden bygger på at jobskabelse og behandling skal integreres, eksempelvis ved at jobkonsulenter ansættes i et behandlerteam, hvilket adskiller modellen fra meget af den aktuelle praksis. Dette kombineres ofte med at selve jobtræningen i kommunen så at sige springes over, og der sættes mere direkte på træning i det ordinære arbejdsmarked. Det skal bemærkes, at hovedparten af den foranliggende evidens bygger på udenlandske undersøgelser, bilag 4.

Distriktpsychiatrisk center i Tønder har siden 2001 haft en jobkonsulent ansat, tilgangen er inspireret af ICF modellen. Der forefindes en kvalitativ beskrivelse af erfaringerne i Jørgen Aagaard, *erfaringer fra det første opsøgende psykoseteam i Danmark* Bind 1 og 2.

Referencer kapitel 3

1. Jørgense, Bredkjær, Nordentoft. *Psykiatriens udfordringer, en debatbog med nødvendige svar*. FADL 2006.
2. Dansk Psykiatrisk Selskab, *Psykiatriens kerne opgaver og udfordringer 2004-2010*. 2004.
3. Danske Regioner, *Specialisering og faglig bæredygtighed inden for psykiatrien*. 2006.
4. Dansk Psykiatrisk Selskab: *Fagområder i psykiatri*. Rapport fra ad hoc arbejdsgruppe i Dansk Psykiatrisk Selskab, 2003.
5. Sundhedsstyrelsen. *Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet*. 2001.
6. Druss BG, Miller, CL, Pincus HA, Shih S: The Volume-Quality Relationship of mental health care: Does practice Make Perfect, *Am. J Psychiatry* 161:12 2004:2282-2286.
7. Nordentoft M og Jørgensen, P: *Behov for specialiseret psykiatrisk behandling*, *Ugeskr Læger* 2005;167(19):2078.
8. Kessing et.al. *Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani) - en medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen 2006.
9. Region Syddanmark, notat oligofreni.
10. Region Syddanmark, eSundhed, sundheds profiler.
11. Region Syddanmark. Notat, *Arbejdsgruppe for retspsykiatri i Region Syd*, 28. oktober 2005.
12. Region Syddanmark. *Rapport vedr. "Afgrænsning af retspsykiatrien i Region Syddanmark"* 20.11.2006.
13. Amdtsrådsforening, *Retspsykiatri, status og udvikling*. 2004.
14. Dansk Psykiatrisk Selskab, *Dansk gerontopsykiatri, nutid og fremtid*. 1995.
15. Region Syddanmark. Rapport, *Gerontopsykiatri, konvergens og koordinering forud for regionsdannelsen i 2007*. 2005.
16. Sundhedsstyrelsen. *Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed* 2006.
17. Region Syddanmark. Rapport, *Børne- og ungdomspsykiatrien Forberedelse af Region Syddanmark*.
18. Sektor beskrivelse for Fyns amt, Vejle Amt, Ribe amt og Sønderjyllands amt, 2005.
19. Marshall et.al. *Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational*

- rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care.* Health Technology Assessment 2001; Vol. 5: No. 21.
20. Tornicroft og Tansella, *Components of modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care.* British Journal of Psychiatry, (2004) 185, 283-290.
 21. Weinmann & Gaebel, *Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen.* Nervenarzt 2005, 76.
 22. Berhe, Puschner & Becker, *Home treatment für psychische Erkrankungen.* Nervenarzt, 2005, 76.
 23. WHO, *Disease Control Priorities related to Mental, Neurological, Developmental and Substance Abuse Disorders.* World Health Organization, 2006.
 24. Per B. Vendsborg, Merete Nordentoft, Anne Hvenegaard, Jes Søgaard . Opsøgende psykoseteam - Assertive Communitive Treatment DSI, København 1999.
 25. Albæk & Hvenegaard, *Sammenhæng i tilbudene til psykisk syge, - organisatorisk beskrivelse og økonomisk analyse af udvalgte danske eksempler.* DSI, Institut for sundhedsvæsen, rapport 2004, 10.
 26. Ziguras SJ, Stuart GW (2000) *A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years.* Psych ia tr Serv 51:1410.
 27. Arbejdsgruppen vedr. specialisering i Psykiatrien, *Specialisering i Psykiatrien i den fremtidige Region Sjælland.* 2005.
 28. Sundhedsstyrelsen. *Den Danske Kvalitetsmodel, modelbeskrivelse.* 2004.
 29. Allianceprogrammet: Et tvæsektorielt patientforløbsprogram for mennesker med skizofreni, Psykiatrisk afdeling, Odense Universitets Hospital. 2003.
 30. Allianceprogrammet: Et tvæsektorielt patientforløbsprogram for mennesker med skizofreni, bogudgivelse, Fyns Amt, (under udarbejdelse, forventes færdig februar 2007.
 31. Christensen A. *Akut team Vejle.* Rapport til Vejle Amtsråd. 2004.
 32. Institute of Medicin. *Broadening the base of treatment for alcohol problems.* National Academy Press, Washington DC. 1990.
 33. Nielsen B, Nielsen AS. *Kvalitetsudvikling af ambulant alkoholbehandling.* Bogudgivelse, Fyns Amt 2007.
 34. Straten A van, Tiemens B, Hakkaart L, Nolen WA, Donker MCH: *Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice,* Acta Psychiatrica Scandinavica 2006, 113(6): 468.
 35. National Institute of Clinical Excellence, NICE: *Depression. Management of Depression in primary and secondary care.* Clinical Guideline no. 23, London 2004.
 36. www.distriktpspsykiatri.dk/fremtid/fremtid_og_visioner.htm

37. Bond GR. *Supportet Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice*. Psychiatric Rehabilitation Journal, vol 27, number 4, 2004.
38. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art.
39. Petersen L, Jeppsen P et al: *A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness*. British Medical Journal, 2005; 331: 602-605.
40. Nordentoft J, Petersen L, et al: *OPUS: randomiseret multicenterundersøgelse af integreret behandling sammenlignet med standardbehandling før første psykoseepisode – sekundærpublikation*. Ugeskrift for Læger 2006, 168(4)_381-384.
41. Vendborg, P: *Distriktpsykiatri – nu og i fremtiden*. 2. oplag, København 2002.
42. Kvalitetsafdelingen i Århus Amt. Rapporter fra landsdækkende psykiatriundersøgelse. Tilgængelige på www.arf.dk og www.sundhed.dk.
43. Rambøll Management, Baselinenotat vedr. psykiatrien i Ribe Amt. 2005.
44. Killaspy et.al. : *The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London*. BMJ, doi:10.1136/bmj.38773.518322.7C (published 16 March 2006).
45. Glover, Arts, Babu. *Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England*. Br.J.Psychiatry, 163 (9): 1569-76. 2006.
46. Marshall, Rathbone. *Early Intervention for psychosis (Review)*. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, 2007.
47. Aagaard. *Opsøgende Psykoseteam, erfaringer fra det første opsøgende psykoseteam i Danmark*. Grafisk Service – Århus Amt. 2006.

Kapitel 4

Rekruttering

En velfungerende psykiatri har som forudsætning, at der såvel i dag som i fremtiden findes det nødvendige kvalificerede personale. Det forudsætter bl.a., at det er muligt at rekruttere ved vakance på grund af pensionering eller skift af arbejdssted. Der ligger i almindelighed store udfordringer forude på grund af en faldende erhvervsaktiv befolkning – og dermed større konkurrence om arbejdskraften. Denne udfordring deler psykiatrien med andre områder af sundhedsvæsenet, men på lægeområdet forekommer udfordringen at være større end i mange andre specialer.

Der er omkring 2.100 årsværk i behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark^c, ekskl. praktiserende speciallæger. Den største personalegruppe er sygeplejersker med omkring 600 årsværk efterfulgt af ca. 460 plejere- og social-og sundhedsassistenter. Der er omkring 225 lægeårsværk^d. Lægesekretærer udgør omkring 150 årsværk. Fysio-og ergoterapien bruger omkring 80 årsværk. Psykologer udgør 70-80 årsværk og socialrådgivergruppen dækker over knap 70 årsværk.

Aktuelt personaleforbrug i psykiatrien i Region Syddanmark

Antal forbrugte stillinger for sundhedspersonalet, dvs. personale, der direkte er involveret i pleje og behandling, var forskelligt fra amt til amt, se bilag 7. I børne- og ungdomspsykiatrien var antallet af forbrugte stillinger højest i Vejle Amt med 10,7 stillinger/10.000 indbyggere under 18 år, modsvarende at Fyns Amt med det laveste forbrug med 6,6 stillinger/10.000 indbyggere under 18 år. Det skal hertil bemærkes, at der i de fire forhenværende amter ikke anvendes ens aldersafgrænsning for børne- og ungdomspsykiatrien. For voksenpsykiatrien havde Fyns Amt det højeste antal forbrugte stillinger, 17,2 stillinger/10.000 indbyggere over 18 år, mens Vejle havde det laveste antal med, 13,8 stillinger/10.000 indbyggere over 18 år.

For en gennemgang af antal og forbrug af privat praktiserende psykiatere i Region Syddanmark henvises til kapitel 8.

I dette kapitel fokuseres der primært på rekruttering af læger, ekskl. praktiserende speciallæger.

^c Baseret på Sundhedstyrelsens 2004 tal for psykiatrien. Opgørelsen er næppe helt retvisende. For at få regionstallene er taloplysningerne for Vejle Amt korrigeret for Horsens Sygehus. På grund af organisatoriske forskelle, herunder fx udliciterede opgaver på rengøringsområdet, madleverancer fra somatiske sygehuse m.m., dækker tallet ikke over det reelle antal medarbejdere i psykiatrien. Et årsværk kan dække over mere end én medarbejder på grund af deltidsansættelser.

^d Sundhedsstyrelsens opgørelse over lægestillinger og vakancer november 2006 lød på 219 stillinger, hvoraf omkring 50 var ledige. Også her kan der være unøjagtigheder. Sundhedsstyrelsen anfører, at tallene er bekræftet for Ribe og Vejle Amters vedkommende.

Kapitlets hovedresultater:

- Aktuelt er der mangel på psykiatere, både på landsplan og i Region Syddanmark.
- Under de nuværende forudsætninger viser prognoseberegninger, at der i børne- og ungdomspsykiatrien ikke vil være væsentlige rekrutteringsproblemer, men derimod alvorlige rekrutteringsproblemer i voksenpsykiatrien i Region Syddanmark.
- For Region Syddanmark viser prognoser at lægemanglen inden for voksenpsykiatrien i 2015 vil være 18 % (29), såfremt alle uddannelsesstillinger besættes og 36 % (58), hvis den nuværende udviklingstendens forsætter.
- Der er i fremskrivningen ikke taget højde for, hvorledes indførelsen af behandlingsgarantien i børne- og ungdomspsykiatrien vil påvirke efterspørgslen.
- Der arbejdes aktuelt med en strategi for rekruttering af læger i regionen.
- Rekruttering af udenlandske læger kan delvist afhjælpe manglen på læger. Der foreligger nogen erfaring med at rekruttere tyske og polske læger.
- Behovet for psykiatere er ikke statisk. Arbejdsform og opgaveglidning har indflydelse på behovet og kan derfor være strategier til at mindske rekrutteringsproblemerne. Der foreligger positive erfaringer med at andre faggrupper varetager dele af psykiaterens arbejdsopgaver. Det skal dog bemærkes, at udviklingen med opgaveglidningen fordrer en øget efter- og videreuddannelse.
- Der meldes ikke om mangel på psykologer i Region Syddanmark. Samtidigt forventes der en årlig tilvækst i antal specialistuddannede psykologer på landsplan i de kommende år.
- Aktuelt meldes der ikke om decideret rekrutteringsproblemer for sygeplejersker i regionen. Men det kan være vanskeligt at få sygeplejersker med de ønskede kvalifikationer.

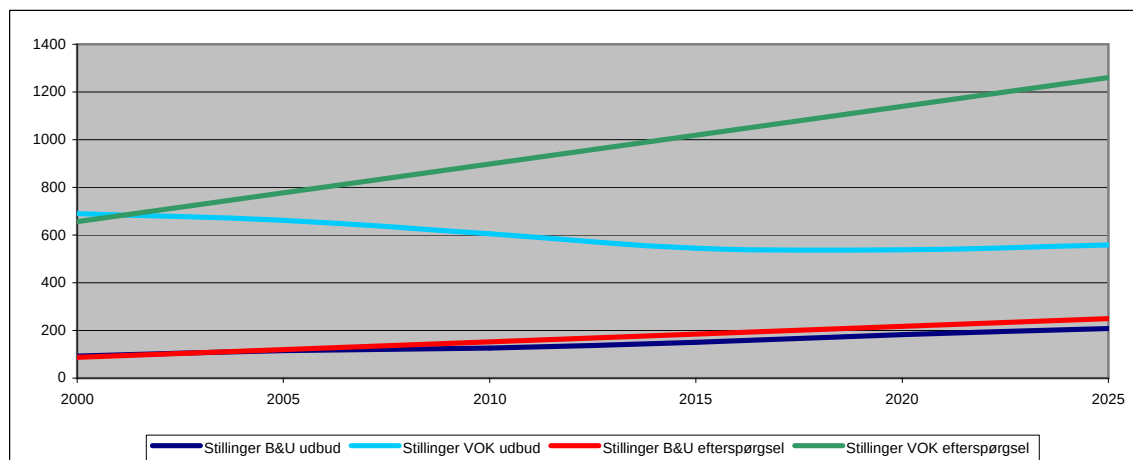
Baggrund^e

Der er aktuelt for få speciallæger i psykiatri og det har i en årrække været vanskeligt at tiltrække det nødvendige antal nye læger til specialuddannelsen i psykiatri. Problemstillingen er ikke kun national, men ses også i en række andre vestlige lande.

Ifølge Sundhedsstyrelsens prognoser (fig. 1) vil psykiatri være et af de specialer, der vil have størst fald i antallet af speciallæger: Over 20 % i løbet de kommende 15 år². Dette fald er både betinget af stor afgang i de kommende år samt manglende rekruttering til specialet. Samtidigt forventes der øget efterspørgsel af psykiatere på 2,9 % p.a.^{1,3}. Sundhedsstyrelsen skønner, at der er behov for at 4,9 % til 6,5 % af de kommende lægeårgange vælger at blive psykiater. Tallene fra yngre læger svarer til, at kun 1,4 % ønsker hoveduddannelse i psykiatri. I børne- og ungdomspsykiatrien forventes udbud og efterspørgsel at følges ad.

^e Der har i Region Syddanmark været nedsat en arbejdsgruppe¹ vedrørende rekruttering af læger i psykiatri. Denne har kortlagt problemstillingen og givet en række anbefalinger. Gruppen har inddraget en DSI-rapport² om medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale.

Figur 1. Udbud og efterspørgsel på læger i psykiatrien på landsplan



Note: Populationen består af læger, der er under 70 år, ikke udvandrede og betragtes som arbejdsaktive. Populationen består af 66 % speciallæger og resten er uden speciale. VOK, Voksenpsykiatri. B&U, børne- og ungdomspsykiatri.

Den aktuelle situation i Region Syddanmark

Den aktuelle speciallægedækning i psykiatrien for Region Syddanmark¹ svarer til 1 speciallæge/10.000 indbyggere for voksenområdet og 0,8 læge for børne- og ungdomspsykiatrien. Det har ikke været muligt at beregne landsgennemsnittet, da indberetninger til sundhedsstyrelsens database er ufuldstændige og ikke kan anvendes til en sammenligning. Det ses, at Vejle Amt har meget lav dækning, hvilket bl.a. skyldes ubesatte stillinger.

Tabel 1. Lægeopgørelse 2005

	Ribe Amt		Vejle Amt ^b		SJA. Amt		Fyn Amt		RSD	
	B&U	VOK	B&U	VOK	B&U	VOK	B&U	VOK	B&U	VOK
Over- 1.res- og afd.læge ^a	6	20	7,5	11,3	5	24,1	6,5	46	25	101,4
Pr. 10.000 indbyggere ^b	1,1	1,2	1	0,4	0,9	1,2	0,6	1,2	0,8	1

Note: a) besatte stillinger som antal fuldtidsstillinger, kilde Region Syddanmark, notat.

b) Alderskorrigeret og afrundet til en decimal

Bemærk, at reservelæger ikke er medtaget i opgørelsen. Det samlede antal lægestillinger er ca. 220 pr. november 2006.

I notatet om lægesituationen i sygehuspsykiatrien i Region Syddanmark¹ foretages både status på nuværende situation, en beregning af prognose for de næste 15 år, og der gives en række anbefalinger.

Aktuel status og prognose

For børne- og ungdomspsykiatrien viser materialet, at udbud og efterspørgsel på læger i psykiatrien stort set er sammenfaldende i perioden fra 2006 – 2015, både på landsplan og regionalt. Dette er baseret på en forventet øget efterspørgsel på 4,3 % p.a. på landsplan, og på baggrund af, at der er færre fratrædelser på området pga. alder.

I voksenpsykiatrien viser materialet på landsplan et stadigt større gab mellem udbud og efterspørgsel, da udbuddet af læger har været faldende og fortsat vil falde frem til

2015. Der er en højere andel af fratrædelser i voksenpsykiatrien på grund af alder. Det forventes således, at 60 % er fratrådt inden 2015 pga. alder. Da problemstillingen er akut og kun med udsigt til forværring, er der nedsat en arbejdsgruppe, der skal udarbejde en handleplan for lægerekruttering.

De afsluttede lægeforløb bidrager til at øge udbuddet af læger. Såfremt antallet af uddannede læger følger tendensen fra 2003 - 2005, vil der ikke være rekrutteringsproblemer i børne- og ungdomspsykiatrien, men derimod alvorlige rekrutteringsproblemer i voksenpsykiatrien. Der vil således være en lægemangel på 58 læger i RSD i 2015. Besættes alle uddannelsesstillinger vil manglen dog kun være på 29 læger.

På amtsplan viser fremskrivningen, at 15 - 20 % af lægerne på børne- og ungdomspsykiatriskafdelinger fratræder inden 2015, med undtagelse af Vejle Amt, hvor 46 % forventes fratrådt pga. alder. I voksenpsykiatrien forventes m. 48 - 65 % at være fratrådt i alle amter, med undtagelse af Ribe Amt, hvor 80 % forventes fratrådt pga. alder.

I forbindelse med den snarlige indførelse af to måneders behandlingsgaranti i psykiatrien vil efterspørgslen, specielt på det børne- og ungdomspsykiatrisk område, øges.

Mulige årsager

DSI rapporten peger på, at psykiatrien klart er det speciale, der har det dårligste image blandt medicinstuderende og de yngre læger. Medvirkende hertil er både den generelle holdning/opfattelse, der er dannet inden studiestart og mere fagspecifikke faktorer kommer til efter studiestart. Specialets dårlige image skyldes blandt andet at:

- Klinisk arbejde opfattes uinteressant.
- Graden af videnskabelighed anses for at være lav.
- Behandlingsmetoderne anses for at være ineffektive.
- Ekstremt lange patientforløb.
- Patienterne er svære at arbejde med, og svære at helbrede.

Ifølge rapporten er der flere elementer (positive og negative), der i løbet af studiet har indvirkning på de studerendes og yngre lægers opfattelse af psykiatrispecialet. Disse kan opsummeres som følgende⁴:

- Dårlige oplevelser med FADL-vagter i psykiatrien
- Psykiatriens dårlige image inden for somatiske specialer
- Sen placering i uddannelsesforløbet
- Ingen turnus i psykiatri
- Ikke et rigtigt lægefag = ikke naturvidenskabeligt nok
- Psykiatriens organisatoriske placering i forhold til somatik og kollegaer i andre specialer
- Mødet med "B-holdet" = "alle de psykiatere, der ikke kunne blive andet"!

Følgende elementer trækker i positiv retning:

- At opleve hverdagen på psykiatrisk afdeling = afmystificering
- Arbejdsmiljø
- Det tværfaglige samarbejde
- Gode uddannelsessteder

- Gode rollemodeller = A-holdet
- Negative oplevelser med andre specialer.

Anbefalinger

Arbejdsgruppen vedrørende lægesituationen i Region Syddanmark fremkommer med følgende anbefalinger:

Attraktive forhold i psykiatrien:

Det anbefales, at afdelingsledelserne arbejder på at gøre det attraktivt for yngre læger, medicinstuderende og FADL-vagter at komme i psykiatrien. Yngre læger, herunder også udenlandske læger, kan hjælpes til etablering i lokalområdet, fx få hjælp til at skaffe boliger. Yngre læger kan gives sikkerhed for ansættelse i en vis periode efter I-stillingen. Uddannelses-stillinger skal dog søges af alle på lige vilkår.

Vikariater som rekrutteringsredskab:

Det anbefales at bruge medicinstuderende i lægevikariater som et offensivt rekrutteringsinstrument. Det er vigtigt, at de får en god oplevelse, får supervision og opbakning, og evt. kun har dagarbejde. De dygtige medicinstuderende kan opfordres til at søge længerevarende vikariater. Der bør endvidere søges mulighed for at komme i klinikophold ved privatpraktiserende psykiatere.

FADL-vagters oplevelser hæmmer rekrutteringen:

Psykiatrien taber meget goodwill blandt medicinstuderende, der arbejder som FADL-vagter. De studerende har stort set ingen kontakt med læger i forbindelse med deres vagter, og de oplever sig ikke godt behandlet af plejepersonalet. Det anbefales derfor, at ledergruppen på hver enkelt psykiatrisk afdeling drøfter, hvordan man kan modtage vikaren, så denne ikke kun oplever sig som billig arbejdskraft til bøvlede opgaver, men også oplever et positivt udstillingsvindue af psykiatrien. Det anbefales, at FADL-vagterne ikke sidder fast vagt. Der bør være en styrket kontakt til lægerne på afdelingen, der blandt andet bør informere om, og samle op på de lægefaglige opgaver.

Manglende viden om psykiatri forud for FADL-vagter:

Der afholdes kurser á 11 timers undervisning i psykiatri for FADL-vagter. Det anbefales, at der tilbydes kurser af lidt længere varighed, evt. afholdt af det regionale specialeråd i samarbejde med det/de regionale FADL-vikarbureauer for kommende FADL-vagter i psykiatrien. Det skal være kurser, der ledes og gennemføres af overlæger/speciallæger i psykiatri, og som sigter på at ændre på billedet af de psykiatriske patienter som uhelbredelige, at fremme indsigt i psykiatriske behandlingsmetoders effektivitet og at afmystificere image-problemer om tvang, trusler og vold i psykiatrien.

Turnus i psykiatri:

Det indstilles, at psykiatrilædelserne retter henvendelse til det Nationale Råd, med henblik på at ændre målbeskrivelsen, således at psykiatri kan blive en valgmulighed i turnus.

Synliggørelse af psykiatri på studiemiljøet på Syddansk Universitet:

Det anbefales, at der på SDU dannes læsegrupper/interessegrupper vedr. psykiatri, i lighed med det, der fx gøres i Risskov. Denne anbefaling kan yderligere suppleres med forslag om, at der også i psykiatrien ved SDU bør udbydes flere fordybelsesopgaver til de studerende.

Fastholdelse af overlæger:

Det anbefales, at der er fokus på at give alternative muligheder og arbejdsopgaver for at fastholde de overlæger, der overvejer pension. Der kan evt. etableres konsulentfunktioner uden personaleansvar, varetagelse af efter/videreuddannelse af læger, og andre individuelle løsninger.

Information om psykiatrien:

Det anbefales, at Region Syddanmarks kommunikationsafdeling i høj grad inddrages til at formidle psykiatriens positive historier og udviklingsfaglige tiltag. Formidlingen bør rettes bredt, både internt i RSD, og eksternt til pressen og også fagpresse fx lægeforeningens regionale blad. Eksempelvis var de psykiatriske sygehuse ikke nævnt i præsentationen over sygehusene i den kommende Region Syddanmark i personalemagasinet for RSD.

Undersøgelse af uddannelsesstillingerne i Region Syddanmark:

Det anbefales, at Det Regionale Videreuddannelsesudvalg, i samarbejde med videreuddannelsessekretariatet, undersøger introduktions- og uddannelsesstillingerne. Der bør indsamles viden om, hvor der forventes ledige stillinger, og hvor der er vakante stillinger, for derefter at lave forslag til, hvordan stillingerne kan fordeles. Det anbefales endvidere, at udvalget får ansvaret for at lave en sådan undersøgelse årligt, for at regionen får en optimal udnyttelse af stillingerne og lægeressourcerne.

Genopslag og besættelse af tidligere opslåede uddannelsesstillinger (U-stillinger):

Det foreslås, at der de næste 3 år opslås 5 ekstra uddannelsesstillinger årligt på en sådan måde, at de kan besættes med kvalificerede ansøgere. Det kan eksempelvis være ud fra geografiske hensyn. Stillingerne opslås dels i Danmark, dels i udlandet, fx Polen, hvor der er mange kvalificerede ansøgere. Stillingen indbefatter hjælp til at finde bolig og hjælp til at finde job til evt. ægtefælle. Hvis vedkommende er fra udlandet gives danskundervisning i ½ år forud. Der bør tilbydes ekstra supervision i uddannelsesforløbet i form af betalte ekstratimer sammen med klinisk vejleder – dvs. at de frivilligt indgår mere end 37 timer ugentligt og at ekstratimerne benyttes til uddannelse, og ikke til vagter eller arbejde uden uddannelseselement. Det anbefales med henblik på at give ivrige, ambitiøse uddannelsessøgende mulighed for at få en bedre speciallægeuddannelse. De, der ønsker forskningserfaring, bør have lignende tilbud.

Det anbefales endvidere, at der sikres økonomiske midler til, at der både i børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien vil være et tilstrækkeligt antal uddannelsesstillinger, når der er kvalificerede ansøgere. Stillingerne skal opslås efter gældende retningslinjer og overordnet være inden for Sundhedsstyrelsens dimensionering.

Rekruttering af udenlandske læger

Der er gjort nogen erfaring med rekruttering af udenlandske læger til psykiatrien i Region Syddanmark, dels i Sønderjylland og som fælles projekt m.m. Erfaringerne er opsummeret i bilag 11 (*rekruttering af udenlandske læger*). Erfaringen bygger på 25 polske og tyske læger. Generelt er polske læger lidt hurtigere til at lære sproget, men kulturforskellen mellem Polen og Danmark er til gengæld større end mellem Tyskland og Danmark. For speciallægestillinger er der gode rekrutteringsmuligheder i Tyskland, mens det er knap så attraktivt for de polske speciallæger at søge stillinger i Danmark. Det modsatte billede ses ved de yngre læger, hvor det er vanskeligere at rekruttere tyske læger, mens der er stor søgning fra de polske yngre læger. I forhold til det faglige niveau tegner der sig et blandet billede, hvor det er vanskeligt at lave entydig konklusion. Der henvises til bilag 11 for en nærmere beskrivelse.

Supplerende løsninger

Som konsekvens af den kommende speciallægemangel i Region Syddanmark må man i den kommende planlægning forholde sig til tre spørgsmål:

- Hvordan kan man tiltrække og uddanne flere læger.
- Hvordan kan man bedst udnytte de speciallæger, der er til rådighed.
- Hvilke opgaver kan varetages af andre faggrupper.

Udover de allerede omtalte initiativer må den tredje faktor inddrages i fremtidige overvejelser.

Psykiatrisk behandling varetages ikke udelukkende af psykiatere, men også af en række andre psykiatrispecialiserede fagpersoner som psykologer og psykiatriske sygeplejersker.

Der foreligger ikke nogen form for registrering i de fire gamle amter af eventuelle vakante stillinger for disse to faggrupper. En rundspørge tyder på, at der aktuelt ikke er vakante stillinger inden for psykologer, og at der kun er 5-8 ubesatte sygeplejersker stillinger i et enkelt amt. Der er meldinger om, at det til tider kniber med at rekruttere personale med de kvalifikationer, man efterspørger.

Behovet for psykiatere er ikke statisk, arbejdsform og opgaveglidning har indflydelse på behovet. Behovet er således ikke en automatisk funktion af en objektiv sygdomsprofil og er fastlåst opgavefordeling mellem faggrupper. Behovet ændrer sig over tid og varierer fra land til land².

Opgaveglidning

Der er i psykiatriloven meget få begrænsninger for, hvilke opgaver der kan delegeres mellem de forskellige faggrupper, hvorfor mulighederne og perspektiverne for opgaveglidning er vide. Dog påhviler det overordnede behandlingsansvar altid en læge. I de tidligere amter i regionen er der arbejdet med uddelegering af selvstændige opgaver især fra læger til sygeplejersker, og i fremtiden vil denne udvikling fortsætte. Det fordrer dog en øget efter- og videreuddannelse.

Opgaveglidning er dog ikke nødvendigvis et udtryk for personalemangel, men skal også ses i sammenhæng med ønsket om en mere effektiv og fleksibel

arbejdstilrettelæggelse. Desuden kan opgaveglidning medvirke til faglig udvikling og en løbende kompetenceudvikling af sundhedspersonalet – hvilket er en forudsætning for en fortsat udvikling af sundhedsvæsenet.

I forbindelse med opgaveglidning opstår der ofte behov for efter- og videreuddannelse af sundhedspersonalet, idet nye opgaver ofte stiller helt nye kompetencekrav til en faggruppe. Dette aspekt er vigtigt at holde sig for øje, når man beskæftiger sig med mulighederne og perspektiverne for opgaveglidning⁹.

I Norge har man taget konsekvensen af manglen på psykiatere og i 2001 ændret lovgivningen, hvorved psykologer med klinisk specialistkompetence sidestilles med speciallæger i psykiatri med hensyn til ledelsesansvar, behandlingsansvar og adgang til uddannelsesstillinger, bilag 21. Der er fundet sparsom evaluering af ordningen. I et enkelt evalueringsstudie fra akutpsykiatriske afdelinger⁵ fremgår det, at delegering på udvalgte områder til psykologer er forløbet uproblematisk.

I en ny rapport om behandlingsgaranti i psykiatrien⁹ noteres det, at man i psykiatrien i større grad end i dag kan øge og udvide anvendelsen af specialuddannede psykologer til eksempelvis kognitive behandlingsforløb (ikke-psykotiske), supervision, psykoedukation efter referenceprogrammer/vejledninger mv.

Dansk Psykologisk forening har netop etableret en ny specialistuddannelse i psykopatologi⁷, som er rettet mod arbejdet inden for voksenpsykiatrien. Uddannelsen forudsætter at den psykologiske praksis indeholder mindst 3 års fuldtidsbeskæftigelse inden for specialet efter opnået autorisation. Uddannelsen kan tidligst afsluttes 5 år efter kandidateksamen.

Særligt sygeplejersker med videreuddannelse i psykiatrisk sygepleje vil på en række arbejdsfelter kunne varetage nogle af speciallægerens nuværende funktioner og derigennem frigøre speciallægeressourcer til andre formål. Eksempel på at enkelte arbejdsopgaver kan overtages af andre faggrupper er organisering af hjemmebehandling (mobil team), hvor den psykiatriske sygeplejersker varetager opgaven i samarbejde med den alment praktiserende læge, eller at skrivning af epikrise er udlagt til sygeplejersker.

Psykologerne og de psykiatriske sygeplejersker har bl.a. viden og erfaring med:

- neuropsykologi
- psykoterapeutiske metoder
- psykoedukation
- psykofarmakologi
- koordinering af patientforløb
- shared care med primærsektoren

Psykiatere oplever, at der igennem de senere år er blevet et øget antal administrative opgaver. Opgaver, som i en vis udstrækning, kan løses af mere administrativt orienterede faggrupper, fx djøf'ere (samfundsvidenskabelige og erhvervsøkonomiske kandidater) og lægesekretærer.

For at denne udvikling kan fortsætte, er det vigtigt, at psykologer, sygeplejersker, lægesekretærer m.fl. får den relevante efteruddannelse. Det vil samtidigt være relevant at trække på nogle af de erfaringer, der er gjort på området i andre lande.

Overvejelser i forhold til opgave- og kompetenceglidning/substitution, bør indeholde en afvejning af, hvordan specialets omdømme og faglighed påvirkes. Dette skal ses i lyset af, at DSI undersøgelsen² netop peger på, at videnskabelighed anses for at være lav i specialet og er medvirkende faktor til manglende søgning blandt læger.

Når man skal se på, hvordan man bedst udnytter de speciallæger, der er, bør der ses på, hvilke arbejdsopgaver der primært er psykiaterens, og hvilke der kan varetages af andre faggrupper. Dansk Psykiatrisk Selskab⁸ definerer selv denne grænsedragning, som vist i tabel 2.

Tabel 2. Dansk Psykiatrisk Selskabs bud på afgrænsning af psykiaterens arbejdsopgaver

Psykiaterens arbejdsopgaver	Arbejdsopgaver fælles med andre faggrupper	Arbejdsopgaver for andre faggrupper
• Visitation • Diagnostik og udredning • Psykiatrisk behandling • Psykofarmakologi • ECT • Somatisk udredning og behandling • Medicinsk ordination og behandling • Ordination af tvangsanvendelse • Supervision og uddannelse af læger • Forskning • Kvalitetsudvikling • Behandlingsansvar • Faglig ledelse	• Psykoterapeutisk behandling • Undervisning af patienter og pårørende • Supervision af personale • Uddannelse af personale • Forskning • Kvalitetsudvikling • Administrativ ledelse • Personale ledelse • Strategisk ledelse	• Psykologiske undersøgelser • Miljøterapi • Social udredning • ADL træning • Fysisk aktivering

Kilde: Dansk Psykiatrisk Selskab, *Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer 2004-2010*

Det er åbenbart, at sådanne grænsedragninger er baseret på såvel varetagelse af professionsinteresser som erkendelse af andres faggruppers uddannelse og kunnen. Dansk psykologforening anfører således på sin hjemmeside, at foreningen arbejder for, at kliniske psykologer på specialistniveau får:

- Yderligere diagnostiske udredningsopgaver, herunder forsamtaler med henblik på psykologisk vurdering og psykiatrisk diagnostik og specialopgaver i forhold til udredning af debuterende psykoser.
- Egentligt eller uddelegeret behandlingsansvar, herunder ansvar for opstilling af behandlingsplaner og for behandlingskonferencer.
- Ansvar for visitation til psykoterapi.
- Ledelse af specialenheder til behandling af ikke-psykotiske tilstande.
- Udbygning af undervisningsprogrammer og tilbud til pårørende.
- Administrative opgaver.
- Kvalitetssikring og forskning.

Samlet arbejder Dansk Psykolog Forening for, at man på sigt indfører den samme kompetencemæssige sidestilling af psykologspecialister og speciallæger, som man har gjort i psykiatrien i Norge.

I forbindelse med indførelsen af den nu vedtagne behandlingsgaranti⁹ anbefaler Danske Regioner bl.a. at:

- der udarbejdes beskrivelser af uddannelsesstillinger for psykologer med henblik på at opnå specialistgodkendelse inden for relevante specialer.
- der udarbejdes beskrivelser af uddannelsesstillinger for sygeplejersker.
- regionerne holder et højt og målrettet videre- og efteruddannelsesniveau for psykologer og sygeplejersker mv., da det vil styrke en formel opgaveglidning mellem psykiatere og disse sygeplejerske.
- regionerne igangsætter flere tiltag for at få en mere effektiv tilrettelæggelse af den psykiatriske behandlingsindsats for derved bedre at udnytte personaleressourcerne.

Referencer kapitel 4

- 1) Arbejdsgruppe (formand, Anders M. Pedersen). *Notat om lægesituation i sygehuspsykiatrien i region Syddanmark* 2006.
- 2) DSI Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale, udforing og muligheder for psykiatrien. 2006.
- 3) Sundhedsstyrelsen 2003, *Lægeprognose- Udbud af læger 2000-2025*.
- 4) Finn Sørensen *Notat vedr. DSI rapport, maj 2006*.
- 5) Hartvig, Weisæth, *Erfaring med psykisk helsevernloven ved akutpsykiatriske afdelinger 2001-2005*. Ullevål universitetssykehus, projektrapport 2005-2.
- 6) Dansk Psykolog Forening *Behov for flere psykologer i psykiatrien*, notat af 10.08.03.
- 7) Dansk Psykolog Forening. *Specialistuddannelser*. 2005.
- 8) Dansk Psykiatrisk Selskab, *Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer 2004-2010*. 2004.
- 9) Danske Regioner: *Behandlingsgaranti i psykiatrien. Udfordringer og Muligheder*, København 2006.

Kapitel 5

Kvalitet

Kvaliteten af den psykiatriske indsats i Region Syddanmark vil blive belyst ved en beskrivelse af 4 dimensioner: *Faglig kvalitet, brugeroplevet kvalitet, organisatorisk kvalitet og ressourceeffektivitet*. I forhold til WHO's 5. dimension *lav risiko for patienter* har det ikke været muligt, at indsamle tilstrækkeligt materiale, hvorfor dimensionen ikke bliver belyst i denne sammenhæng.

De udvalgte dimensioner skal danne grundlaget for kvalitetsmålinger i Regionen fremover. Herudover suppleres kapitlet med et tværgående afsnit, der beskriver det nuværende og kommende arbejde med *kvalitetsudvikling* og forberedelse til implementering af den danske kvalitetsmodel i psykiatrien i Region Syddanmark.

Ved de enkelte dimensioner vil der blive fokuseret på enkelte udvalgte temaer. Netop fordi kvaliteten spænder over flere områder, udtrykker en del af de andre kapitler i denne rapport ligeledes kvalitet. Kvalitetskapitlet underbygger eller supplerer de andre kapitler.

Det skal understreges, at det billede dette kapitel, og til dels også hele rapporten giver af kvaliteten, kun er en lille flig af det samlede kvalitetsbillede. Der er ligeledes tale om et "øjebliksbillede". Kvalitetsudvikling er en vedværende proces, hvor noget centralt er den enkelte medarbejders forståelse, accept og adfærd i forhold til det valgte kvalitetskoncept¹. Redskaber til måling af denne kvalitet er fortsat under udvikling.

I dagens Danmark er der krav og forventning om offentliggørelse og dermed sammenlignelighed mellem de forskellige institutioner. Kvalitetsparametre vil blive søgt inddraget her, da det er disse måleenheder, der tegner Region Syddanmarks psykiatriimage udadtil.

Kapitlets hovedresultater:

- Ser man på behandlingskvaliteten for enkelte sygdomme, er det kun skizofreni, der aktuelt har et landsdækkende registreringssystem i forbindelse med Det Nationale Indikatorprojekt (NIP).
 - o Erfaring fra NIP viser, at det har taget tid at udvikle og sikre datakvaliteten, men processen har givet øget fokus på kvaliteten i behandlingen.
- Resultaterne viser, at de enkelte psykiatriske sygehuse i Region Syddanmark generelt har forbedret behandlingen af skizofreni.
- Resultater fra første del af 2006 viste, at Amtssygehuset i Esbjerg og ved Ribe havde klart den bedste kvalitet i skizofrenibehandling, og at de andre psykiatriske afdelinger i Regionen matchede landsgennemsnittet.
- I Region Syddanmark er der generelt større patienttilfredshed på psykiatriske sengeafdelinger end på landsplan.

- o Pårørende har markant lavere tilfredshed både med den ambulante behandling og sengeafsnit end patienterne.
- Såvel på landsplan, som i Region Syddanmark, er det over halvdelen af patienterne og en endnu større del af de pårørende, der ikke oplever, at der er blevet tilbudt undervisning i psykiske sygdomme.
- Inden for voksenpsykiatrien i Region Syddanmark er der praktisk talt ingen ventetid. Ved de få afvigelser der har været, er ventetiden under 3 mdr. I børne- og ungdomspsykiatrien forventes ventetider over 3 mdr. at være fjernet i løbet af 2007 ved hjælp af ekstra ressourcer, der er tilført som en del fra psykiatraftalen.
- Der behandles flere borgere for færre penge i psykiatrien i Region Syddanmark end landsgennemsnitligt.
 - o Der er dog betydelig variation psykiatricentrene imellem.
- Der har i alle fire gamle amter været arbejdet med forskellige aspekter af kvalitetsudviklingsarbejdet.
 - o Det fremtidige kvalitetsarbejde i Region Syddanmark rummer forberedelser til implementering af den danske kvalitetsmodel. Det foreslås at arbejdet / implementeringen sker i tæt samarbejde med kvalitetsafdelingen for hele sundhedsområdet i Region Syddanmark
- På nationalt niveau er det besluttet at alle offentlige sygehuse skal deltage i den danske kvalitetsmodel (DDKM).
 - o Den danske kvalitetsmodel rummer 37 temaer, som vil danne grundlag for en række standarder, der skal implementeres i sygehusregi.
 - o Der vil blive foretaget måling og vurdering af aktiviteter, ydelser og institutioner, for at se om de lever op til standarderne.
 - o Den interne vurdering følges op af ekstern vurdering, der forventes påbegyndt 2 halvår 2008.
- Den planlagte kvalitetsudvikling i regionen har som primært mål at sikre en organisering, der kan understøtte arbejdet med den danske kvalitetsmodel (DDKM).
- Forberedelse af implementering af DDKM
 - o Omfatter uddannelse af medarbejdere der kan forestå implementering af DDKM.
 - o Der er indenfor Region Syddanmark uddannet ca. 40 kvalitetskoordinatorer, og igangsat en uddannelse af ca. 140 kvalitetsmedarbejdere

Faglig kvalitet

Ved faglig kvalitet forstås indholdet og resultatet af behandling. Der anlægges i høj grad et sundhedsfagligt perspektiv. Det drejer sig fx om, hvilken udredning, behandling, pleje og rehabilitering der ydes og det sundhedsmæssige resultat heraf. Der er en klar tendens til i høj grad at fokusere på behandlingsprocessen, dvs. i hvilket omfang, der ydes en behandling, pleje og rehabilitering, der er faglig enighed om, er en hensigtsmæssig og dokumenteret behandling for konkrete sygdomme. På grund af problemer med at måle resultatet og den lange tid, der skal forløbe før resultat kan registreres med sikkerhed, er der ret få resultatmålinger, som burde være de dominerende ved måling af faglig kvalitet.

Ved målingen af faglig kvalitet bruges to centrale begreber: Indikator og standard. Der bruges én eller flere indikatorer til den konkrete måling af faglig kvalitet, af fx en udredning ved speciallæge. Der skelnes ofte mellem proces- og resultatindikatorer. Ved at bruge udtrykket indikator siger man samtidig at der er tale om en måling på et udvalgt paramenter, der angiveligt kan sige noget centralt om kvaliteten af arbejdet / processen, men også at der ikke er tale om en udtømmende registrering af kvaliteten.

Standarden udtrykker det mål, der er opstillet for behandlingen, fx at mindst 98 % af nyopdagede patienter med skizofreni skal være udredt af en speciallæge. Standarderne er fastsat ud fra sundhedsfaglige overvejelser. For at sikre overskuelighed er der normalt ikke mere end omkring 10 indikatorer og standarder for en konkret diagnose.

I det følgende rapporteres kun resultater, som er baseret på systematiske og (nogenlunde) ensartede registreringer i forbindelse med nationale målinger, og som derfor med en vis rimelighed kan sammenlignes. Der findes supplerende lokale til kvalitetsmålinger, som dog ikke rapporteres her.

Skizofreni er aktuelt den eneste psykiatriske lidelse, der indgår i det Nationale Indikator Projekt (NIP), og som er blevet en del af Den Danske Kvalitetsmodel, som alle sygehuse i Danmark skal anvende. Allerede i dag anvendes resultaterne fra NIP til vurdering og karaktergivning af sygehusenes psykiatriske behandling. De første karakterer i form af stjerner, er allerede nu tilgængelig på sundhedsministeriets hjemmeside: sundhedskvalitet.dk. Region Syddanmark har Danmarks eneste 5-stjernede psykiatriafdeling.

Se bilag 12 som indeholder en sammenligning af Regionens psykiatriske sygehuse samt en forklaring til de enkelte punkter.

Hovedresultater, faglig kvalitet:

- Ser man på behandlingskvaliteten for enkelte sygdomme, er det kun skizofreni, der aktuelt har et landsdækkende registreringssystem i forbindelse med Det Nationale Indikatorprojekt (NIP).
 - Erfaring fra NIP viser, at det har taget tid at udvikle og sikre datakvaliteten, men processen har givet øget fokus på kvaliteten i behandlingen.
- Resultaterne viser, at de enkelte psykiatriske sygehuse i Region Syddanmark generelt har forbedret behandlingen af skizofreni.
- Resultater fra første del af 2006 viste, at Amtssygehuset i Esbjerg og ved Ribe havde klart den bedste kvalitet i skizofrenibehandling, og at de andre psykiatriske afdelinger i Regionen matchede landsgennemsnittet.
- I Region Syddanmark er der generelt større patienttilfredshed på psykiatriske sengeafdelinger end på landsplan.

Kvalitet i skizofrenibehandling

De sidste resultater fra NIP for voksenpsykiatrien sammenfattes for de enkelte amter som følger²:

Fyns Amt

Der er generelt opnået gode resultater, der tåler sammenligning med det øvrige Danmark og i en række tilfælde lever op til standarderne. Der er i den sidste opgørelse tale om en næsten komplet registrering af skizofrene i Fyns Amt, hvorfor der kan fæstes lid til resultaterne. For enkelte indikatorer mangler der dog endnu data, hvilket der vil blive strammet op på i den kommende periode.

Der er igangsat et arbejde med at forbedre resultaterne for vurdering af nyopdagede skizofrenes kognitive funktioner og med at systematisere indsamlingen af oplysninger vedrørende bivirkninger af den medicinske behandling.

Ribe Amt

Resultaterne viser, at behandlingen af skizofreni ligger på et meget højt niveau. Der vil blive arbejdet på at fastholde det gode resultat og at forbedre dokumentation og registrering, hvor standarden ikke er opfyldt.

Sygehusets behandling ligger som det eneste i Region Syddanmark helt i toppen på sundhedsministeriets portal, sundhedskvalitet.dk, med 5 stjerner, mens landsgennemsnittet er 3 stjerner.

Vejle Amt

NIP-projektet i skizofreni har igangsat en frugtbar kvalitetsudviklingsproces, hvor der via lokale auditgrupper sættes fokus på centrale udviklingspunkter. Dette har bevirket, at resultaterne begynder at blive mere positive.

Sønderjyllands Amt

Amtet har ikke indberettet resultater for kvaliteten i behandlingen af skizofreni via NIP. Amtet har benyttet en anden data registrering, DIPSY, hvilket ikke muliggør en sammenligning.

Afslutningsvis skal det nævnes at det er Regionens mål for 2007, at alle afdelinger deltager fuldt ud i NIP og lever op til alle indikatorer.

Organisatorisk kvalitet

Organisatorisk kvalitet drejer sig bl.a. om planlægning af ressourceanvendelsen, fx gode patientforløb, arbejdsgange, ventetider eller dokumenthåndtering. Den organisatoriske kvalitet skal bl.a. være med til at sikre det gode patientforløb på tværs af sektorer, behandlingsplaner, ventelister mm. Et væsentligt punkt her er også dokumenthåndtering og datasikring. En generel praksis i kvalitetsarbejde er, at det, der ikke er dokumenteret ikke er gjort. Derfor er udvikling af enkel og enstrengt dokumenthåndtering og dataregistrering essentielt.

Denne del af kvalitetsarbejdet er endnu kun i sin vorden.

Hovedresultater, organisatorisk kvalitet:

Ventetidsmål, børne- og ungdomspsykiatri

- I Region Syddanmark skønnes, at der i 2006 er 8,1 % af alle forløb i børne- og ungdomspsykiatri, der har en ventetid over 3 mdr., svarende til 191 børn og unge. Det vurderes, at ventetiden i 2007 kan reduceres til max 3 mdr.
- Regeringens udspil om max ventetid på 2 mdr. til udredning inden selve behandlingen afspejler ikke den faglige praksis, hvor den første kontakt

defineres som behandlingsopstart. Under disse forudsætninger bliver det vanskeligt at nå målet om udredning inden 2 mdr. pr. 1.1.2008.

Ventetidsmål, voksen psykiatri

- På voksenområdet er der generelt ingen ventetid til indlæggelse. I de få tilfælde, hvor der er ventetid, holder denne sig under 3 måneder. Samtidigt er 99,6 % i det ambulante område kommet i behandling inden for 3 måneder.

Datakvalitet

- Der er uensartet dataregistrering og forskellige systemer i de fire amter.
- Der bør fremover arbejdes på at sikre ensartet registreringspraksis i et enstrengt system.

Udskrivningsbreve

- Der er aktuelt afprøvet instrukser til udskrivningsbreve med god effekt. Disse er ved at blive implementeret i regionen.

Ventelister

Det er Regionens mål for 2007, at alle patienter i behandlingspsykiatrien påbegynder behandlingen senest 3 mdr. efter henvisningen, samt at enhver patient modtager tid for første behandling inden 8 dage efter henvisningen.

Børne- og ungdomspsykiatri

Der har i regionen været nedsat en arbejdsgruppe, der har set på ventetidsmål. Arbejdsgruppens arbejde opsummeres i det følgende.

Psykiatriaftalen 2007-2010 indfører udvidet behandlingsret i psykiatrien generelt og i første omgang i børne- og ungdomspsykiatrien. 1. trin er indførelse af ret til udredning inden 2 mdr. efter henvisning. Problemstillingen er dog, at der i børne- og ungdomspsykiatrien ikke splittes op i hhv. en udredningsfase og en behandlingsfase. Den første behandlingskontakt fungerer som behandlingsopstart.

Det vurderes, at hvis kravet om opsplitning fastholdes, vil det blive vanskeligt at nå målet med udredning inden 2 mdr. til den 1.1.2008. Arbejdsgruppen har som realistisk ventetidsmål for 2007 lagt op til 3 mdr. Det betyder, at der fra det øjeblik en henvisning tilgår børne- og ungdomspsykiatrien maksimalt må gå 3 mdr., inden der opstartes en behandling. Hvis man forudsætter, som det skønnes af fagfolk, at de aktuelle forløb, som har længere ventetid end 3 mdr., er udtryk for en "oparbejdet pukkel", vil en afvikling af denne pukkel kræve en midlertidig kapacitetsudvidelse.

Den aktuelle venteliste kan beskrives på to måder. For det første som et øjebliksbillede, hvor der foretages status på et givet tidspunkt, og for det andet som en opgørelse af antal forløb, der starter op med en uacceptabel ventetid (udover de 2-3 mdr.).

Den 1. oktober 2006, var der i Region Syddanmark i alt 426 børn og unge på ventelisten. Af disse havde 29 % ventet mere end 2 mdr. og 19 % mere end 3 mdr.

I 2006 forventes afdelingerne samlet at have gennemført 2.360 ambulante forløb. Af disse vil godt 92 % være opstartet inden for den 3 mdr. behandlingsgaranti og 1.684 forløb, svarende til godt 71 %, vil være opstartet inden for 2 mdr. Samlet set er det kun godt 9 %, svarende til 190 forløb, der ikke forventes opstartet inden for 3 mdr.

og knap 29 % svarende til 675 forløb, der ikke forventes opstartet inden for 2 mdr., tabel 1.

Mellem afdelingerne er der nogen variation. Fra Augustenborg, hvor 57,7 % af patienterne har haft mindre end 2 mdr. ventetid, til Odense, hvor 90,2 % af patienterne har haft mindre end 2 måneders ventetid. Når det gælder 3 mdr. ventetidsgrænsen, svinger det på amtsbasis fra næsten ingen til 18 % af alle patienter, der har haft en ventetid på mere end 3 mdr.

Tabel 1. Ventetid 2006 i Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark

	Psykiatricenter Midt, Kolding	Psykiatricenter Midt, Augustenborg	Psykiatricenter Vest, Esbjerg	Psykiatricenter Øst, Odense	I alt
Ambulant 0 - 2 mdr.	341	309	567	467	1.684
Ambulant 2 - 3 mdr.	139	128	169	49	485
Ambulant 3 - 6 mdr.	43	93	45		181
Ambulant 6 - 9 mdr.	3	5	1		9
I alt fremskrevet for 2006	525	536	783	516	2.360
% der klares i alt inden for 2 mdr.	65,0	57,7	72,4	90,4	71,4
% der klares i alt inden for 3 mdr.	91,4	81,6	94,0	100,0*	91,9
% der ikke klares inden for 3 mdr.	8,8	18,4	5,8		8,1

Note: Tabellen er baseret på de første 9 mdr.'s produktion opskrevet til årsbasis

* Det har ikke været muligt at opdele dem der ventede længere end 2 mdr. på om det var mere eller mindre end 3 mdr.

Region Syddanmark har samlet set færre børn og unge på venteliste end landsgennemsnittet. Sammenlignet med landsgennemsnittet er der især få børn og unge, der venter på opstart af behandling mere end 3 mdr. patient/10.000 indbyggere under 18 år⁴.

Den regionale arbejdsgruppe vedrørende ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien, har endvidere forholdt sig til de økonomiske konsekvenser ved afvikling af ventetiden. Dette kan opsummeres som følgende:

- En afvikling af ventetiden over 3 mdr. (under forudsætning af at der er tale om en ophobning, med konstant antal ventende) vil kræve en midlertidig kapacitetsudvidelse, der kan udvide produktionen svarende til en DRG-værdi på ca. 5.7 mio. kr. ud fra Sundhedsstyrelsens takst.

- En afvikling af ventetiden over 2 mdr. vil derimod indebære en kapacitetsudvidelse, svarende til en DRG-værdi på ca. 20 mio. kr. ud fra Sundhedsstyrelsens takst.

Voksenpsykiatri

På voksenområdet er der generelt ingen ventetid til indlæggelse. I de få tilfælde hvor der er ventetid, holder denne sig under 3 måneder. Samtidig er 99,6 pct. af patienterne på det ambulante område kommet i behandling inden for 3 måneder. Billedet er lidt anderledes for de patienter, der stadig er på venteliste til den ambulante behandling, hvor 89,6 pct. har ventet under 3 måneder⁴. Det er især Vejle Amt, der har en stor andel af patienter, som har ventet over 3 måneder. Heraf er langt størstedelen dog henvist til sexolog – dvs. specialbehandling – hvortil ventetiden er ca. 12 måneder.

Der foreligger pt. ikke data for, hvor stor en andel af patienterne, der behandles inden for 2 måneder, men regionen har på voksenområdet faktisk allerede en reel ventetidsgaranti, som holder sig inden for 3 måneder, når der ses bort fra specialbehandling.

Udvikling og implementering af retningslinier for udskrivningsbreve i RSD

I forbindelse med strukturreformen skal det psykiatriske hospitalsvæsen anvende en takststyret afregning af deres ydelser i forhold til kommunerne. I 2007 vil taksterne følge *fritvalgstakster*, men skal herefter fastsættes ud fra en diagnose-relateret gruppering, det såkaldte DRG-system. Udskrivningsbrevets oplysninger om hvilke sygdomme, patienterne er behandlet for under indlæggelsen, får derved en central betydning for afregningen med kommunerne og dermed for driften af de psykiatriske afdelinger.

I 2007 indføres Den Danske Kvalitetsmodel i hele hospitalsvæsenet, hvilket indebærer at kvaliteten af en given indsats skal dokumenteres, og kvalitetsbrist skal udbedres. Kvaliteten af udskrivningsbrevet har betydning for samarbejdet mellem de praktiserende læger og de psykiatriske afdelinger, og udskrivningsbrevet vil have betydning for det gode patientforløb.

Ud fra ovennævnte vil udskrivningsbrevet i fremtiden skulle fungerer både som kommunikationsredskab og "faktura", hvilket kræver en høj kvalitet af indholdet.

I Region Syddanmark har DRG-arbejdsgruppen udviklet og implementeret retningslinier for udskrivningsbreve. Efterfølgende er der blevet gennemført en pilotundersøgelse, der havde til formål at evaluere implementeringens betydning for kvaliteten af udskrivningsbrevene.

Resultatet af registreringsundersøgelsen viste, at der blev oplyst markant flere somatiske diagnoser på udskrivningsbrevene efter implementeringen af retningslinierne. Journalaudit fandt, at indholdet i 75 % af udskrivningsbrevene var tilfredsstillende, men i kun 31 % af udskrivningsbrevene svarede indholdet til anbefalingerne fra retningslinierne.

Undersøgelsen dokumenterede værdien af retningslinierne, og det er efterfølgende besluttet, at de kliniske retningslinier implementeres ved alle psykiatriske afdelinger i regionen pr. 1. januar 2007.

Det skal tilføjes, at det i 2007 er regionens mål at udskrivningsbrevene følger standarden og udsendes indenfor 3 hverdage efter udskrivelsen.

Brugeroplevet kvalitet

I dette afsnit tilstræbes det at give et billede af patienternes og de pårørendes oplevelser og vurderinger af det psykiatriske sygehusvæsen – den brugeroplevede kvalitet. Datamaterialet bygger primært på de landsdækkende patient- og pårørendeundersøgelser fra 2005¹². Det skal bemærkes, at undersøgelserne er første generation, og at de afspejler et øjebliksbillede. For en nærmere beskrivelse af forholdene vedrørende brugere og pårørende se kapitel 6.

Der er i opsummeringen primært lagt vægt på resultater på amts- og afdelingsniveauet. Der er vægtet resultater vedrørende patienters og pårørendes samlede tilfredshed, samt medtaget resultater for de temaer hvor tilfredsheden var mindst – og hvor der dermed er det største udviklingspotentiale. Afgrænsningen er foretaget på baggrund af to forhold. For det første vil en opsummering af alle temaer i rapporterne være for omfattende og for det andet er datamaterialet på afsnitsniveau enkelte steder præget af meget lav svarprocent og/eller et lille antal besvarelser, hvilket kan give et skævt billede af de respektive afdelinger. Det er specielt inden for pårørendeundersøgelsen, at der enkelte steder er betænkelig lav svarprocent, hvorfor resultaterne skal tages med større forbehold.

Region Syddanmark har for 2007 en målsætning om, at 90 % af patienterne og 75 – 90 % af de pårørende samlet set (som minimum) er tilfredse med tilbudet.

Hovedresultater, brugeroplevet kvalitet:

- Generelt oplever patienter i den ambulante behandling større tilfredshed med tilbudet end med patienter i sengeafsnit. Mellem 74 – 83 % af patienterne i Region Syddanmark oplever det samlede ambulante tilbud som enestående eller godt. På landsplan der er tilsvarende tilfredshed på 77 %.
- I Region Syddanmark er der generelt større patienttilfredshed på sengeafdelinger end på landsplan. Mellem 65 – 75 % af patienterne på sengeafdelinger oplever indlæggelsen som enestående eller god. På landsplan er det 65 %.
- I Region Syddanmark og på landsplan har de pårørende markant lavere tilfredshed med det samlede tilbud end patienterne. På sengeafdelingerne varierer de pårørendes tilfredshed fra 22 % i Psykiatricenter Vest, Ribe til 56 % i Psykiatricenter Midt, Haderslev i forhold til det samlede indtryk af sengeafsnittets kontakt til de pårørende.
- Pårørende, der kun har haft få eller ingen samtaler med personalet, er generelt mindre tilfredse. Både på sengeafdelinger og i det ambulante område er det kun en mindre del af de pårørende, der oplever, at personalet tager initiativ til kontakt med de pårørende. Tendensen er ens for Region Syddanmark og på landsplan.

- Der er i Region Syddanmark mellem 61 - 79 % af de pårørende, der ikke har fået tilbudt undervisning i psykisk sygdom eller behandling.
- Der er i Region Syddanmark mellem 49 - 67 % af patienter, der oplever ikke at være tilbudt undervisning i psykiske sygdomme og behandling.

Patient/bruger - og pårørendetilfredshed¹²

Generelt tegner der sig et billede af, at patienter i ambulant behandling oplever størst tilfredshed med behandlingsstedet, bilag 13. Der er dog markant forskel på patienternes og pårørendes tilfredshed. Således svarer 77 % af patienterne på landsplan, at deres samlede indtryk af distriktspsykiatrien enten er enestående eller god, mens der tilsvarende kun er 38 % af de pårørende, der finder distriktspsykiatrien enestående eller god. Et tilsvarende mønster ses i alle fire amter svarende til Region Syddanmark.

Der er en stor gruppe af patienter og pårørende, der angiver, at de ikke har fået tilbudt undervisning i psykiske sygdomme eller behandling (psykoedukation og pårørende undervisning) tabel 2. Der er henholdsvis 59 % af patienterne i det ambulante og 66 % af patienter i sengeafdelinger, der angiver at de ikke har fået tilbudt undervisning i sygdom eller behandling.

Af de pårørende til patienter på henholdsvis sengeafsnit og det ambulante område er der henholdsvis 79 og 67 %, som angiver at de ikke har fået tilbudt pårørendeundervisning. Procentangivelserne er for landsplan. Selvom der er lokale forskelle i Region Syddanmark, er det overordnede billede identisk med landsresultatet. Det skal bemærkes, at det ikke er alle pårørende eller patienter, der vurderer, at de havde brug for undervisning.

Tabel 2. Andel af patienter og pårørende der oplever at de ikke har fået tilbudt undervisning i psykisk sygdom og behandling

	Patienter		Pårørende	
	Distriktspsykiatri	Senge afdeling	Distriktspsykiatri	Sengeafdeling
Fyns Amt	49 %	61 %	61 %	75 %
Ribe Amt	63 %	65 %	69 %	68 %
Sønderjyllands Amt	57 %	65 %	67 %	73 %
Vejle Amt	60 %	67 %	69 %	79 %
Landsplan	59 %	66 %	67 %	79 %

Note: Der skal gøres opmærksom på, at mange steder er undervisningen en integreret del af den samlede behandling, og nogle patienter kan have svært ved at svare på, om de har fået tilbudt undervisning. Endvidere er det ikke alle, der ikke har fået tilbud, der vurderer, at de har et behov.

Sengeafdelinger

Der er en markant tendens til, at pårørende, der ikke har haft samtaler med personalet under patientens indlæggelse, giver færre stjerner end pårørende, der har haft samtaler. Pårørende, der ikke føler sig (ret) belastet af patientens sygdom, giver signifikant flere stjerner end pårørende, der føler sig en del eller meget belastet af patientens sygdom. Pårørende over 49 år er signifikant mere tilfredse end pårørende under 50 år, og endelig giver kvinder signifikant færre stjerner end mænd.

Vejle Amt havde landets højeste patienttilfredshed vurderet på spørgsmålet "Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på dette sengeafsnit?" 75 % svarer, at deres samlede indtryk er enestående eller godt. *Sønderjyllands Amt* og *Ribe Amt* ligger over landsgennemsnittet, mens *Fyns Amt* matcher landsgennemsnittet på 65 %.

I alle fire amter ligger de pårørendes tilfredshed markant lavere end patienternes samlede vurdering, vurderet på spørgsmålet "Hvad er dit samlede indtryk af sengeafsnittets kontakt med dig?" I *Sønderjylland* er de pårørende mest tilfredse, her svarer 43 %, at deres indtryk er enestående eller godt, på landsplan er det 34 %. *Ribe Amt* har den laveste pårørendetilfredshed i regionen, her svarer 25 % af de pårørende, at deres indtryk er enestående eller godt.

Generelt svarer 29 % af patienter på sengeafdelinger, "nej, kun i mindre grad" eller "nej, slet ikke" til spørgsmålet, om de fik de informationer om sygdom og behandling, som de havde brug for? Kun i *Sønderjyllands Amt* var der færre patienter, der oplevede at få utilstrækkelig information om deres sygdom og behandling. Der er således et stort udviklingspotentiale i forhold til patienters oplevelse af at blive informeret om deres sygdom og behandling.

De pårørende oplever mindst tilfredshed i forhold til information om forskellige pårørenderådgivninger. På landsplan var der 74 %, der ikke oplevede at få denne information. Et andet område med lav tilfredshed blandt de pårørende er, at kun 31 % af de pårørende oplevede at personalet tog initiativ til kontakt.

Ambulant psykiatri (Distriktspsykiatri)

I *Ribe Amt* udviste patienterne stor tilfredshed med den ambulante behandling, således svarede 83 % at deres samlede indtryk af distriktspsykiatrien er enestående eller godt. Men også *Fyns Amt* havde en høj patienttilfredshed på 81 %. *Vejle Amt* matcher landsgennemsnittet på 77 %, mens *Sønderjyllands Amt* ligger lidt under med 74 %. Patienttilfredshed er høj både på landsplan og i de enkelte amter.

Undersøgelsen viser, at der er markante forskelle mellem enkelte gruppers besvarelse:

- Tilfredsheden er generelt stigende med alder
- Tilfredsheden er større blandt patienter med andet modersmål end dansk end blandt patienter med dansk som modersmål
- Tilfredsheden er højere blandt kvinder end blandt mænd
- Tilfredsheden er markant lavere i diagnosegruppen F6 (Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd) end blandt øvrige diagnosegrupper
- Tilfredsheden er en smule lavere i diagnosegruppen F2 (skizofreni og lignende lidelser) end blandt øvrige diagnosegrupper
- Der er en svag tendens til, at tilfredsheden falder i takt med længden af kontakten til psykiatrien.

Ses der på pårørendes tilfredshed med distriktspsykiatrien, har både *Fyns* og *Ribe Amt* en pårørendetilfredshed, der er højere end landsgennemsnittet. Henholdsvis 45 % og 41 % af de pårørende svarer, at deres samlede indtryk er enestående eller godt.

Også inden for det ambulante område stiger pårørendes tilfredshed med antal samtaler, de har haft med personalet. Der er en markant tendens til at pårørende, der ikke har haft samtaler med personalet, giver dårligere bedømmelse.

Undersøgelsen viser, at patienternes tilfredshed hænger nøje sammen med informationer om sygdom, behandling og om de har fået øget håb og livsmod.

Mønstret i de fire amter følger resultaterne på landsplan. Der er en mindre variation amterne imellem. I *Sønderjylland* svarede 25 % af patienterne, at de kun i mindre grad eller slet ikke havde fået øget håb og livsmod, i *Ribe Amt* var det 16 %, og på landsplan er det 22 %. I forhold til manglende information om sygdom og behandling var der i den ene ende *Sønderjylland*, hvor 20 % af patienterne oplevede, at de kun i mindre grad eller slet ikke fik information, mens der i *Ribe Amt* kun var 10 %. På landsplan var det 19 %, der oplevede manglende information.

På samme vis som på sengeafdelinger oplever pårørende i det ambulante område også manglende information om pårørenderådgivning, og manglende initiativ fra personalegruppen til at kontakte de pårørende. På landsplan er der henholdsvis 68 % der ikke har fået information om pårørenderådgivning, og 62 %, der oplever, at personalet ikke tager initiativ til kontakt. Selv om der er lokale variationer indenfor Region Syddanmark, er de overordnede resultater identiske med resultaterne på landsplan.

Ressource-effektivitet

Den brede kvalitetsdefinition, der bruges her – og som i øvrigt svarer til WHO's definition – omfatter også ressourceudnyttelse, forstået som produktivitet og hensigtsmæssig drift.

Amtsrådsforeningen har løbende udsendt publikationer med sammenlignelige nøgletal for amterne. Herudover har de enkelte amter, og nu regionen, selv udarbejdet statusnotater vedrørende udviklingen i produktivitet og omkostninger. Herudover bør der i det omfang, det er muligt, også indgå omkostningseffektivitetsanalyser af de enkelte interventioner i den samlede vurdering.

I dette afsnit ses på udvalgte parametre i Region Syddanmark over en årrække og i forhold til udviklingen på landsplan. Det skal bemærkes, at sammenligningen med et landsgennemsnit ikke siger noget om hvorvidt tilbuddene er tilstrækkelige m.m., men alene er en måde at perspektivere den regionale udvikling på. Landsgennemsnittet er ikke en 'guldstandard', men kan give anledning til at tænke over, hvorfor den syddanske udvikling har været, som den er og give stof til eftertanke med henblik på eventuelle ændringer.

Hovedresultater, ressource-effektivitet:

- De samlede udgifter til psykiatri pr. indbygger er lavere i regionen end på landsplan. Tilsvarende er udgifterne til behandling pr. patient lavere end på landsplan.

- Antal ambulante besøg ligger højere i Region Syddanmark end landsgennemsnittet. Her adskiller Psykiatricenter Øst sig ved at have et lavere antal ambulante besøg, formentlig pga. et stort træk på privatpraktiserende psykiatere.
- Antal borgere i voksenpsykiatrisk behandling ligger højere i Region Syddanmark end landsgennemsnittet
- De tre psykiatriske behandlingscentre i regionen står over for en justering af kapacitet som følge af centerstrukturen.
- Antallet af ambulante behandlinger har udviklet sig forskelligt i de fire amter. Ribe Amt har som det eneste amt ligget højt i de sidste 10 år. Vejle og Sønderjylland har foretaget væsentlige forøgninger i den samme periode, mens Fyns Amt har ligget relativt stabilt på samme antal ambulante besøg over en 10 årige periode.
- I børne- og ungdomspsykiatrien er der i Region Syddanmark sket en øgning både i de ambulante ydelser og i antal sengedage. Samtidigt har efterspørgslen af diagnosticering og behandling været stigende. Inden for de sidste 10 år er antallet af henvisninger således fordoblet.
- Antal ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatri ligger lidt lavere i regionen end landsgennemsnittet.
- Regionen har et lavt forbrug af ydelser fra privat praktiserende psykiatere og psykologer til børn og unge, i forhold til landsgennemsnittet.
- Antallet af ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatri i de fire amter har generelt været stigende og herved fulgt udviklingstendensen i landsgennemsnittet. Fyns Amt adskiller sig ved at have et stagnerende antal ambulante besøg i 2003 og 2004.

Økonomi og aktivitet

Udregnet pr. borger, har psykiatrien i Region Syddanmark lavere udgifter til den psykiatrisk behandling end der ses på landsplan, tabel 3. Samtidig er udgiften til behandling af den enkelte patient lavere i regionen end på landsplan. I det voksenpsykiatriske område har regionen et lavere antal normerede senge og flere ambulante ydelser end det ses på landsplan.

Der er dog en variation centrene imellem. Psykiatricenter Øst har færre udgifter til psykiatrien pr. indbygger end Psykiatricenter Midt og Vest, mens prisen pr. patient i behandling er den højeste i regionen. En medvirkende årsag er hertil, som beskrevet under afsnittet om sygelighed, at der er færre borgere i behandling i de fynske kommuner end i de jyske.

Tabel 3. Amternes nøgletal 2005 omsat til regionens nye struktur

Økonomi*	Øst	Midt	Vest	RSD	Landsplan
Udg. I alt	333.018.487	295.993.265	324.274.871	953.286.623	
Udg. pr. borger	756,06	808,40	859,67	805,26	873,09
Udg. pr. borger i behandling	41.193,78	36.831,03	31.553,75	36.112,60	48.430,82
Voksenpsykiatri*	Øst	Midt	Vest	RSD	Landsplan
Norm. sengepl. pr. 10.000 indb. > 18	4,92	8,95	4,39	5,88	6,28
Gns. liggetid 2005	20,3	26,4	17,4	21,6	
Ambulant aktivitet pr. 10.000 indb. > 18	952	2.336	2.063	1.723	1.488
Børne- og ungdomspsykiatri*	Øst	Midt	Vest	RSD	Landsplan
Norm. sengepl. pr. 10.000 indb. > 18	0,83	4,64	1,27	2,10	1,85
Gns. liggetid 2005	41,4	44,2	33,2	41,9	
Ambulant aktivitet pr. 10.000 indb. < 18	434	1176	626	719	**
Voksenpsykiatri**					
*					
Norm. sengepl. pr. 10.000 indb. > 18	5,91	6,90	4,68	5,88	6,28
Ambulant aktivitet pr. 10.000 indb. > 18	1.145	1.802	2.198	1.723	1.488
Børne- og ungdomspsykiatri*					
**					
Norm. sengepl. pr. 10.000 indb. > 18	0,79	3,18	2,23	2,10	1,85
Ambulant aktivitet pr. 10.000 indb. < 18	417	806	1098	719	**
* Gns. for de 4 amter fordelt ud på Psykiatricenterstruktur. Tager ikke højde for optageområder som i 2007 krydser Psykiatricenterstrukturen ** Kan ikke sammenlignes med landsgennemsnittet, da regnskabstallene også indeholder patienter > 18 år, der bliver behandlet på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger *** Optageområder følger matrikel, og krydser Psykiatricenterstruktur. Udregnet med ligelig aldersfordeling i regionen					

Det skal retfærdigvis fremhæves, at den forholdsvis skæve fordeling af sengepladserne pr. 10.000 indbyggere kan henføres til den nye struktur med tre Psykiatricentre. Ser man på fordelingen af voksen- og børne- og ungdomspsykiatriske sengepladser i de fire amter, er fordelingen væsentlig mere ligelig: Fordelt på sengepladser per 10.000 borgere over 18 år, så havde Fyns Amt 6,2 sengeplads, Ribe Amt havde 5,4 sengeplads, Sønderjyllands Amt havde 6,0 sengeplads og Vejle Amt havde 5,9 sengeplads.

I Psykiatricenter Midt er der en forholdsvis høj andel af sengepladser i børne- og ungdomspsykiatrien, dette skyldes at Psykiatricenter Midt består af 2 børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, hvoraf børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, Kolding er den ene. Afdelingen skulle før centeropdelingen dække Vejle Amt.

Går man et spadestik dybere ses, at der er en stor variation i den gennemsnitlige liggetid på de enkelte sygehuse, tabel 4. Således havde Kolding den længste liggetid på 33 dage, mens Svendborg havde den laveste på 14,9. Der er i denne type sammenligning ikke taget højde for forskellig patientsammensætning og tyngde.

Tabel 4. Gennemsnitlig liggetid, voksenpsykiatriske afdelinger

Afdeling	Udskrevne	Liggedage	Gns. liggetid
Odense	1.578	38.631	24,5
Svendborg	1.198	17.823	14,9
Middelfart	631	19.055	30,2
Augustenborg	1.151	27.850	24,2
Haderslev	518	10.143	19,6
Ribe	641	12.519	19,5
Esbjerg	948	14.917	15,7
Kolding	550	18.167	33,0
Vejle	743	13.180	17,7
RSD	7.958	172.285	21,6

Kilde: RSD produktivitet

Antal normerede senge i den nye geografiske opdeling på tre centre er meget forskellig, tabel 5. Sammenholdes dette med det faktiske forbrug, som de enkelte kommuner har, ses at Psykiatricenter Midt har flere sengepladser end der vil blive efterspurgt i centrets optageområde, mens Psykiatricenter Vest og Øst har færre normerede senge end det faktiske forbrug i de respektive områder. Herudover er der en ikke ubetydelig ambulant kapacitet, der også skal flyttes fra et psykiatricenter til et andet. Eksempelvis overtager Psykiatricenter Øst, Middelfarts optageområder Assens og Nordfyn kommuner.

Tabel 5. Udbud og forbrug af sengepladser, 2005 tal

	Antal senge i centerområdet pr. 10.000 indbyggere i 2007	Kommunerne i centerområdets forbrug af senge
Psykiatricenter Vest	3,77	5,07
Psykiatricenter Midt	7,35	5,22
Psykiatricenter Øst	3,62	4,66
RSD i alt	4,82	4,98

Note: Er ikke opdelt efter alder.

I tabel 6 ses en specificering af antal normerede senge fordelt på de enkelte matrikler. Bemærk, at der her er anvendt det budgetterede antal sengepladser for at gøre oversigten så fremadrettet som muligt. Antal sengepladser er ligeledes inklusive rets- og gerontopsykiatriske sengepladser.

Tabet 6. Samlet antal normerede senge, budget 2007

Psykiatricenter Vest		Psykiatricenter Midt		Psykiatricenter Øst	
Esbjerg	48	Augustenborg	75	Odense	115
Ribe	45	Haderslev	42	Svendborg	54
Vejle	40	Kolding	55	B&U Odense	8
B&U Esbjerg	12	Middelfart	60		
		B&U Augustenborg	8		
		B&U Kolding	20		

Ud fra tidligere analyser kan billedet i de nye centre tegnes på følgende måde:

- Psykiatricenter Vest
 - o relativ lav udnyttelse af de eksisterende senge (ligger lavest i belægningsprocent), men med de relativt korteste liggetider (lavest mht. gennemsnitlig liggetid)
 - o Næstflest i behandling pr. 10.000 indbyggere.
- Psykiatricenter Midt
 - o Relativ høj udnyttelse af eksisterende senge (ligger højest i belægningsprocent), men har de relativt længste liggetider.
 - o Har mest udbygget den ambulante virksomhed – flest i behandling pr. 10.000 indbyggere.
- Psykiatricenter Øst
 - o ligger midt i feltet i Region Syddanmark mht. belægningsprocent og liggetider.
 - o Ligger lavest mht. ambulant behandling (her skal de praktiserende psykiatere dog lægges til).

Omkostningseffektivitet for enkelte interventioner

Det er yderst sparsomt, hvad der findes af danske omkostningseffektundersøgelser af de forskellige behandlingsmetoder i psykiatrien. Se også kap 2., gennemgang af evidens.

Ressourceforbrug fordelt på aldersgrupper

Sundhedsstyrelsen har udmeldt, at afregningssystemet for psykiatrien i 2007 er de gældende *fritvalgstakster*, dvs. at der anvendes *fritvalgstakster* pr. sengedag og pr. ambulant besøg. Dog betales der højest for et besøg pr. patient pr. dag. Ved at anvende disse takster på det materiale, der er fremkommet ved udarbejdelsen af sundhedsprofiler, træk fra eSundhed, ses at 85 % af ressourcerne går til aldersgruppen 0 - 64 år. Hvilket er meget afvigende fra det somatiske område, hvor under 50 % af ressourcerne går til denne gruppe.

Udvikling i produktionen udtrykt ved sengedage og ambulante ydelser

Ambulante ydelser i voksenpsykiatri

En sammenligning af de tidligere amters ambulante behandling viser, at der var en betydelig variation mellem de gamle amter i Region Syddanmark. Sønderjyllands og Ribe Amt lå over gennemsnittet for regionen, mens Fyns Amt lå lavt^{5,6}.

Betragtes Region Syddanmark som helhed lå antallet af ambulante besøg i voksenpsykiatrien i 2005 over landsgennemsnittet. I Region Syddanmark blev der udført 1.804 ambulante besøg pr. 10.000 indbyggere mod 1.488 i landsgennemsnit, og behandlet 250 borgere pr. 10.000 indbyggere mod 198 på landsplan⁹.

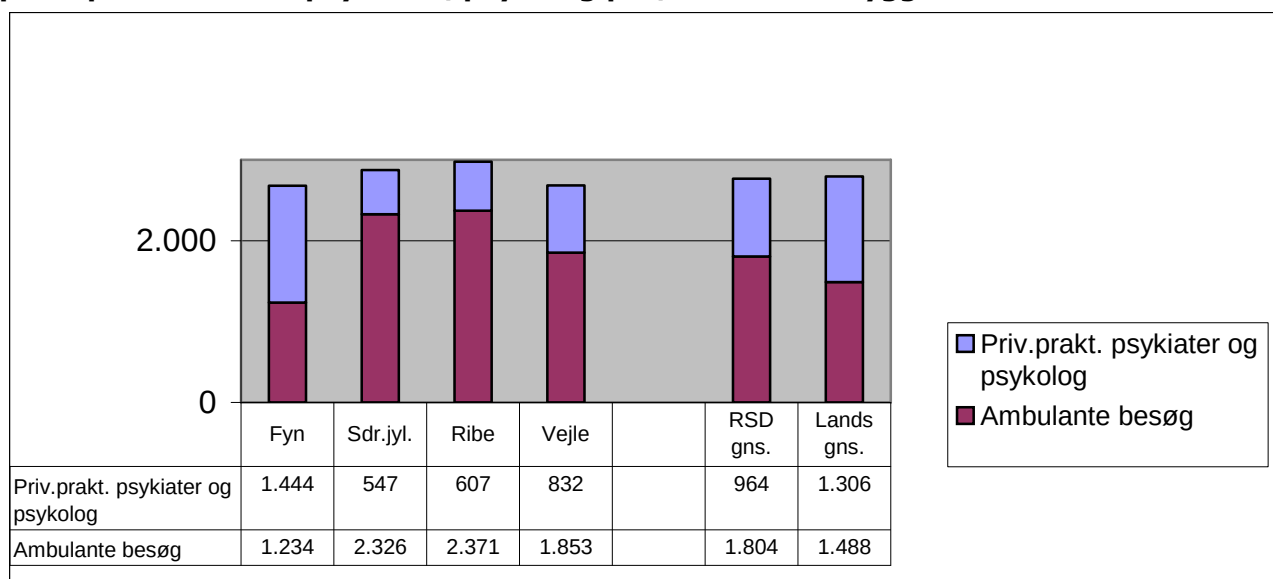
Forbruget af ydelser fra privatpraktiserende psykiatere og psykologer i regionen lå under landsgennemsnittet. Fyns Amt skiller sig dog ud ved at have et forbrug over landsgennemsnittet, mens de tre andre amter lå væsentligt under. Vejle og Sønderjyllands Amter brugte under halvt så mange ydelser hos de privatpraktiserende psykiatere/psykologer som amterne i gennemsnit.

De forskelligartede brug af privatpraktiserende psykiatere og psykologer må formodes at være medvirkende faktor til den relativt store forskel, der ses i antal ambulante ydelser mellem Fyns Amt og de andre tre amter.

Dette bekræftes hvis de ambulante ydelser hos de privatpraktiserende psykiatere og psykologer lægges sammen med de ambulante besøg i sygehuspsykiatrien og hermed udjævnes forskellen mellem de enkelte amter, figur 2.

Fyns Amt havde det laveste antal ambulante ydelser med 2.679 ydelser/10.000 indbyggere, mens Ribe Amt havde det højeste med 2.978 ydelser. Region Syddanmark lå med 2.768 ydelser /10.000 indbyggere meget tæt på landsgennemsnittet. Det skal bemærkes, at summeringen af de to typer ydelser ikke giver et retvisende billede af den ambulante behandlingsaktivitet, idet ydelserne hos de privatpraktiserende psykiatere og psykologer ikke er udspecificerede og rummer andre ydelser end ambulante behandlingsaktivitet. Derfor må man formode, at det virkelige tal for ambulante besøg er lavere end tallet for antal ydelser.

Figur 2. Ambulante ydelser til voksne* fordelt på sygehuspsykiatri og privatpraktiserende psykiater/psykolog pr. / 10.000 indbyggere 2005

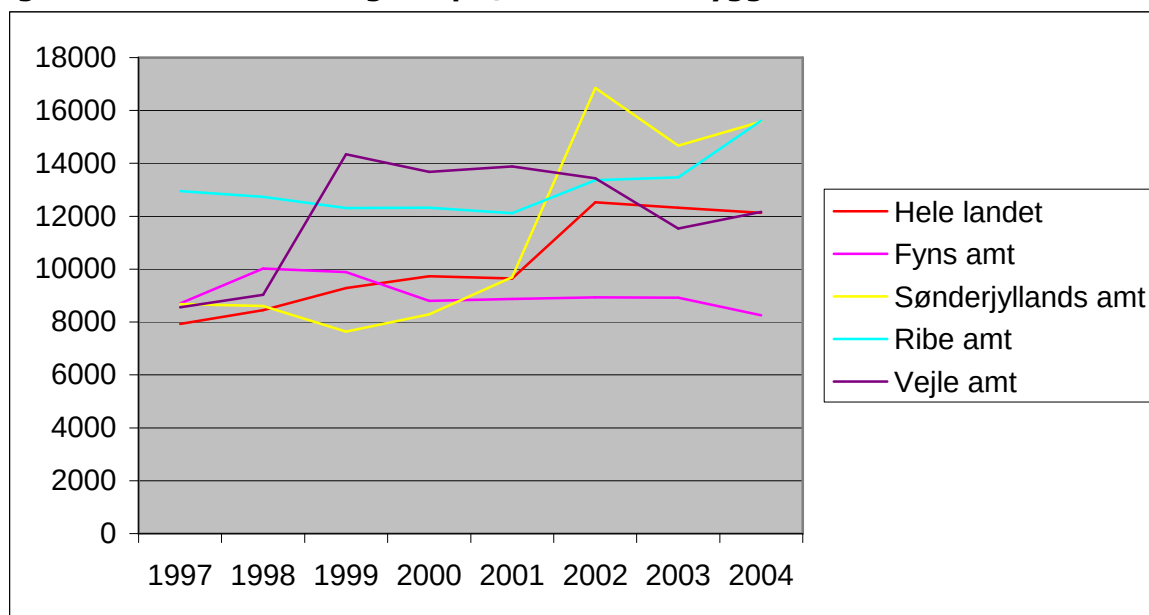


Note: *I sygehuspsykiatri er voksne opgjort fra og med 19 år, hos privat praktiserende psykiater/psykolog fra og med 20 år. Ydelserne for de privatpraktiserende psykiatere/psykolog indeholder også andre ydelser end kun ambulante besøg. Tallene er ikke korrigeret for delingen af Vejle Amt.

Udviklingen i antallet af ambulante ydelser har været forskellig i de fire amter (figur 3). På landsplan har der generelt været en tilvækst i antallet af ambulante ydelser. Niveaulet kulminerede i 2002. I de efterfølgende to år var en svag nedgang i antallet af ambulante ydelser. Nyere tal fra Amtsrådsforeningen tyder på, at tendensen atter er vendt, og der er en lille stigning i antal ambulante ydelser fra 2004 til 2005.

Både på landsplan, og i to af amterne har der i løbet af perioden været en væsentlig tilvækst på kort tid. Fyns Amt adskiller sig ved aldrig at have foretaget en tilsvarende forøgelse, mens Ribe adskiller sig ved gennem hele perioden, at have haft et relativt stabilt og højt antal ydelser, der igennem de senere år er øget yderligere. Fyns Amt har et relativt stabilt men lavt antal ambulante ydelser igennem perioden.

Figur 3. Udvikling i antal ambulante ydelser i voksenpsykiatrien inkl. hjemmebesøg og ekskl. skadestuebesøg i år pr./100.000 indbyggere

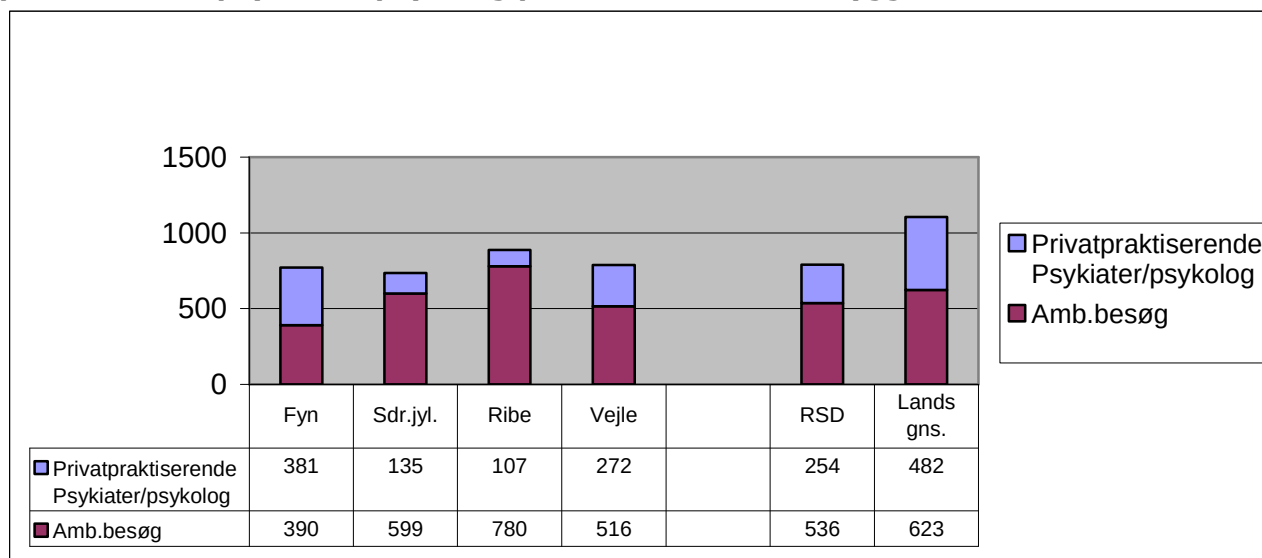


Kilde: LPR, sundhedsstyrelsen.

Ambulante ydelser i børne- og ungdomspsykiatrien

Landsgennemsnittet for antallet af ambulante besøg ligger på 623 besøg /10.000 indbyggere mellem 0 - 18 år. I Region Syddanmark er der 536 besøg /10.000 indbyggere, figur 4. Både Ribe og Sønderjyllands Amter ligger over landsgennemsnittet. Ribe har mere end dobbelt så mange besøg /10.000 indbyggere som Fyns Amt med 402 besøg (alderskorrigeret, dvs. rate er personer/indbyggere under 18 år).

Figur 4. Ambulante ydelser til B&U* fordelt på sygehuspsykiatri og privat praktiserende psykiater/psykolog personer/10.000 indbyggere 2005

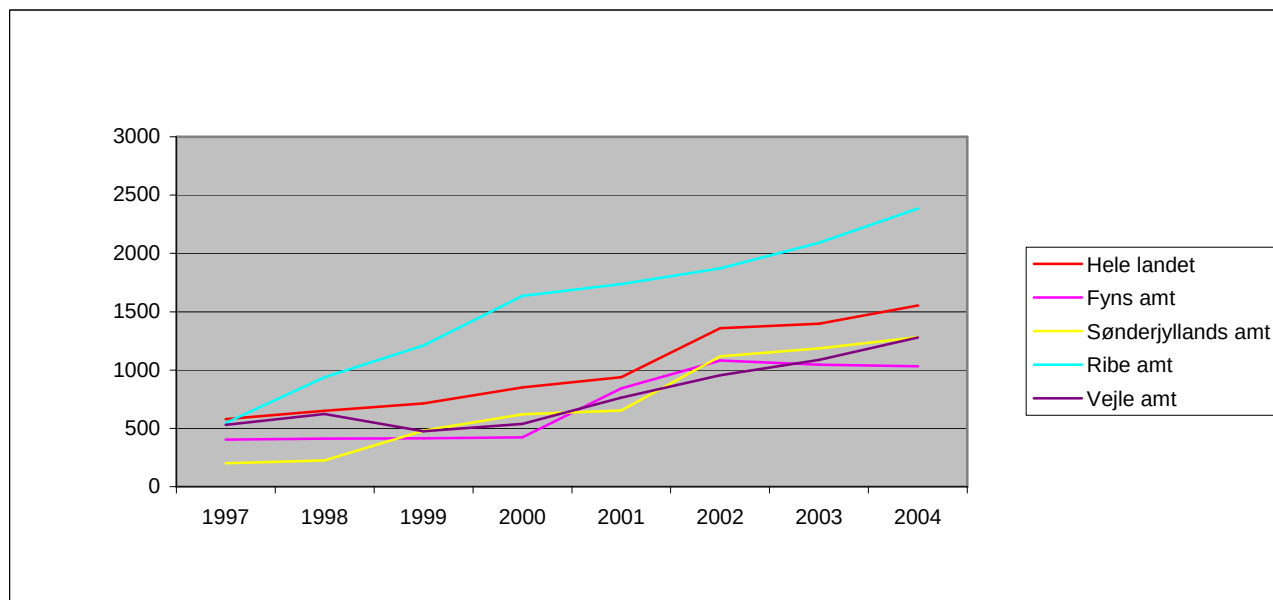


Kilde: Amtsrådsforening⁶

Note: *I sygehusregi opgøres B&U som 0-18 år, hos privatpraktiserende psykiater/psykolog er det 0-19 år. Ydelserne for privatpraktiserende psykiater/psykolog indeholder også andre ydelser end kun ambulante besøg.

Med undtagelse af Fyns Amt har amterne fulgt landstendensen og støt øget antallet af ambulante besøg. Fyns Amt har i perioden 2002 til 2004 ikke haft tilsvarende øgning i ambulante ydelser, figur 5.

Figur 5. Udvikling i ambulant- og hjemme besøg i året personer/100.000 indbyggere Børne- og ungepsykiatri



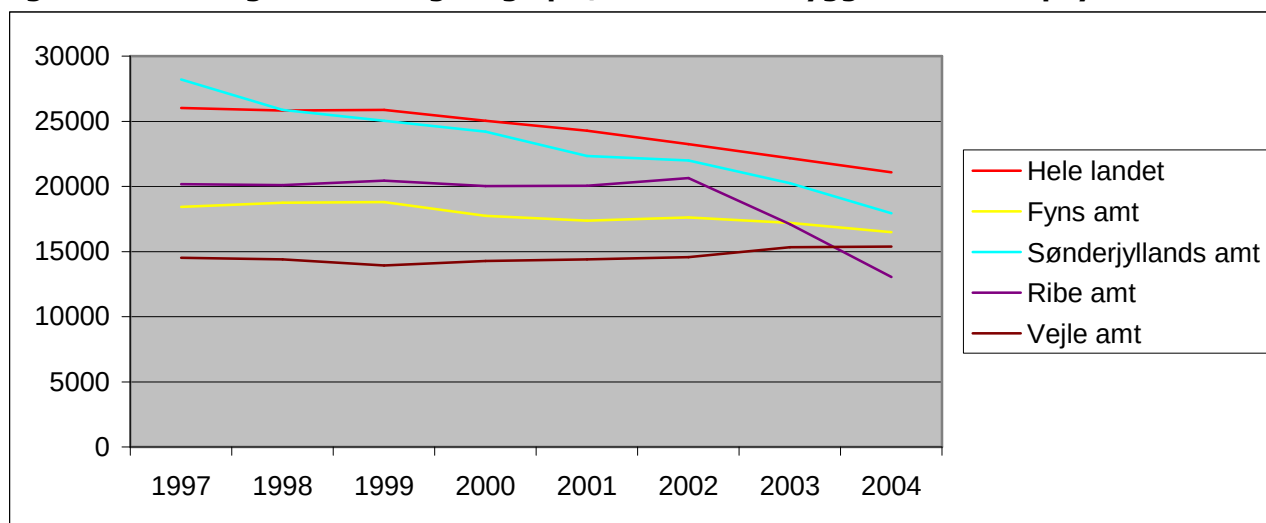
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsstyrelsen.

Sengeafsnit

Region Syddanmark har i forhold til indbyggertal en ensartet sengenormering på de voksenpsykiatriske afdelinger med mellem 5,4 og 6,2 sengepladser /10.000 indbyggere. Alle fire amter ligger under landsgennemsnittet på 6,3, og ses Region Syddanmark samlet, opnås et gennemsnit på 5,9 sengeplads /10.000 indbyggere⁷.

Udviklingen set i form af det samlede antal sengedage har fulgt tendensen for landsgennemsnittet (figur 6). Der ses dog, at Ribe Amt i de senere år har haft den mest markante reduktion i antal sengedage. Samtidigt har Vejle Amt haft en svag stigning i antallet.

Figur 6. Udvikling i antal sengedage pr./100.000 indbyggere i voksenpsykiatri



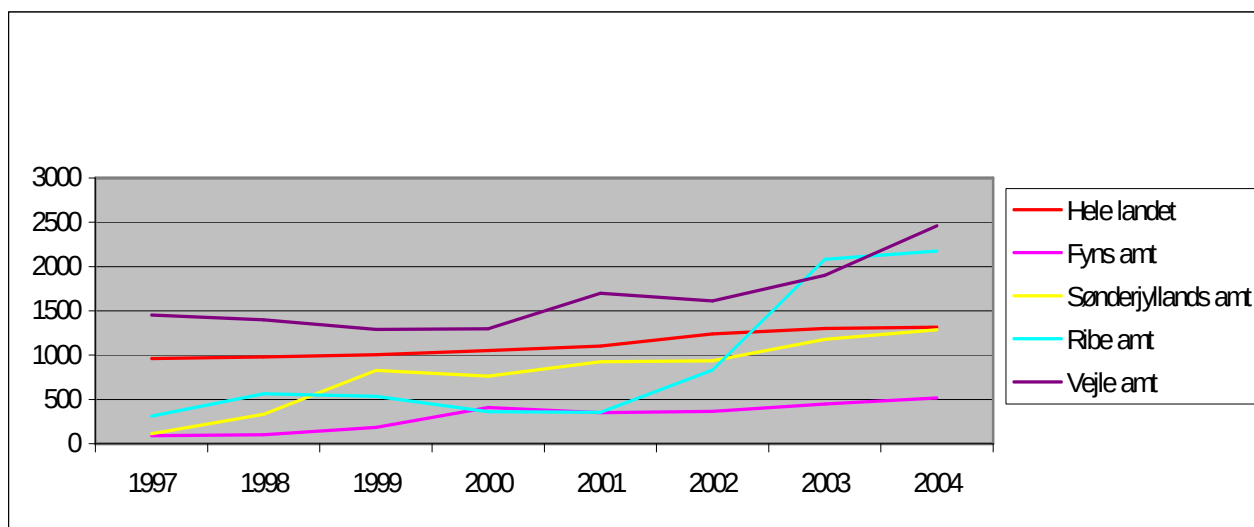
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsstyrelsen.

Det relativt lave antal sengepladser i regionen, bør ses i relation til regeringens seneste aftale om satspuljer¹⁰, hvor man ønsker at hver region nøje overvejer en yderligere reduktion, men sammenholder det med en anbefaling om, at enkelte patientgrupper kan have brug for langvarig og stabiliserende indlæggelse¹⁰.

For børne- og ungdomspsykiatrien adskiller Vejle Amt sig med en meget høj sengenormering, og Fyns Amt med en forholdsvis lav sengenormering. Regionsgennemsnittet ligger med 1,9 sengepladser /10.000 indbyggere, en anelse højere end landsgennemsnittet på 1,8 sengeplads.

Udviklingen set i form af antal sengedage har fulgt den generelle tendens på landsplan i form af en forøgelse i de senere år. Udviklingen i de enkelte amter viser dog en større variation. Således har både Ribe og Vejle Amter haft en væsentlig større stigning i antal sengedage end de to andre amter, figur 7.

Figur 7. Udvikling i antal sengedage pr. /100.000 indbyggere i børne- og ungdomspsykiatri



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsstyrelsen.

For det børne- og ungdomspsykiatriske område er der således sket en produktionsøgning både på det ambulante og stationære område. Dette skal dog ses i lyset af, at efterspørgslen efter diagnosticering og behandling i de sidste år har været stigende. Inden for de sidste 10 år er antallet af henvisninger fordoblet⁹. Udbygning af kapaciteten på det børne- og ungdomspsykiatriske område har været, og er fortsat, højt prioriteret i regerings satspulje¹⁰.

Kvalitetsudvikling i psykiatrien i Region Syddanmark

Hovedresultater, kvalitetsudvikling i psykiatrien i Region Syddanmark:

- På nationalt niveau er det besluttet at alle offentlige sygehuse skal deltage i den danske kvalitetsmodel (DDKM).
 - o Den danske kvalitetsmodel rummer 37 temaer som vil danne grundlag for en række standarder der skal implementeres i sygehusregi.
 - o Der vil blive foretaget måling og vurdering af aktiviteter, ydelser og institutioner for at se, om de lever op til standarderne.
 - o Den interne vurdering følges op af ekstern vurdering, der forventes påbegyndt 2. halvår 2008.
- Den planlagte kvalitetsudvikling i regionen har som primært mål at sikre en organisering, der kan understøtte arbejdet med den danske kvalitetsmodel (DDKM).
- Forberedelse af implementering af DDKM
 - o Omfatter uddannelse af medarbejdere der kan forestå implementering af DDKM.
 - o Der er indenfor i Region Syddanmark uddannet ca. 40 kvalitetskoordinatorer, og igangsat en uddannelse af ca. 140 kvalitetsmedarbejdere

- Organisering af kvalitetsarbejdet.
 - o Hvert psykiatricenter etablerer en kvalitetsorganisation.
 - o Herudover anbefales det fra internt arbejdsgruppe i Region Syddanmark at kvalitetsarbejdet i psykiatrien sker i samarbejde med kvalitetsafdelingen for hele sundhedsområdet i Region Syddanmark.

Den planlagte kvalitetsudvikling i regionen har som primært mål at sikre en organisering, der kan understøtte arbejdet med den danske kvalitetsmodel (DDKM).

Kvalitetsarbejdet i psykiatrien

I efteråret 2005 har en arbejdsgruppe under psykiatriledelsen i regionen kortlagt hvilke aktiviteter og initiativer, der har været igangsat, (bilag 15), og der er efterfølgende udarbejdet forslag til en ramme for arbejdet i de kommende år. Helt overordnet anbefaler arbejdsgruppen, at der ikke oprettes en selvstændig kvalitetsafdeling for psykiatrien, men at arbejdet med kvalitet i psykiatrien sker i samarbejde med kvalitetsafdelingen for hele sundhedsområdet i Region Syddanmark.

Der er i en afrapportering fra arbejdsgruppen fremhævet følgende specifikke indsatsområder for psykiatrien:

- Forberedelse af implementering af DDKM.
- Organisering af kvalitetsarbejdet.

Forberedelse af implementering af DDKM omhandler i første omgang uddannelse af personalet i kvalitetsudvikling. På nuværende tidspunkt er uddannet ca. 40 kvalitetskoordinatorer, som i de kommende år skal forestå udvikling, implementering, formidling og videreudvikling af kvalitetsområdet ved de psykiatriske afdelinger i RSD. Herudover er der igangsat en uddannelse af ca. 140 kvalitetsmedarbejdere, der i samarbejde med koordinatorerne skal bidrage til den løbende drift af kvalitetsarbejdet i afdelingerne.

Organisering af kvalitetsarbejdet skal ske ved, at der i hvert psykiatricenter etableres en kvalitetsorganisation bestående af ovennævnte koordinatorer og kvalitetsmedarbejdere samt en leder. De tre psykiatricentre har hver ansat en kvalitetschef primo 2007. Til servicering af psykiatricentrernes kvalitetsmedarbejdere foreslår arbejdsgruppen etablering af et "opsøgende kvalitetsteam for psykiatrien" (bilag 16). Teamet skal tilknyttes et kompetencecenter, der dækker såvel somatikken som psykiatrien i RSD, og teamet vil kunne trække på de generelle kompetencer, som etableres i centeret.

I 2007 etableres en styregruppe for kvalitet, som får til opgave at udarbejde en samlet kvalitetsstrategi for psykiatriområdet.

Referencer kapitel 5

1. Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, Fælles mål og handleplan 2002-2006*.
2. Kvaliteten i behandlingen af skizofreni, NIP resultater, tilgængelig på www.sundhed.dk
3. Børne- og UngdomsPsikiatrisk Selskab i Danmark, *BupBasen, årsrapport 2005*.
4. Region Syddanmark, Notat af 5 okt. 2006, *Produktivitet og service i de fire amter i Region Syddanmark*.
5. Region Syddanmark, Notat vedrørende optagerområder.
6. Amtsrådsforeningen (ARF) *En sammenligning af amternes/H:S`aktiviteter på psykiatriområdet i 2005*.
7. Region Syddanmark, notat *Produktivitet og service i de fire amter i Region Syddanmark* 05.10.06.
8. Region Syddanmark, *Beskrivelse af psykiatrien i Vejle, Ribe, Fyns og Sønderjyllands Amter*. 2005.
9. Sundhedsstyrelsen, *Udvikling i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed 2006*.
10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, *Aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2007-2010 – psykiatridelen*. 2006.
11. Rapport om risikostyring og patientsikkerhed.
12. Kvalitetsafdelingen i Århus Amt. Rapporter fra landsdækkende psykiatriundersøgelse. Tilgængelige på www.arf.dk og www.sundhed.dk

Kapitel 6

Patienter og pårørende

Psykisk sygdom medfører megen bekymring, frygt og uvished for såvel den sindslidende såvel som for dem, der oplever sygdommen på nært hold, og mødet med psykiatrien er som udgangspunkt aldrig et lykkeligt møde. Men hvis mødet ud over faglig dygtighed også præges af fordringen om medmenneskelig forståelse, indlevelse, respekt og imødekommenhed, så er fundamentet tilstede for at forløbet kan blive positivt.

Et godt samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og patienter og pårørende er centralt, og derfor er det også naturligt, at netop dette samarbejde har været højt prioriteret i de fire forhenværende amter. Et udtryk herfor er blandt andet de konkret udarbejdede politikker. I dette kapitel behandles det vigtige samarbejde med patienter og pårørende i behandlingspsykiatrien, mens det tilsvarende område – samarbejdet med beboere, brugere og pårørende inden for socialpsykiatrien behandles i kapitel 9.

Kapitlets hovedresultater:

- Inddragelse og støtte af patienter og deres nære pårørende har gavnlig indvirkning på behandlingsforløbet.
- Der har i alle fire forhenværende amter været ført en aktiv patient- og pårørendepolitik, om end udmøntningen har været forskellig. Det kan fremhæves, at Vejle Amt, i kraft af PsykInfo, har haft en meget synlig informationsformidling rettet mod patienter og deres pårørende.
- Inddragelsen af patient- og pårørendeorganisationer er foregået med forskellig kadence og i forskellige fora i amterne. Dette skyldes blandt andet, at organisationerne har været forskelligt repræsenteret i de tidligere amter. Organisationerne har været inddraget i de forskellige planlægningsaktiviteter, fx omkring psykiatriens fysiske rammer og udviklingsplaner.
- I Region Syddanmark tilbydes systematisk undervisning til patienter og pårørende i skizofreni og affektive lidelser. Herudover er der enkelte steder tilbud om undervisning til patienter med personlighedsforstyrrelser og deres pårørende.
- Specielt børn, hvis forældre er længerevarende psykisk syge, har i et livtidsperspektiv øget risiko for at få problemer. Derfor er det ekstra vigtigt at have fokus på denne gruppe.
- Der er i alle de fire gamle amter fokus på børn i familie med psykisk syge forældre, men selve organiseringen og omfanget af tilbudene er meget forskellige. I Vejle og Sønderjyllands Amter har været mere central styring. I Fyns og Ribe Amter har tiltagene været baseret i lokale tiltag.

Patient- og pårørendesamarbejde og -politikker

Alle de fire forhenværende amter har udarbejdet og indført en politik i forhold til patienter og pårørende. En del af baggrunden for indførelsen af bruger- og pårørendepolitikker er, at man i stadig stigende grad er blevet opmærksom på, at

netop inddragelse og støtte af patienter og deres nære pårørende har gavnlig indvirkning på behandlingsforløbet.

Formålet med politikkerne har været at styrke samarbejdet og dialogen med brugerne og deres nærmeste pårørende, og at sikre sig, at alle afdelinger har fælles retningslinier og principper for dette samarbejde. De følgende afsnit omkring patienter og pårørende bygger i udgangspunktet på de politikker, som de fire tidligere amter har formuleret på området¹.

Patienter

Betegnelsen "patient" anvendes om alle *personer, der modtager tilbud inden for behandlingspsykiatrien*. Det vil sige de psykiatriske afdelinger, hvad enten der er tale om behandling på sengeafsnit, eller ambulant behandling, eller distriktspsykiatrien. I kapitel 5 om kvalitet findes en gennemgang af den brugeroplevede kvalitet.

Som psykisk syg har man behov for behandling, støtte og vejledning for at få det bedre. Det har været politikken i de fire forhenværende amter, at psykiatrien indgår i dialog for i samarbejde med den sindslidende at finde frem til der rette tilbud om behandling og støtte med det formål at bedre sygdommen og situationen mest muligt, så den sindslidende opnår et så selvstændigt liv som muligt.

I mødet med psykiatrien skal den sindslidende føle sig godt behandlet og opleve, at psykiatrien er til for den sindslidende, samt at behandlingen bygger på et fælles værdigrundlag for indsatsen over for mennesker med sindslidelse. Folketinget har derfor vedtaget tre værdier, som indsatsen skal bygge på. Det drejer sig om værdierne; respekt, faglighed og ansvarlighed. De folketingsvedtagne værdier er blevet udmøntet mere konkret i de fire gamle amter, og udmøntningen er sammenskrevet neden for:

Respekt *fordrer i udgangspunktet en respektfuld omgang med hinanden for at skabe en relation præget af anerkendelse og ligeværdighed, hvor*

- Patienten selv får lov at definere, hvad et godt liv er
- Patienten, og dennes netværk, involveres i indsatsen
- Patienten – og eventuelt pårørende – involveres og har mulighed for at deltage i status-/ udviklingsmøder eller lignende om den sindslidende

Faglighed *skal sikre, at de forskellige sektorer, der arbejder med personer med sindslidelser, kan mødes om den bedste behandling og sociale indsats, som tilpasses den enkeltes individuelle behov og ønsker, og hvor*

- Der løbende sker en opdatering og udbredelse af viden om social indsats og behandlingsformer
- Der fokuseres på ligeværdighed, muligheder og håb
- Den sindslidende og de pårørende inddrages i udvikling og planer for nye behandlings-/ støttetiltag

Ansvarlighed *tillægges den dobbelte betydning, at alle involverede fra den sindslidende selv til fagfolk og pårørende har ansvar for og andel i at opnå den bedste løsning, hvor*

- Der indgås aftaler om, hvordan de relevante dele af behandlings- og socialindsatsen kontaktes igen

- Den sindslidende og de pårørende involveres i udførelsen af behandling og social støtte
- Samarbejdspartnere involveres i en løbende dialog med fokus på kontinuitet og støtte, især ved særlige risikosituationer, herunder de vanskelige overgange mellem tilbud i forskellige regi.

Psykiatrien i Region Syddanmark har opstillet en række kvalitets- og servicemål inden for de fem dimensioner i kvalitetsbegrebet, jf. også kapitel 5. Der er dels tale om lovgivningsdefinerede målsætninger, dels om Region Syddanmarks egne videregående målsætninger. Specifikt i forhold til patienterne i behandlingspsykiatrien skal følgende fremhæves:

Tabel 1. Oversigt over kvalitets- og servicemål

Målsætning	Organisation	Opfølgning
Alle patienter skal have en navngivet kontaktperson	Sundhedslov, Servicelov	Sundhedsstyrelsens opfølgningsplan følges, og der gennemføres stikprøve på de enkelte afsnit hvert kvartal
Der skal være spurgt ind til børn i familier med psykisk syge	Region Syddanmark	Der følges op tre gange om året ved stikprøve for de enkelte afdelinger
Senest inden for otte dage efter henvisning forelægger tid for 1. behandling	Sundhedslov	Der følges op tre gange om året
Epikrise har – a) fulgt standarden udviklet i psykiatrien og er b) udsendt inden for tre hverdage efter udskrivning	Region Syddanmark	Der følges op gennem henholdsvis a) årlig audit på afdelingsniveau ultimo 2007 og b) tre gange årligt
Behandlingsopstart finder sted senest tre måneder efter henvisning	Region Syddanmark	Der følges op tre gange årligt
Patienterne er samlet set som minimum tilfredse med tilbuddet	Region Syddanmark	Der følges op gennem de seneste landsdækkende tilfredshedsundersøgelser
Der foreligger behandlingsplan senest otte dage efter behandlingsopstart	Sundhedslov	Der følges op tre gange årligt
Der udvikles en standard for behandlingsplan	Sundhedslov, Servicelov	Arbejdet med fælles standard iværksættes og afsluttes i 2007
Der gennemføres opfølgningssamtale efter tvangsanvendelse	Psykiatrilov	Der gennemføres stikprøver tre gange om året
1. behandlingskontakt inden 30 dage efter udskrivning for alle skizofrene	Det Nationale Indikatorprojekt	Der følges op gennem den seneste årsrapport fra NIP
Afdelingerne lever op til NIP-indikatorer	Det Nationale Indikatorprojekt	Der følges op gennem den seneste årsrapport
Der er fulgt op på bivirkning af medicin	Det Nationale Indikatorprojekt	Der følges op gennem den seneste årsrapport fra NIP

Pårørende

En pårørende kan være den sindslidendes forældre, ægtefælle/ samlever, børn, søskende eller en nær ven. Det afgørende er, at den sindslidende har nære relationer til pågældende.

Når et menneske rammes af en sindslidelse, har det også konsekvenser for de pårørende. Ofte er det dem, der først ser og mærker en ændret adfærd, og må yde støtte i dagligdagen. De har derfor også en indsigt og en viden om den sindslidendes adfærd, der er vigtig at have med i behandlingen af den sindslidende. Med andre ord, så udgør de pårørende en vigtig ressource og samarbejdspartner for de professionelle behandlere.

Eksempel på pårørendeinddragelse

- Den sindslidendes kontaktperson skal efter indlæggelse/ visitation udrede den sindslidendes relationer til pårørende med henblik på at skabe eller vedligeholde kontakten med de nære pårørende, herunder afdække de pårørendes behov for informationer
- Med den sindslidendes accept informeres de nære pårørende om, hvem der er den sindslidendes kontaktperson
- Forudsat at den sindslidende giver sin accept, skal pårørende så vidt muligt informeres og medinddrages ved væsentlige ændringer og beslutninger, som angår den sindslidende
- Nære pårørende tilbydes efter behov og vurdering af den konkrete situation personlig vejledning i, hvordan de støtter den sindslidende
- Samarbejdet med nære pårørende skal respektere den sindslidendes ret til at bestemme selv, samt respektere gældende regler om tavshedspligt. Formidling af personlige oplysninger til nære pårørende kan således kun ske i forståelse med den sindslidende.

I Region Syddanmark er der fastsat kvalitetsmål for de pårørendes tilfredshed med behandlingspsykiatrien, hvor

- De pårørende samlet set som minimum skal være tilfredse med tilbuddet. Der følges op på de pårørendes tilfredshed gennem de seneste landsdækkende tilfredshedsundersøgelser, hvor regionen har en målsætning om en målopfyldelsesgrad på 70 %.

Denne – i nogens øjne måske – lave målopfyldelsesgrad skyldes de for psykiatrien grundlæggende forhold, at der er lav helbredelsesgrad, høj andel af kroniske patienter samt relativ lav sygdomserkendelse i psykiatriens målgruppe.

I forhold til de pårørende skal der arbejdes videre med hvordan behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark:

- Kan være opsøgende i forhold til de pårørende, og de skal opleve, at deres viden og erfaring kan bruges i behandlingen, ligesom de skal vejledes i vanskelige situationer, så de kan være en støtte for den sindslidende.
- Kan tilbyde de pårørende relevant, og opdateret informationsmateriale.
- Kan sørge for, at pårørende får mulighed for at deltage i undervisningsforløb vedrørende psykiatriske lidelser.
- Kan støtte pårørende, der har behov for krisehjælp, i at kontakte egen læge, eller orientere om mulighederne for psykologhjælp/ andre former for hjælp.
- Kan henvise de pårørende til de organisationer, der er for pårørende, ligesom psykiatrien bør videregive informationsmateriale fra disse organisationer.

Pårørende- og patientundervisning

Alle behandlingssteder i de fire tidligere amter tilbyder systematiseret patient- og pårørendeundervisning i skizofreni og i reglen også i affektive lidelser. Herudover er der flere steder kommet undervisningstilbud til patienter og deres pårørende med personlighedsforstyrrelser, tabel 1.

Tabel 2. Oversigt over udbud af manualiseret psykoedukation og pårørendeundervisning

Vejle Amt	
Vejle afdeling	<u>Psykoedukation</u> : periodisk depression, skizofreni. <u>Pårørendeundervisning</u> : skizofreni, depression og bipolar lidelser, i samarbejde med PsykInfo.
Kolding afdeling	Skizofreni, Affektive, Depression
Børne- og ungdoms-psykiatrisk afdeling	Spiseforstyrrelser, gennemgribende udviklingsforstyrrelse, planlægning i gang for pårørende til skizofrene
Fyns Amt	
Odense afdeling	Skizofreni, Affektive, Demens
Middelfart afdeling	Skizofreni, Depression, Demens
Svendborg afdeling	Skizofreni, depressioner, personlighedsforstyrrelser.
Børne- og ungdoms-psykiatrisk afdeling	Anoreksi, ADHD
Ribe Amt	
Voksenpsykiatrisk afdeling	Skizofreni, Depression
Børne- og ungdoms-psykiatrisk afdeling	Ikke oplyst
Sønderjyllands Amt	
Augustenborg	Ikke oplyst
Børne- og ungdoms-psykiatrisk afdeling	Ikke oplyst
Gerontopsykiatrisk afdeling	Demens, depression, delir

I det forhenværende Fyns Amt er der primært tale om faglig undervisning, hvor der i det tidligere Sønderjyllands Amt primært tilbydes funktionsundervisning. I det gamle Vejle Amt varetages undervisningen af Psykiatrisk Informationscenter og af personalet de psykiatriske afdelinger.

Resultater fra Landspatientundersøgelsen 2005²³ tyder på, at der er forskel på behandlernes og patientens oplevelse af, hvor udbredt undervisningen af patienter og pårørende er. Således svarede 66 % af patienterne fra de almenpsykiatriske sengeafsnit og 59 % fra distriktskykiatrien, at de *ikke* er blevet tilbudt undervisning (psykoedukation). Det samme billede tegner sig for pårørendeundervisningen, hvor 67 % af de pårørende til patienter i distriktskykiatrien og 79 % af de pårørende til patienter i almenpsykiatriske sengeafsnit har svarede at de *ikke* er blevet tilbudt undervisning. For nærmere gennemgang af hovedresultaterne fra Landspatientundersøgelserne henvises til kapitel 5.

Børn med psykisk syge forældre

Både voksne og børn er som pårørende vigtige samarbejdspartnere for psykiatrien. Samtidigt befinder de sig ofte i en vanskelig situation, hvor psykiatrien har et medansvar for at yde støtte gennem undervisning og information. Specielt børn, hvis

forældre er længerevarende psykisk syge, har i et livtidsperspektiv øget risiko for at blive negativt påvirket. Enten ved allerede som børn at udvikle psykosociale problemer eller for selv at få en psykisk sygdom som voksen. Derfor er det ekstra vigtigt at have fokus på denne gruppe. Det er (jf. tidligere) i forlængelse heraf også en regional målsætning, at der skal være spurgt ind til om der er børn i familie med den psykiske syge. Der følges op herpå tre gange om året ved stikprøve for de enkelte afdelinger, hvor målsætningen i regionen er en målopfyldelsesgrad på 90 %

Ribe Amt

- Havde i 2004 specielt fokus på børn i familie med en psykisk syge..
- Der er uddannet en række nøglepersoner, som afholder temaaftener og andre relevante arrangementer for forældre og børn.
- I behandlingspsykiatrien er der indarbejdet en fast rutine vedrørende voksne med børn under 18 år. Hvor det er relevant tilbydes familiesamtale for patient og barn.

Fyns Amt

- Havde ingen overordnet amtslig koordinering
- Distriktpsikiatri-Odense, har undervisningsgrupper for børn i alderen 10-14 år.
- Distriktpsikiatri-Svendborg, igangsatte gruppetilbud i 2000, sammen med Svendborg kommune. Tilbuddet drives nu af Svendborg kommune med faglig bistand fra behandlingspsykiatrien efter behov.
- Sygehus Fyn, Svendborg, har en fast rutine i forhold til voksne med børn. Er det relevant, tilbydes familiesamtaler til patient og barn.

Vejle Amt

- Havde koordinering og tilbud på amtsniveau. Der var ansat to personer med fokus på området.
- PsykInfo, fokus på emnet.
- Gruppetilbud for børn 8- 18 år (grupelight)
- Gruppetilbud for etniske børn/unge med traumatiserede eller psykisk syge forældre.
- Familiesamtaler.

Sønderjyllands Amt

- Amtslig koordinering.
- Der er lavet samarbejdsaftaler, der beskriver hvordan afdeling/kommune handler.
- Afdelinger afholder familiesamtaler, hvor der samles op på familiens situation.
- Deciderede tilbud som børnegrupper er i kommunalt regi.

Samarbejdet med bruger- og pårørendeorganisationer

I de fire forhenværende amter har man ført en aktiv samarbejdspolitik i forhold til bruger- og pårørendeorganisationerne. Således har der været tradition for, at organisationerne i forskellige fora og med forskellige kadencer har været involveret i samarbejdsrelationer med politikere og forvaltningen, og de har været inkluderet i planlægningsaktiviteter. Eksempler på konkrete samarbejder, er:

- Dialog i et overordnet politisk forum.
- Dialogmøder mellem psykiatriforvaltningen og organisationerne.

- Løbende deltagelse af patienter og pårørende i kvalitetsudviklingsprojekter, evaluering af de psykiatriske tilbud m.v., fx gennem deltagelse i arbejdsgrupper, særlige fokusgrupper eller brugerpanel.

Patient- (/bruger-) og pårørendeorganisationerne har været forskelligt repræsenteret i de fire gamle amter, og derfor er der, trods en høj prioritering af området, også ganske store forskelle i hvilke organisationer, psykiatrien har samarbejdet med på lokalt/ regionalt plan. I tabel 2 ses en samlet amtsopdelt oversigt over de forskellige organisationer, der har samarbejdet med de forhenværende amter.

Tabel 3. Oversigt over bruger- og pårørendeorganisationer i psykiatrien

Amt	Organisation
Fyns Amt	Sind – Stoppestedet Bedre Psykiatri på Fyn LAP – Landsforeningen af tidligere og nuværende psykiatribrugere Depression
Ribe Amt	Landsforeningen SIND, Ribe Amtskredsforening SIND – Åndehullet Bramming/ Ribe SIND - Huset, Sport SIND – Klubben Grindsted SIND - Klub for Varde og omegn SIND - Klubben Esbjerg LAP – Landsforeningen af tidligere og nuværende psykiatribrugere Alzheimerforeningen i Ribe Amt ADHD-foreningen Støtteforeningen for Værestedet Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI Foreningen af spiseforstyrrelser Autismeforeningen Foreningen pårørende til Sindslidende
Sønderjyllands Amt	Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI Landsforeningen SIND Sønderjyllands Amtskredsforening Alzheimerforeningen i Sønderjyllands Amt
Vejle Amt	Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI Landsforeningen SIND Vejle Amtskredsforening SIND, Pårørendeudvalg Foreningen af psykiatribrugere Depressionsforeningen Alzheimerforeningen OCD-foreningen Stemmehørernetværket

Fremtidig inddragelse af patient- og pårørendeorganisationer

Patient- og pårørendeinddragelse har som nævnt været højt prioriteret i psykiatrien i de fire gamle amter. Det ligger fast at den høje prioritering af området vil blive videreført i Region Syddanmark. Den konkrete politik vedrørende patient-, bruger- og pårørendeinddragelse er endnu ikke udarbejdet. Den vil dog tage sit naturlige udgangspunkt i regionens forretningsorden, hvor åbenhed, dialog og brugerinddragelse er i centrum.

Inddragelse og åbenhed derfor det udgangspunkt hele Region Syddanmark skal have i sin planlægning, når regionen møder borgere, brugere og pårørende.

En væsentlig faktor i det fremtidige samarbejde med patienter og pårørende, er hvordan interesseorganisationerne vælger at være organiseret i Region Syddanmark. En afdækning blandt en række af de største organisationerⁱ viser, at der er forskel på, hvor langt organisationerne er nået i den formelle organisering, ligesom der er forskel på, hvordan organisationerne konkret vælger at organisere sig. Dette afhænger blandt andet af organisationernes medlemsmæssige situation i den nye regions område, ligesom et første naturligt fokus for flere af organisationerne er de nye kommuner, som har overtaget en betydelig del af ansvaret for patient- (/bruger-) og pårørendeorganisationernes interessefelter.

Selv om det er karakteristisk, at man endnu ikke fuldt ud er begyndt at tænke det formelle samarbejde med psykiatrien i regionen ind, er det dog et fælles træk, at alle forventer at skabe en organisation, som har en fast og forpligtigende kontakt til regionen. Organisationerne

- Foreslår oprettelse af et sundhedsbrugerudvalg med høringsberettigelse
- Fremhæver nødvendigheden ved et formaliseret samarbejde mellem region og organisationerne.
 - o I forlængelse heraf fremhæves vigtigheden af, at kommunerne involveres i et sådant formaliseret samarbejdsforum.
- Ønsker kontinuerlig inddragelse i foranstående forandringsprocesser, hvor inddragelsen bibeholdes hen over evaluering/ kontrol.

Referencer kapitel 6

¹ afsnittene bygger på: Fyns Amt; "Revision af psykiatriplan 2004", "Årsrapport for det behandlingspsykiatriske politikområde, 2005", "Årsrapport for det socialpsykiatriske politikområde, 2005". Ribe Amt; Pjecerne "Brugerinformation", "Pårørende-politik i Ribe Amt". Sønderjyllands Amt; Pjecerne "Bruger- og pårørendepolitik for Psykiatrien", "Til pårørende til psykisk syge". Vejle Amt; Pjecen "Er du pårørende til et menneske med en sindslidelse?" samt "Udviklingsplan for Psykiatrien i Vejle Amt, 2005".

² I ikke-prioriteret rækkefølge: Landsforeningen SIND, Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI – pårørende til sindslidende, LAP – Landsforeningen Af tidligere og nuværende Psykiatribrugere, Depressionsforeningen, Angstforeningen, OCD-foreningen, Alzheimer Foreningen samt ADHD-foreningen.

Kapitel 7

Faglighed

Personalets professionalisme og faglige kunnen er den centrale faktor i psykiatrien. Derfor er efter- og videreuddannelse og kompetenceudvikling i almindelighed af afgørende betydning for den løbende udvikling af psykiatrien. Betydningen heraf kan ikke undervurderes. Hertil kommer forsknings- og udviklingsarbejde. Tilsammen udgør kompetenceudvikling og forskning en nødvendig betingelse for, at de psykiatriske behandlingstilbud altid er opdaterede og forhåbentligt endda på forkant med udviklingen.

I dette kapitel gennemgås uddannelsesaktiviteterne i Region Syddanmark. Der benyttes primært materiale fra den regionale uddannelsesgruppe, de enkelte amters egne opgivelser, Amtsrådsforenings rapport¹ om efter- og videreuddannelse på psykiatriområdet og DSI's rapport² om forskning i psykiatrien. Hertil kommer oplysninger fra en spørgerunde til afdelingerne. Det ligger udenfor denne rapports rammer at referere alle de forskellige efteruddannelser og kurser de enkelte amter har brugt i de senere år. Derfor er det primært nogle enkelte hovedtræk og karakteristika, der opridses i afsnittet.

Kapitlets hovedresultater:

- Selvom organisering af efter- og videreuddannelse i de fire amter har været forskellig, er der tradition og praksis for samarbejde og koordinering.
- Der er etableret *Tværfaglig diplomuddannelse i psykiatri*, og der samarbejdes om *psykiatrisk specialuddannelse for sygeplejersker*. Endvidere bliver *psykoterapi for yngre læger* udbudt regionalt fra Psykiatrisk Informationscenter i Vejle.
- I tre af amterne har målbevidst styrket to kognitive behandlingsformer som terapietning, mens Sønderjyllands Amt i højere grad har fokuseret på relationsbehandling.
- En stor del af efter- og videreuddannelsen har tidligere været finansieret af den statslige psykiatripulje. I forbindelse med indgåelsen af den nye psykiatriaftale er denne finansiering bortfaldet.
- Der foregår en vis specialisering i forhold til antal af psykologer, som er i gang med en specialistuddannelse i psykopatologi, og omfanget af sygeplejersker med specialuddannelse inden for psykiatri.
- Undersøgelse tyder på, at af antallet af forskningsprojekter i Region Syddanmark inden for psykiatrien er under det halve af det antal, Region Midtjylland og Region Hovedstaden hver især deltager i, hvilket peger på et udviklingsområde. Det har ikke været muligt at identificere en regionsopdelt publikationsstatistik.

Uddannelsesaktiviteter i Region Syddanmark

Omfanget og organiseringen af efter- og videreuddannelse samt forskning og vidensformidling foregår i de fire amter på forskellig måde. Der kan skelnes mellem tre forskellige niveauer.

Det første niveau er det generelle og tværamtslige niveau. Her foregår efteruddannelsesaktiviteter og kursusvirksomheden i en tværamtslig kursusgruppe, *Det regionale uddannelsesråd*. Rådet har eksisteret siden 2003. Gruppens primære opgaver har været at planlægge og afvikle kurser mm., som ikke har kunnet afvikles af amterne selv. Enten fordi kurserne henvendte sig til en smal målgruppe, eller fordi de økonomisk eller praktisk har været af større omfang. Herudover har gruppen også medvirket til erfarings- og vidensdeling. Uddannelsesrådet har stået for følgende tværamtslige arrangementer:

- Temadag om sindslidende med anden etnisk baggrund.
- Temadag om medarbejdere med brugerbaggrund.
- Temadag om livshistorie.
- Temadag om stemmehøring

På det andet niveau varetages de amtslige kursusaktiviteter i et samspil med forskellige eksterne uddannelsesinstitutioner som CVU og CUU. Der er etableret *Tværfaglig diplomuddannelse i psykiatri*, der samarbejdes om *psykiatrisk specialuddannelse for sygeplejersker*, og der udbydes kursus *psykoterapi for yngre læger* på regionalt plan af Psykiatrisk Informationscenter i Vejle.

Det tredje niveau udgøres af lokale efteruddannelsesaktiviteter og kursusvirksomhed. Disse kursus- og uddannelsesstilbud er lokalt tilpassede, og er oftest forbeholdt de ansatte på stedet.

En stor del af efter- og videreuddannelsen har tidligere været finansieret af den statslige psykiatripulje. I forbindelse med indgåelsen af den nye psykiatriaftale er denne finansiering bortfaldet.

Forskningen i Region Syddanmark har endnu ikke en formel organisationsstruktur, men foregår indtil videre dels som en integreret del af det kliniske arbejde, dels i forbindelse med psykiatriske universitetsfunktioner på Syddansk Universitet. De enkelte amter har haft forskellige forskningsråd- eller fora.

Sønderjyllands Amt

Amtet adskiller sig fra de tre andre ved ikke i samme omfang at satse på de kognitive behandlingsmetoder^f men har målrettet arbejdet med relationsbehandling^g. Blandt andet har amtet etableret en intern *Relations behandleruddannelse*.

^f Metoder der tager afsæt i Kognitiv terapi, en veldokumenteret terapiform, der er målrettet, praktisk, aktiv, samarbejds- og kort tids orienteret psykologisk behandling.

^g Tager udgangspunkt i begreber som relationer, empati, almen menneskeliggørelse, muligheder, mestring og håb. Kontaktpersonen udøver behandling igennem sit samvær med patienten.

Amtet har i samarbejde med CVU-Sønderjylland etableret og afviklet kurser og temadage. Nogle af de interne kurser i behandlingspsykiatrien som amtet har afholdt er:

- Målrettede uddannelsesforløb for medarbejdere i opsøgende psykoseteam og behandlingstilbud for personlighedsforstyrrede.
- Konflikt håndteringskurser for alle medarbejdere.
- 2 årige Relationsbehandleruddannelse for ikke akademisk uddannet personale.
- 2 årige Dispuks tværfaglige efteruddannelse i systemisk og narrativ teori og metode.

For børne- og ungdomspsykiatrien kan nævnes følgende eksempler:

- Introforløb 8 dage for 18 medarbejdere i systemisk familiearbejde samt åbne samtaler og uddannelsesforløb over to år for 12 medarbejdere.

Ribe Amt

Har satset meget på uddannelse af personalet indenfor kognitive behandlingsmetoder. I 2004 havde Amtet sat fokus på *Recovery*^h, og i samarbejde med CVU-Esbjerg blev der afviklet en række kurser for personalet og temadage for brugere. Endvidere er der basisuddannelse for nyansatte/nyuddannede i sygehuspsykiatrien. Kurset afvikles en gang årligt og varer ca. 15-dage.

Vejle Amt

Amtet har opprioriteret uddannelse af personalet i kognitive behandlingsmetoder. Amtet har i samarbejde med CVU-Jelling etableret diplommoduler med hovedvægten på kognitive behandlingsmetoder. I amtet er der endvidere etableret en tovholderuddannelseⁱ.

Amtet har drevet et Psykiatrisk Informationscenter, *PsykInfo*. Centret er krumtappen i amtets psykiatriinformation og formidling. Centret har en lang række aktiviteter og uddannelser, herunder afholdelse af temadage, foredrag m.v. Fremover vil *PsykInfo* dække hele Region Syddanmark.

Der anvendes it-program "Fronter", et virtuelt netværk, hvor man interaktivt kan skabe vidensdeling.

Fyns Amt

Har satset på en generel efteruddannelse af personalet inden for kognitive behandlingsmetoder. Der er afholdt både interne huskurser, og der har også været gjort brug af eksterne uddannelsesstilbud.

Der afholdes tilbagevendende symposier, hvor sygeplejersker, der har afsluttet enten specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje, anden diplomuddannede, eller har taget master- eller kandidatgrad inden for relevant sundhedsområde, kommer og holder oplæg om deres afsluttende opgave.

^h Fagområde der fokuserer på elementer, der fremmer menneskers mulighed for at komme sig af psykisk sygdom.

ⁱ Uddannelse af personer, der kan sikre en koordinering af indsatserne i samarbejde med den sindslidende.

Kompetenceprofil i psykiatrien i Region Syddanmark

Det skal understreges, at kapitlet ikke er en udtømmende redegørelse af de samlede kompetencer, som psykiatrien i Region Syddanmark rummer. Der findes ikke en samlet opgørelse over de ansattes kompetenceprofil. Derfor er der i forbindelse med denne rapport forsøgt indsamlet oplysninger, der i et vist omfang giver et billede. Da datamaterialet ikke er komplet, kan der ikke gives en samlet oversigt for Regionerne, jf. Bilag 17. Der vil således være en række fagområde som fx kompetence på uddannelse af studerende og elever, samt en række faggrupper efteruddannelseskompetencer, der ikke er medtaget.

Opgørelse af psykologer med specialistuddannelse i psykopatologi

Som omtalt i kapitel 3, har Dansk Psykolog forening etableret en ny specialistuddannelse for psykologer med henblik på at sikre ekspertise på voksenpsykiatrisk område. Andre specialistuddannelser, herunder børne- og ungeneuropsykologisk specialistuddannelse, har eksisteret i flere år.

Af de besvarelser, der er fremkommet i Region Syddanmark (tabel 1) ses, at med undtagelse af Svendborg, er der 20 - 40 % af psykologerne, der enten har eller er i gang med specialistuddannelsen i psykopatologi.

Tabel 1. Antal psykologer der har eller er i gang med specialistuddannelse i psykopatologi i voksenpsykiatrien

Vejle	Kolding	Middelfart	OUH	Svendborg	Ribe og Esbjerg
1 (20 %)	3 (37 %)	2 (40 %)	3 (27 %)	3 (100 %)	3 (30 %)

Note: Der foreligger ikke svar fra Sønderjylland.

Opgørelse af specialuddannede sygeplejersker i regionen

Der er i regionen en stort set ensartet fordeling af specialuddannede sygeplejersker, svarende til 1 specialuddannet sygeplejerske /10.000 indbyggere i regionen. Alt afhængig af antal ansatte sygeplejersker i de enkelte amter udgør procentdelen af de specialuddannede sygeplejersker mellem 15 - 28 % af alle sygeplejersker.

I enkelte amter har det knebet med rekruttering af sygeplejersker til specialuddannelsen. Der angives følgende hovedårsager hertil:

- Yngre sygeplejersker med mindre børn
- Lang transporttid
- Øvrig uddannelse
- Langtidssygemeldinger
- Manglende motivation fra ledelsen
- Høj alder

Tabel 2. Antal specialuddannede sygeplejersker i Region Syddanmark

	Sønderjylland	Ribe	Vejle**	Fyn
Antal personer/10.000 indbyggere*	1,1	1,0	1,1	1,0
Procent af antal ansatte sygpl.	28 %	15 %	29 %	16 %

Kilde: notat d. 19.06.06, Vejle Amt.³

Note: *Da antallet omfatter både voksenpsykiatri og Børne- og ungdomspsykiatri er befolkningsraten baseret på den samlede aldersgruppe.

**Der er ikke korrigeret for deling af Vejle Amt.

Grunduddannelser

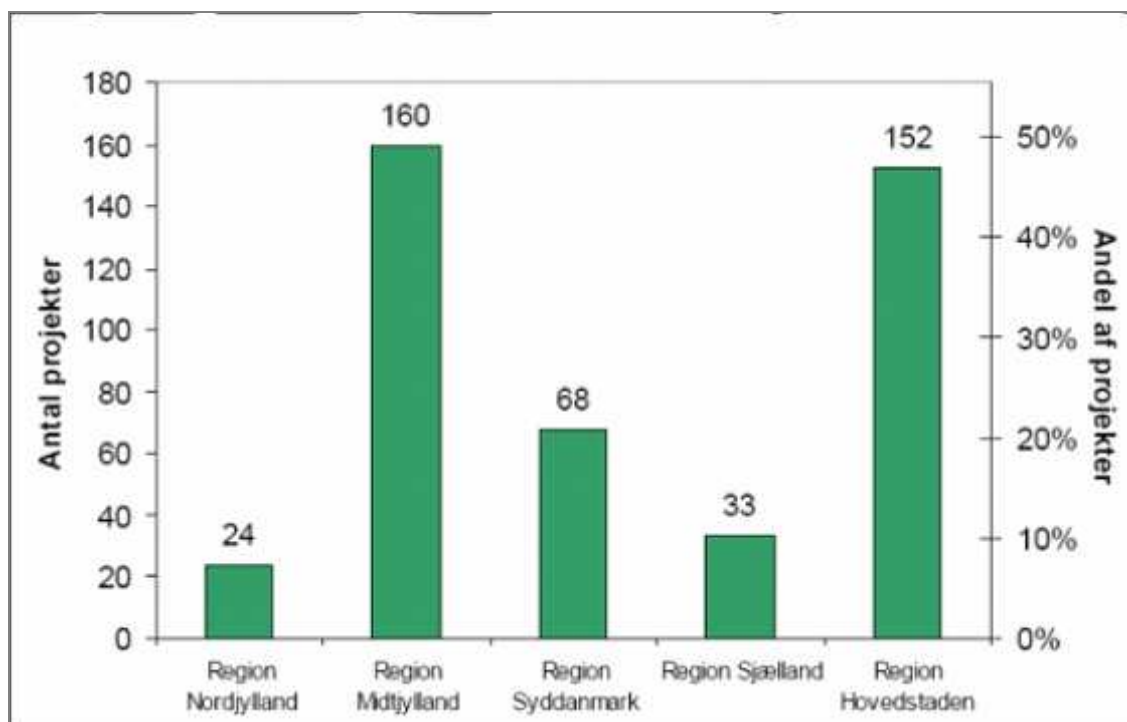
Et stort område indenfor psykiatrien er opgaven vedrørende uddannelse indenfor enkelte grunduddannelser. Psykiatrien har uddannelses forpligtigelser både i forhold til social- og sundhedsassistentuddannelsen, de mellemlange uddannelser som sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter, samt den lægefaglige kandidatuddannelse. I kraft af, at psykiatrien er mindre end til somatikken samtidigt med at psykiatrien indgår i de fleste af uddannelserne, vil antallet af elever/studerende være relativt højere i psykiatrien end i somatikken. Der findes ikke en samlet opgørelse for Region Syddanmark, men Vejle amt foretog en opgørelse i 2002, som kan give et billede, der må formodes at være rimeligt repræsentativt. Af Vejle Amts opgørelse fremgik det at antal uddannede pr. studerende (alle typer samlet) henholdsvis i psykiatrien, somatikken og socialområdet var:

- Psykiatri: 1 elev pr. 5 uddannede
- Somatik: 1 elev pr. 11 uddannede
- Social: 1 elev pr. 13 uddannede

Forskning

En nylig undersøgelse af forskningsindsatsen i Danmark², udtrykt ved afsluttede og igangværende projekter, men ikke publikationsaktivitet, viser, at Region Midtjylland og Region Hovedstaden er dominerende i psykiatriforskning. Region Syddanmark var repræsenteret i 21 % af registrerede forskningsprojekter, figur 1. For en specifik liste over igangværende og afsluttede forskningsprojekter i Region Syddanmark henvises til DSI rapporten². Hovedparten af forskningsprojekterne er registreret i de amter, hvor der er et universitet eller universitetsafdeling, da de forskningsansvarlige ofte har tilknytning til stederne, mens det egentlige projekt godt kan udføres et andet sted.

Figur 1. Antal forskningsprojekter registreret i Regioner



Kilde: DSI, institut for Sundhedsvæsen. *Forskning i Psykiatrien*

Det er karakteristisk for forskningsprojekterne, at det er den kliniske forskning, der er den mest dominerende forskningstype. Det fremgår endvidere af samme undersøgelse, at affektive lidelser er den sygdomsgruppe, der oftest forskes indenfor.

Overordnet deltager alle fire amter i kvalitets- og forskningsprojekter såvel lokalt, regionalt som nationalt og internationalt.

Fyns Amt

Fyns Amt har qua samarbejde med Syddansk Universitet en særlig forskningsforpligtelse. Denne koordineres af "Fyns Amts Forskningsråd". De primære forskningsområder indenfor voksenpsykiatrien er depression, demens, epidemiologi, sundhedsøkonomi, sexologi og alkoholmisbrug. Børne- og ungdomspsykiatrien har tre hovedforskningsområder: Spiseforstyrrelse, epidemiologi og psykometri.

Vejle Amt

Vejle Amt har et forskningsråd, samt et forskerforum, der går på tværs af social- og sygehuspsykiatri. Amtet deltager blandt andet også i PRAKSY-forskning, hvis formål er at undersøge, om personalets viden om patienternes oplevelse af tvangssituationer giver personalet nye handlemuligheder i forhold til at forebygge tvangssituationer.

Sønderjyllands Amt

Der finder forskning sted som led i projekter eller andre lignende afgrænsede sammenhænge. Eksempelvis kan nævnes det Opsøgende Psykoseteam, hvortil der er tilknyttet forskningsopgaver ud over det daglige arbejde med sindslidende. Desuden foregår der forskning i forhold til medicinafprøvning og fysiske sygdomme hos psykisk syge. Der findes ingen egentlige forskningsafdelinger eller lignende i psykiatrien i

Sønderjyllands Amt. Voksenpsykiatrien deltager i PRAKSY-forskning i samarbejde med de øvrige amter.

Ribe Amt

Voksenpsykiatrien deltager i PRAKSY-forskning i samarbejde med de øvrige amter. I samarbejde med SDU har psykiatrien et forskningslektorat, og der er et Ph.d. stipendiat, til forskning i søvn hos børn med ADHD^j.

^j Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder - dvs. forstyrrelser af opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet.

Referencer kapitel 7

1. Amdsrådsforening, *Efter- og videreuddannelse på psykiatriområdet*. 2002.
2. DSI, institut for Sundhedsvæsen. *Forskning i Psykiatrien*. 2006.
3. Vejle Amt Center for Udvikling og Uddannelse: *Notat vedr. opgørelse af specialeuddannede sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje fra Region Syd, 19.6.2006*.

Kapitel 8

Sammenhæng – praksissektor og kommuner

Det skønnes, at sygehuspsykiatrien kun har kontakt med en mindre del af alle borgere, der har brug for psykiatrifaglig diagnosticering og behandling. Det er primært gruppen af de mest alvorlige syge, ofte med svære komplikationer, der behandles i sygehuspsykiatrien. En del af disse har, pga. sygdommen væsentlig reduceret funktionsniveau, hvorfor det er nødvendigt med et tæt og koordineret samarbejde med kommunal socialpsykiatri.

I dette kapitel belyses den psykiatriske indsats i almen praksis og hos den privatpraktiserende psykiater ud fra eksisterende data. Det skal bemærkes, at der ved gennemgangen af alment praktiserende lægers konsultationer anvendes den brede betegnelse *psykisk problem/ lidelse*, hvilket dækker bredt over en række tilstande der formentlig også rummer tilstande, der falder uden for psykiatriens afgrænsning af psykiske sygdomme.

Kapitlets hovedresultater:

- Fra udenlandske undersøgelser ses, at mindst 30 % af konsultationerne hos den praktiserende læge indeholder et psykologisk element.
- Baseret på et kvalificeret skøn, har de alment praktiserende læger i Region Syddanmark i alt mere end 270.000 konsultationer årligt, hvor psykisk problem/ lidelse angives som vigtigste årsag til henvendelsen, og depression er den fjerde mest forekommende kontakt- og konsultationsårsag.
- Der ydes samtaleterapi til ca. 30.000 borgere i Region Syddanmark. I 2006 var der i alt 64.000 konsultationer, hvor der blev ydet samtaleterapi.
- De fleste patienter bliver færdigbehandlet i almen praksis, og kun et fåtal viderehenvises til behandlingspsykiatrien.
- Almen praktiserende læger ønsker bedre og øget mulighed for henvisning af patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter til behandling hos psykiater/psykolog. Endvidere ønskes en bedre efteruddannelse for almen praktiserende læger så de i højere grad kan varetage behandlingen af de grupper patienter.
- Efteruddannelsen af praktiserende læger inden for psykiatri har i de senere år været ustruktureret og ukoordineret.
- Shared Care er blevet et centralt begreb, hvor man søger "*det sømløse sundhedsvæsen*" gennem en tværsektoriel sammentænkning af patientforløb. Samarbejde og kommunikation mellem primær- og sekundærsektoren er grundstenen i modellen, og det optimale patientbehandlingsforløb er endemålet.
- I psykiatrisk speciallægepraksis behandles alle former for psykisk lidelse, men hovedparten af patienterne har lidelser inden for diagnosegrupperne affektive lidelser, nervøse- og stressrelaterede lidelser, og personlighedsforstyrrelser. Disse diagnosegrupper udgør tilsammen op mod 85 % af de behandlede patienter.

- De fleste patienter, der henvises til praktiserende psykiatere, gennemfører hele behandlingsforløbet i praksis. Blot 3 - 4 % henvises til videre til behandlingspsykiatrien.
- De privat praktiserende speciallæger behandler et stigende antal psykiatriske patienter. I 2006 var 8.000 af Region Syddanmarks borgere i behandling hos privat praktiserende psykiatere.
- Strukturreformen har med kravet om sundhedsaftaler sat fokus på det eksisterende samarbejde mellem de psykiatriske afdelinger og kommunerne. Sundhedsaftalernes hovedfokus er arbejdsdeling, koordinering af indsats og kapacitet samt informationsdeling og – formidling mellem region, kommune, praktiserende læger, patienter og pårørende.
- Aftalerne har sat fokus på især to målgrupper: dobbeltdiagnosticerede og børn i familie med et menneske med en sindslidelse.
- Aftalerne har endvidere igangsat en række udviklingsprojekter. De vigtigste af disse er etablering af en fælles regional samarbejdsaftale, fælles patientforløbsprogrammer og udvikling af elektroniske kommunikationsformer. På længere sigt er udviklingen af telepsykiatriske løsninger et andet spændende projekt.

Psykiatriske ydelser i almen praksis

Der foreligger ikke nogen præcise opgørelser over, hvor stor en opgave de alment praktiserende læger varetager i forhold til det psykiatriske område, men det foreliggende datamateriale giver en entydig dokumentation af, at de psykiatriske patienter udgør betydelig gruppe.

Fra udenlandske undersøgelser ved vi, at mindst 30 % af konsultationerne hos den praktiserende læge indeholder et psykologisk komponent. Den praktiserende læge behandler selv hen ved 90 % af de patienter, som henvender sig i almen praksis, med psykisk lidelse. Det er således kun 10 % der sendes videre til behandlingspsykiatrien¹

På baggrund af internationale undersøgelser har man i Dansk Psykiatrisk Selskabs rapport¹³ om behandling af sindslidelser af ikke-psykotiske karakter skønnet, at der i Danmark er 7-800.000, som bliver behandlet hos deres egen læge. Ud over de ikke psykotiske sindslidelser må der også forventes en mindre gruppe af patienter med svær sindslidelser, der enten ikke ønsker tilknytning til sekundærsektoren eller er i en stabil fase og er afsluttet fra behandlingspsykiatrien til opfølgning hos egen læge.

For Region Syddanmark foreligger der ikke et datamateriale, som gør det muligt at sige præcist, hvor stor en andel af de almen praktiserende lægers arbejde, der er psykiatriløst, men problemstillingen er berørt i forskellige danske undersøgelser. Undersøgelserne danner tilsammen et billede af en praksissektor, som forestår en væsentlig psykiatriløst indsats, og almen praksis er dermed også en særdeles betydningsfuld medspiller i behandlingen af sindslidende.

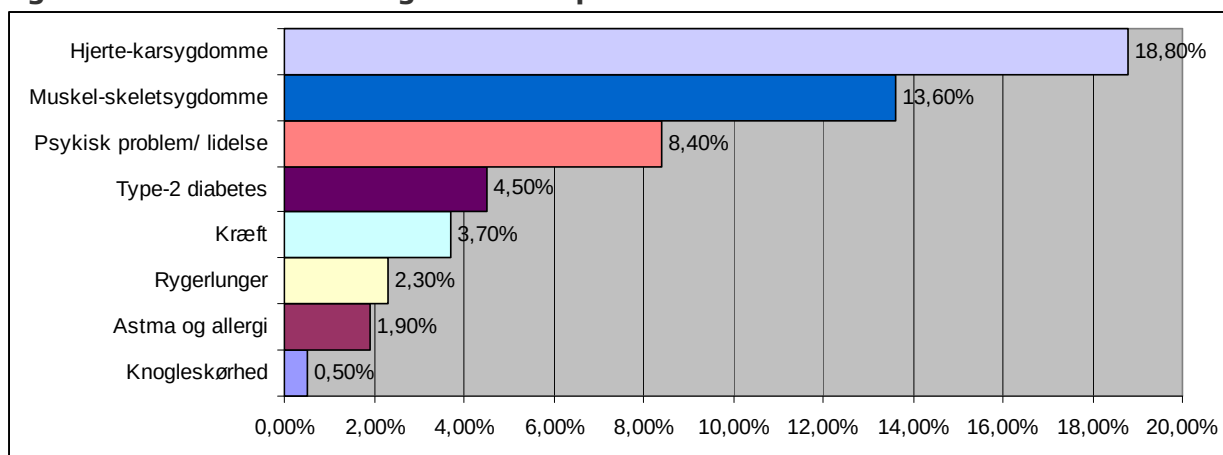
I en undersøgelse foretaget i 2004 af Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense ved Syddansk Universitet (APO)^k og Statens Institut for Folkesundhed², vedrørende de otte folkesygdomme i almen praksis, fremgår det, at '*psykisk problem/ lidelse*' i 8,4 % af konsultationerne blev registreret som den vigtigste henvendelsesårsag, og det er

^k APO er et selvstændigt projekt i Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet

dermed den tredje hyppigst forekommende henvendelsesårsag blandt de otte folkesygdomme, figur 1.

Undersøgelsen havde deltagelse af 394 repræsentativt fordelt almene praktiserende læger og bygger på 22.000 registrerede konsultationer. Undersøgelsen vedrørte alene patienter over 18 år, og der foreligger ikke tilsvarende undersøgelser eller data for børn og unge.

Figur 1. Henvendelsesårsager i almen praksis



Kilde: "Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med auditregistrering 2004".

I forlængelse af undersøgelser foreligger der en gennemgang af datatræk⁴, der viser, at '*depressiv tilstand*' med 3,4 % af alle kontakt- og konsultationsårsagerne er den *fjerde hyppigste kontakt- og konsultationsårsag i almen praksis*. Dermed er '*depressiv tilstand*' en oftere forekommende kontakt- og konsultationsårsag end diabetes mellitus. '*Depressiv tilstand*' er kun overgået af hypertension, problemer med bevægeapparatet (ekskl. ryg) samt hudproblemer, bilag 18.

På baggrund af APO undersøgelsen har man ligeledes estimeret det samlede årlige antal henvendelser, hvor '*psykisk problem/ lidelse*' er den vigtigste årsag for henvendelsen. Sammenholdes dette med antallet af praktiserende læger viser den, at hver almen praktiserende læge gennemsnitligt har op mod 7 konsultationer ugentligt, hvor dette er den vigtigste årsag til henvendelsen.

Foretages der en befolkningsmæssig skalering af de på landsplan godt 1,25 mio. konsultationer, betyder det, at de alment praktiserende læger i Region Syddanmark i alt har mere end 270.000 konsultationer årligt af denne karakter. Dette er naturligvis ikke ensbetydende med, at de alment praktiserende læger yder, hvad der svarer til mere end 270.000 ambulante psykiatriske ydelser. Men det betyder, at man hverken kan eller må undlade at tænke praksissektoren ind som en helt central faktor, når man snakker psykiatri.

For at komme den mere specifikt psykiatrisk relaterede mængde ydelser, som de almen praktiserende læger leverer, kan man se på antallet af ydelser med *samtaleterapi*. tabel 1.

Ved samtaleterapi forstås "et vist antal samtaler med terapeutisk sigte med passende interval og sædvanligvis ikke under 4 samtaler³".

For at den alment praktiserende læge kan blive honoreret for ydelsen forudsættes det, at den praktiserende læge går i regelmæssig supervision med henblik på at kvalitetssikre samtaleforløbene. Den praktiserende læge vælger selv sin supervisor. Dette kan være psykiatere tilknyttet de psykiatriske afdelinger – som tilfældet i det gamle Vejle Amt, hvor det ofte har drejet sig om fælles patienter. Det skønnes, at ca. 1/3 af de praktiserende læger på landsplan deltager i supervision³ og dermed kan give ydelsen samtaleterapi. I det gamle Sønderjyllands Amt, hvor sygesikringen har givet tilskud til supervisionsmøder, er tilslutningen til supervisionsordningen oppe på 58 %.

Der er forskelle amterne imellem i forhold til, hvilken patientkategori, som kan tilbydes samtaleterapi. Mens det i nogle ordninger er defineret ud fra diagnostiske kriterier, omfatter det andre steder patienter med specielle helbreds- og/ eller trivselsproblemer, der ikke umiddelbart kan løses i almindelige konsultationer.

Et udtræk fra amternes sygesikringsstatistik foretaget på antal samtaleterapiydelser viser, at der i Region Syddanmark samlet set blev gennemført 56.500 konsultationer med samtaleterapi i 2004, 54.400 i 2005 og 64.000 i 2006.

En undersøgelse i almen praksis i det fhv. Roskilde Amt¹¹ viser, at samtaleterapi anvendes som behandling i forbindelse med alle psykiatriske diagnoser. Særligt ved diagnoserne depression, angst, krise, psykosomatisk lidelse og eksistentielle problemer er samtaleterapi ofte anvendt, og undersøgelsen, der sammenligner opgørelser for 1997 og 1999 viste, at der er sket en signifikant stigning i anvendelsen af samtaleterapi for diagnoserne depression, angst og psykosomatisk lidelse.

Tabel 1. Udbredelsen af samtaleterapi i Region Syddanmark

Antal ydelser				Antal ydelser / 10.000 indbyggere			
	2004	2005	2006		2004	2005	2006
Fyns Amt	31.721	28.851	34.088	Fyns Amt	666	605	715
Ribe Amt*	9.471	9.668	11.378	Ribe Amt*	422	431	507
	8.234	8.679	9.795	Sønderjyllands Amt	325	343	387
Sønderjyllands Amt							
Vejle Amt**	7.043	7.164	8.715	Vejle Amt	306	312	379
Region Syddanmark	56.469	54.362	63.976	Region Syddanmark	477	459	540

Note: * Det fhv. Ribe Amt har afregnet samtaleterapi anderledes end de øvrige tre gamle amter. Der er for 2004 og 2005 foretaget et forsigtighedsskøn, hvor det antages, at der gennemsnitligt anvendes 3,5 modul pr. gennemført ydelse med samtaleterapi. For 2006 er skønnet foretaget ud fra antagelsen om en procentvis stigning svarende til gennemsnittet for de øvrige tre gamle amter.

** Befolkningmæssig korrektion foretaget for at tage højde for delingen af Vejle Amt

I tabel 1 ses fordelingen af den samlede mængde af samtaleterapi, som de alment praktiserende læger i Region Syddanmark yder. Som det fremgår af oversigten, er der en betydelig variation imellem amterne. Dette er en spredning, der ikke kan forklares ved forskelle i befolkningsstørrelse eller antal af alment praktiserende læger, men må henføres til den konkrete måde samtaleterapi forstås og anvendes på, samt forskelle i supervisionsordninger i de fire amter. Det skal dog fremhæves, at forholdet mellem

antallet af borgere der modtager samtaleterapi og antallet af ydelser kun udviser meget lille variation. Således er den gennemsnitlige mængde samtaleterapi pr. borger, der modtager ydelsen, stort set identisk i Region Syddanmark. Fra 2004 – 2006 er der en svagt stigende tendens (bilag 8).

I den kontekst har en APO-undersøgelse over psykiske problemer i almen praksis¹⁴ fra 1999 vist, at deltagelse i supervision øgede forekomsten af lange samtaler i forbindelse med konsultationer/ besøg. Deltagelse i supervisionsforløb synes derved at udvide lægens tilbud om samtaler/ længerevarende konsultationer.

Ud fra undersøgelsen fra APO og Statens Institut for folkesundhed² er det muligt at få en indikation af, hvilken køns- og aldersfordeling patienterne har, når de opsøger den alment praktiserende læge med 'psykisk problem / lidelse' som den vigtigste henvendelsesårsag.

Tabel 2. Henvendelsesårsager: Voksne patienter fordelt på køn og alder

Alder	Mænd				Kvinder			
	18+	18-39	40-64	65+	18+	18-39	40-64	65+
Psykisk problem/ lidelse	7,6 %	11,5 %	8,5 %	3,4 %	9,0 %	9,8 %	11,1 %	4,7 %
De 8 folkesygdomme i alt	58,1 %	39,9 %	61,3 %	67,2 %	51,4 %	30,3 %	58,6 %	68,6 %
Andre årsager	41,9 %	60,1 %	38,7 %	32,8 %	48,6 %	69,7 %	41,4 %	31,4 %

Kilde: "Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med auditregistrering 2004".

Af tabel 2. fremgår det, at kvinder lidt oftere henvender sig til den alment praktiserende læge med psykiske problemer end mænd, samt at der generelt er tale om yngre patienter under 65 år. For gruppen af 18 – 39 årige er det særligt bemærkelsesværdigt at psykiske problemer / lidelser udgør næsten en tredje del af de henvendelsesårsager, som kan henføres til de 8 folkesygdomme, hvilket er markant set i forhold til henvendelsesmønstret i øvrigt.

En undersøgelse foretaget i det fhv. Roskilde Amt¹¹ viser endvidere, at det er depression, angst, medicinafhængighed og søvnløshed, som udgør ca. 60 % af det samlede antal henvendelser i almen praksis. De fire henvendelsesårsager vægter tungere for kvinderne end for mænd i undersøgelsen.

APO undersøgelsen ser endvidere på forekomsten af forskellige risikofaktorer, og det viser sig, at 75 % af de patienter, der havde psykiske problemer som den primære henvendelsesårsag også havde en eller flere af risikofaktorerne. Herunder havde 11,9 % et stort alkoholforbrug, 10,7 % et skadeligt arbejdsmiljø, og 35,5 % en belastet familiesituation (tallene kan ikke lægges sammen). Generelt var risikofaktorerne oftere forekommende for patienterne med psykiske problemer end for patienter, der havde andre årsager som den vigtigste for henvendelsen, bilag 19.

Af APO undersøgelsen² afdækkes endvidere, at halvdelen af de patienter, der henvendte sig med psykisk problem/ lidelse som vigtigste henvendelsesårsag, modtog rådgivning vedrørende forebyggelse i forbindelse med konsultationen. Og samtidig fremgår det, at 15,9 % af patienterne vurderedes at have behov for videre rådgivning i anden instans. Undersøgelsen afdækker ikke, hvilke instanser, der vurderes at være behov for henvisning til, og en del af disse patienter henvises til en speciallæge i psykiatri eller til sygehuspsykiatrien. Men en væsentlig andel af patienterne henvises formentlig også til videre behandling ved psykolog.

De praktiserende læger er som nævnt indgangen til sundhedsvæsenet, også på det psykiatriske område, og at de er en værdifuld medspiller tydeliggøres også af deres rolle i forhold til at screene og visitere patienter.

Et konkret eksempel – som er højaktuelt i relation til fokusområderne i den nye psykiatraftale – er, at 35 % af de diagnosticerede tilfælde af spiseforstyrrelser i en undersøgelse fra 1994 viser sig at være opfanget af netop de praktiserende læger. Til sammenligning opfanges 25 % af tilfældene af speciallæger, og 40 % ved/ under indlæggelse⁵.

Mens ovenstående har rettet fokus mod den store indsats, de almen praktiserende læger yder i forhold til psykiatrien, skal det rettelig også nævnes, at der er behov for, at lægerne bliver endnu bedre til at behandle og diagnosticere.

Udenlandske undersøgelser¹ har dokumenteret kvalitetsproblemer inden for diagnostik og behandling af patienter med psykisk sygdom/ psykiske problemer: Patienter med depression og demens under- og overdiagnosticeres, og forholdsvis mange patienter med depression under- og fejlbehandles.

En Dansk undersøgelse¹² tyder på, at udvalgte lidelser som depression og angsttilstande formentlig bliver underdiagnostiseret i almen praksis, bilag 20, hvilket svarer til de udenlandske erfaringer⁶. Derfor er det væsentligt både med en forbedret efteruddannelse og en styrkelse af samarbejdet mellem almenlægen og psykiatrien.

Shared Care – det sømløse sundhedsvæsen

Kritikken af det fragmenterede sundhedsvæsen er velkendt og har inkluderet en kritik af manglende samspil mellem sygehus, primærkommune og praktiserende læge. Shared Care er blevet et af sundhedsvæsenets nyere og centrale begreber, der populært formuleret står for "*det sømløse sundhedsvæsen*" (det sammenhængende sundhedsvæsen) gennem en tværsektoriel sammentænkning af patientforløb¹⁰.

Ved Shared Care i Danmark forstås et integreret tværsektorielt samarbejde om patientforløb, der har til formål at koordinere og effektivisere behandlingsforløbet, samt at videreudvikle den fagspecifikke behandling og klargøre, hvor patienten skal behandles³.

Samarbejde og kommunikation mellem den kommunale og regionale sektor er grundstenen i Shared Care tiltagene, og det optimale patientbehandlingsforløb er endemålet. Vejen til målet er en proces, hvor behandlingen tilpasses patientens aktuelle behov og de respektive færdigheder blandt de involverede sektorer.

Modellen er især anvendt i samarbejdet mellem de praktiserende læger og det somatiske sygehusvæsen, men der findes også erfaringer fra dansk psykiatri, hvor der efterhånden er iværksat flere initiativer, fx praksiskonsulentordningen, edb-samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren, krav til henvisninger, epikriser samt patientforløbsanalyser, som alle er eksempler på Shared Care.

¹ Dorte Gilså Hansen. *Praktiserende lægers håndtering af patienter med psykiske problemer og psykisk sygdom*. Audit Projekt Odense. 1999.

Der er blandt de praktiserende læger ønske om bedre og øget mulighed for henvisning af patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter til behandling hos psykiater/psykolog. Samtidig ønskes mulighed for egen efteruddannelse, så de praktiserende læger i højere grad kan varetage behandlingen af denne gruppe patienter^{1,2}. I den sammenhæng er det særdeles interessant, men også bekymrende, at der ved en afdækning af centraliserede kurser fra Lægeforeningen konkluderes¹, at efteruddannelsen af praktiserende læger inden for psykiatri i de senere år har været ustruktureret og ukoordineret, hvor der indholdsmæssigt mangler faste centraliserede kurser i:

- Almen psykiatri, kurser i depression og angst med udgangspunkt i almen praksis
- Funktionelle lidelser/somatisering
- Misbrug
- Spiseforstyrrelser
- Afklaring af hvad den praktiserende læge selv kan klare, hvornår der skal henvises, og hver der kan henvises til.

Dette er således et område, hvor behandlingspsykiatrien med fordel kan være mere aktiv og opsøgende i forhold til de alment praktiserende læger i Region Syddanmark. Erfaringer fra blandt andet det forhenværende Vejle Amt viser, at behandlingspsykiatrien med succes kan afholde temadage og udbyde kurser i de store sygdomsgrupper – fx i forhold til god udredning af demens.

Udvikling og implementering af Shared Care

I det fremadrettede arbejde er der mulighed for at udnytte de eksisterende nationale og regionale erfaringer. Samtidigt give plads til nytænkning og inspiration fra udlandet, hvor erfaringerne viser, at andre faggrupper med fordel kan inddrages, idet Shared Care er en tværfaglig opgave.

Modellerne for shared-care må nødvendigvis være fleksible og tilpasset de regionale forhold og behov. Nøglen til et succesfuldt samarbejde er den regelmæssige respektfulde personlige kontakt mellem behandlerne. Derved kan man drage fordel af mulighederne for at støtte hinanden og dele de tilgængelige ressourcer, når det er hensigtsmæssigt³.

En vellykket integrering af psykiatrisk behandling i primærsektoren kræver at følgende betingelser er til stede³:

- Personalet i primærsektoren må have den fornødne viden, motivation og færdigheder mht. at tage sig af patienter med psykiske lidelser
- Antal af personale med viden og autoritet til at udskrive psykofarmaka skal være tilstrækkeligt stort på såvel primært som sekundært niveau
- Der skal være tilstrækkelig tilgængelighed mht. psykofarmaka på såvel primært som sekundært niveau
- Der skal være nok psykiatrisk uddannede specialister til at sikre en tilstrækkelig støtte og monitorering af personalets indsats i den primære sundhedstjeneste
- Effektive henvisningsveje mellem primært, sekundært og tertiært niveau skal være til stede
- Mulighed for at tilføre eller omfordele de nødvendige økonomiske ressourcer mellem primært, sekundært og tertiært niveau bør overvejes

- De integrerede aktiviteter bør vedvarende monitoreres, evalueres og opdateres

Endvidere fremhæves, at praksiskonsulentordningen (PKO) bør inddrages i udvikling og implementering af Shared Care på regionalt niveau. Dette er en central pointe, hvor det dog samtidigt må erkendes, at det vil kræve en betydelig indsats – især på kort sigt når de regionale erfaringer på psykiatriområdet og hele reorganiseringen af ordningen tages i betragtning.

En anden beslægtet model er *Core-Shell modellen*. Denne er anvendt i Fyns Amt indenfor alkoholbehandlingen. Se kapitel 3 for en beskrivelse.

Shared Care; erfaringer fra Vejle Amt⁷

Siden 1978 har der i Vejle Amt eksisteret et formaliseret samarbejde mellem almen praksis og Psykiatrisk afdeling på Vejle Sygehus. I starten var det et samarbejde mellem en overlæge fra en psykiatrisk afdeling og nogle praktiserende læger. Overlægen superviserede patientsamtaler efter Bendix-metoden^m. Efterhånden har det udviklet sig til 4 teams bestående af læger fra psykiatrisk afdeling, der er tilknyttet bestemte kommuner og praktiserende læger. I dag benyttes ofte »konsultative samtaler« og information omkring de enkelte patienters behandlingsforløb i psykiatrisk afdeling. Den nuværende model tilrettelægger samarbejds møderne med visse forskelle fra praksis til praksis. Altovervejende er strukturen den, at en erfaren behandler (speciallæge, psykolog og/eller socialrådgiver) med få måneders interval aflægger besøg i lægepraksis, hvor man med udgangspunkt i konkrete behandlingsforløb drøfter og sommetider direkte superviserer den praktiserende læge.

Amtet har endvidere gjort sig erfaringer i forhold til Shared Care på internettet gennem et pilotprojekt mellem patienter, alment praktiserende læger og specialister fra en psykiatrisk afdeling, DepCenter. Projektet berørte patienter med depression, og blev afsluttet ultimo 2006.

De væsentligste konklusioner fra projektet for eventuelle fremtidige digitaliserede Shared Care projekter er, at det ikke træder i stedet for behandlingen, men fungerer som et supplement til behandlingen, og giver den praktiserende læge et forbedret grundlag for behandlingen ved konsultationerne.

Samtidigt har internettet vist sig at være et "vindue" ud for de depressionsramte patienter, og de angiver at projektet har "trukket dem væk fra under dynen og hen til tastaturet".

Det skal retfærdigvis nævnes, at tilslutningen til pilotprojektet ikke var nær så stor som forventet, men også, at de praktiserende lægers it-parathed over de sidste par år er blevet øget betydeligt. Erfaringerne fra projektet har således vist, at der er en fremtid for at tænke Shared Care ind i en digital kontekst, men at det er en stor og målrettet indsats at få de praktiserende læger til at deltage, ikke mindst i opstartsfasen.

^m Bendix-metode, er en samtaleteknik hvor lytteren spejler afsenderens budskab, ved at viser budskabet er forstået.

Privat praktiserende psykologer

En spørgeskemaundersøgelse fra 2001 fortæller, at hver autoriserede fuldtidspraktiserende psykolog i 2000 i gennemsnit har haft ca. 100 klienter. Af de 100 klienter er i gennemsnit 45 henvist fra praktiserende læger gennem overenskomsten med sygesikringens Forhandlingsudvalg. Et tal, der oplyses at være kraftigt stigende³.

Dansk Psykologforening har i relation hertil opgjort, at foreningens medlemmer i 2000 behandlede 83.000 patienter på landsplan. Denne gruppe omfatter formentlig en betydelig del af de op mod 300.000 - 400.000 personer med en psykisk lidelse, som ikke opsøger lægelig behandling.

Privat praktiserende psykiatere

Psykiatrisk speciallægepraksis er en del af det ambulante psykiatriske behandlingstilbud. Den ambulante psykiatri har været forskellig organiseret i de fire oprindelige amter i Region Syddanmark, men fælles er, at psykiatrisk speciallægepraksis er placeret som et supplement og et alternativ til de øvrige ambulante behandlingstilbud.

Kendetegnende for psykiatrisk speciallægepraksis er, at patienten ved første kontakt møder en speciallæge. Samme læge foretager undersøgelse, stiller diagnose, lægger behandlingsplan, og er ansvarlig for det efterfølgende behandlingsforløb. Patienten møder ikke andre personalegrupper i relation til behandlingen, men speciallægen kan have arbejde sammen med andre faggrupper omkring behandlingsforløbet. Der kan være tale om samarbejde med egen læge, eller sociale instanser, mens der sjældnere vil være tale om samarbejde med plejepersonale.

Resultaterne fra et dansk forskningsprojekt over psykiatrisk speciallægepraksisⁿ tyder på, at der i psykiatrisk speciallægepraksis fortrinsvist behandles patienter med lidelser af ikke-psykotisk karakter. De affektive lidelser (F3), nervøse og stressrelaterede lidelser (F4) og personlighedsforstyrrelser (F6), udgør samlet over 80 % af patientmassen hos de privatpraktiserende psykiatere⁸. Den offentlige og den private psykiatri er altså ikke konkurrerende, men supplerende⁹.

Antal og fordeling af praktiserende speciallæger i psykiatri

Speciallægepraksis defineres som heltidspraksis, deltidspaksis, 3 timers praksis samt delepraksis. I Danmark fungerer nu 100 - 110 psykiatere i fuldtidspraksis mod ca. 50 for 20 - 30 år siden, 35 - 40 fungerer i deltidspaksis, alle med overenskomst med Sygesikringen⁸.

Samlet set er der i Region Syddanmark 30 speciallæger i psykiatri samt 2 speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

Der er 21 speciallægepraksis i regionen fordelt med 12 fuldtidspraksis, en 3-timerspraksis, og 8 delepraksis.

ⁿ **QAD3P-projektet** (Quality Assurance in Danish Private Psychiatric Practice). Projektet er en frivillig monitoreringsdatabase for privatpraktiserende psykiatere, der har fungeret siden 1995. Resultaterne udviser stabilitet over tid, og indeholder informationer om ca. 40.000 patientforløb. Antallet af deltagende psykiatere varierer. De deltagende psykiatere er overvejende fra Fyn og Jylland.

I forhold til antal og forbrug af privat praktiserende psykiatere adskiller Fyns Amt sig fra de tre andre amter ved at råde over 1,43 privatpraktiserende psykiatere /10.000 indbyggere over 18 år. Hvilket er 3 til 4 gange flere privat praktiserende psykiatere /indbyggere end i de tre andre amter, tabel 3. Se også kapitel 5, afsnittet om ressource-effektivitet.

Tabel 3. Praktiserende speciallæger i psykiatri

Antal speciallæger i Region Syddanmark	Praksisform (antal)				By (antal speciallæger)
	Fuldtids-praksis	Deltids-praksis	3-timers-praksis	Dele-praksis	
Psykiatri	10	0	1	8	30
Børne- og ungdomspsykiatri	2	0	0	0	2
Psykiatri	Praksisform (antal)				By (antal speciallæger)
	Fuldtids-praksis	Deltids-praksis	3-timers-praksis	Dele-praksis	
<i>Fyns Amt</i>	6 4	0	0	5	16 Odense (4) 2 Odense (4) 1 Assens (2) 1 Middelfart (1) 1 Faaborg (2) 1 Nyborg (2) 1 Svendborg (1)
<i>Ribe Amt</i>	1 0	0	0	2	7 1 Esbjerg (5) 1 Grindsted (2)
<i>Sønderjyllands Amt</i>	1 1	0	1*	1	4 1 Sønderborg (1) 1 Haderslev (2) 1 Augustenborg (1)
<i>Vejle Amt</i>	3 1 1 1	0	1* 0	0	3 Vejle (1) Kolding (1) Fredericia (1)
Børne- og ungdomspsykiatri	Praksisform (antal)				By (antal speciallæger)
	Fuldtids-praksis	Deltids-praksis	3-timers-praksis	Dele-praksis	
<i>Fyns Amt</i>	2 2	0	0	0	2 Odense (2)

Kilde: Ydelsesregistret pr. 1. juli 2006

* Praksis var pr. 1. juli 2006 deltidspraksis. Overgik til 3-timerspraksis pr. 1. januar 2007

Psykiatriske ydelser i speciallægepraksis

Over perioden 1997 – 2001 har der været en stigning hos de praktiserende speciallæger i antallet af ydelser indenfor psykiatri¹⁰. Stigningen dækker dog over en betydelig variation de enkelte ydelser imellem.

Tabel 4. Ydelser i psykiatrisk speciallægepraksis

	2004	2005	2006
<u>Almen psykiatri</u>			
1. konsultation	3.253	3.556	3.761
2. konsultation	2.541	2.959	3.141
Senere og udvidet senere konsultation	16.152	18.484	23.760
Telefonkonsultation	6.920	8.780	10.206
<i>Almen psykiatrisk behandling i alt</i>	<i>28.866</i>	<i>33.779</i>	<i>40.867</i>
<u>Psykoterapi</u>			
Individuel terapi	10.730	12.936	15.074
Par og anden 2 pers. terapi	233	295	318
Gruppeterapi	946	1.708	2.014
Telefonkonsultation	462	604	668
<i>Psykoterapi i alt</i>	<i>12.371</i>	<i>15.542</i>	<i>18.074</i>
<i>Voksenpsykiatri i alt</i>	<i>41.237</i>	<i>49.321</i>	<i>58.941</i>
<u>Børne- og ungdomspsykiatri</u>	2004	2005	2006
1. konsultationer	150	243	323
2. eller senere konsultationer	691	1.194	2.123
Telefonkonsultation	448	393	838
<i>Børne- og ungdomspsykiatri i alt</i>	<i>1.289</i>	<i>1.830</i>	<i>3.283</i>
Ydelse i speciallægepraksis i alt	42.526	51.151	62.224

Note: * Befolkningsmæssigt korrigeret for delingen af det gamle Vejle Amt. Se bilag 8 for yderligere specificering af ydelserne.

Hos de praktiserende speciallæger i Region Syddanmark var der i alt 8.049 borgere i behandling i 2006, heraf var 561 børn og unge. I forhold til 2004 har der været tale om en samlet stigning på 33 %. Særligt i Fyns Amt er der mange borgere i behandling i de praktiserende speciallæger, hvilket kan henføres til tilgængeligheden.

I perioden 2004 – 2006 har der i Region Syddanmark været en markant stigning i antallet af ydelser på 46,3 % (fra 42.500 i 2004 til over 62.000 i 2006). I børne- og ungdomspsykiatrien er stigningen på 154,7 % (tabel 4).

Sygesikringsstatistikken giver ikke svar på, hvilke diagnoser patienterne behandles for, eller hvilken behandlingsform der anvendes, og der findes ikke fuldt dækkende opgørelser.

I psykiatrisk speciallægepraksis behandles fortrinsvis lidelser af ikke-psykotisk karakter. En dansk undersøgelse⁸ tyder på, at de affektive lidelser (F3), nervøse- og stressrelaterede lidelser (F4) og personlighedsforstyrrelser (F6) udgør ca. 80 % af alle diagnoser hos patienter, der er i behandling hos de privatpraktiserende psykiatere.

Selv om de praktiserende psykiatere formår at behandle flere patienter, fremhæves ofte, at der er lang – herunder også uacceptabel lang – ventetid på behandling hos de praktiserende psykiatere.

En ældre undersøgelse fra 1998 - 1999, QUAD3P-projektet, viste at der blandt de tre hovedsygdomsgrupper ikke var væsentlige forskelle i ventetiden fra henvisning til første kontakt for patienter taget i behandling. En opgørelse fra 1998-1999 viser at ca. 50 % af patienterne er påbegyndt behandling efter 1 måned, og efter 3 måneder er dette tal 75 %⁹.

En opgørelse fra QUAD3P-projektet viser, at ca. 70 % af alle behandlingsforløbene anvendes den støttende, terapeutisk orienterede samtale. Medikamentel behandling anvendes i ca. 55 % af tilfældene, og regelret psykoterapi ydes til 14 % af mændene og 20 % af kvinderne. Tallet herfor er 16,6 % af mændene og 20,6 % af kvinderne, hvis der måles på, hvor mange der behandles med mindst én af de 3 psykoterapeutiske behandlingsformer: Individuel psykoterapi, parterapi eller familieterapi.

Sammenlignes fordelingen i mængden af ydelser mellem almen psykiatri og psykoterapi viste opgørelsen på landsplan i perioden 1997-2001, at psykoterapi udgjorde mellem 22,5 og 24,1 % af samtlige konsultationer i hele perioden¹⁰. For Region Syddanmark udgjorde psykoterapi 30 – 30,6 % af konsultationer i perioden 2004 - 2006

En nyere opgørelse i regi af QUAD3P-projektet⁸ afdækker behandlingsvarigheden i speciallægepraksis. Mere end 50 % af behandlingsforløbene i de tre største diagnosegrupper afsluttes inden for 6 konsultationer. Resultatet viser endvidere, at behandlingsvarigheden er længst for de (få) patienter med skizofrenisygdomme (33,4 % blev behandlet i mere end 12 måneder) og kortest for personer med personlighedsforstyrrelser (69,2 % afsluttede behandlingen inden for seks måneder). Opgørelsen kan ikke sammenlignes direkte med undersøgelser af behandlingsvarighed gennemført i begyndelsen af 1980'erne, men fundene tyder på, at behandlingsvarigheden i speciallægepraksis er blevet længere.

Af samme opgørelse fremgår, at hovedparten af behandlingsforløbene afsluttes efter fælles aftale, medens patienten udebliver i ca. 25 % af tilfældene. De afsluttede behandlingsforløb uden fælles aftale finder sted for patienter med diagnoserne akut forbigående psykose, misbrug og personlighedsforstyrrelser. Ud af de samlede patientforløb hos privat praktiserende speciallæger henvises kun 3-4 % af patienterne videre til behandling ved behandlingspsykiatrien.

Samarbejde med kommunerne

En del af de patienter, der behandles i sygehuspsykiatrien, har pga. sygdommen et væsentlig reduceret funktionsniveau, der betyder, at de har behov for et socialpsykiatrisk tilbud udover behandlingen. Efter strukturreformen varetager kommunerne driften af langt den største del af de sociale støttetilbud. Behovet for samarbejde mellem de psykiatriske afdelinger og kommunerne er derfor blevet forøget.

Samarbejdet med kommunerne er dog ikke en ny opfindelse. De tidligere amter havde hver især en række samarbejdsaftaler med kommuner. Aftalernes fokuserede på forskellige samarbejdsområder, men det fælles hovedformål har været at sikre patienterne i overgangen mellem den amtslige behandling og de kommunale tilbud.

Indgåelsen af samarbejdsaftaler er nu blevet mere formaliseret. Regionen og hver kommune i regionen, er nu forpligtet til at indgå en såkaldt "sundhedsaftale".

Formålet med sundhedsaftalerne er "at bidrage til at sikre kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med sindslidelser, der både har behov for et regionalt sundhedsvæsenstilbud og behov for kommunale tilbud."¹⁴

Sundhedsaftalerne fastsætter således de overordnede rammer for samarbejdet mellem region og kommuner.

Sundhedsaftalens overordnede indhold vedrørende sindslidende er dikteret af bekendtgørelsen og omfatter følgende emner:

- Arbejdsdeling mellem region og kommune
- Koordinering af indsatsen
- Informationsformidling
- Tværsektoriel vurdering ved udskrivning
- Indsats for børn i familie med en sindslidende
- Kapacitetsstyring og planlægning
- Opfølgning på aftalen

De emner, der i særlig grad har været drøftet på de administrative møder mellem kommunerne og regionen i forbindelse med udarbejdelsen af aftalerne, har været:

- Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser
 - o I 2007 etableres der et samarbejde mellem regionen og kommunerne om at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Herunder en undersøgelse af hvad årsagen til genindlæggelser er og om en omlægning af arbejdsgangene kan forhindre nogle af genindlæggelserne.
- Varslingsfrister i forbindelse med udskrivning til et kommunalt tilbud
 - o Ved varslingsfrister i almindelighed og varslingsfrister i forbindelse med de nye betalingsordninger, hvor kommunerne betaler for færdigbehandlede ventepatienter, har det været væsentligt at udarbejde klare varslings- og samarbejdsaftaler for udskrivning, der sikrer en god og klar ramme for samarbejdet mellem region og kommune.
- Målgruppe for børne- og ungdomspsykiatrien
 - o Set i lyset af et stadigt stigende pres på kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien har det været væsentligt at fastlægge målgruppen for behandlingen, således at arbejdsdelingen mellem kommune og region i forhold til målgruppen/indsatsen fremstår klart.
- Mennesker med dobbeltdiagnoser (misbrug og psykisk sygdom)
 - o Vedr. dobbeltdiagnoser tages udgangspunkt i gældende samarbejdsaftaler, og hvor disse ikke findes, aftales der procedurer for, hvorledes hver part gensidigt forpligter hinanden til - under hensyn til lovens rammer for udveksling af personoplysninger - at sikre information

- og kontakt mellem kommunerne, der fremover har behandlingsansvaret for misbrug, og regionen, der har det psykiatriske behandlingsansvar.
- Børn i familier med psykisk syge mennesker
 - o Vedr. børn i familier med psykisk syge skal der ligeledes tages gensidig kontakt med udgangspunkt i, at behandlingspsykiatrien altid sørger for at få afdækket, om der findes børn i familien, som kan være socialt udsatte som følge af psykisk sygdom i familien.

Den sundhedsaftale, der indgås i 2007, er karakteriseret ved at være en 1. generationsaftale. Aftalerne er i vid udstrækning en videreførelse af de eksisterende aftaler fra kommunernes samarbejde med amterne, tilrettet de ændringer i opgave- og ansvarsfordeling som strukturreformen har medført.

Sundhedsaftalerne skal som minimum indgås ved hver ny valgperiode, dvs. typisk hvert fjerde år, men det forventes at 1. generationsaftalen kun kommer til at gælde for 2007.

Udviklingsopgaver

I sundhedsaftalerne er der indgået aftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen om en række projekter, der skal arbejdes med i 2007 og årene fremover. De væsentligste projekter omfatter:

Harmoniseret samarbejdsaftale

Ultimo 2006 blev der nedsat en arbejdsgruppe med regionale og kommunale repræsentanter, der skal udarbejde en detaljeret beskrivelse af arbejdsdelingen mellem region og kommuner inden for alle dele af psykiatrien.

I fortsættelse heraf skal der - i samarbejde med somatikken - udarbejdes en harmoniseret generel samarbejdsaftale mellem regionen og kommunerne indeholdende alle obligatoriske samarbejdselementer i henhold til lovgivningen. Den harmoniserede samarbejdsaftale forventes at ligge klar til nytår 2007.

Den nye generelle samarbejdsaftale vil fremover udgøre hovedbestanddelen af sundhedsaftalerne. Aftalerne vil dog samtidigt indeholde supplerende lokale aftaler om specielle arbejdsgange, projekter o. lign., der afspejler specifikke forhold i samspillet med den enkelte kommune eller afdeling.

Elektronisk kommunikation

Sideløbende med udarbejdelsen af den harmoniserede samarbejdsaftale er der i regi af sundhedsaftalerne også igangsat et udredningsarbejde i forhold til brugen af it-baseret kommunikation.

I 2006 blev de nuværende muligheder for brug af elektronisk kommunikation inden for sundhedsvæsenet begyndt kortlagt, og det blev ligeledes undersøgt, hvad der skal til for, at der kan anvendes elektronisk informationsudveksling på de områder, hvor der i dag ikke er mulighed for det. I forbindelse med den foreløbige kortlægning viste det sig, at kommunikationsmønstrene på det psykiatriske område var mere komplicerede end umiddelbart forventet, da der især på det kommunale område skal sikres kommunikationsmuligheder til mange parter.

I 2007 bliver der derfor igangsat en nærmere udredning, der skal vise, hvor der er behov for at implementere eller udvikle nye systemer for at muliggøre sikker elektronisk kommunikation mellem de psykiatriske afdelinger og de kommunale forvaltninger.

Patientforløbsprogrammer

I kølvandet på udviklingen af de koordinerede samarbejdsaftaler skal der udvikles patientforløbsprogrammer for udvalgte målgrupper. Dette skal sikre den mest optimale behandlingsindsats i alle led af behandlingen og en styrket koordineret indsats mellem behandling og sociale tilbud.

Telepsykiatri

Især udkantskommunerne har vist stor interesse for at indgå i et udviklingssamarbejde vedrørende brugen af telepsykiatri, men også i andre mere centrale dele af regionen kan der være både tid og ressourcer at spare ved at udvikle løsninger til fjern-behandling.

Referencer kapitel 8

1. Helena Galina Nielsen "*Shared care af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*". i Månedsskrift for Praktisk lægegerning, November 2006/11.
2. Hansen, Dorte Gilså, Rasmussen, Niels Kristian & Munck, Anders "*Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med auditregistrering 2004*". Audit Projekt Odense (APO). Clausen Offset ApS. (Marts 2005).
3. Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin "*Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*". September 2004.
4. Sentinel datafangstprojektet.
5. Statens Institut for Folkesundhed "*Otte folkesygdomme – forekomst og udvikling*". April 2005.
6. Anseaus et. al. *High prevalence of mental disorders in primary care*. Journal of Affective Disorders 78 (2004).
7. Christensen A. *Akut team Vejle*. Rapport til Vejle Amtsråd. 2004.
8. Andersen, Gormsen, Christensen, Munk-Jørgensen. *Behandlingsvarighed i psykiatrisk speciallægepraksis*. Ugeskr Læger 2006;168(46):4001.
9. Munk-Jørgensen og Perto. *De farlige psykiatriske tal*. 2000. Munksgaard.
10. Modernisering af specialet psykiatri.
11. Kirsten Schæfer. *Psykiatri i almen praksis*. 2000.
12. Christensen et.al. *The FIP study: a randomised, controlled trial of screening and recognition of psychiatric disorders*. British journal of general practice. vol 53, 495. 2003.
13. Dansk psykiatrisk selskab, *Behandling af psykiske lidelser af ikkepsykotisk karakter*. 2001.
14. Dorte Gilså Hansen. *Praktiserende lægers håndtering af patienter med psykiske problemer og psykisk sygdom*. Audit Projekt Odense. 1999.

Kapitel 9

Socialpsykiatri

Ved socialpsykiatri forstås bo-, aktivitets- og samværstilbud, inklusiv væresteder samt beskæftigelsestilbud. Juridisk tager området afsæt i lov om social service, ikke sundhedsloven som den øvrige psykiatri. Socialpsykiatrien er et vigtigt supplement til behandlingspsykiatrien og ofte en væsentlig del af et vellykket behandlingstilbud til en del af psykiatriens målgruppe.

Der tilbydes socialpsykiatri i kommunalt og regionalt regi, men efter kommunalreformen har kommunerne fået en dominerende stilling på området. Kommunerne er forpligtede til at tilbyde socialpsykiatri og kan vælge selv at drive aktiviteterne eller indgå aftale med regionen eller selvejende tilbud. Den regionale socialpsykiatri er en kan-opgave, der baserer sig på rammeaftalen med regionens 22 kommuner.

Kapitlets hovedresultater:

- I hele Region Syddanmark er der 1.556 socialpsykiatriske pladser. Heraf er 302 pladser (87 dagpladser og 215 døgnpladser) regionale, mens 1.254 (666 dagpladser og 586 døgnpladser) er kommunale.
 - Langt størstedelen af døgnpladserne er tilbud om længerevarende ophold til personer der, som følge af betydelig og varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne kræver omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg og / eller behandling (Servicelovens § 108).
 - Dagpladser er ligelig fordelt mellem aktivitets- og samværstilbud samt beskæftigelsestilbud (Servicelovens § 103 og § 104).
 - Regionens tilbud omfatter, foruden tilbud til voksne med alvorlige psykiatriske problemstillinger, også tilbud til mennesker med alvorlige sindslidelser, som har et aktivt misbrug, mennesker med svære dyssoziale adfærdsproblemer, unge med svære spiseforstyrrelser samt unge sindslidende i alderen 18 - 23 år med personligt og socialt støttebehov over en længere periode.
 - Samarbejdet mellem regionen og kommunerne på det sociale / socialpsykiatriske områder tegnes at på den ene side af den årligt lovfastsatte rammeaftale, og på den anden side det politiske samarbejdsorgan – Kontaktudvalget, og et administrativt samarbejdsorgan – Det Administrative Samarbejdsforum.
 - Psykiatrien i Region Syddanmark har i rammeaftalen for 2007 peget på tre udviklingsområder:
 - o særligt vanskeligt stillede sindslidende
 - o personlighedsforstyrrede
 - o personer med en spiseforstyrrelse
- For hvert udviklingsområde dannes faglige netværk. Regionen har forpligtet sig på at være tovholder på det tværgående netværk inden for tilbud til spiseforstyrrede.
- Der er i regionen tradition for samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Dette samarbejde tager form på forskellige niveauer: det

regelmæssige og planlagte tværgående ledelsessamarbejde, samarbejde omkring udviklingsprojekter samt ad hoc samarbejde omkring udviklingsprojekter og det daglige ad hoc samarbejde, i forhold til brugeren/beboeren i de regionale socialpsykiatriske tilbud.

Det socialpsykiatriske tilbud

Socialpsykiatri består af tilbud, der som nævnt strækker sig fra samvær og aktivitet, over beskæftigelse, til bo-ophold på socialpsykiatriske botilbud. Tilbuddene i Region Syddanmark omfatter, jfr. Servicelovens forskellige paragraffer:

- Tilbud om hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer (Servicelovens § 85).
- Tilbud om beskyttet beskæftigelse til personer under 65 år, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning (Servicelovens § 103).
- Tilbud om aktivitet og samvær til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder (Servicelovens § 104).
- Tilbud om midlertidig ophold til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det (Servicelovens § 107).
- Tilbud om længerevarende ophold til personer, der som følge af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, kræver omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling (Servicelovens § 108).
- Tilbud om midlertidigt ophold til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som har behov for tilbud om aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp (Servicelovens § 110).

Målgruppen for socialpsykiatri er en bred gruppe af personer, der har behov for ovenstående tilbud for at kunne fungere i hverdagen, opnå livskvalitet og forbedring af både den psykiske sygdom og eventuelle sociale problemstillinger. Det vil ofte være sådan, at jo mere syg et menneske er, jo mere indgribende tilbud har han eller hun behov for. Derfor vil der i det socialpsykiatriske system være personer med relativt milde psykiatriske problemstillinger, som kan nøjes med et beskæftigelses- eller samværstilbud, mens andre vil være så syge, at de over meget lange perioder har brug for at bo i et botilbud med omfattende støtte og pleje.

Der var i de fire amter store forskelle på forbruget af bo- og samværstilbud inden for socialpsykiatrien. Forbruget af botilbud var både i Fyns og Vejle amter over landsgennemsnittet. Vejle Amt var det amt, der havde det næsthøjeste forbrug af socialpsykiatrisk pladser i forhold til indbyggertal. Ribe og Sønderjyllands amter derimod havde et forbrug under landsgennemsnittet med Sønderjyllands Amt som det amt, der lå lavest i landet med forbrug af botilbud. På dagtilbudsområdet var billedet lidt anderledes. Her havde Ribe Amt det næsthøjeste og Fyns Amt det tredje højeste forbrug på landsplan. Vejle og Sønderjyllands amter lå noget under landsgennemsnittet (ARF, nøgletal 2004).

Den største diagnosegruppe i botilbudene er uden sammenligning personer med skizofreni. Dette afspejler således billedet fra behandlingspsykiatrien således. Derudover er der mennesker med personlighedsforstyrrelser (herunder af dyssocial karakter), angst- og stresstilstande, (der udmønter sig i fysiske symptomer) affektive lidelser (herunder primært depression), misbrug m.fl. For en del af beboernes/brugernes vedkommende vil der være én eller flere bidiagnoser.

Der opleves både hos botilbudene og i kommunerne et stigende behov for tilbud til mennesker med personligheds- og spiseforstyrrelser samt tilbud, der egner sig til gruppen af særlig vanskeligt stillede sindslidende. Derfor indgår netop de tre områder som udviklingsfelter inden for socialpsykiatrien.

Den regionale socialpsykiatri

Langt de fleste af Region Syddanmarks socialpsykiatriske pladser er tilbud om længerevarende ophold til personer, der som følge af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, kræver omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling (Servicelovens § 108). Herudover findes en række tilbud om midlertidige ophold (Servicelovens § 107 og 110).

Der er i Region Syddanmark 7 socialpsykiatriske tilbud, figur 1.



Flydedokken i Fredericia samt Teglårdshuset i Middelfart er tilbud til sindslidende med aktivt misbrug og dyssocial adfærd, som gør, at man kan betegne dem som særligt vanskeligt stillede sindslidende. Begge tilbud er leverandør af ydelser til den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation, VISO.

Holtegården i Rødding, Skovsbovej i Svendborg, Syrenparken i Børkop samt Tinghøj i Egtved er tilbud til mennesker med en række almene psykiatriske problemstillinger, som har behov for længerevarende ophold. Holtegården har overvejende midaldrende sindslidende boende. Tinghøj arbejder med sindslidende med massivt misbrug af stoffer og alkohol, foruden de mere almene problemstillinger arbejder. Syrenparken og Skovsbovej modtager desuden sindslidende med særlige vanskeligheder.

Kollegiet Rømersvej i Odense og Pomonahuset i Vejle er tilbud for gruppen af yngre sindslidende. Pomonahuset, der er en afdeling af Tinghøj, er et særligt tilbud til svært spiseforstyrrede mennesker. Både kollegiet Rømersvej og Pomonahuset er leverandør af ydelser til VISO.

Den kommunale socialpsykiatri

Der er store variationer i kommunernes tyngde inden for socialpsykiatriske tilbud. Hvilket ses af oversigten over dagpladser og døgnpladser, tabel 1.

Tabel 1. Fordeling af socialpsykiatrisk tilbud i Region Syddanmark

Kommune	Kommunal psykiatri		Regional psykiatri		Socialpsykiatrisk tilbud / 10.000 indbyggere*
	Dagpladser	Døgnpladser	Dagpladser	Døgnpladser	
Billund	20	-	-	-	7,6
Esbjerg	166	80	-	-	21,3
Faaborg-Midtfyn	31,5	54	-	-	16,7
Fredericia	-	-	6	13	3,8
Kolding	20	23	-	-	4,8
Middelfart	130	29	5	26	52,6
Nyborg	17,5	-	-	-	5,6
Odense	168,5	160	16	10	19,1
Svendborg	21	-	-	38	10,1
Sønderborg	26	-	-	-	3,4
Tønder	-	40	-	-	9,7
Varde	24	-	-	-	4,8
Vejen	33	70	22	25	36,2
Vejle	20	52	34	146	25,1

Note: * 2005 opgørelse. Tilbuddene er geografisk placeret efter moderinstitutionens beliggenhedskommune.

Den socialpsykiatriske tyngde varierer meget. Traditionelt har der også været store forskelle mellem de fire amter. Som det fremgår af oversigten er der relativt mange pladser i de store byer som Odense, Esbjerg, Vejle og Kolding, mens der er noget længere mellem pladserne i det sønderjyske.

Langt størstedelen af de kommunale pladser er tilbud om aktivitet, samvær og beskyttet beskæftigelse (Servicelovens § 103 og 104) samt tilbud om længerevarende ophold (Servicelovens § 108). Der findes en række væresteder i kommunalt regi uden normering. De fremgår ikke af oversigten.

Brugerinddragelse og bruger- og pårørendearbejde

De socialpsykiatriske tilbud bygger i lighed med behandlingspsykiatrien på de tre værdier:

- Respekt
- Faglighed
- Ansvarlighed

For en nærmere beskrivelse af værdigrundlagets substans henvises til rapportens kapitel 6.

I socialpsykiatrien er det brugerens/beboerens ønsker, der lægges til grund for den støtte og hjælp, der tilbydes, så den sindslidende i videst muligt omfang får et godt og sammenhængende hverdagsliv.

Socialpsykiatrien lægger vægt på, at den sindslidende får de udfordringer, den støtte, omsorg og eventuelle pleje, den sindslidende har behov for. Det er vigtigt, at den sindslidende får ansvar og indflydelse, og derfor bliver den sindslidende opfordret til at udnytte sine sociale rettigheder. Herunder ikke mindst retten til at træffe egne beslutninger.

De sociale rettigheder

- Bo i egen bolig
- Have egen økonomi
- Komme omkring og have kontakt til andre
- Have arbejde eller anden aktivitet i hverdagen
- Få undervisning og uddannelse
- Dyrke interesser
- Få råd og vejledning
- Få behandling

* Efter FN's menneskerettighedskonvention

I socialpsykiatrien forventer man, at den sindslidende selv deltager aktivt i samtale og møder. Den sindslidende skal eksempelvis være med til at udarbejde en plan for, hvad der skal ske, mens den sindslidende benytter et socialpsykiatrisk tilbud. Herunder også hvad der skal ske fremover, og i den forbindelse vil den sindslidendes kommune ofte være en vigtig samarbejdspartner.

For at benytte amternes socialpsykiatriske tilbud har socialforvaltningen i den sindslidendes kommune skullet indstille til det. Inden den sindslidende flytter i botilbuddet eller starter i dagtilbud, skal den sindslidende informeres om tilbuddets muligheder, rammer og indhold. Det sker normalt ved et forbesøg i bo- eller dagtilbuddet.

Snarest efter starten i bo- eller dagtilbuddet udarbejder den socialpsykiatriske institution, i samarbejde med den sindslidende en handleplan for, hvordan den sindslidende kan få indfriet sine forventninger til tilbuddet. Handleplanen justeres løbende efter den udvikling, der sker i den sindslidendes ønsker og behov.

Den sindslidende indgår i et socialt fællesskab med andre brugere og socialpsykiatriens medarbejdere. Medarbejderne er opmærksomme på den

sindslidendes ønsker og behov, så den sindslidende får en dagligdag, der fungerer for den sindslidende. Socialpsykiatriens medarbejdere arbejder på tværs af faggrænser med det formål at bygge bro mellem psykiatriens forskellige tilbud.

Den sindslidende får, som bruger af de socialpsykiatriske tilbud, mulighed for at deltage i forskellige beboer- og brugerråd, fællesmøder og brugerudvalg. Man kan få indflydelse på for eksempel kost, aktiviteter, samværsregler, nye tiltag, budget, organisationsændringer m.m.

Pårørende inddrages i det omfang brugeren/beboeren ønsker det. Det vil altid være muligt for en pårørende at få en generel introduktion til den psykiatriske lidelse og tilbuddets arbejde med målgruppen, men det er alene brugeren/beboeren, der afgør om de pårørende skal inddrages yderligere. Der arbejdes altid på at få et godt og konstruktivt samarbejde med de pårørende. Det betyder også, at der løbende vil være aktiviteter, hvor de pårørende har mulighed for at deltage.

Ultimo 2006 gennemførte Danske Regioner, som en del af de landsdækkende psykiatriundersøgelser, en undersøgelse af de socialpsykiatriske bo- og dagtilbud. Undersøgelsen behandles ikke nærmere i denne status, men der henvises til <http://www.aaa.dk/aaa/kva-landpsyk.htm>

Samarbejdet mellem kommune, region og den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO)

Som følge af kommunalreformen sker der en række ændringer i opgavevaretagelsen på det sociale område. Kommunerne får det fulde myndigheds- og finansieringsansvar, mens regionen bliver leverandør af tilbud.

Til at koordinere de sociale tilbud indføres rammeaftalen som redskab. Rammeaftalen skal sikre, at kapaciteten og indholdet i de sociale tilbud planlægges på den bedste måde. Samtidig er rammeaftalen et planlægnings- og udviklingsværktøj, der skal bidrage til åben dialog om udviklingen af området. Rammeaftalen indeholder blandt andet oplysninger om antallet af pladser, der udbydes i regionen, takster, anvisninger ved akutsituationer, ventelister og ledige pladser.

Udover de ydelser, som regionen skal levere ifølge rammeaftalen, kan regionen også levere ydelser til den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation VISO. I Region Syddanmark har fire af de socialpsykiatriske tilbud indgået kontrakt om ydelser på specialrådgivningsområdet. Det er botilbuddet Teglgårdshuset, botilbuddet Flydedokken, Kollegiet Rømersvej og botilbuddet Pomonahuset.

I forbindelse med rammeaftalen, og det omkringliggende samarbejde, er der oprettet både et politisk samarbejdsorgan – Kontaktudvalget, og et administrativt samarbejdsorgan – Det Administrative Samarbejdsforum. Kontaktudvalget består af formanden for Regionsrådet og regionens 22 kommunale borgmestre. Det Administrative Samarbejdsforum består af repræsentanter fra social- og specialundervisningsområdet samt psykiatri i region og kommuner. Det overordnede formål med Det Administrative Samarbejdsforum er at rådgive Kontaktudvalget.

Samarbejdet mellem social- og behandlingspsykiatri

Der har i de fire gamle amter været forskellige traditioner for samarbejdet mellem social- og behandlingspsykiatrien. Alle har ad hoc samarbejde, når det drejer sig om enkeltssager.

I alle fire amter, har der været holdt ledermøder på tværs af socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien. Møderne har haft en frekvens af 4-10 gange årligt. Der afholdes i Region Syddanmark årligt 4 tværgående ledermøder, og begge sektorer inddrages i tværgående udviklingsprojekter. Der arbejdes på at etablere yderligere samarbejdsfora.

Udviklingsfelter i socialpsykiatrien

For at sikre relevante tilbud til borgeren på længere sigt, skal der ske en løbende udvikling af både nye og eksisterende tilbud. Kommunerne og regionen har i rammeaftalen udpeget en række fokusområder, heraf tre for socialpsykiatrien. De tre områder er særligt vanskeligt stillede sindslidende, personlighedsforstyrrede og personer med en spiseforstyrrelse.

Faglige netværk

Der er en række faglige netværk på det socialpsykiatriske område, og en del af disse netværk kunne naturligt videreføres. Der vil også være faglige netværk, hvor det vil være fornuftigt at justere og supplere som følge af, at tilbudene overgår til nye driftsherrer.

På det socialpsykiatriske område er der i forbindelse med rammeaftalen 2007 etableret to netværk, et vedrørende tilbud til spiseforstyrrede med regionen som tovholder, og et vedrørende tilbud til særligt vanskeligt stillede sindslidende, med Vejle Kommune som tovholder.

Referencer kapitel 9

- 1) Amtsrådforeningen, Amternes nøgletal 2004.
<http://www.arf.dk/Vidensbank/AmternesNoegletal.htm>
- 2) Rammeaftalen mellem Region Sydanmark og regionens 22 kommuner.
- 3) Lov om social service af 16. juni 2005.

Kapitel 10

Psykiatriens image

synlighed og respekt

Psykiatriens image er præget af mange paradokser og komplekse problemstillinger.

De landsdækkende bruger- og pårørendeundersøgelser, der er foretaget siden 2005, viser et overordnet billede af brugere, som er tilfredse med deres møde med psykiatrien. De pårørende er mere kritiske.

Desværre er det billede mange mennesker har af psykiatrien, præget af de mange tragiske historier i medierne, hvor psykisk syge er involveret. Også pårørende, der føler sig dårligt behandlet af systemet, bidrager negativt til psykiatriens image.

En del af forklaringen er, at psykiatri, til forskel fra somatik, ikke alene handler om sygdom og behandling. Psykiatri handler også om mennesker, som på grund af deres sygdom mangler sygdomserkendelse, og derfor undertiden modsætter sig den nødvendige behandling. I disse situationer har psykiatrien mulighed for – som den eneste del af sundhedsvæsenet – at udøve tvang over for den syge. Og anvendelse af tvang – eller blot muligheden for det – kan nedtone patientens oplevelse af en positiv alliance med personalet. At blive ramt af en psykisk sygdom er en voldsom belastning for hele familien. Ofte hører man de pårørende udtrykke skyld over sygdomsudbruddet. Når de professionelle ikke umiddelbart kan "fjerne" sygdommen eller love helbredelse, kan den frustration og belastning sygdommen påfører hele familien komme til udtryk som i utilfredshed med behandlerne.

Der har endelig fra gammel tid været en generel samfundsmæssig manglende forståelse for det uforståelige, af de 'gale' – og denne afstandtagen eller stigmatisering har ramt og rammer stadigvæk psykisk syge og dermed også psykiatrien.

Hvis psykiatriens image skal bedres, skal psykisk sygdom afstigmatiseres, og der skal skabes (endnu) større forståelse og accept. Målet er at nå frem til, "... at psykisk sygdom betragtes som en ganske almindelig respektabel sygdom på lige fod med andre sygdomme" (Bertel Haarder). Et bedre image vil også gøre det mere attraktivt at arbejde i psykiatrien.

Dette kapitel er i modsætning til de øvrige kapitler i mindre grad en status og i højere grad nogle ideer til en proaktiv strategi. Kommunikation og imageopbygning har været grebet forskelligt an i de gamle amter og sjældent ud fra en samlet strategi. Her gives et rids af en mulig strategi. Kapitlet er baseret på et bidrag fra kommunikationsafdelingen.

Kapitlets hovedresultater:

- Psykiatrien i Region Syddanmark skal fremstå som en moderne organisation, der leverer kvalitet, sammenhæng og tilgængelighed.
- Der skal arbejdes med en proaktiv kommunikation, der bredt kan bidrage til hovedbudskabet om at sprede synlighed og respekt om psykiatrien og dermed bedre psykiatriens image.
- Oprettelse af et ambassadørkorps af kendte personer og personer med egne erfaringer fra Psykiatrien i Region Syddanmark kan have stor gennemslagskraft i forhold til hovedbudskabet.
 - o Målgruppen er den almindelige borger, der ikke selv har kontakt eller kendskab til psykiatri. Et sådant initiativ vil kunne fokusere på at ændre holdning til og opfattelse af, hvad psykiatri er.
 - o De øvrige kommunikative redskaber: Nyhedsbrev, pressearbejde og -kontakt samt hjemmeside er væsentlige i forhold til hver deres målgrupper og skal bidrage til det lange seje træk med at vise, hvem og hvad Psykiatrien i Region Syddanmark er. Derigennem skal uvidenhed, fordomme og frygt erstattes af viden, forståelse og accept.

Baggrund

Psykiatrien i Region Syddanmark vil gerne fremstå som en moderne organisation, som leverer kvalitet, sammenhæng og tilgængelighed. Endvidere ønsker psykiatrien at bruge en proaktiv kommunikation, der bredt kan bidrage til, at uvidenhed, fordomme og frygt erstattes af viden, forståelse og accept.

I *vision for Psykiatrien i Region Syddanmark* er psykiatriens image tænkt ind. Psykiatrien vil arbejde for

- at videreudvikle en kultur, der fremmer glæde og udviklingsmuligheder hos den enkelte og som skaber tillid til området hos såvel brugere som borgere, medarbejdere og samarbejdspartnere.

Den tillid skal opnås ved,

- at der skabes respekt og synlighed om psykiatri og de sindslidende, og at der arbejdes med fortællinger om den vellykkede psykiatri.

Og derfor vil psykiatrien

- sikre proaktiv, ekstern kommunikation.

Også den *Fælles kommunikationspolitik i Region Syddanmark* giver med sit udgangspunkt i fem principper for god kommunikation – dialog, åbenhed, troværdighed, forståelighed, en integreret del af opgaveløsningen – retningslinier for, hvordan psykiatrien kan møde patienter, pårørende, samarbejdspartnere og medarbejdere og derigennem bedre psykiatriens image.

Proaktiv kommunikation handler om

- Kontinuerligt at fortælle hvad Psykiatrien i Region Syddanmark står for
- At indtænke kommunikation tidligt i forbindelse med arbejdet: Hvad skal kommunikeres ud? Til hvem skal der kommunikeres? Hvordan og hvornår?
- At fordomme skal imødegås, hvor de dukker op og erstattes af de rigtige billeder og "de gode historier", fx ved at sige fra hver gang man møder

uvidenhed, frygt og fordomme. Ikke ved fjendtlighed og afvisning. Men ved vedholdende og insisterende at korrigere. På den måde bliver det muligt med det lange seje træk at give en bredere befolkning en forståelse af, hvad psykisk sygdom er

- At imødegå de dårlige historier, når de dukker op (åbenhed)
- At ledelsen vogter over psykiatriens image. Hvis en dårlig sag opstår, skal ledelsen træde til med støtte og effektiv krisestyring.
- At alle medarbejdere i psykiatrien er "ambassadører"

Nedenfor er beskrevet en række værktøjer, som kan hjælpe med at løse den beskrevne kommunikationsopgave.

Formål

Denne kommunikationsplan giver et bud på, hvordan kommunikationsarbejdet kan bidrage til den overordnede målsætning om at for bedre psykiatriens image.

Hovedbudskab

- At synliggøre psykiatrien i samfundet
- At fjerne tabuer omkring sindslidelser
- At skabe respekt omkring det psykiatriske speciale

Målgrupper for kommunikation

- Borgere – samfundet generelt og lokalt
- Patienter, brugere og pårørende
- Politikere – kommunale og regionale
- Medier
- Samarbejdspartnere – kommuner, praktiserende læger mv.
- Medarbejdere

Værktøjer

- Ambassadører
- Nyhedsbreve
- Pressemeddelelser, tip og briefinger
- Nabokaffe
- Hjemmeside

Ambassadører

Dialog med omverdenen skal bidrage til at sikre det gode image for psykiatrien og dermed regionen. Kendskab til og forståelse for psykiatriske lidelser og behandlingsmuligheder skal udbredes.

Direkte formidling er den mest overbevisende kommunikation. Det betyder, at ikke blot psykiatriens ledere, men også lokalsamfund, pårørende, foreninger og andre kan bidrage til at højne forståelse for det arbejde, der udføres. Derfor skal disse grupper løbende hjælpes til at understøtte den proaktive kommunikation.

I forlængelse af tanken om den direkte formidling, vil der være idé i at etablere et ambassadørkorps af kendte mennesker og mennesker med egne erfaringer fra Psykiatrien i Region Syddanmark.

Ambassadører er mennesker, som kan og vil bruges aktivt med den opgave at skabe synlighed og åbenhed om psykiatri. For eksempel ved 2-3 gange om året at medvirke ved arrangementer og møder, medvirke i kampagner samt optræde med indlæg i medier og interesserede organisationer.

Arbejdet med at etablere og hjælpe et sådant korps vil være stort, men det vil være en god investering. Det vil have stor gennemslagskraft i forhold til den almindelige borger, fordi det bliver mennesker, som vi kan identificere os med, der kommer til at stå som afsender.

Nyhedsbrev

Psykiatrien i Region Syddanmark udarbejder ca. en gang om måneden et nyhedsbrev – *Nyt fra Psykiatrien*. Det er medarbejdere i psykiatristaben, som selv producerer historierne. Dette arbejde skal gerne være en almindelig del af de faglige arbejdsopgaver. For at fremme medarbejdernes lyst til og evner for dette arbejde, kan der arrangeres skrivekurser for medarbejderne. Herudover udarbejdes et ad hoc nyhedsbrev, som følger udviklingen med udarbejdelsen af udviklingsplan for Psykiatrien i Region Syddanmark.

'Nyt fra Psykiatrien' udsendes pr. mail til ledere og medarbejdere, og lægges på psykiatriens hjemmeside. Det er dermed også tilgængeligt for eksterne interessenter.

Det kan diskuteres, om man fortsat skal arbejde med ét nyhedsbrev, eller om det skal suppleres af et egentligt eksternt nyhedsbrev, rettet mod bruger- og pårørende-foreninger, politikere med ansvar for området, kommunale samarbejdspartnere mv., altså personer, som har forudsætninger for og interesse for psykiatri.

Uanset om man arbejder med to nyhedsbreve (et internt og et eksternt) eller med et, som bredt dækker alle interessenter, vil det være en idé, at psykiatriledelsen, sammen med Kommunikationsafdelingen, definerer mål og emner.

Kommunikationsafdelingen bidrager med markedsføring, ligesom Kommunikationsafdelingen hjælper med udpegning af nyhedsbrevets hovedhistorie.

For begge nyhedsbreve gælder, at den gode historie er den mest effektive markedsføring. Den får læserne til at vende tilbage til nyhedsbrevet.

Pressemeddelelser, tip og briefing

- Pressemeddelelser – lokale, regionale og landsdækkende medier
- Trykklare artikler – ugeaviser/lokalradioer
- Personlig pressekontakt – især landsdækkende og elektroniske medier

En blanding af pressemeddelelser, pressetip og briefing bruges til at sprede et budskab til mange medier. Pressemeddelelsen er især egnet i forhold til lokale og ind i mellem også de regionale medier, mens det personlige tip til en journalist kan betyde, at den personlige kontakt bliver til mange spaltecentimeter.

Pressearbejdet kan ikke alene udgøres af pressemeddelelser. Især i forhold til landsdækkende og regionale elektroniske medier er den direkte og personlige kontakt til medier/journalister afgørende for gennemslagskraften.

Pressebriefing

Pressebriefing er fx det uformelle møde med journalister. Det kan både være den blandede skare fra flere medier eller et møde sat op med en række journalister fra et enkelt medie. Her kan foregå en gensidig orientering - uden at målet direkte er, at det bliver til en historie i næste dags avis. Målet vil være at klæde journalisterne på til en bedre daglig dækning af stofområdet - eller som optakt til større beslutninger, rammeaftaler og nye initiativer. Pressebriefinger kan også være vejen til at lære journalister at kende, hvilket igen kan gøre det lettere at ringe med et forslag til en historie.

Beredskab

Også på psykiatrimrådet vil det være en god idé at udarbejde et beredskab, som kan træde til i tilfælde af kritiske sager. I arbejdet med at etablere et beredskab skal arbejdet med at udpege en række emner indgå. Beredskabet skal være enkelt og let at bruge for psykiatriens ledere, så de ikke er i tvivl om, hvem de skal kontakte, og hvordan de skal arbejde med kommunikation og presse

Nabokaffe

Det sker allerede - altså at institutionerne inviterer naboerne på besøg. Spørgsmålet er om initiativerne kan blive bedre udnyttet? I forhold til naboer, presse, interessenter? Kunne der fx holdes en fælles åbent-hus dag for folk i regionen med foredrag, rundvisning og prisoverrækkelse?

Nabokaffe-initiativer kan fx kædes sammen med ambassadører og pressebriefinger.

Hjemmeside

Arbejdet med hjemmeside er uomgængeligt i forhold til at involvere psykiatrien som afsender, og psykiatrien er allerede i gang med at etablere en hjemmeside i regionens websystem med tilhørende design.

Hjemmesiden kan få en særlig funktion i forhold til psykiatrien, fordi den kan være centrum for viden om nyere forskning og leverandør af den mere faktuelle information om sindslidelser, behandlingsmuligheder, patientforeninger, selvhjælpsgrupper o.s.v. Hjemmeside skal fungere som en database med alle nyhedsbreve, og det skal være let at finde mailadresser, tlf. numre og andre oplysninger om institutioner og ledere.

Hjemmesiden kan bidrage med en ny dialogmulighed, der særligt kan give sindslidende og deres pårørende mulighed for at møde hinanden og komme til orde. Herudover er det vigtigt, at ledelsen er tydelig til stede blandt medarbejdere og i offentligheden. Det kunne skabe synlighed hvis ledelsen evt. på skift skrev i en weblog, og gerne udgav en ny historie, fx hver 14. dag.

Bilagsoversigt

- Bilag 1. Datakilder
- Bilag 2. Sygdomsgrupper anvendt i sundhedsprofiler
- Bilag 3. Fordeling af førstegangskontakter i forhold til samlet antal kontakter 2003
- Bilag 4. Genindlæggelser indenfor skizofreni og affektive lidelser
- Bilag 5. Udvikling i antal førstegangskontakter fordelt på diagnosegrupper
- Bilag 6. Antal førstegangskontakter fordelt på diagnose og behandlingscenter i 2001,2003 og 2005
- Bilag 7. Antal forbrugte stillinger i 2005 i Region Syddanmark
- Bilag 8. Oversigt over praksissektor i Region Syddanmark
- Bilag 9. Ambulante tilbud i Region Syddanmark indenfor almen voksen psykiatri
- Bilag 10. Oversigt over evidens af ambulante tilbud til personer med svær sindslidelse, 2005
- Bilag 11. Erfaring med rekruttering af udenlandske læger i psykiatrien i Region Syddanmark
- Bilag 12. Kvalitet i skizofreni behandling, udtrykt ved NIP 2006, samt fakta om NIP
- Bilag 13. Opsummering af overordnede besvarelser i landsdækkende patient og pårørende undersøgelse
- Bilag 14. Temaer i Den Danske Kvalitetsmodel
- Bilag 15. Kvalitetsudvikling i psykiatrien i Region Syddanmark
- Bilag 16. Psykiatriske kvalitetsteam i Region Syddanmark
- Bilag 17. Udvalgte kompetencer for læger og sygeplejersker
- Bilag 18. Top 20 kontakt- og konsultationsårsager i almen praksis
- Bilag 19. Opgørelser fra: "Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med auditregistrering 2004"
- Bilag 20. Praktiserende lægers diagnosticering af affektiv lidelse og angstlidelser
- Bilag 21. Uddrag af: Om ansvar og ledelse i Helselovgivning
- Bilag 22. Liste over sygdomsbetegnelser og diagnosenumrer som bruges i rapporten

Bilag 1. Datakilder

For at benytte diverse data, hvad enten det er til forskning, kvalitetssikring eller andet, er det en forudsætning, at data er valide.

I de 4 amter har man benyttet forskellige patientregistreringssystemer (PAS). I Sønderjylland har anvendt OPUS, Vejle har anvendt GS, Ribe helt deres eget, og Fyn har også haft sit eget. Alle Amter har dog indberettet standardiserede data til et centralt register, Landspatientregister (LPR). Der er ikke altid overensstemmelse mellem de forskellige registreringer, endvidere er der uoverensstemmelse mellem eSundhed (trækker data fra LPR) og amternes egen ledelsesinformationssystem. Dette skyldes forskellige opgørelsesmetoder, fx hvis patientforløbet slutter i starten af 2004, vil patientens sengedage anvendt i 2003 også tælle med i 2004.

Herudover findes der indenfor psykiatrien 3 kliniske databaser:
NIP-skizofreni – vedrørende skizofreni ambulant og stationær behandling
DIPSY^o – vedrørende al ambulant aktivitet i distriktskykiatrien
BUP – vedrørende Børne- og Ungdomspsykiatrien

Der har længe været talt om dels en koordinering af DIPSY og NIP, dels om en integration i LPR (Landspatientregisteret). Fra og med 1. januar er DIPSY nu en integreret del af LPR, dvs. 100 % dækning.

Region Syddanmarks psykiatri har fremsendt konkret forslag til NIP sekretariatet, hvorledes NIP kunne integreres i LPR samt forslag til, at kvalitetsmål/-indikatorerne også kunne inddrages i fremtidig DRG-afregning således, at kvalitet belønnes DRG-mæssigt.

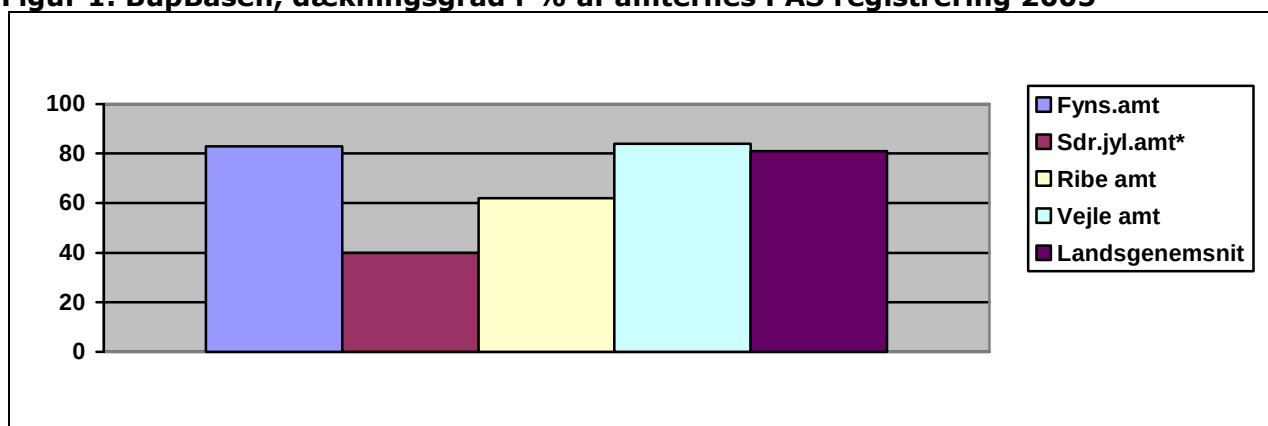
På det børne- og ungdomspsykiatriske område har man siden 1998 arbejdet på at etablere og udvikle en landsdækkende faglig database BupBasen. I 2006 er man påbegyndt implementering af sygdomsspecifikke indikatorer³.

BupBasen's dækningsgrad kan udtrykkes som antal oprettede forløb i BupBasen i forhold til det samlede antal henvisninger jævnfør de respektive afdelingers patientadministrative systemer (PAS). I søjlediagrammet vises dækningsgrad i % fordelt på amter (figur 1).

Det er Regionens målsætning for 2007, at alle afdelinger deltager og bidrager i BupBasen.

^o Kvalitetssikringsdatabase for ambulant psykiatrisk behandling

Figur 1. BupBasen, dækningsgrad i % af amternes PAS registrering 2005



Kilde: BupBasen årsrapport 2005.

Note: *Sønderjyllands amt har valgt en model, hvor kun patienter der giver positiv samtykke til registrering inddateres til BupBasen.

Bilag 2. Sygdomsgrupper anvendt i sundhedsprofiler

Gruppe 1) 5-17 årige med psykisk udviklingsforstyrrelse og/eller mental retardering.

Behandlingspsykiatriens opgaver er typisk udredning og diagnosticering samt behandling af evt. ledsagende psykiatriske lidelser; mens specialforanstaltninger vedr. skole, institutioner mm. fra 1. januar 2007 ligger i kommunen.

Gruppe 2) 5-17 årige med psykiske problemer.

Lidelserne er ofte længerevarende og rækker ind i voksenlivet, men kan andre gange være mere kortvarige. Psykoser kan være udløst af stofmisbrug men er altid et tegn på et skrøbeligt sind. Depressioner, angst, selvskadende adfærd samt selvmordsforsøg er hyppigt forekommende og halvdelen af alle spiseforstyrrelser starter i aldersgruppen. Sværere tilfælde af personlighedsforstyrrelse viser sig ligeledes i aldersgruppen.

0-4 årige med psykiske problemer er så relativt lille at den ikke er anført. Det drejer sig primært om alvorlige psykiske udviklingsforstyrrelser som fx infantil autisme og/eller mental retardering. En mindre gruppe børn og familier behandles forebyggende for tilknytningsforstyrrelser ved regionens specialiserede afsnit for spædbørnspsykiatri i Odense

Gruppe 3) 18+ årige med skizofreni.

Det er forkert at betragte skizofreni som ensbetydende med kronisk lidelse. Almindeligvis regnes med at 1/3 bliver velfungerende, 1/3 bliver kroniske, mens 1/3 kan klare sig selv med behandling og støtte ind imellem. Undersøgelser tyder på, at en tidlig og vedvarende indsats de første år kan forbedre funktionsniveauet gennem resten af livet. En vedvarende indsats over for misbrug af alkohol, hash og stoffer er også meget afgørende for, hvor godt det går. Mindst halvdelen af de unge psykotiske har også et betydeligt misbrug.

Gruppe 4) 18+ årige mani-depressive.

Som oftest en kronisk tilstand resten af livet, der dog i mange tilfælde kan forbedres væsentligt ved medicin.

Gruppe 5) Spiseforstyrrelser.

Behandlingspsykiatrien ser kun de sværeste tilfælde. I regionsregi er der ved at blive opbygget specielle spiseforstyrrelsesteam, og der er et velfungerende højt specialiseret tilbud i Odense.

Gruppe 6) 18-64 årige (erhvervsaktive) med depression.

Borgere med depressioner og især tidlige, tilbagevendende depressioner risikerer at blive udstødt af arbejds-markedet.

Depressioner medfører også risiko for kompromitteret forældreevne og omsorgsevne generelt. Det kan være vigtigt i forløbet at skabe kontakt til arbejdsgiveren og dermed lette muligheden for at bevare kontakten til arbejdspladsen. Varigheden og alvoren i sygdommen øges voldsomt ved samtidigt overforbrug af alkohol, stoffer eller medicin.

Gruppe 7) 65+ årige med depression/demens/delir.

Ældre med depression og/eller demens og/eller delir har mange gange mere end én af lidelserne.

I over 98 % af tilfældene skyldes delir somatisk sygdom - typisk urinvejs-betændelse, medicin-forgiftning/for meget medicin, mangelfuld pleje mm.

Depression hos ældre forudgås ofte af tab (ægtefælles død, flytning osv.) eller legemlig sygdom. Desuden kan mange lægemidler udløse depression som bivirkning.

Gruppe 8) 18+ årige personlighedsforstyrrede.

Lidelsen fører ofte til lange besværlige forløb med sygdom, konflikter og dårlig forældreevne, samt manglende arbejdskapacitet og tidlig pensionering samt eventuelt tunge sociale opgaver. Behandlingstilbud er under opbygning, og kan hindre den negative udvikling hos en stor del af de yngre personlighedsforstyrrede, så de kan raskmeldes efter et par år.

Gruppe 9) 18+ årige med alkohol-/ stofmisbrug.

I denne gruppe er anført personer, hvor der ikke samtidigt har været væsentlig, psykisk lidelse og der er oftest tale om afrusning/afgiftning. Afrusning/ afgiftning kan slet ikke stå alene – der skal også sættes ind med misbrugsrådgivning mm., som efter 1. januar 2007 er en kommunal opgave.

Afrusning/afgiftning finder også sted på de somatiske sygehuse, så gruppen er totalt set større end anført.

Gruppe 10) 18+ årige stress, nervøse m.m.

Lidelsernes hovedårsag er ofte udefra kommende begivenheder og belastninger.

Gruppe 11) 18+ årige med mental retardering.

Ansaret for de mentalt retarderede (oligofrene) overtages 1. januar 2007 af kommunerne. Behandlingspsykiatrien er inde i forbindelse med medfølgende psykiske lidelser (findes hos ca. halvdelen). Region Syddanmark har specialiseret oligofrenipsykiatri.

Gruppe 12) 18+ årige Øvrige.

Stor, uhomogen gruppe.

Bilag 3. Fordeling af førstegangskontakter i forhold til samlet antal kontakter 2003

	Førstegangskontakt. Ambulant*	Førstegangskontakt heldøgnsindlæggelse**	Alle førstegangskontakter	Alle kontakter*** i 2003	Førstegangskontakter andel af alle kontakter
Organiske psykiske lidelser (F00-F09)	3.453	634	4.087	12.397	33 %
Psykiske lidelser v. misbrug (F10-F19)	531	1.039	1.570	5.246	30 %
Skizofreni (F20)	127	177	304	12.122	2,5 %
Andre skizofrenilignende lidelser (F21-F29)	364	554	918	6.038	15 %
Affektive sindslidelser (F30-F39)	3.251	1.857	5.108	18.701	27 %
Nervøse lidelser (F40-F49)	4.314	1.587	5.901	12.597	47 %
Adfærdsforstyrrelser (F50-F59)	796	32	828	2.310	36 %
Personlighedsforstyrrelser (F60-F69)	929	231	1.160	6.764	17 %
Mental retardering (F70-F79)	274	17	291	1.505	19 %
Psykiske udviklingsforstyrrelser (F80-F89)	718	7	725	2.500	29 %
Børne- ungdomspsykiatrisk lidelser (F90-F98) K	1.194	34	1.228	3.609	26 %
Andet (Øvrige diagnoser)	2.073	243	2.316	4.660	50 %
I alt	18.024	6.412	24.436	88.449	28 %

Note: *Påbegyndte førstegangskontakter ved ambulante forløb i 2003, hele landet.

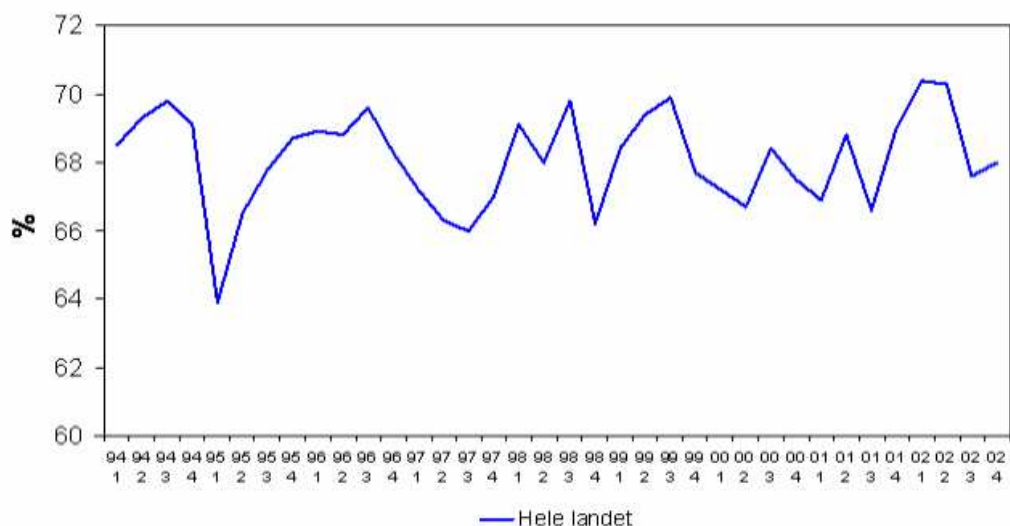
**Førstegangskontakt med det psykiatriske sygehusvæsen ved heldøgnsindlæggelse 2003, hele landet.

***Samtlige personer i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen (ekskl. skadestue, inkl. overligger) i 2003

Kilde: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, Afdeling for Psykiatrisk Demografi.

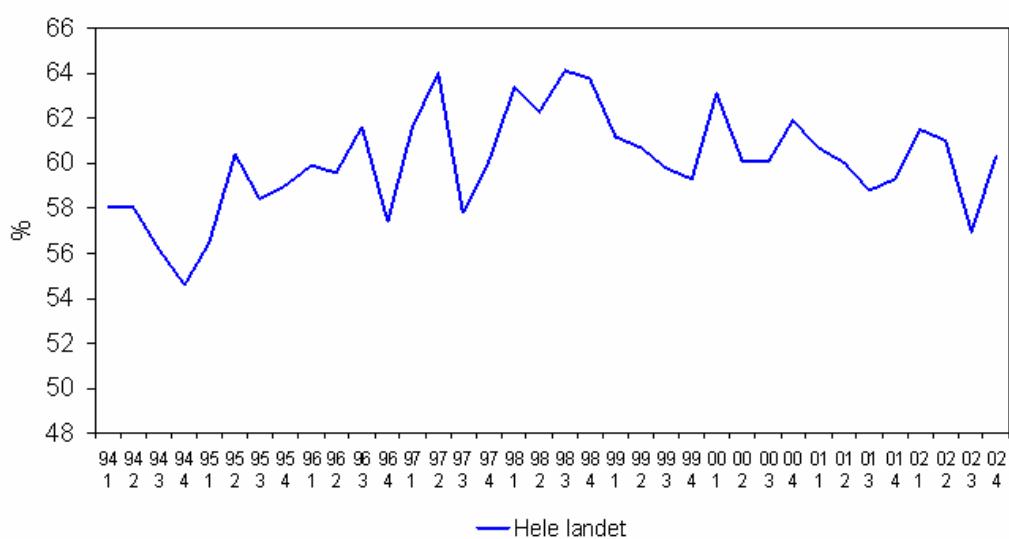
Bilag 4. Genindlæggelser indenfor skizofreni og affektive lidelser

Andelen af alle der udskrives med skizofreni-diagnose, som registreres for en indlæggelse indenfor et år.



3 dages korrektion

Afdeling for Psykiatrisk Demografi/PMJ

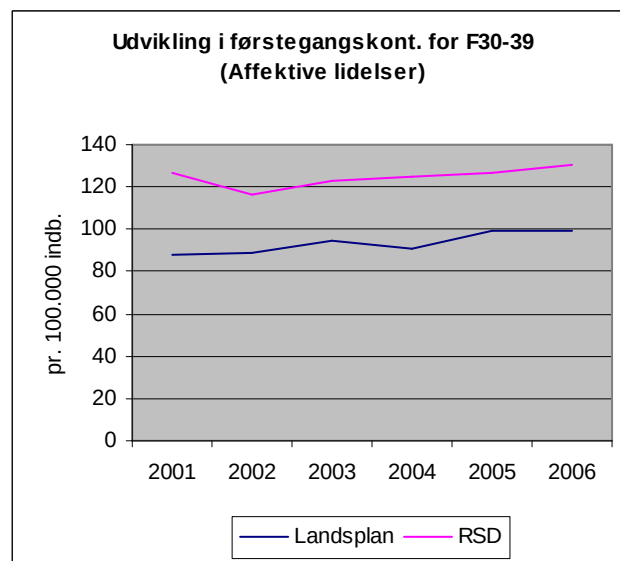
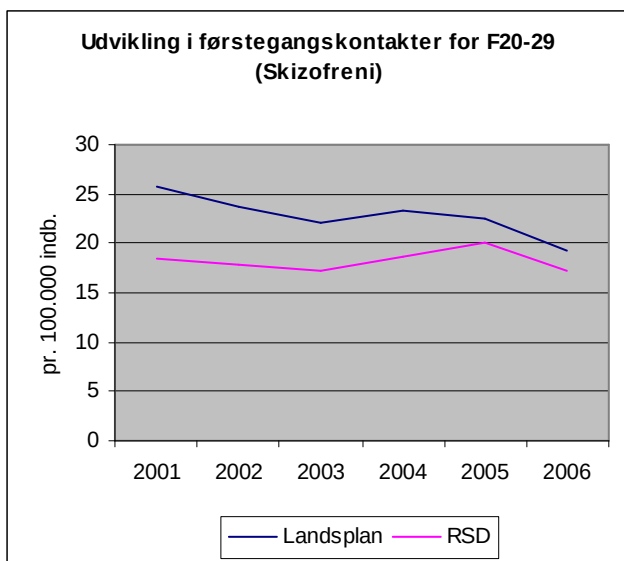
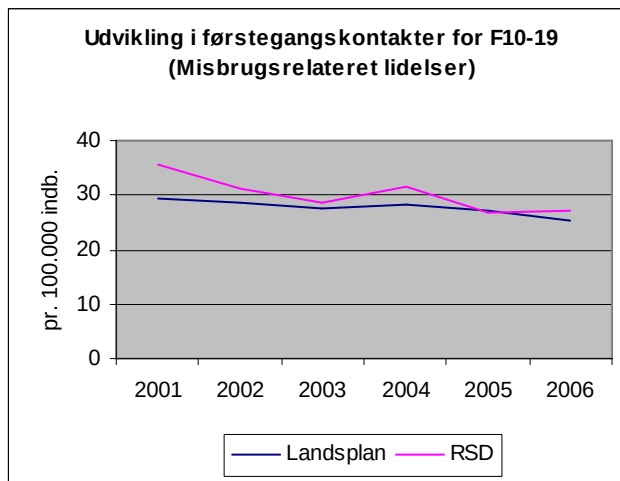
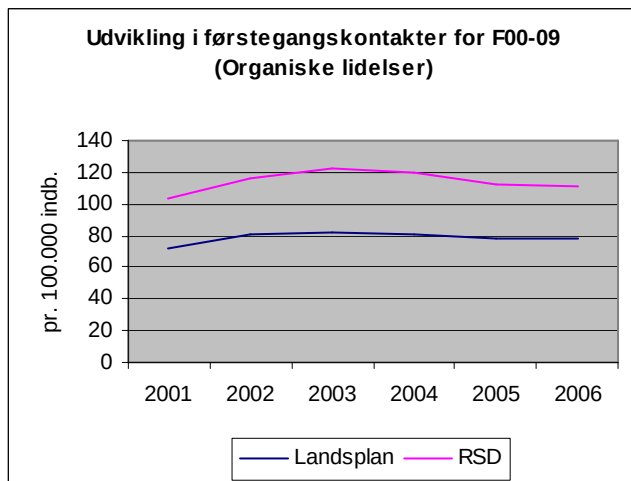


3 dages korrektion

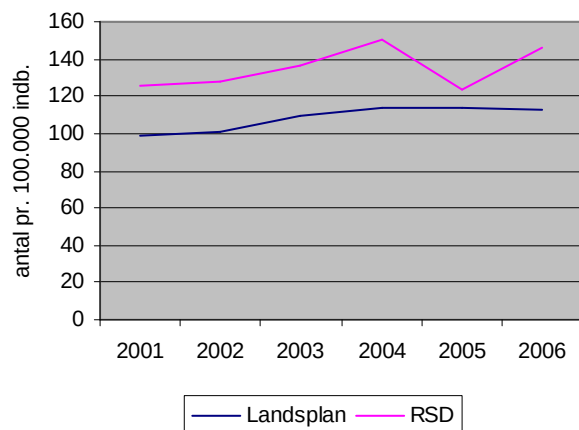
Afdeling for Psykiatrisk Demografi/PMJ

Bilag 5. Udvikling i antal førstegangskontakter fordelt på diagnosegrupper

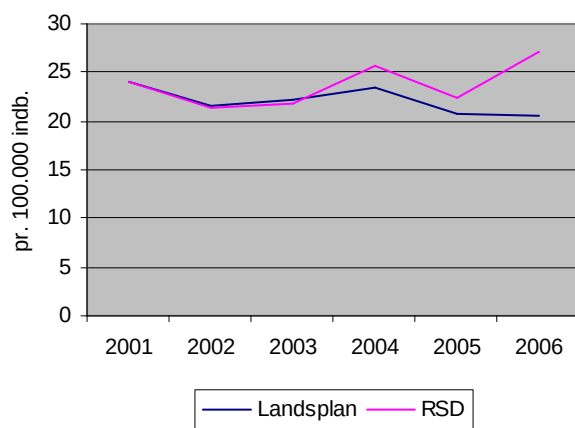
Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, Afdeling for Psykiatrisk Demografi.
Fordeling af førstegangskontakter 2003



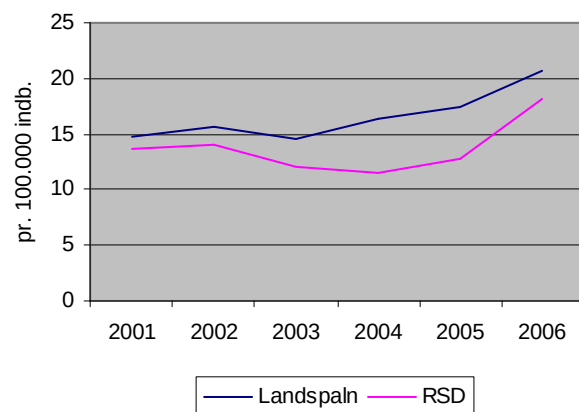
**Udvikling i førstegangskont. for F40- 49
(Nervøse og stressrelaterede lidelser)**



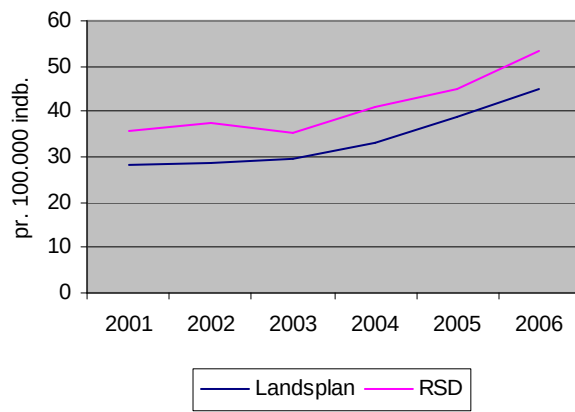
**Udvikling i førstegangskont. for F60-69
(Personlighedsforstyrrelser)**



**Udvikling i førstegangskontakter for F80-89
(Psykiske udviklingsforstyrrelser)**

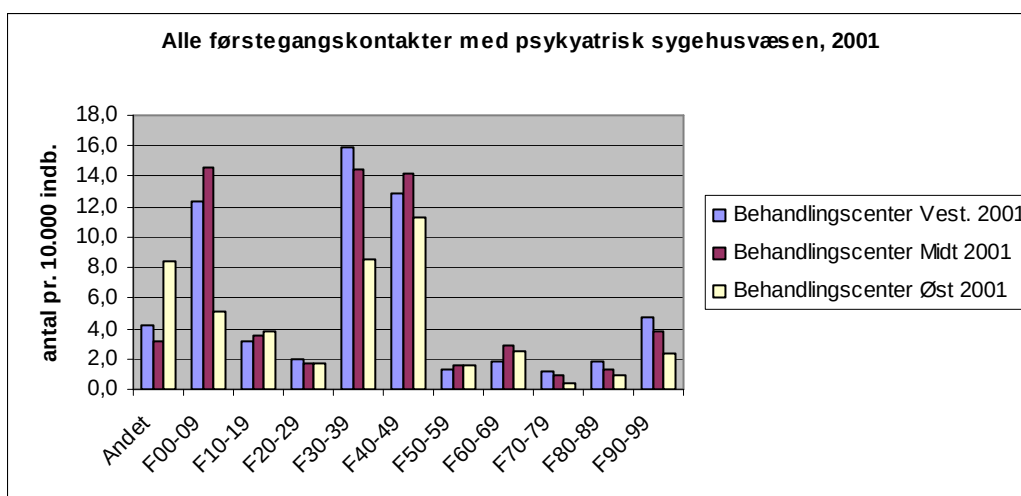
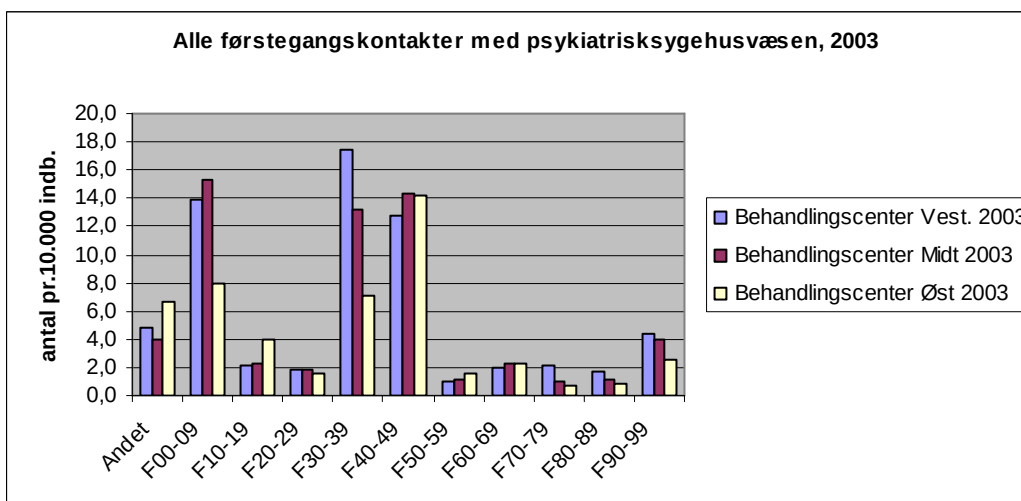
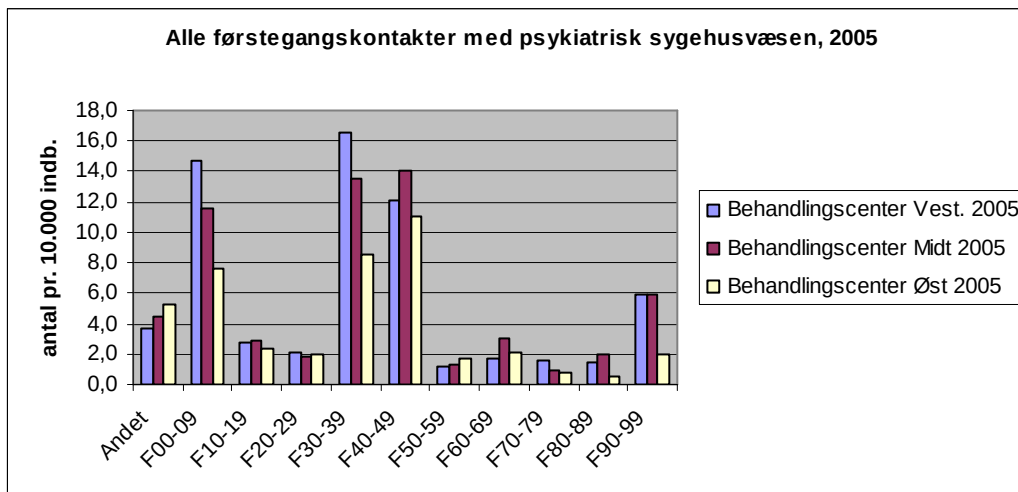


**Udvikling i førstegangskontakter for F90-98.
(Forstyrrelser opstået i barndom)**



Bilag 6. Antal førstegangskontakter fordelt på diagnose og behandlingscenter i 2001, 2003 og 2005

Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, Afdeling for Psykiatrisk Demografi. *Fordeling af førstegangskontakter 2003*



Bilag 7. Antal forbrugte stillinger i 2005 i Region Syddanmark

	Behandlings-personaleopgørelse ^a 2005							
	Ribe amt		Vejle amt		Sønd.Jyl. amt		Fyn amt	
	B&U	VOKS	B&U	VOKS	B&U	VOKS	B&U	VOKS
Samlet antal læger i psykiatri	8,52	46,18	15,15	58,44	4,21	37,66	14,46	94,44
læge pr. 10.000 indb. ^c	1,6	2,7	1,8	2	0,7	1,9	1,4	2,5
Antal psykologer.	7,23	10,24	8,72	20,84	5,9	8,8	6,87	12,28
psykologer pr. 10.000 indb. ^c	1,3	0,6	1	0,8	1	0,5	0,7	0,3
Antal sygeplejersker	- ^e	- ^e	38,82	159,64	15,02	110,62	26,12	248,12
Syg.pl. pr. 10.000 indb. ^c			4,6	5,8	2,6	5,7	2,5	6,7
Andet plejepersonale ^d	- ^e	- ^e	7,98	97,91	7,17	112,51	0	204,7
Andet pl.pers. pr.10.000 indb. ^c			1	3,6	1,2	5,8		5,5
Socialrådgiver.	- ^e	- ^e	4,33	9,26	4,00	7,26	3,21	18,18
Socialrd. pr.10.000 indb. ^c			0,5	0,3	0,7	0,4	0,3	0,5
Fysio- og ergoterapeuter	- ^e	- ^e	3,99	28,86	0,65	15,49	1,97	26,34
Fys. og ergo. pr.10.000indb. ^c					0,1	8		
Socialpædagoger.	- ^e	- ^e	2,88	1,87	7,37	1	15,23	6,25
Socialpedg. Pr. 10.000 indb. ^c			0,3	0,1	1,3		1,6	0,2
Andet sundhedsfaglig pers.	- ^e	- ^e	8,00	2,01	0,33		1,84	27,32
			1	0,1			0,2	0,7
Behandlings-personale i alt	41,47	276,16	89,87	378,83	44,65	293,34	69,7	637,67
	7,7	16,2	10,7	13,8	7,6	15,1	6,6	17,2

Kilde: Amternes egne opgørelser

Note: a) Antal forbrugte stillinger i 2005

b) Vejle amt er ikke korrigeret for opdeling

c) Alderskorrigeret og afrundet til en decimal

d) Plejere, SSA + sygehjælpere

e) ikke udspecificeret.

Bilag 8. Oversigt over praksissektor i Region Syddanmark

Tabel 1. Udbredelsen af samtaleterapi i Region Syddanmark

Antal ydelser	2004	2005	2006	Antal ydelser pr. 10.000 indbyggere	2004	2005	2006
Fyns Amt	31.721	28.851	34.088	Fyns Amt	666	605	715
Ribe Amt*	9.471	9.668	11.378	Ribe Amt*	422	431	507
Sønderjyllands Amt	8.234	8.679	9.795	Sønderjyllands Amt	325	343	387
Vejle Amt**	7.043	7.164	8.715	Vejle Amt	306	312	379
Region Syddanmark	56.469	54.362	63.976	Region Syddanmark	477	459	540

Note: * Det fhv. Ribe Amt har afregnet samtaleterapi anderledes end de øvrige tre gamle amter. Der er for 2004 og 2005 foretaget et forsigtighedsskøn, hvor det antages, at der gennemsnitligt anvendes 3,5 modul pr. gennemført ydelse med samtaleterapi. For 2006 er skønnet foretaget ud fra antagelsen om en procentvis stigning svarende til gennemsnittet for de øvrige tre gamle amter.

Note: ** Befolkningmæssig korrektion foretaget for at tage højde for delingen af Vejle Amt

Tabel 2. Antal modtagere af samtaleterapi i Region Syddanmark

Antal personer	2004	2005	2006	Antal personer pr. 10.000 indbyggere	2004	2005	2006
Fyns Amt	15.619	13.754	16.251	Fyns Amt	328	289	341
Ribe Amt*	4.597	4.616	4.706	Ribe Amt*	205	206	210
Sønderjyllands Amt	4.028	4.259	4.970	Sønderjyllands Amt	159	168	196
Vejle Amt**	3.165	3.325	4.052	Vejle Amt	138	145	176
Region Syddanmark	27.409	25.953	29.979	Region Syddanmark	232	219	253

Note: * Antal personer, som modtager samtaleterapi i det fhv. Ribe Amt, er beregnet forholdsmæssigt ud fra det gennemsnitlige antal samtaleterapiydelser i det tre andre gamle amter

** Befolkningmæssig korrektion foretaget for at tage højde for delingen af Vejle Amt

Tabel 3. Antal personer i behandling hos privatpraktiserende speciallæge

<i>Almen voksne</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
Fyns Amt	3.328	3.836	4.408
Ribe Amt	661	748	874
Sønderjyllands Amt	864	1.017	1.199
Vejle Amt*	943	967	1.007
Region Syddanmark	5.796	6.568	7.488

Note: *Befolkningmæssig korrektion foretaget for at tage højde for delingen af Vejle Amt

Tabel 2. Børn og unge i behandling hos børne- og ungdomspsykiatrisk speciallæge

<i>Antal børn og unge</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
Fyns Amt	189	261	396
Ribe Amt	3	5	6
Sønderjyllands Amt	13	14	13
Vejle Amt*	40	107	146
Region Syddanmark	245	387	561
Note: *Befolkningsmæssig korrektion foretaget for at tage højde for delingen af Vejle Amt			

Tabel 5. Ydelser i psykiatrisk speciallægepraksis

<u>Almen psykiatri</u>	2004	2005	2006
1. konsultation	3.253	3.556	3.761
2. konsultation	2.541	2.959	3.141
Senere og udvidet senere konsultation	16.152	18.484	23.760
Telefonkonsultation	6.920	8.780	10.206
<i>Almen psykiatrisk behandling i alt</i>	28.866	33.779	40.867
<u>Psykoterapi</u>			
Individuel terapi	10.730	12.936	15.074
Par og anden 2 pers. terapi	233	295	318
Gruppeterapi	946	1.708	2.014
Telefonkonsultation	462	604	668
<i>Psykoterapi i alt</i>	12.371	15.542	18.074
<i>Voksenpsykiatri i alt</i>	41.237	49.321	58.941
<u>Børne og Ungdomspsykiatri</u>	2004	2005	2006
1. konsultationer	150	243	323
2. eller senere konsultationer	691	1.194	2.123
Telefonkonsultation	448	393	838
<i>Børne- og ungdomspsykiatri i alt</i>	1.289	1.830	3.283
Ydelse i speciallægepraksis i alt	42.526	51.151	62.224

Note: * Befolkningsmæssigt korrigeret for delingen af Vejle Amt.

Tabel 6. Oversigt over almen psykiatrisk behandling i voksenpsykiatri

		2004				2004
Almen psykiatrisk behandling	Ydelse	Fyn	Sdr.jyl	Ribe	Vejle	RSD
1. konsultation	110	1.687	556	484	526	3.253
2. konsultation	120	1.293	419	393	436	2.541
Senere konsultation	130	3.427	193	266	689	4.575
Senere udvidet konsultation	140	7.339	1.101	996	2.141	11.577
Pårørendekonsultation	150	400	155	179	282	1.016
E-mail konsultation	105	0	0	0	0	0
Telefonkonsultation	201	4.326	776	799	1.019	6.920
Telefonisk koordinering m. off. myndigheder	203	77	51	45	19	192
Telefonisk rådgivning prakt. Læge	205	0	0	0	0	0
Psykoterapi	Ydelse	Fyn	Sdr.jyl	Ribe	Vejle	RSD
Individuel terapi	210	8.089	520	1.026	1.095	10.730
Par og anden 2 pers. terapi	222	141	0	79	13	233
Gruppeterapi 2 personer	232	46	0	0	5	51
Gruppeterapi 3 personer	233	147	0	0	8	155
Gruppeterapi 4 personer	234	383	0	0	32	415
Gruppeterapi 5 personer	235	142	0	0	0	142
Gruppeterapi 6 personer	236	183	0	0	0	183
Pårørendekonsultation	250	3	4	1	1	9
Telefonkonsultation	202	113	114	135	100	462
		2005				2005
Almen psykiatrisk behandling	Ydelse	Fyn	Sdr.jyl	Ribe	Vejle	RSD
1. konsultation	110	1.989	598	427	542	3.556
2. konsultation	120	1.655	482	380	442	2.959
Senere konsultation	130	3.207	91	130	676	4.104
Senere udvidet konsultation	140	9.469	1.374	1.358	2.178	14.379
Pårørendekonsultation	150	779	201	222	332	1.534
E-mail konsultation	105	12	2	0	1	15
Telefonkonsultation	201	5.314	988	1.227	1.251	8.780
Telefonisk koordinering m. off. myndigheder	203	147	83	74	91	395
Telefonisk rådgivning prakt. Læge	205	61	4	4	4	73
Psykoterapi	Ydelse	Fyn	Sdr.jyl	Ribe	Vejle	RSD
Individuel terapi	210	9.355	1.173	1.140	1.268	12.936
Par og anden 2 pers. terapi	222	156	64	42	33	295
Gruppeterapi 2 personer	232	80	0	0	0	80
Gruppeterapi 3 personer	233	496	0	0	26	522
Gruppeterapi 4 personer	234	436	0	0	39	475
Gruppeterapi 5 personer	235	340	0	0	0	340
Gruppeterapi 6 personer	236	292	0	0	0	292
Pårørendekonsultation	250	1	11	5	2	19
Telefonkonsultation	202	158	158	146	142	604

		2006				2006
Almen psykiatrisk behandling	Ydelse	Fyn	Sdr.jyl	Ribe	Vejle	RSD
1. konsultation	110	2.033	733	510	485	3.761
2. konsultation	120	1.727	590	425	399	3.141
Senere konsultation	130	3.896	136	156	737	4.925
Senere udvidet konsultation	140	12.753	1.778	1.719	2.585	18.835
Pårørendekonsultation	150	1.343	309	344	368	2.364
E-mail konsultation	105	50	0	1	5	56
Telefonkonsultation	201	6.055	1.246	1.377	1.528	10.206
Telefonisk koordinering m. off. myndigheder	203	145	108	118	108	479
Telefonisk rådgivning prakt. Læge	205	67	6	116	15	204
Psykoterapi	Ydelse	Fyn	Sdr.jyl	Ribe	Vejle	RSD
Individuel terapi	210	11.169	1.467	1.055	1.383	15.074
Par og anden 2 pers. terapi	222	83	178	38	19	318
Gruppeterapi 2 personer	232	282	0	0	4	286
Gruppeterapi 3 personer	233	843	16	4	25	888
Gruppeterapi 4 personer	234	423	0	4	19	446
Gruppeterapi 5 personer	235	200	0	0	0	200
Gruppeterapi 6 personer	236	195	0	0	0	195
Pårørendekonsultation	250	0	4	0	1	5
Telefonkonsultation	202	218	138	85	227	668

Note:* Befolkningmæssigt korrigeret for delingen af Vejle Amt

Tabel 7. Oversigt over almen psykiatrisk behandling i børne- og ungdomspsykiatri

		2004				2004
Børne- og ungdomspsykiatri	Ydelse	Fyn	Sdr.jyl	Ribe	Vejle	RSD
1. konsultation med 1 patient	110	3	0	0	1	4
1. konsultation med 1 voksen og 1 barn	111	37	1	0	3	41
1. konsultation med hel familie	112	87	6	1	12	106
2. eller senere konsultation, samtaleterapi med større børn	131	45	0	0	30	75
2. eller senere konsultation, legeterapi med mindre børn	132	46	3	0	6	55
2. eller senere konsultation, forældreterapi eller 1 voksen og 1 barn	133	211	17	1	60	289
2. eller senere konsultation, familieterapi	134	224	13	1	34	272
E-mail konsultation	105	0	0	0	0	0
Telefonkonsultation	201	325	38	2	83	448
Telefonisk rådgivning af praktiserende læge	205	0	0	0	0	0
		2005				2005
Børne- og ungdomspsykiatri	Ydelse	Fyn	Sdr.jyl	Ribe	Vejle	RSD
1. konsultation med 1 patient	110	1	0	0	6	7
1. konsultation med 1 voksen og 1 barn	111	31	2	0	19	52
1. konsultation med hel familie	112	121	4	2	56	183
2. eller senere konsultation, samtaleterapi med større børn	131	112	0	0	146	258
2. eller senere konsultation, legeterapi med mindre børn	132	53	0	1	11	65
2. eller senere konsultation, forældreterapi eller 1 voksen og 1 barn	133	320	8	3	111	442
2. eller senere konsultation, familieterapi	134	292	16	6	116	430
E-mail konsultation	105	0	0	0	4	4
Telefonkonsultation	201	195	15	3	180	393
Telefonisk rådgivning af praktiserende læge	205	15	0	0	9	24
		2006				2006
Børne- og ungdomspsykiatri	Ydelse	Fyn	Sdr.jyl	Ribe	Vejle	RSD
1. konsultation med 1 patient	110	0	0	1	1	2
1. konsultation med 1 voksen og 1 barn	111	22	2	1	12	37
1. konsultation med hel familie	112	222	4	2	55	283
2. eller senere konsultation, samtaleterapi med større børn	131	295	1	0	183	479
2. eller senere konsultation, legeterapi med mindre børn	132	191	0	1	22	214
2. eller senere konsultation, forældreterapi eller 1 voksen og 1 barn	133	479	7	6	212	704
2. eller senere konsultation, familieterapi	134	543	25	3	154	725
E-mail konsultation	105	1	3	0	24	28
Telefonkonsultation	201	546	28	3	261	838
Telefonisk rådgivning af praktiserende læge	205	20	0	0	3	23

Note: * Befolkningsmæssigt korigeret for delingen af Vejle Amt

Bilag 9. Ambulante tilbud i Region Syddanmark indenfor almen voksen psykiatri

	Patient/personal ratio (case-load)	Befolknings grundlag	Antal fuldtidsstillinger eks. serv.prs.	Målgruppe	Tids afgrænsning af intervention og åbningstid.
Psykiatricenter Midt, DPC-Augustenburg	25:1	76.000	23	Psykiatrisk behandlingskrævende patienter, alle diagnoser	Ingen tidsafgrænsning for behandling. Åben ma-tors 8 - 15.30 + fredag 8-14.00 + resten af tiden hotline tlf for visiterede hertil
Psykiatricenter Vest, DPC Tønder	35:1	41.000	11	Psykiatrisk behandlingskrævende patienter, alle diagnoser	Ingen tidsafgrænsning for behandling. Åben ma-tors 8 - 15.30 + fredag 8-14.00 + resten af tiden hotline tlf for visiterede hertil
Psykiatricenter Midt, DPC Aabenrå	24:1	60.000	14	Psykiatrisk behandlingskrævende patienter, alle diagnoser	Ingen tidsafgrænsning for behandling. Åben ma-tors 8 - 15.30 + fredag 8-14.00 + resten af tiden hotline tlf for visiterede hertil
Psykiatricenter Vest, ACT*Tønder	8:1	41.000	7	Langvarig psykoselidende patienter	Ingen tidsafgrænsning for behandling. Åben ma-tors 8 - 15.30 + fredag 8-14.00 + resten af tiden hotline tlf for visiterede hertil
Psykiatricenter Midt, TIT Aabenrå	11:1	250.000	6	Nydebuterede psykotiske	5 år for behandling. Åben ma-tors 8 - 15.30 + fredag 8-14.00 + resten af tiden hotline tlf for visiterede hertil
Psykiatricenter Vest, DPT Vejle, opdelt i 3 behandlinsteam samt Skærmet team varetager behandling af såvel indlagte som ambulante patienter (Vejlemodellen)		110.000	I alt 27 3 personer heraf på 80 % og 1 person 33 t/uge. 3,75 lægestilling vakant Fordelt på:	Længerevarende almen psykiatriske lidelser	Team ABC: Hverdage 12.00 – 12.30 Distriktssygeplejersker : Hverdage 9.00 – 9.30 Gerontoteam . mandag, tirsdag. og torsdag, fredag kl. 8.00 – 9.00
Yngre læger (varetager overvejende behandling for indlagte og få ambulanter samt vagtarbejde)	10:1		7		
Overlæger, distriktssygepl. Soc.rådg. (varetager overvejende ambulant behandling og få opgaver ved	25:1		20		Tidsafgrænset intervention: ingen

indlagt)					
Psykiatricenter Vest, Akutteam Vejle	6	110.000	4	Overvejende depr. lidelse + fødselsdepression /psykose	Akutteam ca 8 uger Akutsygeplejersker: Hverdage for patienter : 9.00 – 9.30 Samarbejdspartnere hverdage 8 –16
Psykiatricenter Midt, DPC Fredericia	Ikke oplyst				
Psykiatricenter Vest, DPT Varde	30-40:1	38.000	8,5	De distriktpsychiatriske teams målgruppe er patienter med egentlige sindssygdomme samt sværere grænsepsykotiske tilstande, og ikke-psykotiske patienter med meget svære livsindskrænkende psykiske symptomer. Mennesker med lettere psykiske symptomer og mennesker med krise eller sorgreaktioner behandles i det omfang, der er ressourcer til det.	
Psykiatricenter Vest, DPT Esbjerg	30-40:1	83.000	13,5	De distriktpsychiatriske teams målgruppe er patienter med egentlige sindssygdomme samt sværere grænsepsykotiske tilstande, og ikke-psykotiske patienter med meget svære livsindskrænkende psykiske symptomer. Mennesker med lettere psykiske symptomer og mennesker med krise eller sorgreaktioner behandles i det omfang, der er ressourcer til det.	
Psykiatricenter Vest, DPT Ribe	30-40:1	31.000	11,2	De distriktpsychiatriske teams målgruppe er patienter med egentlige sindssygdomme samt sværere grænsepsykotiske tilstande, og ikke-psykotiske patienter med meget svære livsindskrænkende psykiske symptomer. Mennesker med lettere psykiske symptomer og mennesker med krise eller sorgreaktioner behandles i det omfang, der er ressourcer til det.	
Psykiatricenter Vest, DPT Brørup	30-40:1		9,5	De distriktpsychiatriske teams målgruppe er patienter med egentlige sindssygdomme samt sværere grænsepsykotiske	

				tilstande, og ikke-psykotiske patienter med meget svære livsindskrænkende psykiske symptomer. Mennesker med lettere psykiske symptomer og mennesker med krise eller sorgreaktioner behandles i det omfang, der er ressourcer til det.	
Psykiatricenter Vest, DPT Grinsted	30-40:1	40.000	9,5	De distriktspsykiatriske teams målgruppe er patienter med egentlige sindssygdomme samt sværere grænsepsykotiske tilstande, og ikke-psykotiske patienter med meget svære livsindskrænkende psykiske symptomer. Mennesker med lettere psykiske symptomer og mennesker med krise eller sorgreaktioner behandles i det omfang, der er ressourcer til det.	
Psykiatricenter Vest, Psykoseteam Esbjerg	25:1 / 10:1 (differentieret efter patientgrupper)	220.000	22,8	Målgruppen er patienter med svært behandlelig skizofreni, paranoid psykose og skizo-afektive sindlidelser, ofte med et misbrug eller retspsykiatrisk sanktion. Fra 1/11-06 lægges teamet sammen med psykoseteamet ved Ribe og har ansvaret også for tidlig intervention i forhold til debutterende skizofreni (Klinik for Skizofreni)	
Psykiatricenter Vest, Psykoseteam Ribe	10:1	Er lagt sammen med psykoseteam Esbjerg	Er lagt sammen med psykoseteam Esbjerg	Målgruppen er patienter med svært behandlelig skizofreni, paranoid psykose og skizo-afektive sindlidelser, ofte med et misbrug eller retspsykiatrisk sanktion. Fra 1/11-06 integreres teamet i Klinik for Skizofreni.	
Psykiatricenter Vest, Mobilteam	12:1	220.000	5	Mobilteamet er et tilbud om ambulant psykiatrisk behandling til mennesker med depression eller angst, som ikke i forvejen er i behandling i	

				psykiatrien og hvor hjemmebesøg kan træde i stedet for indlæggelse.	
Psykiatricenter Vest, Geronto-neuropsykiatrisk klinik, Esbjerg		220.000	15,19	Den gerontopsykiatriske funktion i Psykiatricenter Vest er en ambulant funktion. Ved behov for indlæggelse samarbejdes med den lokale voksenpsykiatriske afdeling i henholdsvis Vejle og Esbjerg. Målgruppen er patienter med demens og ældre (+80) med psykiatriske sygdomme. Teamet har et specialiserede tilbud til depressioner og har et støtteteam med vejledning og konsulentfunktion til pårørende og plejepersonalet (fx på plejehjem). Hver mandag mellem klokken 10.00 og 11.00 samt hver torsdag mellem klokken 14.00 og klokken 15.00 er der åben og anonym telefonrådgivning i neuropsykiatrisk ambulatorium	
Psykiatricenter Vest, Gerontoteam Vejle	Ikke oplyst				
Psykiatricenter ØST, DPC Odense	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Længerevarende psykiske lidelser.	Ingen tidsafgrænsning. Mandag-torsdag kl. 8.00-16.00 Fredag kl. 8.00-13.00
Psykiatricenter ØST, DPC Svendborg	Ikke oplyst	63.702	7.84	Længerevarende psykiske lidelser.	Ingen tidsafgrænsning. Mandag - torsdag kl. 08.00 - 15.45 Fredag kl. 08.00 - 14.00
Psykiatricenter ØST, DPT Fåborg-Midt	30:1	62.755	4,5	Længerevarende psykiske lidelser.	Ingen tidsafgrænsning. Mandag - torsdag kl. 08.00 - 15.45 Fredag kl. 08.00 - 14.00
Psykiatricenter Midt, DPC Middelfart	24 : 1	36.000	3,5(sygepl.+psykolog) 1,0 læge	Længerevarende psykiske lidelser.	Ingen tidsafgrænsning. Mandag-onsdag 8.00-15.30

					Torsdag 8.00-17.00 Fredag 8.00-13.30
Psykiatricenter Midt, DPT Middelfart	28 : 1	70.200	4,33 (sygepl.+psykolog) 2,0 læger	Længerevarende psykiske lidelser.	Ingen tidsafgrænsning. Mandag-fredag 7.30- 15.30
Psykiatricenter Midt, Dagafsnit Middelfart	8,65 : 1	106.000	5,62 (sygepl + plejere)	Forskelligt, en del personlighedsfor- styrrelser	Mandag-torsdag kl. 7.30-15.00 Fredag kl. 7.30-14.30
Psykiatricenter Midt, Akut team Middelfart	16 : 0,5 (32 : 1)	106.200	Lægedækning via distriktpsikiatriske læger. 0,5 sygepl.	Akut opståede psykiatriske problemer	Intervention max. 3 mdr. Hverdage 8.00 til 15.00
Psykiatricenter ØST, DPT Østfyn	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Længerevarende psykiske lidelser.	Ingen tidsafgrænsning. Hverdag fra kl. 8.00 - 15.00
Psykiatricenter ØST, TIT Odense	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Unge nydiagnosticerede skizofrene	Intervention max. 3 år Mandag - torsdag kl. 08.00 - 16.00. Fredag kl. 08.00 - 13.00
Psykiatricenter ØST, Akutteam Odense	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Primært depression og angst.	Intervention max 3 md. Tlf.tid hverdage fra kl. 08.00 - 18.00.
Psykiatricenter ØST, Akutteam Svendborg	22:1	126.457	2,81	Primært depression og angst.	Intervention max 3 md. Tlf.tid hverdage fra kl. 08.00 - 18.00
Psykiatricenter ØST, DAT Dialektisk Adfærds Terapi	Ikke oplyst	126.457	2,23	Svær Emotionelt Ustabil personlig- hedsstruktur.	Mulighed for 24t tlf, kontakt for indvisiterede.
Psykiatricenter ØST, Psykoteraeutisk Afsnit Odense	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Ikke psykotiske lidelser.	Ca. 1 år Hverdag 8.00-16.00

Note: Det har ikke været muligt at indhente den samlede information fra alle ambulante tilbud i RSD, indenfor almen voksen psykiatri.

* Opsøgende Psykoseteam

Bilag 10. Oversigt over evidens af ambulante tilbud til personer med svær sindslidelse, 2005

Ergebnisse kontrollierter Studien zu Versorgungssystemen im Überblick				
Versorgungssystem	Kontrollierte Studien hoher Qualität		Outcomeparameter	Ergebnis
	Anzahl	Länder		
Community Mental Health Teams • Multidisziplinäre, gemeindepsychiatrische Teams, Kern der sektorsierten Dienste in England	6	England, Australien, Kanada	• Psychische Symptome • Soziale Anpassung • Zufriedenheit • Krankenhausaufnahmen	• Kein Einfluss • Besser • Besser • Möglicherweise seltener
Assertive Community Treatment • Gemeindebasiertes, multidisziplinäres Team mit Psychiatern, Krankenschwestern und Sozialarbeitern mit hoher Betreuungsdensität für schwer Erkrankte	28	USA, England, Kanada, Niederlande	• Psychische Symptome • Unabhängiges Leben • Krankenhausaufnahmen	• Kein Einfluss • Positiver Einfluss • Häufigkeit/Verweildauer eindeutig verringert
Standard- und intensiviertes Case-Management • Keine Teamorientierung, persönliche Verantwortung des Case-Managers, Koordination der Inanspruchnahme der Dienste verschiedener Institutionen	>30	USA, England, Kanada, Niederlande	• Psychische Symptome • Kontakt zum Versorgungssystem • Krankenhausaufnahmen	• Kein Einfluss • Erhöht • Verweildauer kürzer, Gesamtzahl der Aufenthalte evtl. erhöht
Kriseninterventionsteams • Kurze krisenorientierte Behandlung im Team als Alternative zur Klinik	5	England, USA, Australien	• Krankenhausaufnahmen • Zufriedenheit • Psychische Symptome/Suizide	• Reduktion • Besser • Kein Einfluss
Akuttagesklinik • Bietet als multidisziplinäre Einrichtung eine umfassende dem stationären Setting entsprechende psychiatrische Behandlung an, geöffnet an Wochentagen	18	England, USA, Niederlande	• Alle klinischen und sozialen Parameter • Soziale Anpassung • Wiederaufnahmerate • Krankenhaustage insgesamt	• Keine Überlegenheit gegenüber ambulanter Behandlung • Kein Unterschied • Unklar • Weniger Tage als bei stationärer Behandlung
Berufliche Rehabilitation	19	USA, England	Arbeit auf dem Arbeitsmarkt	Supported employment direkt am Arbeitsplatz (rascher Beginn und Beschäftigungsförderung) besser als längere vorwiegend beschützte Arbeitsprogramme
Betreutes Wohnen, Soziotherapie, Disease-Management, Beschäftigungstherapien	Keine randomisierten kontrollierten Studien		–	–

Kilde: Weinmann og Gaebel

Bilag 11. Erfaring med rekruttering af udenlandske læger i psykiatrien i Region Syddanmark

Speciallæger i psykiatri

Tyske speciallæger. Rekrutteret til Sønderjylland 3.

Sprog

I gennemsnit tager det ca. 2 år før de kan flydende dansk. Efter 6 måneder kan de ca. 75 % dansk, efter 1 år 90 %; men først efter 2 år "tænker" de også på dansk, derefter fuldt sproglig integreret bortset fra en tendens til, i diktering, at komme verber sidst i sætningen.

Integration

Integreres hurtigt og føler sig ikke langt fra hjemlandet. Hovedparten bosætter sig faktisk i Flensborg. Fra Flensborg kan man transportmæssigt hurtigt nå til og med Kolding.

Fagligt

Velfungerende; men med lille tendens til enten at være "overlæge" med stort O som i Tyskland eller "underlæge" der venter på, hvad Overlægen siger (tysk tradition). Burde også kunne klare sig indenfor børne- og ungdomspsykiatri, gerontopsykiatri og oligofrenipsykiatri grundet lighederne i dansk og tysk socialvæsen, hvor den reelle eneste forskel at dele i Tyskland drives af private/fonde/velgørende institutioner.

Aktuelle rekrutteringsmuligheder

Gode grundet tyske sundhedsreform.

Polske speciallæger. Rekrutteret til Sønderjylland 3, til Vejle 1.

Sprog

Normalt lidt hurtigere og bedre end tyske læger til at lære dansk; men kan de ikke dansk efter ½ år bliver de dårlige til dansk, hvor tyske læger efter 2 år trods alt lærer dansk..

Integration

Afhænger meget af ægtefælle/partner. Får de job intet problem, ellers noget dårligere integration. Stadig orienteret mod Polen og et specielt forhold, som er anderledes, er at hvis en af deres forældre bliver plejekrævende er det den polske familie der skal udføre plejen – der er intet plejesikkerheds-net i Polen. Derfor kan de komme i en situation, hvor de nu og her skal tilbage til Polen en måneds tid, indtil anden familie kan tage over.

Fagligt

En enkelt fungerede ikke fagligt/personligt. For alle tendens til lidt mere afventende holdning/svært ved at optræde autoritetsmæssigt.

Indenfor børne-og ungdomspsykiatri, gerontopsykiatri og oligofrenipsykiatri vil det være svære for dem at klare sig grundet de store forskelle mellem Polen og Danmark på det sociale område.

Aktuelle rekrutteringsmuligheder

Dårlige. Danmark har ikke et specielt godt rygte. De vil hellere til Sverige og England og tilbydes bedre vilkår i Norge.

Yngre læger med henblik på uddannelse til speciallæge i psykiatri/børne- og ungdomspsykiatri

Tyske yngre læger. Rekrutteret til Sønderjylland 7.

Sprog

I gennemsnit tager det ca. 1 år før de kan flydende dansk. Efter 6 måneder kan de ca. 85 % dansk, efter 1 år næsten 100 %; men først efter 2 år "tænker" de også på dansk, derefter fuldt sproglig integreret bortset fra en tendens til, i diktering, at komme verber sidst i sætningen. En enkelt lærte aldrig dansk; men skyldes var oprindelig græsk, derefter lært tysk.

Integration

Integreres hurtigt og føler sig ikke langt fra hjemlandet.

Fagligt

Blandet erfaringer. 2 fungerer fantastisk godt. Begge gjorde deres speciallægeuddannelse færdig i Tyskland, da det var hurtigere.

2 fungerede så dårlige at de ikke kunne komme i dansk H-forløb.

1 fungerede godt, men skiftede til almen medicin.

1 fungerede virkelig godt og lærte dansk på 2 måneder; men tog tilbage til Tyskland for at blive både speciallæge i Neurologi og Psykiatri (hvad mange ambitiøse i Tyskland bliver).

1 fungerede under middel; men kom i H-forløb udenfor Region Syddanmark.

Aktuelle rekrutteringsmuligheder

Dårlige. Eneste grund til at man tidligere kunne rekruttere var at man i Tyskland ikke havde H-forløb, hver skulle selv (evt. ulønnet) sørge for kliniske ophold og kliniske ophold i Danmark talte også med. Der er nu også lønnede H-forløb i Tyskland og da der er få ansøgere (demografien i Tyskland – få unge) er det nemt for dem at få forløb i Tyskland.

Polske yngre læger. Rekrutteret til Regionerne udenfor Sønderjylland 5. Rekrutteret til Sønderjylland 6. I alt 11

Sprog

Lærer hurtigt dansk.

Integration

Afhænger meget af ægtefælle/partner. Får de job intet problem, ellers noget dårligere integration.

1 er grundet dette rejst tilbage til Polen. De øvrige optræder "dansk" ret hurtigt – dvs. aflægger deres polske, lyttende mere passive holdning.

Fagligt

En enkelt fungerede ikke fagligt/personligt. 2 er allerede i H-forløb og de øvrige skønnes også at være velegnede til H-forløb.

Aktuelle rekrutteringsmuligheder

Rigtigt gode. Et opslag vil give over 50 ansøgere så der kan udvælges de bedste.

Grundet rekrutteringen sket og at også Århus nu har rekrutteret 4 er det rygtes at der, for yngre læger, er gode muligheder i Danmark.

Bilag 12. Kvalitet i skizofreni behandling, udtrykt ved NIP 2006, samt fakta om NIP

Kvalitet i Skizofreni behandling udtrykt ved parametre fra NIP. 2006						
Behandling for skizofreni - voksne	Kolding sygehus	Vejle sygehus	Ribe amt Sygehus	Odense Universitetshospital	Sygehus Fyn	Lands gennemsnit
Udredning						
Speciallæge	84 %	73%	100%	90%	65%	92%
Diagnose-redskab	40 %	25%	89%	19%	36%	39%
Psykiolog	33 %	23%	73%	41%	47%	36%
Socialrådgiver	95 %	82%	100%	82%	94%	86%
Ubehandlet sygdom	65%	17%	45%	37%	59%	36%
Vurdering						
Selvmordsrisiko	64 %	62%	84%	87%	63%	72%
Behandling						
Medicinsk behandling	93 %	91%	97%	95%	96%	95%
Nyopdaget skizofreni	96 %	100%	91%	98%	95%	93%
Undersøg. f. bivirkning	65 %	71%	91%	78%	77%	74%
Kontakt						
Ambulante patienter	83 %	90%	95%	92%	92%	90%
Fast kontaktperson	90 %	94%	98%	92%	97%	93%
Til pårørende	55 %	67%	67%	57%	64%	52%
Patient inddragelse						
Undervisning	60 %	78%	87%	72%	68%	70%
Kilde: sundhedsministeriets portal, sundheskvalitet.dk Resultaterne fra det landsdækkende Nationale Indikatorprojekt (NIP) Sønderjyllands Amt indberetter ikke.						

Udredning (Indikator 1) Når en patient med skizofreni kommer i kontakt med sundhedsvæsenet for første gang, er det vigtigt at udredningen af sygdommen er grundig. Dette sker på fire områder:

Udredning - speciallæge (Indikator 1.a.1) Når symptomer på skizofreni viser sig hos en patient, skal vedkommende indenfor det første år undersøges grundigt hos en speciallæge i psykiatri (en psykiater). **Udredning - diagnoseredskab (Indikator 1.a.2)** Det er vigtigt, at psykiaterens undersøgelse af patienter er grundig. For at hjælpe psykiateren til at foretage den grundige undersøgelse, er udviklet flere diagnoseredskaber. **Udredning – psykolog (Indikator 1.b)** Skizofreni påvirker patientens indlæring, hukommelse, abstrakt tænkning, opmærksomhed og erkendelse (deres kognitive funktion). Denne påvirkning kan iagttages i større eller mindre grad hos cirka 70 procent af de skizofrene patienter. Det er vigtigt, at graden af påvirkning bliver målt af en psykolog. På denne måde kan psykologen også kortlægge, hvordan sygdommen påvirker den enkelte. **Udredning – behov for social støtte (Indikator 1.c)** For de fleste patienter med skizofreni er sygdommen længerevarende eller permanent. Det betyder, at de fleste patienter på et eller andet tidspunkt får behov for støtte fra det sociale system. Derfor skal behandlingsstedet sørge for, at patienter med nyopdaget skizofreni kommer i kontakt med en socialrådgiver, der kan hjælpe. **Udredning – ubehandlet sygdom (Indikator 1.d)** Det er vigtigt, at patienter henvises til psykiatrisk behandling hurtigt efter de første symptomer på skizofreni viser sig. Hvis der går for lang tid fra symptomerne viser sig til patienten kommer i behandling, bliver sygdommen ofte mere alvorlig .

Kontakt med behandlere (Indikator 2) Flere undersøgelser viser, at patienter, der ikke bor på et behandlingssted, har større chancer for at klare sig, hvis de har løbende kontakt til deres behandlere. Kontakten er helt essentiel for at sikre, at patienten bliver ved med at følge sin behandling, dvs. at patienten tager sin medicin, som han/hun skal og følger de planlagte aktiviteter, der kan hjælpe patienten til at få det bedre. Et år efter udskrivning bør der stadig være kontakt mellem patienten og behandlerne.

Fast kontaktperson & psykoterapi (Indikator 3) Det er vigtigt, at patienter, der behandles ambulant, har stabil kontakt med behandlingsstedet. Denne stabile kontakt kan enten foregå ved at patienten får tilknyttet en fast kontaktperson ved behandlingsstedet eller ved at patienten indgår i et fast samtaleforløb (psykoterapi)

Medicinsk behandling (Indikator 4) Medicin er den bedst dokumenterede behandling mod skizofreni. Antipsykotisk medicin (antipsykotika), hjælper især mod symptomer som vrangforestillinger og hallucinationer (fx stemmehøring). Medicin kan også hjælpe mod skizofrene patienters tendens til at isolere sig og synke ind i sig selv eller være følelsesmæssigt ”nede”.

Bivirkninger (Indikator 5) Medicin, der bliver brugt til behandling af skizofreni, kan have bivirkninger. Antipsykotisk medicin kan give bivirkninger i form af muskelstivhed, uro i musklerne, vægtøgning, træthed og nedsat lyst til sex. Ved at holde øje med bivirkningerne kan lægen - sammen med patienten - ændre behandlingen, så bivirkningerne bliver mindre generende. Mange undersøgelser peger på, at bivirkninger betyder meget for patientens vilje til at følge behandlingen. Hvis der er for mange bivirkninger, vil nogle patienter fravælge medicinsk behandling, og dette vil øge risikoen for forværring af psykotiske symptomer

Kontakt med pårørende (Indikator 6) Undersøgelser viser, at den mest effektive, samlede behandling opnås, hvis de pårørende er involveret. Dette indebærer kontakt til mindst én af patientens nærmeste. Kontakten kan indeholde oplysning, vejledning og undervisning og giver de nærmeste en bedre forståelse af sygdommen. Fordelen er, at familie og andre nærtstående bedre kan deltage aktivt i behandlingen og dermed støtte patienten.

Undervisning (Indikator 7) Når en patient har skizofreni, er det vigtigt, at vedkommende hjælpes til at forstå sin sygdom og lærer at leve med den. I den forbindelse skal patienten have undervisning og oplysning om skizofreni og sygdommens følger (psykoedukation). Patienter, der forstår deres sygdom, er bedre til at bevare kontakten til behandlerne og til at følge behandlingsplanen. Derved nedsættes risikoen for tilbagefald og genindlæggelse. De planlagte(aftalte) forløb har den bedst dokumenterede effekt. Standarder, som gælder for voksne patienter:

Efterbehandling (Indikator 8) Målet med behandling af patienter med skizofreni er at mindske deres symptomer, øge livskvaliteten og evnen til at fungere i samfundet. Når patienten udskrives, er det vigtigt at sikre, at patienten får den hjælp og støtte, som er nødvendig for at kunne fungere i samfundet. Især bør behandlerne sikre, at de patienter, som har lavt funktionsniveau, modtager den rigtige støtte fx hjemmehjælp, besøg af hjemmesygeplejerske eller bostøtte.

Standard: **Mindst 90 %** af indlagte patienter med skizofreni bør have en henvisning til efterbehandling, når de udskrives (Indikator 8.b)

Undersøgelse af selvmordsrisiko (Indikator 9) Før patienter med skizofreni udskrives bør patientens risiko for at begå selvmord undersøges.

Yderligere information kan findes: www.sundhed.dk under kvalitet i behandling

Bilag 13. Opsummering af overordnede besvarelser i landsdækkende patient og pårørende undersøgelse

Det samlede indtryk af psykiatrien					
		Svarprocent		Patient Tilfredshed Enestående eller godt	Pårørende Tilfredshed Enestående eller godt
		Patient	Pårørende		
Sengeafsnit	Vejle Amt	64 %	44 %	75 % ^a	36 % ^c
	Vejle afd.			79 % ^a	45 % ^c
	Kolding afd.			71 % ^a	29 % ^c
	Horsens afd.			75 % ^a	35 % ^c
	Fyns Amt	60 %	50 %	65 % ^a	30 % ^c
	Middelfart afd.			65 % ^a	50 % ^c
	Odense afd.			59 % ^a	23 % ^c
	Svendborg afd.			71 % ^a	30 % ^c
	Sønderjylland	79 %	45 %	72 % ^a	43 % ^c
	Augustenborg afd.			62 % ^a	33 % ^c
	Haderslev afd.			84 % ^a	56 % ^c
	Ribe	55 %	49 %	67 % ^a	25 % ^c
	Esbjerg afd.			63 % ^a	26 % ^c
	Ribe afd.			74 % ^a	22 % ^c
	Hele landet	65 %	48 %^e	65 %^a	34 %^c
Ambulant psykiatri.	Vejle Amt	72 %	54 %	77 % ^b	35 % ^d
	Vejle afd.			81 % ^b	40 % ^d
	Kolding afd.			76 % ^b	30 % ^d
	Horsens afd.			72 % ^b	31 % ^d
	Fyns Amt	65 %	57 %	81 % ^b	45 % ^d
	Middelfart afd.			80 % ^b	33 % ^d
	Odense afd.			82 % ^b	56 % ^d
	Svendborg afd.			81 % ^b	48 % ^d
	Sønderjylland	64 %	57 %	74 % ^b	34 % ^d
	Augustenborg			68 % ^b	23 % ^d
	Haderslev			79 % ^b	42 % ^d
	Tønder			75 % ^b	35 % ^d
	Aabenraa			70 % ^b	38 % ^d
	Ribe	72 %	50 %	83 % ^b	41 % ^d
	Esbjerg afd.			82 % ^b	45 % ^d
	Ribe afd.			86 % ^b	35 % ^d
	Varde			82 % ^b	58 % ^d
	Grindsted			81 % ^b	33 % ^d
	Brørup			83 % ^b	34 % ^d
	Hele landet	67 %	53 %	77 %^b	38 %^d
Note: a) Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på dette sengeafsnit (almenpsykiatri)? b) Hvad er dit samlede indtryk af distriktspsykiatrien? c) Hvad er dit samlede indtryk af sengeafsnittets kontakt med dig? d) Hvad er dit samlede indtryk af distriktspsykiatriens kontakt med dig?					

Bilag 14. Temaer i Den Danske Kvalitetsmodel

Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter	Generelle forløbsaktiviteter	Organisatoriske aktiviteter
Apopleksi Brystkræft Diabetes Fødsler Hjerteinsufficiens Hofte- og rygfrakturer Lungebetændelse Mavesår Skizofreni Tyk og endetarmskræft	Henvisning Visitation Modtagelse Vurdering og planlægning Koordinering Overdragelse Diagnosticering Observation Patientinddragelse Patientinformation og kommunikation Intensiv behandling Invasiv behandling Rehabilitering Medicinering Forebyggelse og sundhedsfremme Ernæring	Hygiejne Beredskab og forsyning Patienttransport Apparatur og teknologi Kvalitetsstyring Risikostyring Dokumentation og datastyring Rekruttering, uddannelse og kompetencesikring Ledelse Politikere og retningslinier

Kilde: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, 2006.

Bilag 15. Kvalitetsudvikling i psykiatrien i Region Syddanmark

Beskrivelse af nuværende aktiviteter, struktur og løsninger i de fire amter.

	Fyns Amt	Ribe Amt	Sønderjyllands Amt	Vejle Amt
Struktur				
Administrativt personale	Kvalitetsarbejdet er forankret i de enkelte afdelinger. Der er nedsat et amtsligt kvalitetsudvalg, og psykiatrien deltager også i kvalitetsudvalget for det samlede fynske sygehusvæsen.	0,5 kvalitetskonsulent starter primo januar 2006 – ellers forankret i afdelingerne	Kvalitetsarbejdet er meget forankret i de enkelte afdelinger: B&U, Almen Augustenborg, Almen Haderlev, Geronto, Oligofreni.	- Anslået et mandeår i forvaltningen fordelt på forskellige personer - EPJ-koordinator fuld tid - Uddannelses- og udviklingskonsulent, fuld tid - Sekretær for udd.- og udv.k., halv tid
Klinisk personale	Der er ikke afsat særlige ressourcer til opgaven.	Der er ikke dedikeret særlige ressourcer til opgaven – forankret i afdelingerne	Kvalitetsarbejdet er meget forankret i de enkelte afdelinger: B&U, Almen Augustenborg, Almen Haderlev, Geronto, Oligofreni.	- farmaceut halv tid - Div. Projekter m.m. på afdelinger og centre. Tidsopgørelse ikke umiddelbart muligt!
Aktiviteter				
NIP	Etableret på alle psykiatrisk afd. Og i distriktspsykiatrien. Klinisk audit ledes af kvalitetskonsulent OUH. Der er audit en gang årligt.	Etableret organisation, hvor arbejdet er integreret i de enkelte afdelinger og teams. Klinisk audit koordineres af amtslig kontaktperson.	Starter når nok oplysninger via LPR - sker også 1. januar i det GAF funktion der benyttes af NIP Skizofreni nu også benyttes af DIPSY i stedet for GAF Symptom og registreres i LPR.	Koordineres med amtslig kontaktperson, den ledende lægesekretær på hver afdeling samt amtslig auditgruppe. Implementering og kvalitetsudvikling foregår decentralt på hver afdeling.
Landsdækkende patienttilfredshed	Koordineres af oversygepl. Svendborg psykiatrisk afd.	Tidligere udviklingschef sammen med afdelingsledelser og afdelingssygeplejersker. Overgår til kvalitetskonsulent	Koordineres med amtslig kontaktperson samt kontaktperson på hver involveret afdeling/center. Resultatet analyseres lokalt på det enkelte afsnit og handling iværksættes her ud fra.	Koordineres med amtslig kontaktperson samt kontaktperson på hver involveret afdeling/center
Utilsigtede hændelser	Tiltag varetages af den centrale kvalitetsafd. OUH.	Tidligere varetaget af udviklingschef – placeres hos kvalitetskonsulent	Organiseret med en riskmanager centralt. I hver afdelingsledelses område er der en nøgleperson til varetagelse af opfølgning, audit m.m. Afdelinger og centre indberetter til sundhedsvæsenets enhed	Afdelinger og centre indberetter til sundhedsvæsenets enhed for klinisk kvalitet, der laver rapporter, iværksætter årsagsanalyser etc. under inddragelse af relevante afdelinger.
Mellemmenneskelige relationer	Ikke iværksat tiltag	Ikke iværksat tiltag		Intet systematisk iværksat p.t.!

Aktiviteter (forsat)	Fyns Amt	Ribe Amt	Sønderjyllands Amt	Vejle Amt
Implementering af DDKM	Varetages af kvalitetsudvalget for psykiatri. Der uddannes i 2006 kvalitetskoordinatorer i alle psykiatrisk afsnit, samt ledere i socialpsykiatrien.	Skal varetages af kvalitetskonsulent		Der arbejdes kvalitetsudvikling af dataindberetninger til bl.a. EPJ, PAS etc. Vi har i forbindelse med implementering af udviklingsplan besøgt alle afdelinger og her bl.a. indskærpet vigtigheden af korrekt dataindberetning.
Kvalitetsstandarder efter serviceloven	Se fremsendte oversigt.	Der foreligger kvalitetsstandarder for hvert enkelt center i henhold til lovgivningen. Psykiatrifaglige konsulenter foretager årlige tilsynsbesøg, og der arbejdes lokalt med kvalitetsudviklingen.	Kvalitet omhandler også samarbejdet med kommunerne, herunder korrekt og hurtig besked til kommunerne om, hvornår patienterne er færdigbehandlet. Indførsel af betaling for færdigbehandlede ventepatienter har dels bedret kvaliteten (der gives nu hurtigere og tidligere besked til kommunerne) og muliggør en meget kontant evaluering hver måned: Kommunerne skal nok sige til når de modtager den månedlige regning om de synes vi har givet ordentlig og i tide besked.	Der foreligger kvalitetsstandarder for hvert enkelt center i henhold til lovgivningen. Psykiatrifaglige konsulenter foretager årlige tilsynsbesøg, og der arbejdes lokalt med kvalitetsudviklingen.
Uddannelse	Starter foråret 2006	Placeres hos kvalitetskonsulenten	Repræsentanter i regionalt uddannelsesråd. Vi har et tværsektorielt uddannelsesråd i amtet. Afdelingsledelserne initierer uddannelser, udviklingssygeplejerske er tovholder.	Uddannelsesudvalg med uddannelses- og udviklingskonsulent som formand har udarbejdet uddannelsesstrategi og udbyder uddannelser og kurser med henblik på systematisk kompetenceudvikling. Konsulenten er endvidere formand for regionalt uddannelsesråd, der bl.a. udbyder tværamtslige temadage etc.

	Fyns Amt	Ribe Amt	Sønderjyllands Amt	Vejle Amt
Andet				
Lægemiddelkomité	Etableret unde OUH.	Indgår i arbejdet med Basislisten for medicin		Vejle Amt har ansat farmaceut der dels besøger og følger op på medicinordinationer og – håndtering på afdelinger og centre samt som sekretær for lokal lægemiddelkomité udarbejder kliniske retningslinier for bl.a. depressionsbehandling, abstinensbehandling etc.
EPJ	Under OUH, ikke igansat	Alle afdelinger er på Harmoni – elektronisk patientjournal		Alle afdelinger er på EPJ. Processen styres af EPJ-koordinator i samarbejde med en oversygeplejerske.
Kvalitetsmål	Psykiatriplan	Indgår i Mål for Ribe Amts Psykiatri 2004-2007 og i drifts- og udviklingsaftalerne, med krav om opfølgning på landsdækkende undersøgelser		I forbindelse med budgettet er opstillet en række kvalitetsmål med løbende opfølgning.
Det gode forløb	PROTAP, evaluering af samarbejdet mellem psykiatrisk afd og praktiserende læger	Patientens vej gennem systemet – en aftale mellem kommunerne og Ribe Amt		En arbejdsgruppe er i gang med at opstille standarder for det gode forløb.
Kvalitetsbaserede projekter	Allianceprogrammet: Et tværsektorielt patientforløbsprogram for mennesker med skizofreni. Der er standarder, indikatorer, klinisk database, audit og tilbagemelding. Selvmodforsøg : undersøgelse og behandling. Et kvalitetsudviklingsprojekt. Der er standarder og evaluering. Gerontopsykiatrisk team, Standarder og indikatorer samt selvevaluering (Audit). Kvalitetsudvikling af skizofren patienters pleje og behandling under indlæggelse. Der er udviklet standarder, indikatorer,		• Børn af psykisk syge Almen Haderslev og Augustenborg • Relationskurser almen Haderslev og Augustenborg • Relationsbehandler Almen Haderslev og Augustenborg • Mindre tvang Almen Augustenborg • Praksy forskning • Bedre konflikthåndtering Alle hovedsageligt via Sikkerhedsgrupperne • Kostrigtig mad: Diætisk og DPC inkl. undersøgelse af fx patienters aktivitetsniveau når indlagt op til energibehovet etc. • En hel del projekter vedrører	Kvalitets baserede projekter

	audit.		øget kvalitet, de færrest dog med målrettet evaluering, • i følgende 3 dog med nogenlunde målrettet evaluering: • Opsøgende psykoseteam i Tønder (Endelig evalueringsrapport i december 2005) • Job til psykisk syge (Årlig evaluering) • Aflastningshjem (Årlig evaluering)	
Peer-review-organisation	???	Der holdes møder ca. hver 14 dag		
	Fyns Amt	Ribe Amt	Sønderjyllands Amt	Vejle Amt

Bilag 16. Psykiatrisk kvalitetsteam i Region Syddanmark

Den regionale kvalitetsarbejdsgruppe for psykiatrien i Region Syddanmark (RSD) har i sit forslag til organisering af det fremtidige kvalitetsarbejde foreslået, at der etableres et psykiatrisk kvalitetsteam. Nedenfor redegøres for baggrunden, teamets tilknytning og sammensætning samt hvilke opgaver, teamet skal varetage.

Baggrund.

Arbejdsgruppen har taget udgangspunkt i principperne for kvalitetsudvikling og Den Danske Kvalitetsmodel. De klassiske elementer i kvalitetsudvikling omhandler struktur, proces og resultat. Det antages, at der er en funktionel sammenhæng mellem de enkelte elementer således, at en høj kvalitet af struktur og proces medfører et godt resultat for patienterne. Dette er det såkaldte struktur-proces-resultat paradigme.

Struktur omhandler infrastrukturen i en behandlingsinstitution og beskriver forudsætningerne for behandlingen. Strukturelementet beskriver bla. faciliteter, personalekompetence, kvaliteten af udstyr, målgrupper for indsatsen og deres adgang til institutionens tilbud. Strukturtiltag er særligt vigtige, når man skal udvikle og styrke infrastrukturen. Strukturfaktorer kan imidlertid sædvanligvis ikke styres alene af institutionen, da de også afhænger af tildeling af ressourcer og politiske beslutninger. Den Danske kvalitetsmodel omfatter 10 organisatoriske temaer der kan henregnes under strukturen. Temaerne omhandler bla. politikker, retningslinier, ledelse, kvalitetsstyring, rekruttering, uddannelse og kompetencesikring. Kvalitetsudviklingen af disse organisatoriske temaer vil typisk blive varetaget af det politiske og administrative system, mens det i højere grad er elementerne proces- og resultat, der er omfattet af den faglige kvalitetsudvikling.

Processen har til formål at besvare spørgsmålet " Er der implementeret en behandling, som svarer til god praksis". Fokus er således på udførelsen af en given intervention i forhold til en given patientgruppe. Processen kræver, at man beskriver den evidensbaserede intervention, herunder standarder og kliniske retningslinier, der skal sikre, at evidensbaserede behandlingsmetoder anvendes i praksis. Under processen hører de faglige tiltag, som ydes i de forskellige områder af behandlingspsykiatrien, og disse tiltag omhandler udover kerneydelsen også koordination, kontinuitet og kommunikation. I Den Danske Kvalitetsmodel er tiltagene beskrevet i temaer vedrørende generelle forløbsaktiviteter, fx visitation, diagnosticering, medicinering og rehabilitering. Herudover er også beskrevet de sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter, der er indeholdt i de Nationale Indikatorprojekter (NIP), hvor psykiatrien deltager med skizofreniområdet.

Resultatet af en god kvalitet i struktur og proces antages at føre til øget patienttilfredshed, forbedret sundhedstilstand og en reduktion af de økonomiske omkostninger for patienterne i form af reduceret ventetid, færre genindlæggelser og dermed færre sygedage. Ofte ses det endelige resultat af en given indsats ofte først efter en årrække, og man mangler derfor en aktuel og øjeblikkelig vurdering af institutionens kvalitetsniveau. I sådanne situationer anvender man såkaldte intermediære resultater. Forudsætningen for at kunne gøre dette er, at man har solid

viden om, hvorledes de intermediære resultater relaterer sig til det endelige resultat af indsatsen.

Skal man sikre kvaliteten af psykiatrien i RSD og en fremtidig akkreditering, vil man være helt afhængig af den service, frontliniepersonalet genererer i den lokale psykiatri overalt i regionen. Der

Bilag 16. forsat

bør derfor udvikles en organisation, som sikrer, at personalet lever op til beskrevne standarder og anvender den bedste og nyeste viden ved behandlingen af de psykiatriske patienter. Adskillige undersøgelser har desværre vist, at mindst 40 % af patienterne ikke modtager en højt kvalificeret behandling. Det er derfor vigtigt at udvikle sådanne strategier, der kan sikre en implementering af en evidensbaseret praksis og efterlevelse af udviklede standarder.

En gennemgang af litteraturen om effektive implementeringsstrategier viser, at der ikke findes en "gylden standard" for sikring af frontliniepersonalets efterlevelse og fastholdelse af kvalitetstiltag. Der er imidlertid nogle implementeringsstrategier, der er mere effektive end andre (tabel 1). Generelt er "passiv udbredelse" i form af undervisning, deltagelse på kongresser, udsendelse af referenceprogrammer og kliniske retningslinier ineffektive og medfører sjældent varige adfærdsændringer og kvalitetsforbedringer. Derimod syntes en "aktiv udbredelse" gennem etablering af tværfaglige netværk at have effekt. Det samme er tilfældet, hvis eksperter regelmæssigt mødes med det lokale frontliniepersonale. Besøgene har til formål at informere om den nyeste viden, give feedback på personalets kvalitetstiltag og fremme en refleksion over de kvalitetsproblemer, der opstår i dagligdagen. Computerbaserede remindere og beslutningssystemer er ligeledes blandt de mere effektive redskaber. I litteraturen fremhæves vigtigheden af at have en bred vifte af implementeringsstrategier, der kan tages i anvendelse alt efter hvilket tiltag, der skal implementeres i praksis.

Arbejdsgruppen besluttede på denne baggrund at anbefale etablering af lokale tværfaglige netværksgrupper bestående af veluddannede kvalitetskoordinatorer. Med henblik på at servicere netværksgrupperne i det lokale kvalitets- og implementeringsarbejde, anbefaler arbejdsgruppen etablering af et psykiatrisk kvalitetsteam, der skal fungere som de ovenfor nævnte eksperter. Det anbefales endvidere, at den politisk og administrative del af kvalitetsudviklingen, herunder akkrediteringen, varetages af psykiatricentrene og den centrale psykiatrilæde.

Teamets sammensætning og tilhørsforhold

Det psykiatriske kvalitetsteams væsentligste opgave er at bidrage til en høj kvalitet af den psykiatriske kerneydelse. Det er derfor naturligt, at teamet består af de 3 personalegrupper, som i den daglige praksis har ansvaret for kerneydelsen. Det forslås, at der ansættes en overlæge, oversygeplejerske og psykolog, der alle har en bred psykiatrisk erfaring, samt kendskab til kvalitetsudvikling og evidensbaseret praksis. Endvidere bør ansættes en akademiker med kendskab til organisation, implementering og sociologi.

Teamet placeres ved kompetencecenteret i Vejle. Man vil her have mulighed for at trække på yderligere statistisk og forskningsmæssig ekspertise indenfor sundhedsområdet. Teamet bør være mobilt, da det forventes at en betydelig del af

arbejdet indebærer besøg hos de lokale psykiatriske afdelinger og distriktpsychiatriske team.

Afgrænsning af teamets opgaver

I boks 1 er vist en oversigt over de væsentlige formål med det psykiatriske kvalitetsteam, samt de opgaver, det skal løse. Det helt overordnede formål vil være at minimere variationen i og højne kvaliteten af den psykiatriske kerneydelse i RSD. Det skal rent praktisk ske gennem ekspertbistand til behandlingspsykiatrien og psykiatricentrene.

Boks 1. Kvalitetsteamets opgaver

Formål: - Minimerer variationen og øge kvaliteten af den psykiatriske kerneydelse i RSD

- Servicerer de lokale netværksgrupper og behandlingspsykiatrien
- Servicerer psykiatri centrene

Formålet søges opfyldt ved følgende tiltag:

- Møder med de lokale kvalitetskoordinatorer, hvor læring i hverdagen er centralt.
 - Bidrage til en evidensbaseret praksis.
 - Deltage i løsning af lokale kvalitetsproblemer.
 - Deltage i udvalgte auditmøder.
 - Gennemfører benchmarking.
 - Ansvarlig for NIP (skizofreni).
 - Bidrage til akkreditering
-

Formålet søges opfyldt ved en vifte af tiltag. Teamet skal støtte og supervisere de lokale netværksgrupper(kvalitetskoordinatorerne), hvor læring i hverdagen er det centrale. Det skal

bidrage til en evidensbaseret praksis, hvilket kan ske ved en kontinuerlig opmærksomhed på de nyeste forskningsresultater, samt efterfølgende udvikling og implementering af procedurer og kliniske retningslinier i samarbejde med eksperter indenfor de forskellige psykiatriske ekspertområder. Teamet skal desuden stimulere kompetenceudvikling af frontlinepersonalet via undervisning og inddragelse i forsknings og formidlingsopgaver.

Teamet skal bidrage til løsning af lokale kvalitetsproblemer i et samarbejde med afsnitsledelse og frontlinepersonale, fx gennem udvikling og implementering af nye standarder for en given ydelse.

Det vil samtidig være relevant, at teamet deltager i eller ligefrem etablerer og styrer lokale auditmøder omhandlende centrale områder, fx samarbejde mellem region og kommune, diagnosticering, behandlingsplaner og udskrivningsbreve.

Der vil også være mulighed for, at teamet med jævne mellemrum foretager benchmarking, hvor kvaliteten på udvalgte områder sammenligner de lokale behandlingssteder i regionen. Dette vil øge muligheden for at lære af de afdelinger/teams i regionen, der har en høj kvalitet.

Teamets vil desuden have til opgave at udvikle metoder, der sikrer en overskuelig og let tilgængelig feedback af indikatormålinger til alle medarbejdere i psykiatrien, til ledelsen og brugerne.

Teamet vil også kunne være ansvarlig for NIP, hvilket indebærer deltagelse i regionale og nationale auditmøder og formidling af resultaterne til den lokale behandlingspsykiatri.

Til slut vil teamet have en væsentlig opgave i forhold til den fremtidige akkreditering. Et akkrediteringsbesøg kan resultere i, at de beskrevne standarder kun viser sig delvis opfyldt, og der kan kræves yderligere dokumentation, ligesom det kan resultere i, at standarderne ikke umiddelbart godkendes. Teamets opgave bliver at yde psykiatricentrene hjælp til at fremskaffe dokumentation og/eller implementering og fastholdelse af mangelfuldt opfyldte standarder.

Bilag 17. Udvalgte kompetence for læger og sygeplejersker

Specifikke kompetencer blandt lægerne i Region Syddanmark

	Ph.D/ dr.med. grad	Kognitiv uddannels e.	Psykoanaly tisk uddannels e.	Uddannels e i kvalitetsud vikling.	Speciallæg er der anvender 10 dage/år. til efterudd.
Vejle amt.					
Vejle afd.	0	5 (42 %)	3 (25 %)	0	4 (57 %)
Kolding afd.	0	3 (21 %)	2 (14 %)	1 (7 %)	3 (100 %)
Børne- og unge afd.	2 (15 %)	1 (8 %)	0	0	3 (55 %)
Fyns amt					
Odense afd.	11 (23 %)	2 (4 %)	1 (2 %)	1 (2 %)	- (60%**)
Middelfart afd.	0	1 (4 %)	4 (17 %)*	2 (8 %)	12 (-)
Svendborg afd.	1 (4 %)	5 (22 %)	3 (13 %)	1 (4 %)	0
Børne- og unge afd.	4 (21 %)	1 (5 %)	1 (5 %)	1 (5 %)	10 (100%)
Ribe amt					
Voksen psyk.	1 (2 %)	5 (11 %)	3 (7 %)	0	17 (-)
Børne- og unge afd.	-	-	-	-	-
Sønderjyllands amt					
Voksen psyk.	-	-	-	-	-
Børn- og unge afd.	-	-	-	-	-
Geronto psyk. afd		1			

Note: - oplysninger enten ikke tilgængelige eller anvendelige

* har 18 med grunduddannelsen heraf 4 supervisorer.

**skønnet af afdelingen

Specifikke kompetencer blandt Sygeplejersker i Region Syddanmark

	Master eller kandidat udd.	Kognitiv uddannels e. ^a	Undervisni ngserfarin g (fx psykoeduk ation)	Uddannels e i kvalitetsud vikling.	Systematis k behovsvur dering af patientern e ^b
Vejle amt					
Vejle afd.	1 (2 %)	15 (37 %)	-	4 (10 %)	20 (49 %)
Kolding afd.	1 (2 %)	15 (32 %)	20 (42 %)	3 (6 %)	-
Børne- og unge afd.	0	6 (21 %)	7 (24 %)	4 (14 %)	19 (66 %)
Fyns amt					
Odense afd.	2 (2 %)	-	70 (54 %)	80 %**	-
Middelfart afd.	3 (4 %)	-	22 (30 %)	9 (12 %)	50 %**
Svendborg afd.	4 (7 %)	-	20 (32 %)	5 (8 %)	11 (18 %)
Børne- og unge afd.	1 (4 %)	2 (7 %)	20 (71 %)	4 (14 %)	-
Ribe amt					
Voksen psyk.	-	-	-	-	-
Børne- og unge afd.	-	-	-	-	-
Sønderjyllands amt					
Voksen psyk.	-	-	-	-	-
Børn- og unge afd.	-	-	-	-	-
Geronto psyk. afd			15 (-)		10 (-)

Note: - oplysninger enten ikke tilgængelige eller anvendelige

a) kognitiv behandlingsmetode tværfaglig grundmodul eller 2-årig uddannelse

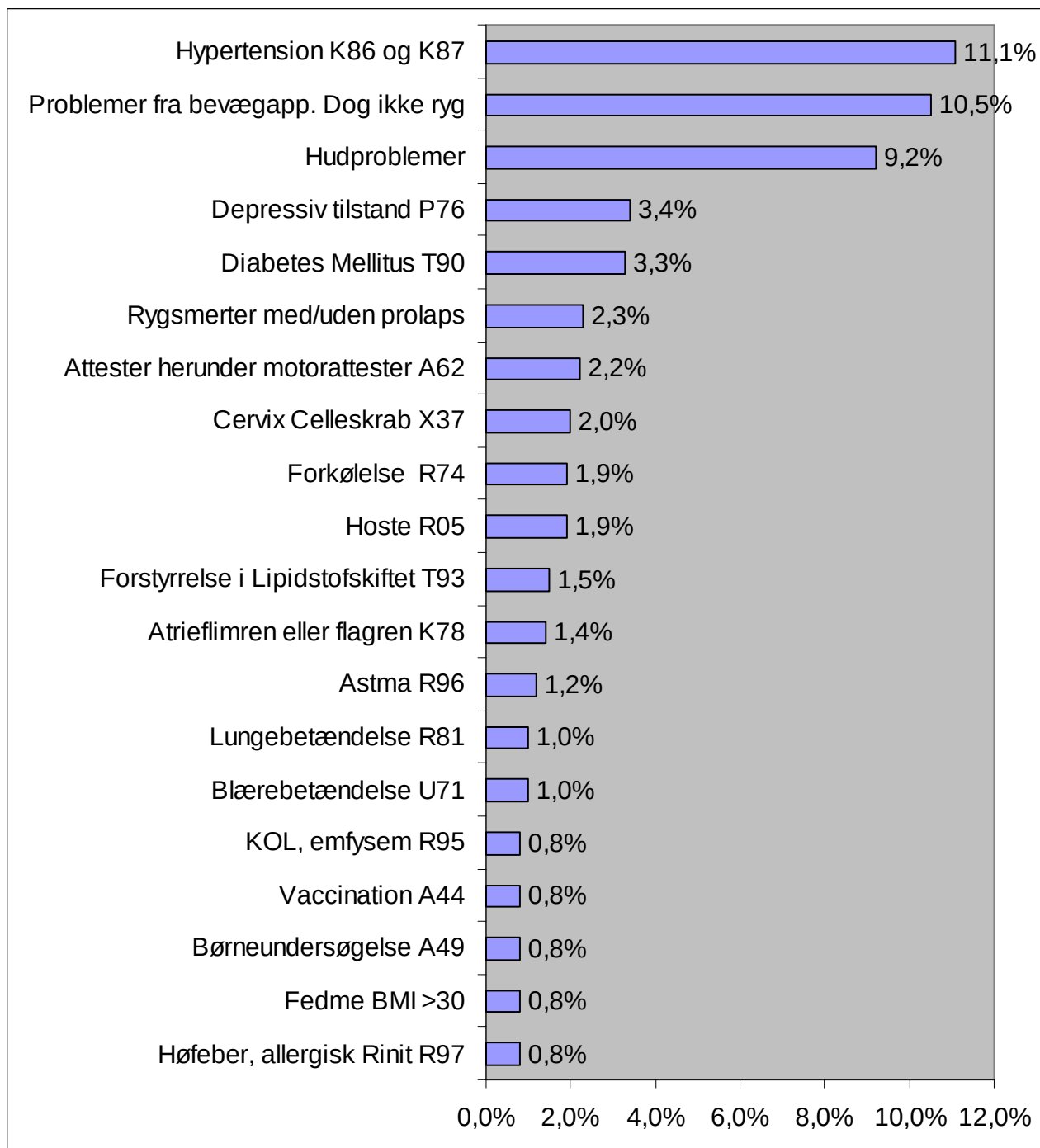
b) optrænet til at anvende systematisk behovsvurdering af patienterne (fx oplært i vurderingsskalaer)

* har 18 med grunduddannelsen heraf 4 supervisorier.

** skønnet af afdelingen

Procent er af antal ansatte og med afrundet decimal.

Bilag 18. Top 20 kontakt- og konsultationsårsager i almen praksis



Bilag 19. Opgørelser fra: "Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med auditregistrering 2004"

Ud fra resultaterne fra audit estimeres antallet af konsultationer med voksne patienter vedrørende de enkelte tilstande, der fandt sted i almen praksis i Danmark i 2004, samt det gennemsnitlige antal per læge per uge.

	Audit		Estimat antal konsultationer	
	<i>n</i>	%	årligt i Danmark	per uge per læge
Alle angivne årsager	21.464	100%	14.834.097	79
De 8 folkesygdomme	11.506	53,6%	7.951.075	42
Andre årsager end de 8 folkesygdomme	9.958	46,4%	6.883.022	37
De 8 folkesygdomme:				
Hjerte- karsygdomme	4.028	18,8%	2.670.137	14
Muskel-skeletsygdomme	2.915	13,6%	2.017.437	11
Psykisk problem/lidelse	1.803	8,4%	1.246.064	7
Type-2 diabetes	969	4,5%	667.534	4
Kræft	786	3,7%	548.862	3
Rygerlunger	496	2,3%	341.184	2
Astma og allergi	400	1,9%	281.848	2
Knogleskørhed	109	0,5%	74.170	<1

Beregningsgrundlag:

Konsultationer (0101-ydelser): Estimeret antal for 2004: 17.431.372 (personlig meddelelse, Michael Feilberg, P.L.O.).

Andel af konsultationer i Fyns Amt, der blev ydet til voksne i 2004, var 85,1% (personlig meddelelse, Jan Hermansen, Fyns Amt). Tilsvarende data for de øvrige amter foreligger ikke.

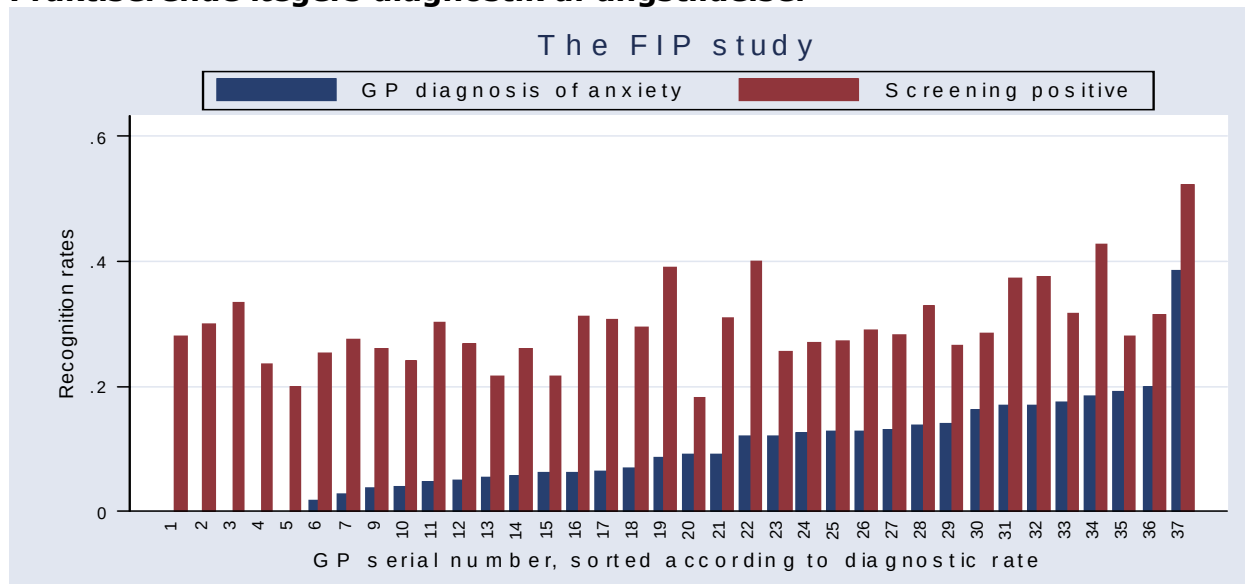
Antal praktiserende læger ultimo 2004: 3605 (personlig meddelelse, Michael Feilberg, P.L.O.); 52 uger per år.

Henvendelsesårsager i procent blandt voksne patienter fordelt på køn og alder.

	Mænd				Kvinder			
Alder (år)	18+	18-39	40-64	65+	18+	18-39	40-64	65+
<i>n</i>	7.654	1.820	3.398	2.436	13.482	4.674	5.271	3.537
Hjerte- karsygdomme	24,0	4,3	24,0	38,6	15,8	1,9	15,2	35,0
Muskel-skeletsygdomme	13,9	17,5	16,1	8,1	13,6	10,5	17,0	12,8
Psykisk problem/lidelse	7,6	11,5	8,5	3,4	9,0	9,8	11,1	4,7
Type-2 diabetes	6,4	0,6	7,3	9,4	3,5	0,4	3,9	7,0
Kræft	1,6	0,6	1,5	2,5	4,8	4,8	6,3	2,7
Rygerlunger	2,8	0,9	2,4	4,7	2,1	0,4	2,2	4,1
Astma og allergi	1,8	4,5	1,4	0,5	1,9	2,5	2,2	0,7
Knogleskørhed	0,1	0,1	0,1	0,2	0,7	0,04	0,7	1,7
De 8 folkesygdomme	58,1	39,9	61,3	67,2	51,4	30,3	58,6	68,6
Andre årsager	41,9	60,1	38,7	32,8	48,6	69,7	41,4	31,4

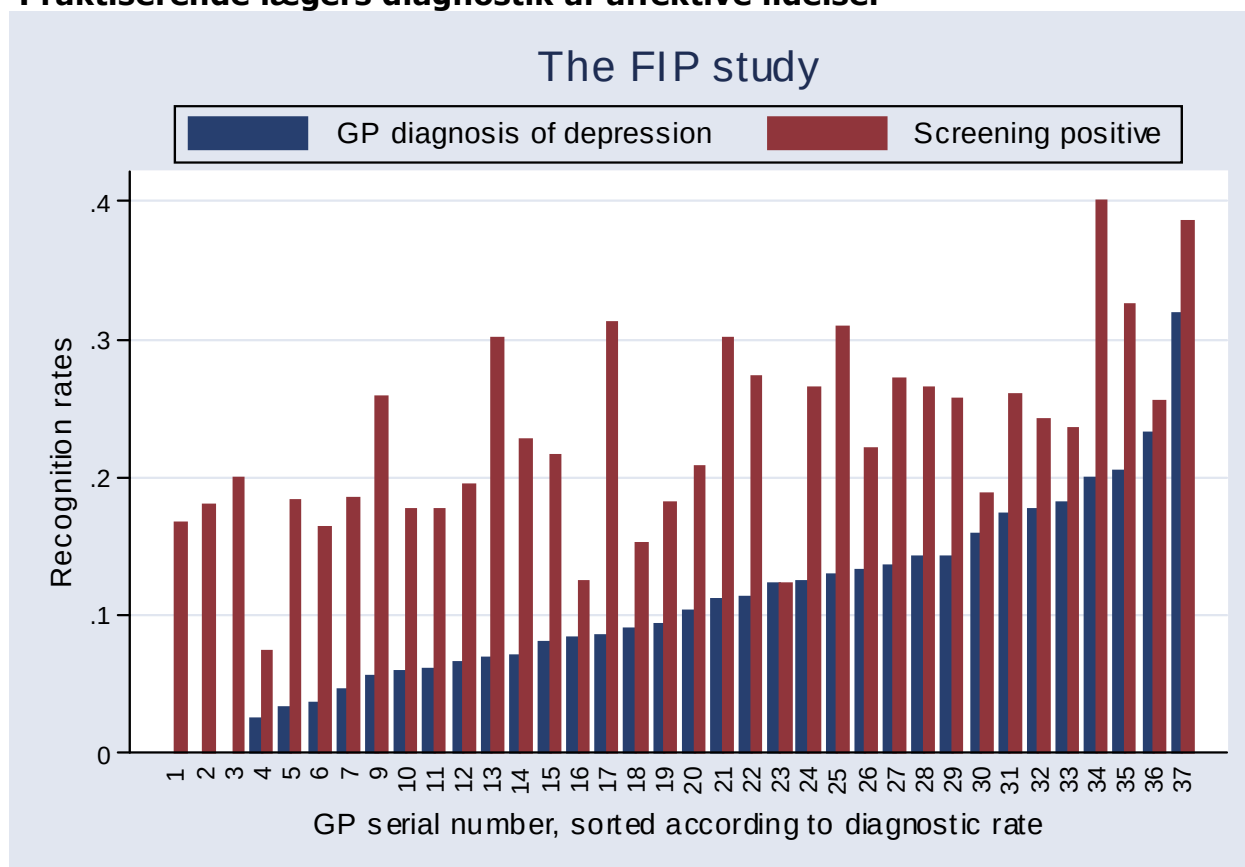
Bilag 20. Praktiserende lægers diagnosticering af affektiv lidelse og angstlidelser

Praktiserende lægers diagnostik af angstlidelser



* Kilde: Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus: Overhead udleveret af Kaj Sparle Christensen.

Praktiserende lægers diagnostik af affektive lidelser



* Kilde: Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense: Overhead udleveret af Niels Damsbo.

Bilag 21. Uddrag af: Om ansvar og ledelse i Helselovgivning

Udarbejdet af advokat Kristel Heyerdahl på vegne af Norsk Psykolog Forening

I helselovgivningen som trådte i kraft 1. januar 2001, har lovgiver langt hen ad vejen sidestillet psykologens kompetence med psykiaterkompetencen. Psykologer med klinisk specialistkompetence og psykiatere kan varetage følgende funktioner og stillinger:

- Ledere af afdelinger og andre enheder
- Patientansvarlig, journalansvarlig og koordineringsansvarlig for information til patienter og andre
- Faglig ansvarlig for vedtag efter lov om psykisk helsevern
- Behandlingsansvarlig

Ledelse

- Det generelle udgangspunkt er, at lovværket ikke forudsætter, at en leder skal have bestemte kvalifikationer, heller ikke på afdelingsniveau.
- Lederens faglige ansvar gælder på et generelt, overordnet plan, og ikke i forhold til individuel patientbehandling, som sker ved afdelingen. Det er forudsat fra lovgivers side, at ledelsen må ske i dialog med de faglige grupper ved enhederne, der hvor lederen ikke selv har den nødvendige kompetence.
- Indenfor psykisk helsevern er psykologspecialister og psykiatere af lovgivningen anset som to faggrupper, som besidder de formelle kvalifikationer til at varetage et selvstændigt og overordnet fagligt ansvar for patienterne.
- Der skal udnævnes en medicinfaglig rådgiver, hvis forsvarlighedskravet nødvendiggør dette. Denne rådgiver har ikke beslutningskompetence, men bestemmelsen sikrer at faglige vurderinger indgår i beslutningsgrundlaget, før der træffes ledelsesbeslutninger.
- Den faglige rådgiver skal ikke have rådgivningsfunktion i forhold til individuel patientbehandling.
- Kliniske psykologer har kompetence til diagnosticering og behandling af psykiske lidelser. I øget grad har psykologer fået et overordnet og selvstændigt behandlingsansvar for patienterne. I behandlingen af psykiske lidelser må kliniske psykologer og psykiatere anses for at have forskellig men ligeværdig kompetence.
- Inden for psykisk helsevern er kliniske psykologer og psykiatere sidestillet i forhold til forsvarlighedsnormen. Det indebærer, at
- Kliniske psykologer og psykiatere kan indsættes som ledere af behandlingsenheder indenfor psykisk helsevern, både på afdelinger, som tilbyder døgnophold og i poliklinikker
- I behandlingsenheder, hvor lederen er psykolog med klinisk specialistkompetence, vil det som udgangspunkt ikke være nødvendigt af hensyn til forsvarlighedskravet at udpege en medicinfaglig rådgiver

Patientansvarlig etc

- I psykisk helsevern kan en psykolog udpeges i stedet for en patientansvarlig læge, hvis dette passer bedst.
- Funktionen har karakter af kontaktperson og indebærer ikke beslutningsansvar eller ansvar i forhold til medicinske eller psykologiske afgørelser

Faglig ansvarlig for vedtag efter lov om psykisk helsevern

- Forskriftens (1. december 2000, nr. 1219) bestemmelser indebærer, at psykolog med klinisk specialistkompetence kan udpeges som faglig ansvarlig for beslutninger på linie med læger med specialistuddannelse i psykiatri. Psykologen kan imidlertid ikke have det faglige ansvar for beslutninger om tvangsbehandling med lægemidler
- Der er tale om beslutninger på individniveau. Bestemmelsen gælder ikke det administrative eller organisatoriske ledelsesansvar. Bestemmelsen indebærer derfor ingen begrænsninger i andre professionsgruppers muligheder for at varetage lederstillinger indenfor psykisk helsevern.
- Bestemmelsen regulerer heller ikke, hvem der skal have det generelle faglige ansvar ved afdelingen.
- På side 17 under pkt.6.3 opregnes de beslutninger, der er tillagt den fagligt ansvarlige

Delegation

- Efter forskriften kan læge eller psykolog, som er faglig ansvarlig for beslutninger, delegere sin myndighed til at træffe beslutninger til specialister i psykiatri og klinisk psykologi. Vedkommende må opfylde kravet til mindst 2 års relevant praksis.

Bilag 22. Liste over sygdomsbetegnelser som bruges i rapporten

ICD-10 nummer	ICD 10 -betegnelse	Generel betegnelse anvendt i rapporten	Eksempler på sygdomme omfattet af sygdomsgruppen
F0-09	Organiske psykiatrisk lidelse	Organiske lidelser	Alzheimers sygdom (demens)
F10-19	Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer inkl. alkohol	Misbrugsrelateret lidelse	Alkoholmisbrug Stofpsykose
F20-29	Skizofreni og andre psykotiske lidelser	skizofreni	Skizofreni Skizotypisk sindslidelse Paranoid sindslidelse
F30-39	Affektive sindslidelser	Affektive lidelser	Depression enkeltepisode. Tilbagevenden depression. Bipolar lidelse (manio-depressiv lidelse)
F40-49	Nervøse og stressrelaterede tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	Nervøse og stressrelaterede tilstande.	Angst Tvangstilstande (OCD) Posttraumatisk stress disorder
F50-59	Adfærdssændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer.	Fysiologisk betingede adfærdssændringer.	Anorexi Bulemi.
F60-69	Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd	Forstyrrelse af personlighedsstruktur./ personlighedsforstyrrelser	Emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type.
F70-79	Mental retardering	Mental retardering	Sinke
F80-89	Psyriske udviklingsforstyrrelser	Psyriske udviklingsforstyrrelser	Autisme Asperger syndrom
F90-F89	Adfærdss- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens	Forstyrrelser opstået i barndom	ADHD