

# Rapport for specialet: Psykiatri

# Rapportens tilblivelse

Specialerapporten er et resultat af en gennemgang af specialet foretaget af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra relevante videnskabelige og faglige selskaber, regionerne og Sundhedsstyrelsen (jf. bilag 1).

På baggrund af specialerapporten har Sundhedsstyrelsen udarbejdet styrelsens udmelding for specialet. I henhold til Sundhedsloven (lov nr. 546 af 24. juni 2005) udgør udmeldingen Sundhedsstyrelsens udmøntning af kompetencen til at fremsætte krav til organisering og placering af funktioner på specialiseret niveau og anbefalinger til organisering og placering af funktioner på hovedfunktionsniveau på regionale og private sygehuse efter høring i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning.

Specialerapporten har været drøftet og kommenteret først i Den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning, der består af regionale repræsentanter med ansvar for planlægning i hver region og har til formål at sikre vurdering af de tværfaglige, ressourcemæssige og organisatoriske konsekvenser af specialeplanlægningen. Medlemsliste kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under specialeplanlægning.

Dernæst har rapporten været drøftet og kommenteret i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, der rådgiver Sundhedsstyrelsen om det faglige grundlag for specialeplanlægningen. Medlemsliste kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under specialeplanlægning.

# 1 Kort specialebeskrivelse

## 1.1 Kort specialebeskrivelse

### 1.1.1 Nuværende overordnede specialebeskrivelse i specialevejledning fra 2001

Psykiatrien omfatter undersøgelse, behandling og forebyggelse af psykiske sygdomme hos voksne. Psykiatriens kerneområder er sindssygdomme, affektive lidelser, angst- og tvangslidelser, spiseforstyrrelser, sværere personlighedsforstyrrelser og patologiske reaktioner på ydre begivenheder. Psykiatrien har derudover væsentlige behandlingsmæssige opgaver overfor en række andre psykiske lidelser herunder lidelser betinget af misbrug. De tilgængelige behandlingsmetoder indenfor psykiatri omfatter biologiske, psykoterapeutiske og psykosociale behandlingsmetoder. Disse behandlingsmetoder supplerer hinanden med forskellig vægtning hos den enkelte patient.

### 1.1.2 Generel beskrivelse af de nuværende væsentligste opgaver i specialet (de opgaver, der fylder mest i daglig klinisk praksis)

De psykiske sygdomme:

#### **F 00-9. Organiske psykiske sygdomme**

Det drejer sig hovedsageligt om demenssygdomme hvoraf Alzheimers sygdom er den hyppigste. Det er progredierende tilstande, hvor der udover selve de kognitive forstyrrelser, ofte er svære adfærdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer. Derudover er delir ved somatisk sygdom hyppigt forekommende ikke mindst på medicinske og kirurgiske afdelinger. Hovedparten af patienterne med delir behandles af de pågældende somatiske specialer efter konsultativ bistand fra psykiatrien.

#### **F10-19. Misbrugsrelaterede tilstande.**

Der er her tale om en bred vifte af lidelser med forskelligt klinisk billede og sværhedsgrad. Der er hyppigt tale om tilstande forårsaget af alkohol, sedativa/hypnotika, cannabis eller morfika, hvor det kliniske billede kan variere fra intoksikation, afhængighed, delir og psykose. Endvidere ses psykotiske lidelser forårsaget af amfetamin, kokain og andre centralstimulerende stoffer.

#### **F 20-29. Skizofreni og andre psykoser**

Inden for denne gruppe er skizofreni den alvorligste lidelse. Den debuterer ofte i ungdomsårene. En del af patienterne har komplicerende misbrug af stoffer og alkohol. Skizofreni kræver en veltilrettelagt udredning og behandling, der omfatter antipsykotisk medicin, psyko- og miljøterapi, psykoedukation samt rehabilitering. Der er ofte behov for langvarig kontakt til det psykiatriske behandlingssystem.

#### **F30-39. Affektive lidelser**

De affektive lidelser omfatter unipolar depression, der ofte er tilbagevendende samt bipolar affektiv lidelse, hvor der både er depressioner og manier. Et stort antal patienter lider af unipolar depression, Behandlingen omfatter psykofarmaka,

psykoterapi og psykoedukation. Patienter med unipolar depression behandles i stort omfang i almen praksis eller speciallægepraksis. Patienter med svære recidiverende depressioner og patienter med bipolar affektiv lidelse har ofte behov for behandling i hospitalssektoren.

#### **F40-49. Angst- og tvangslidelser samt psykisk betingede legemlige symptomer og belastnings- og tilpasningsreaktioner**

Angstlidelser er hyppigt forekommende og det er kun en mindre del, der behandles i hospitalssektoren. Tvangslidelser (obsessiv- kompulsiv tilstand) er ofte svært invaliderende og nødvendiggør såvel psykoterapi som medikamentel behandling. Ved psykisk betingede legemlige symptomer (somatoforme tilstande) har patienterne somatiske symptomer, hvor der trods grundig undersøgelse ikke kan påvises en organisk sygdom. Patienterne opfatter sig ikke som psykisk syge. Akutte belastningsreaktioner ses ved excessivt fysisk eller psykisk stress og behøver ofte kun kortvarig behandling.

Posttraumatiske belastningsreaktion ses som en forsinket eller forlænget reaktion på svære traumatiske begivenheder (Post Traumatisk Stress Disorder PTSD) og en mindre del af patienterne udvikler over år en personlighedsforandring med social isolation. Ved længerevarende belastningsreaktioner, der udløses hos disponerede ved mindre, men langvarig belastning, har patienterne behov for især social støtte for at tilpasse sig de ændrede livsvilkår.

#### **F50. Spiseforstyrrelser**

Den praktiserende læge kan behandle lettere tilfælde af spiseforstyrrelser f.eks. patienter med ændrede spisevaner eller afvigende vægtoptagethed. I psykiatrien er det især patienter med sværere anorexia nervosa, der behandles såvel ambulantly som under indlæggelse i tæt samarbejde med intern medicin, hvorimod patienter med bulimia nervosa primært behandles ambulantly.

#### **F52. Seksuelle funktionsforstyrrelser**

Lette former for seksuelle funktionsforstyrrelser bør primært behandles hos praktiserende læger. I psykiatrien behandles fortrinsvis sværere seksuelle forstyrrelser herunder somatisk handicappede med seksuelle problemer, seksuelle problemer i forbindelse med vold, incest og lignende.

#### **F60-69. Personlighedsforstyrrelser m.m.**

Gruppen omfatter meget forskellige tilstande, hvoraf en del ikke søger behandling. Især personer med emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse ses såvel i det ambulante behandlingssystem som under indlæggelse. Disse patienter er ofte meget impulsive og har en hyppig forekomst af selvmordsforsøg og misbrug, og patienterne kan have kortvarig psykotiske episoder.

Seksuelle afvigelser (parafilier) omfatter bl.a. ekshibitionisme, pædofili og transvestisme. Derudover er transseksualitet omfattet af denne gruppe. En del af patienterne ønsker ikke selv behandling, men bliver tvunget til det af partner, familie eller af myndighederne.

#### **F70-79. Psykiske sygdomme hos oligofrene**

Mental retardering diagnosticeres i barndommen, men en del oligofrene patienter udvikler senere andre psykiske lidelser, der p.g.a. oligofrenien frembyder såvel diagnostiske som behandlingsmæssige vanskeligheder.

### **F80-90. Psykiske udviklingsforstyrrelser og adfærdsforstyrrelser opstået i barndommen eller adolescens**

I de senere år møder voksenpsykiatrien i stigende grad patienter der af børne- og ungdomspsykiatrien har fået stillet diagnosen ADHD eller autisme. En del af disse patienter behandles også i speciallægepraksis.

### **Tvang**

De psykiatriske specialer er de eneste lægelige specialer, hvor patienter kan indlægges og behandles med tvang jævnfør ”Lov om tvang i psykiatrien”. Dette stiller særlige krav til inddragelse af værdi- baserede og etiske aspekter. Dette kan kun finde sted på offentligt sygehus.

### **Risikovurdering**

I psykiatrien skal der være en særlig opmærksomhed på vurdering af såvel risikoen for selvmordsadfærd og anden selvskadende adfærd som adfærd der udgør en risiko for andre.

### **Retspsykiatri**

Et stigende antal psykiatriske patienter er retspsykiatriske patienter, som på grund af kriminalitet er dømt til ambulans behandling eller indlæggelse på en psykiatrisk afdeling.

## 2 Særlige udfordringer og udviklingstendenser

### 2.1 Udviklingen de næste 5 -10 år – herunder forventet udvikling i specialets funktioner og nye opgaver

I de seneste årtier har psykiatrien udviklet sig betydeligt såvel fagligt som organisatorisk. Viden om psykisk sygdom og behandlingen heraf er forøget kraftigt, og i takt hermed er flere myter blevet aflivet. Psykiatrien råder således i dag over flere og mere specifikke undersøgelses- og behandlingsmuligheder end for blot 10 år siden. Antallet af behandlede patienter er i samme tidsrum fordoblet på grund af en reduceret indlæggelsestid og en væsentlig udvidelse af de ambulante behandlingstilbud.

Den neurovidenskabelige viden er øget markant i det seneste årti, og alt tyder på, at udviklingen fortsætter. Denne udvikling har stor relevans for psykiatrien, der er placeret centralt i neurovidenskabernes interdisciplinære vifte kaldet "Sciences of the mind". Netop den neuropsykiatriske forståelse af psykisk sygdom og behandlingen heraf giver gode muligheder for faglige fremskridt og vil samtidig have betydning for psykiatriens selvforståelse og placering blandt andre lægelige specialer. Neuropsykiatrisk udredning vil få stigende betydning som en multidisciplinær og tværvideenskabelig funktion til udredning af psykisk sygdom ved hjælp af systematisk og skaleret psykopatologisk beskrivelse, somatisk og neurologisk undersøgelse, neuropsykologisk undersøgelse af kognitive, executive og emotionelle funktioner, laboratorieundersøgelser af væsentlige organfunktioner og billeddiagnostik af hjernens strukturelle og funktionelle forhold. Indikationen er bred, men har hidtil primært været anvendt til undersøgelse af førstegangs depression ved ældre patienter, førstegangs psykose hos yngre patienter og behandlingsrefraktære sygdomme.

Samtidig er der en stigende forståelse af de komplekse interaktioner mellem psykologiske og neurobiologiske forhold, samt kulturforståelse som et nødvendigt element til en hensigtsmæssig behandlingstilrettelæggelse for den enkelte. De sociale forholds betydning for psykiske lidelsers opståen og forløb kræver et fortsat fokus såvel forskningsmæssigt som klinisk.

En række forhold vil præge udviklingen i de kommende år:

#### *Faglige forhold*

- Der vil ske en øget specialisering af behandlingen af især af-patienter med komplicerede eller sjældne sygdomme
- Nærhedsprincippet søges bevaret for hyppigt forekommende og ukomplicerede behandlingsforløb under hensyntagen til opretholdelse af et tilstrækkeligt fagligt miljø
- Der vil være øget fokus på implementering af evidensbaseret behandling eksempelvis gennem referenceprogrammer og kvalitetsudvikling
- Øget opmærksomhed på hvilke faktorer herunder i relationen mellem patient og behandler, der fremmer behandlingsadherence og dermed effectiveness af de dokumenterede behandlingsformer.

- Øget anvendelse af moderne teknologi som eksempelvis billeddannende teknikker
- Anvendelse af telemedicin/telepsykiatri i undersøgelse, behandling og kommunikation
- Prioritering af forebyggelse og sundhedsfremme, herunder tidlig undersøgelse og behandling af psykisk sygdom
- Øget international vidensudveksling og forskningssamarbejde
- Styrkelse af samarbejdsfladen til børne- og ungdomspsykiatrien
- Styrkelse af samarbejdsfladen til somatikken omkring fælles patienter
- Øget samarbejde med patient- og pårørendeorganisationer
- Styrkelse af psykoedukation af såvel patienter som pårørende
- Der forventes et stigende antal retspsykiatriske patienter, der er dømt til ambulant behandling eller indlæggelse på en psykiatrisk afdeling.
- Der vil være fokus på recoveryperspektivet – betydning af at tilkænde give håb for fremtiden og at patienten aktivt medvirker til bekæmpelse af sygdommen og til at leve i bedst mulig udfoldelse af livet også ved mere vedvarende sygdomstilstande
- Øget opmærksomhed på risikovurderinger, såvel risiko for selvmordsadfærd, anden selvskadende adfærd samt adfærd der udgør en risiko for andre
- Afklaring af behovet for behandling af voksne med ADHD og andre tilstande opstået i barndommen
- Der er i øjeblikket 30 pladser til særligt farlige psykotiske patienter, jf. Lov om tvang i psykiatrien. Det kan overvejes, hvorvidt behovet er større.

#### *Organisatoriske forhold*

- Udnyttelse af de intra- og interregionale muligheder og forpligtigelser, der er skabt i forlængelse af regionernes psykiatriplanlægning og Sundhedsstyrelsens specialeudmelding
- En national strategiplan for psykiatri
- Udbygning af specialiserede og differentierede undersøgelses- og behandlingsenheder med såvel faglig som økonomisk bæredygtighed fordelt på henholdsvis hovedfunktion, regionsfunktion og højt specialiseret funktion, samt udviklingsområder
- Styrkelse af samarbejdsfladerne til det somatiske sygehusvæsen (især sygehuse med akut funktion) omfattende visitation, akut modtagelse, undersøgelse, behandling
- Rekruttering og fastholdelse af kvalificeret personale samt kompetenceudvikling
- Styrkelse af samarbejdsfladerne til almen praksis
- Styrkelse af samarbejdet til psykiatrisk speciallægepraksis
- En fortsat udbygning af de ambulante behandlingstilbud
- Et øget samarbejde med den kommunale socialpsykiatri
- Et øget samarbejde med de kommunale hjemmeplejer

#### *Samfundsmæssige forhold*

- En ændret befolkningssammensætning med et øget antal ældre, hvor psykiske lidelser er hyppigere forekommende end hos yngre
- Et øget antal patienter af anden etnisk herkomst
- Et øget antal patienter, der er dømt til behandling (retspsykiatriske patienter)

- Et færre antal personer i den erhvervsaktive alder
- Fokus på psykiatrien fra politisk side
- Krav om at patienter med ikke-psykotiske lidelser dvs. depressions- og angsttilstande, personlighedsforstyrrelser etc. får lettere og udvidet adgang til specialistbehandling
- En undersøgelses- og behandlingsret for psykisk sygdom kan forventes indenfor de nærmeste år
- Krav om at patienterne i øget omfang inddrages i og har indflydelse på det konkrete behandlingstilbud
- En delvis DRG-finansiering af psykiatrien kan forventes indenfor de nærmeste år
- Øget fokus på aktivitetsstigning og dokumentation af såvel faglige som patientoplevede mål
- Implementering af Who Mental Health Action Plan vedtaget ved European Ministerial Conference
- Harmonisering til fælles EU krav om uddannelse og specialisering f.eks. i forbindelse med kravene til uddannelse af speciallæger og psykologer i psykoterapi.
- Øget arbejde med etik og værdier i henhold til det nationale værdigrundlag for psykiatri

Ovennævnte forhold tyder således på at specialets vilkår og profil vil ændres over de næste 5-10 år.

### 2.1.1 Opgaveflytning/glidning

Det markante flertal af patienter med psykisk sygdom behandles i dag i primærsektoren. Den hospitalsbaserede psykiatris målgruppe er i dag hovedsagelig patienter med demens, svær psykose (skizofreni), svære recidiverende depressioner eller bipolar lidelse, svære spiseforstyrrelser og sværere personlighedsforstyrrelser. Den hyppige forekomst af ikke-psykotiske tilstande som f.eks. lettere depression, angstlidelser, tvangslidelser og lettere personlighedsforstyrrelser afspejler sig kun lidt i den aktuelle målgruppe. For visse lidelser opstået i barnealderen, fx ADHD er der endnu begrænset viden om deres forekomst i voksenalderen. I psykiatriens aktuelle organisering er der en begrænset specialisering. De kommende års udvikling vil blive præget af en betydelig vækst i specialfunktioner, sådan som det fremgår af regionernes planlægning. Patienter med misbrug behandles dels i socialsektoren og dels i sundhedssektoren. Der er et øget antal patienter med såvel psykisk lidelse som misbrug. Der er behov for et øget fokus på behandlingen af disse patienter, herunder afklaring af behandlingsansvar.

Psykiatriens egen målgruppe vil således blive udvidet, og samarbejdet med primærsektoren kan forventes oprustet med aftaler om stepcare-indsats og shared care.

Der kan desuden forventes en opgaveflytning/glidning fra de nuværende basisfunktioner til de fremtidige regionsfunktioner.

Psykiatrien mangler speciallæger og i stigende grad også andet fagpersonale. Det skærper kravene til procesoptimering af patientforløbene og en effektiv tilrettelæggelse af behandlingsindsatsen. Det betyder, at en opgave fremover muligvis vil blive varetaget af en anden faggruppe, end der måske er tradition for, hvis opgaven fortsat løses tilfredsstillende under lægens samlede behandlingsansvar.



### 2.1.2 Sammenhængende patientforløb

Det er vigtigt, at psykiatriens behandlingsindsats er koordineret med den praktiserende læges behandling som nævnt ovenfor samt med kommunernes opgaver. Men det er også vigtigt at sikre sammenhæng i det samlede sundhedsvæsens behandlingsindsats i tilfælde af samtidig somatisk sygdom; det kræver et tæt samarbejde med det somatiske sygehusvæsen, optimalt fra modtagelse til afslutning.

Internt i psykiatrien skal der være sammenhæng i patientforløbet også i tilfælde af et regiskifte fra f.eks. ambulante regi til indlæggelse og vice versa.

Behandlingsplanen bør anvendes som et centralt dokument til at sikre kontinuitet i patientforløbet uanset i hvilket regi patienten behandles.

Det tilstræbes, at få fagpersoner følger patienten igennem et behandlingsforløb, men under hensyntagen til behovet for undersøgelse/behandling i en specialfunktion. For en mindre gruppe af psykotiske patienter, der er svære at fastholde i behandling efter udskrivelsen, udarbejdes der udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for at sikre den fortsatte behandling og psykosociale støtte. Der skal samarbejdes med patientens netværk såvel professionelt som privat i fornødent omfang

En række patienter med psykisk sygdom udvikler et kronisk sygdomsforløb med påvirkning af den sociale og arbejdsmæssige evne og funktion med risiko for svært påvirket livskvalitet. Det er her vigtigt, at psykiatrien sammen med kommunerne igennem sundhedsaftalerne tilrettelægger en indsats, hvor den behandlingsmæssige kerneopgave suppleres med andre tiltag, så patienten oplever en samlet og sammenhængende offentlig hjælp og behandling. Der vil blive et øget fokus på rehabilitering og ikke mindst ambitionen om at hjælpe patienter med psykisk sygdom tilbage på arbejdsmarkedet kan forventes at have høj prioritet i de kommende år.

### 3 Specialets nuværende funktioner, organisering og samarbejde med andre specialer

Sekundærsektoren har i de senere år primært taget sig af de komplicerede patienter og især med fokus på de psykotiske patienter.

Speciale gennemgangen drejer sig om sekundærsektoren.

#### 3.1 Nuværende funktioner og organisering i sygehusvæsenet

Der er i alle regioner psykiatriske sygehusafdelinger med såvel åbne, skærmede som lukkede sengeafdelinger samt ambulante behandling. Hovedparten af sengeafdelingerne er ikke specialiserede bortset fra retspsykiatriske og gerontopsykiatriske afsnit. Enkelte afdelinger har også andre specialiserede sengeafsnit til særlige patientgrupper f.eks. til skizofreni, affektive lidelser etc.

Den ambulante del omfatter distriktskykiatriske centre (målgruppen er ikke ensartet hverken intra- eller interregionalt) og teams vedr. gerontopsykiatri (ældrepsykiatri), oligofreni, tidlig intervention (skizofreni), opsøgende psykosebehandling og akut behandling. Derudover er der almenpsykiatriske ambulatorier og specialiserede ambulatorier vedr. forebyggelse af selvmord, affektive tilstande, tvangs- og angstlidelser, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser etc.

Den betydelige gruppe af patienter med psykose og komplicerende misbrug behandles nogle steder i samme behandlingssystem som psykotiske uden misbrug, medens der andre steder er oprettet særlige tilbud.

Den ambulante misbrugsbehandling er overgået til kommunerne, men behandling af abstinens tilstande under indlæggelse varetages oftest fortsat af de psykiatriske afdelinger. Behandling af psykiske lidelser kompliceret af misbrug samt psykiatriske følgetilstande til misbrug behandles fortsat af psykiatrien.

Psykiatrisk behandling og pleje er baseret på en høj grad af tværfagligt samarbejde med inddragelse ikke alene af speciallæger, men også af psykologer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere, ergoterapeuter og fysioterapeuter samt pædagoger. En meget væsentlig del af kontakten med patienterne varetages af plejepersonalet, socialrådgivere, ergo- og fysioterapeuter såvel hos indlagte patienter, som i den ambulante behandling.

Psykiatrien er i modsætning til en række andre store lægevidenskabelige specialer ikke grenspecialiseret, dvs. der eksisterer ikke formaliseret uddannelse på grenspecialiseret niveau. Alle psykiatere har en almen psykiatrisk speciallægeuddannelse og specialiseringer er ofte opstået som følge af særlige interesser eller behov. En stor del af den psykiatriske indsats tager i dag udgangspunkt i patientens geografiske tilhørsforhold, dvs. at det enkelte optageområde i vid udstrækning skal kunne behandle en meget bred vifte af

sygdomsbilleder. Optageområderne er basisniveau for behandlingen af de psykiske lidelser, og varetager som udgangspunkt al behandling.

### **3.1.1 Basisniveau**

I Region Hovedstaden er der sengeafsnit på 11 hospitaler. Bornholm indgår som en enhed i regionen. Region Sjælland har sengeafsnit på 6 hospitaler, region Syddanmark har sengeafsnit på 9 hospitaler, region Midt har sengeafsnit på 7 hospitaler og i region Nordjylland er der sengeafsnit på 3 hospitaler.

Der er etableret retspsykiatriske afdelinger i alle regioner.

Som led i regionernes igangværende planlægning, må det forventes, at der sker en samling af sengeafdelingerne på færre hospitaler.

Antallet af sengepladser har været stadigt faldende og var i 2006 ca. 3200.

Landsgennemsnittet ligger på 7,5 sengepladser pr. 10.000 indbyggere, men der er store regionale forskelle fra 5,3 til 11,3 pr. 10.000 indbyggere.

Andelen af enestuer har denne været stigende til nu 85 % på landsplan med regionale variationer fra 77 % til 100 %.

Belægningsprocenten ligger stort set ens i hele landet og er på årsbasis varierende mellem 91 % til 95 %.

I 2006 var der ca. 40.000 psykiatriske indlæggelser. Heraf var ca. 4.600 førstegangsindlæggelser. Det samlede antal sengedage beløb sig til godt 1 mio. Ca. 90 % af alle indlæggelser var akutte. Ca. 6 % af indlæggelserne var tvangsindlæggelser, en andel der har været svagt stigende. 19,4 pct. - i alt ca. 4.800 - af det samlede antal patienter indlagt på de psykiatriske afdelinger blev i 2004 berørt af en eller flere former for tvang.

#### **Ambulant-behandling**

En betragtelig del af diagnostik, udredning og behandling foregår i ambulant regi.

Den ambulante funktion er i alle regioner stigende af betydning og omfang.

Behandlingen af psykiatriske lidelser er ofte langvarig og kan være livslang.

Kontinuitet i patientforløbet prioriteres, og kan bl.a. fremmes ved, at der tages udgangspunkt i behandlingsplanerne. Der var i 2006 i alt ca. 116.000 ambulante forløb, hvoraf ca. 63.000 forløb startede i løbet af året.

Antallet af psykiatriske skadestuer var i 2006 17, hvoraf de 9 lå i region Hovedstaden. Antallet af skadestuebesøg for 2006 beløb sig til ca. 50.000.

#### **Ressourcekrævende udstyr**

Generelt er de undersøgelser, der foretages i psykiatrien forholdsvis lavteknologiske om end det må forventes, at der i stigende omfang vil blive anvendt mere højteknologiske undersøgelser bl.a. indenfor billeddiagnostik. Der anvendes biokemiske undersøgelser og billeddiagnostik (røntgen, CT, MR, PET, SPECT, UL undersøgelser) samt i visse tilfælde EEG eller genetiske undersøgelser. Til elektrostimulationsbehandling anvendes ECT-apparater.

Der bruges ved diagnostik og behandling også i tiltagende grad standardiserede skemaer i form af strukturerede interviews, patient-spørgeskemaer med videre, som er med til at øge nøjagtigheden (reliabiliteten) af vurderingerne og dokumentere grundlaget for disse.

Kontakten mellem patient og personale er særdeles væsentlig. Det kræver stor faglig viden om psykiske sygdommes fremtrædelsesformer, tid, ro, overblik, modenhed og medmenneskelighed samt en empatisk evne at udøve

kontaktforholdet. Det kræver ligeledes viden om konflikthåndtering og voldsforebyggelse. Og det kræver et trygt kollegialt miljø, som kan rumme de ofte stærke irrationelle følelser af angst, fortvivlelse og vrede, der kan være på spil. Disse kompetencer hos personalet kræver ”vedligeholdelse” i form af supervision og kompetenceudvikling. Derudover anvendes der mere tid på opgaver vedrørende dokumentation og indberetning til databaser. Der skal desuden anvendes tid til samarbejde og koordinering af behandlingsindsatsen. Der er kortere indlæggelsestider, og de indlagte patienter har en større grad af kompleksitet i deres sygdomsbilleder inkl. misbrugsproblemer. Derudover arbejdes der med at minimere forbruget af tvang. For den ambulante behandling stiles målrettet mod udbygning af opsøgende indsats. Endvidere er der forventninger om øget samarbejde med pårørende og netværk såvel i det ambulante regi som under indlæggelse. Ressourceforbruget til personale er af disse grunde meget omfattende.

- **Samarbejde med andre afdelinger og specialer**

Psykiatriske lidelser herunder især depression og delir er hyppigt forekommende hos patienter med somatisk sygdom og medfører mange psykiatriske tilsyn på somatiske afdelinger. På enkelte hospitaler er der etableret særlige enheder, der varetager disse funktioner. Blandt patienter indlagt på somatiske afdelinger skønnes det, at 25-30% har en behandlingskrævende psykisk lidelse. Ikke alle behøver en liaisonpsykiatrisk indsats, da de i et betydeligt omfang allerede er i behandling.

Ca. halvdelen af patienter indlagt på psykiatriske afdelinger har somatiske sygdomme. Der er især behov for tilsyn fra neurologiske og medicinske afdelinger. Der anvendes hyppigt laboratorieundersøgelser inkl. EKG. En del patienter får foretaget billeddiagnostiske undersøgelser, og CT eller MR scanninger af hjernen er rutineundersøgelser ved demensudredning og debuterende skizofreni.

- **Samarbejde/teamfunktioner vedr. konkrete funktioner.**

Anæstesiafdelinger yder anæstesi i forbindelse med ECT-behandling.

I forbindelse med abstinensbehandling kan der være behov for, at patienter overflyttes til intensivafdelinger.

Tvangsindlagte/tvangstilbageholdte psykisk syge patienter med alvorlig somatisk sygdom inklusive forgiftningstilstande udstationeres på en somatisk afdeling med henblik på behandling, men er fortsat indlagt på psykiatrisk afdeling, der varetager al tvang.

Gerontopsykiatrien har mange steder et tæt samarbejde med neurologer og geriater ofte i form af særlige teams/klinikker til udredning og behandling af demenssygdomme.

Der er samarbejde med medicinske herunder endokrinologiske afdelinger og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger ved udredning og behandling af patienter med spiseforstyrrelser.

Der samarbejdes med obstetrisk afdeling, børne- og ungdomspsykiatri og pædiatriske afdelinger om behandling af psykisk syge gravide både under graviditet og efter fødslen.

- **Samarbejde med psykiatrisk speciallægepraksis**  
Psykiatrisk speciallægepraksis varetager udredning og diagnostisk, behandling og efterbehandling af et stort antal patienter som i behandlingsforløbet får kontakt til den hospitalsbaserede psykiatri.
- **Samarbejde med praktiserende psykologer med sygesikringsaftale**  
Praktiserende psykologer med aftale med sygesikring varetager behandling af eksistentielle kriser og traumer samt let til moderat depression. Disse patienter har ofte været i kontakt med skadestuerne i den hospitalsbaseret psykiatri.
- **Funktioner, hvor samme diagnosticering/behandling varetages af et andet speciale.**  
Almen praksis varetager behandlingen af mange patienter med især lettere psykiske lidelser.  
  
Demensudredning varetages nogle steder primært af neurologer eller geriater.
- **Anden form for samarbejde**  
For en del af især patienter med vedvarende psykisk lidelse er der behov for et tæt samarbejde med socialsektoren og hjemmeplejen i primærkommunerne. Rehabilitering af patienterne begynder ved starten af behandlingsforløbet, og er en fælles opgave, der kræver et tæt samarbejde. En del patienter med kroniske psykiske lidelser især skizofreni har vedvarende behov for støtte fra socialsektoren herunder behov for særlige støtte- og botilbud. Patienter med demens har behov for hjælp fra hjemmeplejen herunder behov for plejebolig. Da hovedparten af demenssygdommene er progredierende, vil behovet for hjælp øges i sygdomsforløbet.  
  
Der samarbejdes endvidere med Kriminalforsorgen i forbindelse med retspsykiatriske patienter.

- **Overordnede sygdomsgrupper (herunder prævalens/incidens og aktivitet)**

Der foreligger ikke undersøgelser over omfanget af psykisk lidelse i den danske befolkning. Udenlandske undersøgelser tyder på, at ca. 20 % af en befolkning vil udvikle en psykisk lidelse på et tidspunkt af deres liv, hvilket svarer til 700.000-800.000 herhjemme.

#### **Organiske psykiske lidelser**

Godt 55.000 personer over 65 år (7 %) er lidende af demens. Medtages den yngre del af befolkningen og meget lette demensformer, anslås antallet af demente personer at nærme sig 80.000. Hvert år får ca. 14.000 danskere over 65 år en demenssygdom og med det stigende antal ældre vil dette tal øges (Udredning og

behandling af demens – en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen 2008).

Af samtlige personer i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i 2006 havde 13.660 en organisk lidelse (14 %).

### **Misbrug**

Alkoholmisbrug rammer ca. 200.000 danskere og er den mest udbredte misbrugsform. Psykiatrien spiller i dag en begrænset rolle ved behandlingen af alkoholmisbrug især hos personer, hvor misbruget ikke er sammenfaldende med en psykotisk lidelse.

Af samtlige personer i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i 2006 havde 4.951 en misbrugsrelateret psykisk lidelse (5 %)

### **Tilstande indenfor det skizofrene spektrum**

Skizofreni er en af de socialt og menneskeligt mest omkostningsfulde lidelser med en prævalens på ca. 0.5 %.(Nogle opgørelser angiver ca 1%). Der diagnosticeres herhjemme ca. 500 nye tilfælde årligt.,

Sygdommen antager et varierende forløb og undersøgelser af debuterende skizofreni viser, at 25-30 % har et gunstigt forløb med næsten fuldstændig remission, 50 % har et forløb med intermitterende symptomer, og 20-25 % har kroniske symptomer. (Referenceprogram for skizofreni 2004).

Af samtlige personer i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i 2006 havde ca. 13.000 en skizofrenidiagnose (13 %).

### **Psykotiske patienter med misbrug**

Antallet af personer med både en psykotisk tilstand og et misbrugsproblem er stigende. Denne gruppe har et mindre gunstigt sygdomsforløb sammenlignet med patienter uden misbrug, både hvad angår genindlæggelseshyppighed, grad af psykopatologi og social funktion.

### **Affektive lidelser**

Forekomsten af bipolar lidelse (prævalensen) anslås til 1 % af befolkningen. Punktprævalensen (1 måned) af depression ligger på 2-3 %. Generelt er forekomsten højere hos kvinder end hos mænd. Livstidsrisikoen for at få en depression ligger på 17-18 %. Varigheden af en depression er oftest mellem 3 og 12 måneder, og det anslås, at ca. 10-30 % risikerer at udvikle en kronisk depression. Risikoen for at få nye depressive episoder øges med antallet af tidligere indlæggelseskrævende depressioner (Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen 2007).

Af samtlige personer i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i 2006 havde 21.274 en affektiv lidelse (21 %).

### **Angstlidelser**

Angstlidelser omfatter panikangst, agorafobi, socialfobi, enkeltfobier, generaliseret angst, OCD (Obsessiv- Compulsiv Disorder), PTSD (Post Traumatisk Stress Disorder).

Befolkningsundersøgelser viser store forskelle i prævalensen af angstlidelser, hvilket dels tilskrives reelle forskelle og dels forskelle i metodologi og diagnostisk afgrænsning. Livstidsprævalensen for angstlidelser skønnes at ligge mellem 13-29 %, mens 12 måneders prævalensen angives til 6-19 %. Få undersøgelser angiver incidensen af angsttilstande. Angsttilstande forekommer dobbelt så hyppigt hos

kvinder som hos mænd. (Referenceprogram for angstlidelser hos voksne, Sundhedsstyrelsen 2007).

Af samtlige personer i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i 2006 havde 14.524 en angstlidelse (15 %).

### **Spiseforstyrrelser**

Prævalensen af anorexia nervosa blandt unge kvinder (15-45 År) er ca. 0,5 % og incidensen ca. 8 pr 100.000 for kvinder. Prævalensen af bulimia angives blandt unge kvinder at ligge omkring 2 % og incidensen ca. 10-12 pr 100.000 for kvinder. Både anorexi og bulimi er sjældent forekommende hos mænd.

Af samtlige personer i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i 2006 havde 2.917 (3 %) en spiseforstyrrelse.

### **Personlighedsforstyrrelser**

Hyppigheden af personlighedsforstyrrelser i befolkningen anslås at ligge mellem 10-15 %, mens andelen med en svær personlighedsforstyrrelse ligger på et par procent.

Af samtlige personer i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i 2006 havde 6.440 (7 %) en personlighedsforstyrrelse.

### **3.1.2 Lands- og landsdelsniveau (herunder udlandsfunktioner, center-satellitaftaler og udviklingsfunktioner)**

Der er lands- og landsdelsfunktion på Psykiatrisk Center Rigshospitalet, Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk afdeling Odense Universitetshospital, Århus Universitetshospital Risskov og Sikringsanstalten Nykøbing Sjælland.

- Katastrofepsykiatri med døgnberedskab til at lede den psykiatriske indsats ved katastrofer er etableret på Psykiatrisk Center Rigshospitalet.
- Vurdering af transseksuelle personer med henblik på operation samt svære seksuelle forstyrrelser herunder somatisk handicappede med seksuelle problemer, seksuelle problemer i forbindelse med vold, incest og lignende varetages af Sexologisk klinik ved Psykiatrisk Center Rigshospitalet.
- Sexologisk behandling af visse sædelighedskriminelle i forbindelse med betinget dom eller prøveløsladelse er henlagt til Sexologisk Klinik Rigshospitalets, Psykiatrisk afdeling Odense Universitetshospital i tæt samarbejde med Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart og Århus Universitetshospital Risskov.
- Svære komplicerede spiseforstyrrelser behandles på Psykiatrisk Center Rigshospitalet, Psykiatrisk afdeling Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital Risskov.
- Undersøgelse og behandling af døve psykiatriske patienter varetages af Psykiatrisk Center Ballerup.

- Særligt farlige psykotiske undersøges og behandles på Sikringsanstalten Nykøbing Sjælland jævnfør Lov om tvang i psykiatrien.
- Vurdering med henblik på eventuelt psykokirurgisk indgreb varetages af Psykiatrisk Center Rigshospitalet, jf. lov om tvang i psykiatrien. Der har dog ikke været henvisninger hertil i mere end 25 år.

Udover de ovenfor nævnte diagnoser og tilstande bør visse andre alvorlige tilstande også henvises til lands- og landsdelssygehuse, f.eks. ved mangelfuld diagnose, særlig vanskelig behandling eller ekstremt sjældne tilstande, selvom der ikke foreligger særlige behandlingstilbud.

Særlige områder:

Militærpsykiatri: Der er indgået en kontrakt mellem Rigshospitalet og forsvaret om behandling af militært personel og værnepligtige.

Grønlandsk retspsykiatri: Der er indgået en kontrakt mellem Psykiatrisk Hospital Risskov og Hjemmestyret om indlæggelse og behandling af retspsykiatriske patienter fra Grønland.

- **Udlandsfunktioner (herunder sygdom/funktion og mulig lokalisation for behandling/diagnosticering i udlandet)**  
Der foreligger ingen aftaler om behandling af patienter i udlandet.
- **Center-satellit aftaler (funktion og lokalisation)**  
Der er ikke etableret aftaler om nogen satellitfunktioner
- **Udviklingsfunktioner (funktion og lokalisation)**  
– herunder også aktivitet\*

### 3.2 Nuværende funktioner i primær sektor

#### 3.2.1 Almen praksis

Mange patienter med psykiatriske lidelser behandles i primærsektoren hos praktiserende læger, speciallæger eller hos psykologer. Det drejer sig især om patienter med ikke psykotiske lidelser især i form af lettere depressioner, angstlidelser og personlighedsforstyrrelser. Op mod en fjerdedel af henvendelserne til almen praksis vedrører psykiske problemstillinger. De praktiserende læger udfører en væsentlig funktion såvel vedrørende visitation som vurdering og behandling af patienter. De tager sig af et bredt spektrum af psykiatriske lidelser: angst, depression, vurdering af suicidalitet, somatisering, kriser, demens og alkoholmisbrug samt opfølgning af stabile patienter med sværere psykiske lidelser indenfor såvel det affektive som det psykotiske spektrum.

De praktiserende læger og vagtlæger vurderer mange patienter akut, og de vurderer indikation for eventuelt tvangsindlæggelse. Behandling af eksistentielle kriser og traumer foregår for en dels vedkommende i almen praksis med mulighed for viderevisitation til privat praktiserende psykolog i. h. t. aftale med Sygesikringen. Diagnosticering og behandling af let til moderat depression foregår i udstrakt grad i almen praksis. Der er af DSAM udarbejdet en klinisk vejledning "Diagnostik og behandling af depression i almen praksis" 2001. Der foreligger også en klinisk vejledning "Demens i almen praksis" 2006 til udredning af demens, hvor den



primære udredning ofte foregår i praksis. De psykotiske patienter følges i stabile perioder af almen praksis foruden de patienter, der ikke ønsker kontakt til det psykiatriske behandlingssystem

#### **Aftalt specifik fordeling mellem praksis og sygehusvæsen**

Der er mange steder aftalt en samarbejdsaftale mellem almen praksis, kommunerne og psykiatrien vedr. udredning og opfølgning af patienter med demens.

#### **Samarbejde med almen praksis**

Der er tilknyttet praksiskonsulenter til de psykiatriske afdelinger. Nogle afdelinger har udviklet velfungerende samarbejde om patientbehandling efter shared-care modeller ved behandling af depression og angsttilstande.

### **3.2.2 Speciallægepraksis**

Der er i alt ca. 150 praktiserende psykiatere fordelt på 100-106 praksis (en del arbejder i delepraksis). De praktiserende speciallæger er geografisk ujævnt fordelt, og der ingen praktiserende psykiater på Bornholm. Der foreligger ikke systematisk registrering af diagnoser for patienter behandlet i psykiatrisk speciallægepraksis. Der er ingen formelle aftaler om afgrænsningen mellem speciallægepraksis og den ambulante behandling ved de psykiatriske afdelinger. De praktiserende speciallæger varetager behandling af patienter i hele det diagnostiske spektrum, men især patienter, hvor der ikke er behov for en egentlig tværfaglig indsats. De praktiserende speciallæger behandler mange patienter med angst- og depressionslidelser, stressrelaterede tilstande og personlighedsforstyrrelser, derudover de seneste år et stigende antal voksne med ADHD og et mindre antal patienter med psykoser.

Der behandles ca. 25.000 nye patienter om året, og ca. 50.000 patienter behandles årligt.

### **3.2.3 Kommunale opgaver – fx rehabilitering**

Den ukomplicerede misbrugsbehandling af såvel alkohol som euforiserende stoffer er nu overgået til kommunerne, men psykiatrien har fortsat behandlingsopgaver i forbindelse med afgiftning samt behandling af følgetilstande af misbrug.

Rehabilitering bør ske i et tæt samarbejde med psykiatrien. For indlagte patienter begynder rehabiliteringen under indlæggelsen. I Sundhedsaftalerne er samarbejdet nærmere beskrevet

Der er et tæt samarbejde med kommunerne, der varetager støtte og omsorg til især patienter med bipolar affektiv sygdom, skizofreni og sværere personlighedsforstyrrelser. Endvidere er der et tæt samarbejde med de kommunale hjemmeplejer vedr. de ældre psykiatriske patienter.

## 4 Personale

Det psykiatriske speciale er kendetegnet ved, at tværfagligt personale er meget væsentlige i den samlede behandlingsindsats, og en betydelig del af kontakten med patienterne og de pårørende varetages af plejepersonale, psykologer, ergoterapeuter, pædagoger eller fysioterapeuter. Denne uddelegering af dele af behandlingen sker under lægeligt ansvar og ledelse og skal ses i sammenhæng med de øvrige fags eget ansvarsområde.

Da det ofte er samme type arbejde de enkelte personalemedlemmer udfører under lægeligt behandlingsansvar uanset den enkeltes grunduddannelse finder arbejdsgruppen det u hensigtsmæssigt, at disse ydelser ikke registreres ens. Ydelser fra ergoterapeuter og socialrådgivere registreres således ikke på linje med ydelser fra andre personalemedlemmer på grund af førstnævnte 2 gruppers grunduddannelse. Arbejdsgruppen opfordrer til, at registreringer bliver ensartet.

### 4.1 Beskrivelse af faggrupper (læger, sygeplejersker osv.) involveret i specialets arbejdsopgaver

#### **Lægefagligt personale**

Hovedparten af psykiatriske speciallæger arbejder i hospitalspsykiatrien og et mindretal i primærsektoren (speciallægepraksis). Lægebemandingen i hospitalspsykiatrien består derudover af læger i hoveduddannelsesforløb og i et mindre omfang af læger i introduktionsstillinger, i almenmedicinske blokke, i sideuddannelse til neurologi samt få læger i basisuddannelse.

Overlægerne har det ledelsesmæssige og behandlingsmæssige ansvar.

De lægelige arbejdsopgaver drejer sig om visitation, diagnostik af psykiatrisk og somatisk sygdom samt behandling (farmakologisk, ECT og psykoterapi herunder støttende samtaler og psykoedukation). Desuden udgør udarbejdelse af erklæringer en betydelig arbejdsopgave. Derudover har lægerne især overlægerne særlige ansvarsområder i henhold til "Lov om tvang i psykiatrien" og i forhold til retspsykiatriske patienter.

Lægerne varetager den kliniske uddannelse af læger i uddannelsesstilling, og nogle læger som gennem efteruddannelse har opnået en særlig kompetence superviserer uddannelseslægerne i psykoterapi. Endelig deltager lægerne i undervisning af medicinstuderende i den teoretiske prægraduate uddannelse og ved de studerendes praktikantophold. Alle læger deltager i kvalitetsudvikling, og en del deltager i forskning.

#### **Psykologer**

Der er ansat et betydeligt antal psykologer, der deltager i den diagnostiske udredning samt behandling. Psykologerne foretager personlighedstests og neuropsykologiske tests som led i den diagnostiske udredning. Psykologerne deltager i den psykoterapeutiske behandling og har - efter opnået specialistkompetence, som tildeles af Dansk PsykologForening, supervisionsopgaver overfor læger i uddannelsesstilling og psykologer i specialistuddannelse. Endvidere har mange psykologer supervisionsopgaver i forhold til plejepersonalet. De deltager i undervisningen af psykologstuderende. Endvidere deltager nogle psykologer i forskning.

### **Sygeplejefagligt personale**

Ca. halvdelen af det sygeplejefaglige personale udgøres af sygeplejersker, hvoraf et stigende antal har taget specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje. Det øvrige plejepersonale består hovedsageligt af social- og sundhedsassistenter og i mindre omfang af plejere, sygehjælpere og diakoner.

Etablering og vedligeholdelse af en bæredygtig kontakt med patienterne er en meget væsentlig del af sygeplejeopgaverne i psykiatrien. Sygeplejepersonalet yder omsorg og sygepleje samt anvender miljøterapi i forhold til de indlagte patienter. Sygeplejersker og særligt uddannet andet personale varetager medicinudlevering. Personalet observerer patienterne med hensyn til somatisk befindende og eventuelle medicinske bivirkninger samt alment dagligt funktionsniveau.

Plejepersonalet deltager i patient- og pårørendeundervisning (psykoedukation) og kvalitetsudvikling. Plejepersonale, der har erhvervet sig kompetencer til psyko- og miljøterapi, kan deltage i disse former for behandling under supervision.

En stor del af personalet i den ambulante psykiatri er sygeplejersker som varetager særlige opgaver og med høj grad af selvstændighed ved f.eks. terapeutiske forløb og hjemmebesøg.

Plejepersonalet varetager den kliniske uddannelse af sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever.

### **Øvrige personalegrupper**

Der er et betydeligt antal socialrådgivere, der varetager socialfaglige aspekter i det samlede undersøgelses- og behandlingsarbejde. De har et meget væsentlig samarbejde med den kommunale sektor vedr. løsningen af de ofte betydelige sociale problemer, som en del af patienterne har. De deltager desuden i patient- og pårørende undervisning.

Der er ansat ergoterapeuter, der udover vurderinger af patienternes funktion tager sig af ADL træning og social færdighedstræning. De deltager i afdelingernes miljøterapi, kan have erhvervet sig kendskab til og erfaring med psyko- og miljøterapi og kan deltage i disse former for behandling under supervision.

Endvidere er der ansat fysioterapeuter, der indgår i specifikke undersøgelser og behandlingstilbud f.eks. i form af træning og motionstilbud til særlige grupper.

Desuden er der ansat et mindre antal pædagoger, der kan have erhvervet sig kendskab til og erfaring med psyko- og miljøterapi og kan deltage i disse former for behandling under supervision.

Der er ansat lægesekretærer, der udover almindelige sekretæropgaver, varetager opgaver med indberetning af tvang. Denne faggruppe vil med fordel kunne udvide deres kompetencer til at varetage en række administrative opgaver.

Alle ovennævnte faggrupper deltager i uddannelsen af elever/studerende indenfor pågældende fag.

## **4.2 Særlige udfordringer vedr. uddannelse af personale (læger, sygeplejersker osv.) indenfor specialet**

Det daglige psykiatriske arbejde og psykiatriens udvikling nødvendiggør at store dele af personalet som udgangspunkt har en mellemlang eller længerevarende grunduddannelse. En del af personalet har imidlertid en meget begrænset uddannelse. Det er nødvendigt for psykiatrien, at der sker en kompetenceudvikling for alle personalegrupper. Manglen på kvalificeret personale vil blive en udfordring for psykiatrien i de kommende år. Opgaveglidning vil være et middel, som kan være med til at optimere udnyttelsen af de kompetencer, der er til stede. En forudsætning for opgaveglidning er imidlertid, at der gennemføres den nødvendige

opkvalificering af de involverede personalegrupper med henblik på at forhindre en kvalitetsforringelse i opgaveløsningen, ligesom det forudsætter, at der tillige bibeholdes fokus på den monofaglige ekspertise.

### **Videre- og efteruddannelse af læger**

Speciallægeuddannelsen: Der er etableret hoveduddannelsesforløb i de 3 uddannelsesregioner. Forløbene er 5-årige inklusiv en etårig introduktionsuddannelse og et halvt års uddannelse i neurologi. I hoveduddannelsesforløbet indgår en række obligatoriske teoretiske kurser og forskningstræning. Der er særlige krav til den psykoteraeutiske uddannelse i form af teoretisk undervisning udover den obligatoriske kursusrække og 60 timers supervision af en godkendt vejleder.

I efteruddannelsen er der behov for at speciallægerne efteruddannes indenfor fagområderne, der p.t. er skizofreni, affektive sindstilstande, spiseforstyrrelser, ikke psykotiske tilstande, misbrugspsykiatri, psykofarmakologi, psykoteraui, retspsykiatri, ældrepsykiatri, sexologi, oligofrenipsykiatri og neuropsykiatri. Dette er nødvendigt for, at der kan ske den nødvendige specialisering i psykiatrien.

Forskning og udvikling indebærer et stadigt stigende krav til lægers deltagelse i kliniske forskningsprojekter. Lægerne bør allerede under uddannelsen til speciallæge inddrages i forskningen. Der vil dermed kunne opstå behov for principiel stillingtagen til balance mellem forskning og klinisk arbejde, ikke mindst som følge af speciallægemanglen.

Derudover har speciallægerne behov for efteruddannelse i ledelse og administration – et område som i højere grad sættes i fokus.

### **Almen praksis**

Også i relation til almen praksis vil der være brug for efteruddannelsesprogrammer, der fokuserer bredt på psykiatri med det sigte at udbygge grundlaget for tidlig opdagelse og behandling af psykiske lidelser. Dette kan være med til at afværge en del af presset på behandlingspsykiatrien, som i de kommende år vil blive præget af manglen på både læger og sygeplejersker.

### **Efteruddannelse af psykologer**

Psykologer kan tidligst opnå autorisation to år efter afsluttet kandidatuddannelse i psykologi, og psykologen skal have modtaget mindst 160 timers supervision. Der er intet krav om ansættelse i psykiatrien. Ordningen varetages af Psykolognævnet under Socialministeriet. Efter autorisation kan psykologer, der har ansættelse i psykiatri, gennemgå en specialistuddannelse indenfor områderne psykoteraui, neuropsykologi, eller psykopatologi. Specialistuddannelse administreres i regi af Dansk Psykologforening, hvor man også kan finde detaljeret beskrivelse af uddannelsesplanerne. Uddannelsesplanerne indeholder såvel supervision, personligt udviklingsarbejde, teori, forskning, formidling og andre relevante områder

### **Efter- og videreuddannelse af sygeplejersker og andet plejepersonale**

Mange sygeplejersker tager specialuddannelse i psykiatri. Derudover er der mulighed for at gennemføre tværfaglig diplomuddannelser i psykiatri eller demens. Der er ligeledes mulighed for forskellige relevante master-, kandidat- og diplomuddannelser.

Der er et stigende behov for uddannelse i behandlingsopgaver som varetages under supervision.

Der er behov for en aktiv videreuddannelse af plejepersonalet og efteruddannelse i form af kortere kurser, således at der sker en kompetenceudvikling  
Behovet for forskning indenfor den psykiatriske sygepleje er voksende og relevant set i lyset af flere sygeplejersker afslutter en akademisk uddannelse.

#### **Efter- og videreuddannelse af andet personale**

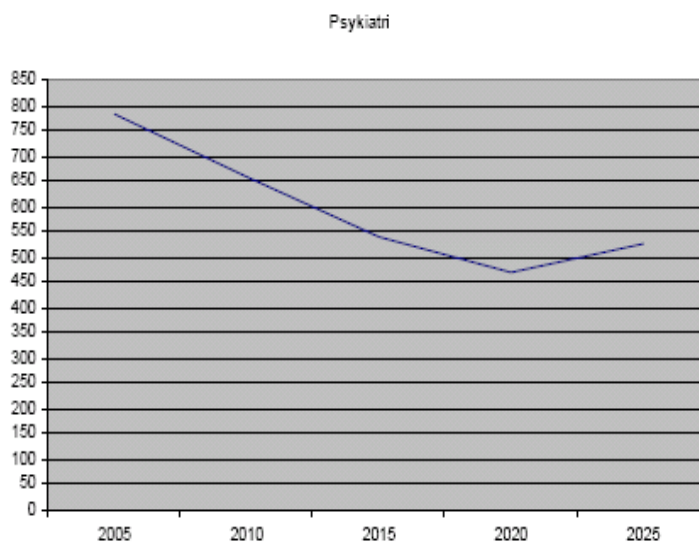
Der er behov for forskellige kurser og kompetencegivende uddannelser for at sikre den faglige udvikling.

Generelt for psykiatriområdet skal i øvrigt bemærkes, at der udbydes et stadig større antal relevante master-, kandidat- og diplomuddannelser.

4.3 Rekruttering og fastholdelse (herunder særlige problemer, beskrivelse af den nuværende personalesituation og evt. prognoser)

#### **Befolkningsudviklingen generelt samt dimensioneringen på speciallægeområdet specifikt.**

Sundhedsstyrelsen har i sin dimensioneringsplan redegjort for udviklingen i antallet af læger og specialer i en opgørelse pr. 31. december 2004. Heraf fremgår det, at der på psykiatriområdet frem til 2020 vil være en tilbagegang i antallet af speciallæger.



Det betyder, at det i de kommende år vil være væsentligt at øge rekrutteringen til specialet. Psykiatriens image kan bedres bl.a. ved øget oplysning om psykiatriens behandlingsmuligheder, og der skal et øget fokus på de lægelige udfordringer og arbejdsopgaver i psykiatrien. Der skal være en god teoretisk og praktisk uddannelse i psykiatri under lægeuddannelsen. Det kan foreslås, at FADL-vagterne får en særlig uddannelse i psykiatri og har særlige psykiatriske vagthold. De studerendes forskningsinteresse for psykiatri kan bedres ved et større udbud af skriftlige prægraduate opgaver (OSVAL, kandidatspeciale etc.) i psykiatri. Derudover er det væsentligt, at psykiatriens tætte sammenhæng med de somatiske specialer fremhæves, selvom der i de senere år organisatorisk er sket en adskillelse fra somatikken.

Derudover bør der arbejdes med fastholdelse af speciallæger, hvilket bl.a. vil kræve seniorordninger og fokus på lægernes arbejdsbetingelser.

Der har der indenfor alle lægelige specialer været fokus på rekruttering af speciallæger fra udlandet. Imidlertid kræves der særdeles gode danskundskaber for at udlændinge kan fungere i psykiatrien.

Den demografiske udvikling viser ifølge Danmarks Statistik, at den erhvervsaktive andel af befolkningen generelt vil falde frem til ca. 2044. Det må derfor forventes, at der også på de øvrige fagområder vil komme en fortsat udfordring i forhold til at sikre en tilstrækkelig og velkvalificeret arbejdskraft.

Rekruttering og fastholdelse for de øvrige faggrupper

I forhold til de øvrige faggrupper i psykiatrien er det også nødvendigt at fokusere på fastholdelse af faggrupperne, hvilket bl.a. vil kræve seniorordninger og fokus på deres arbejdsbetingelser.

## 5 Forskning

### 5.1 Forskningsområder

Dansk psykiatrisk forskning er generelt aktiv og befinder sig på højt niveau inden for flere områder. Forskningen omfatter såvel grundforskning som klinisk forskning. Den kliniske forskning omfatter biologisk forskning herunder farmakologisk forskning, psykoterapeutisk og socialpsykiatrisk forskning. Endvidere er der psykometrisk forskning, sundhedstjenesteforskning, registerforskning og epidemiologisk forskning. Forskningen omhandler affektive sindslidelser og skizofreni og i mindre omfang demens. Disse lidelser er også de hyppigste og sværeste sygdomme i psykiatrien. I forhold til sygdomsområdernes størrelse forskes der relativt lidt i de ikke-psykotiske tilstande som lettere depression, angst, misbrug og personlighedsforstyrrelser. Visse områder af biologisk grundforskning, klinisk forskning, psykiatrisk epidemiologisk forskning og registerforskning er på et højt internationalt niveau. Forskningen er særlig centreret omkring universiteterne, i København, Århus, Odense og Ålborg.

### 5.2 Forskningsaktiviteten

Der foreligger ingen samlet opgørelse af psykiatrisk forskningsaktivitet i Danmark. Der bliver årligt publiceret 250-300 artikler i peer reviewed tidsskrifter, og der antages ca. 10 ph.d. afhandlinger og disputatser. Endvidere foregår der psykiatrisk forskning inden for samfundsvidenskab og humanistisk videnskab, ligesom der udgives psykiatriske fagbøger.

I en kortlægning af den psykiatriske forskning som Amtsrådsforeningen foretog i efteråret 2005 blev der registreret i alt 325 igangværende forskningsprojekter.

Der er aktuelt 7 ordinære professorater i psykiatri (professorer med lærestol), og derudover 5 andre professorer, herunder 4 tidsbegrænsede professorater. Der er også et mindre antal forskningslektorer.

### 5.3 Særlige udviklingsområder for forskningen

For at udvikle specialet fagligt med henblik på bedre behandling af patienterne er det vigtigt at den psykiatriske forskning styrkes væsentligt. Styrkelsen bør ske på alle niveauer med oprettelse af flere forskningslektorater og professorater, som kan stimulere til yderligere forskning blandt yngre læger og andre faggrupper samt til ansættelse af flere ph.d.-studerende. Der er behov for at styrke forskningsindsatsen under speciallægeuddannelsen, og yderligere at styrke de psykiatriske forskerskoler ved universiteterne. Desuden bør forskningen blandt andre faggrupper (psykologer, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter) fremmes.

## 6 Kvalitetsudvikling

### 6.1 Generel beskrivelse af specialets arbejde med kvalitetsudvikling/sikring

Psykatrien har gennem de seneste årtier arbejdet målrettet med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring, og der har i den forbindelse været særlig fokus på dokumentation. Nøgleord i psykiatrien har i samme periode været sammenhæng og kontinuitet. Psykiatrien har haft fokus på at arbejde med det gennemsigtige sundhedsvæsen – altså fokus på patientinformation, informeret samtykke, patientinddragelse og undervisning og udarbejdelse af kliniske retningslinjer. Lov om tvang i psykiatrien regulerer ikke kun anvendelsen af tvang – men indeholder almindelige bestemmelser, der sætter standarder for det kliniske arbejde – et eksempel her er udarbejdelse af en behandlingsplan indenfor 7 dage for indlagte patienter.

Der er blevet udarbejdet flere referenceprogrammer, MTV-rapporter, kliniske databaser, patient- og pårørendetilfredshedsundersøgelser, og adskillige faglige retningslinjer.

Arbejdet med kvalitetsudvikling, organisering af psykiatrien og udarbejdelse af fælles kliniske retningslinjer har været mangfoldige – initiativerne er udsprunget såvel lokalt som nationalt og fra Dansk Psykiatrisk Selskab - fælles er dog at de ikke har været et led i en overordnet National strategi – som vi f.eks. kender det fra kræftområdet.

Flere steder i landet er der arbejdet med forskellige auditmetoder og mange psykiatriske centre er blevet akkrediteret. Psykiatrien deltager i den Danske Kvalitetsmodel.

### 6.2 Landsdækkende kliniske retningslinier, referenceprogrammer, indikatorer mv.

I Sundhedsstyrelsens regi er der siden 2004 udarbejdet 3 landsdækkende referenceprogrammer:

- Skizofreni 2004
- Unipolar depression hos voksne 2007
- Angstlidelser hos voksne 2007

Arbejdsgrupper under Sundhedsstyrelsen har udarbejdet 3 medicinske teknologivurderinger:

- Opsøgende psykiatriske teams 1999
- Forebyggende ambulante behandling ved svær affektiv lidelse 2006
- Udredning og behandling af demens 2008.

I 2005 har en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen udarbejdet anbefalinger for organisation og behandling af spiseforstyrrelser. I Sundhedsstyrelsens regi er der udarbejdet guidelines for udredning af selvmordsrisiko og vejledninger vedrørende anvendelse af antipsykotika. Disse anbefalinger har mange steder i psykiatrien medført målrettet træning af relevant personale i at anvende guidelines.

Dansk Psykiatrisk Selskab har udarbejdet faglige retningslinjer indenfor mange områder, her kan bl.a. nævnes; antipsykotisk medicin, elektrostimulations-



behandling, behandling af seksuelle forstyrrelser samt behandling af ikke psykotiske tilstande.

Psykiatrien er organiseret i de 5 regioner – her arbejdes der med servicemål – hvoraf nogle er landsdækkende. De omhandler ventetider i ambulatorier, udsendelse af udskrivningsbreve, ventetider på forsamtaler mv. Psykiatrien har således igennem mange år arbejdet med at sikre kvaliteten såvel klinisk som organisatorisk.

### 6.3 Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser og/eller andre kvalitetsdatabaser – gerne med links

Psykiatrien har gennem flere år haft 2 landsdækkende databaser: DIPSY og NIP. Data fra begge databaser kan findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Databasen for klinisk kvalitet i ambulante psykiatrisk behandling, DIPSY, har i 2007 indsamlet data for ca. 27 000 ambulante patienter, der er blevet afsluttet til egen læge eller speciallæge i psykiatri og årsopfølgning på ca. 20.000 patienter. Der er en datakomplethed på landsplan på 78 %. DIPSY monitorerer indikatorer og opstiller standarder for bl.a. service, patientens funktionsniveau, behandling, boligforhold og bostøtte. I DIPSY indgår patienter med mange forskellige diagnoser.

Psykiatrien er en del af det Nationale Indikator Projekt og har en database for skizofreni – for såvel ambulante som indlagte patienter. NIP måler kvaliteten af behandling af skizofreni ved 9 indikatorer bl.a. udredning, behandling, familieintervention, psykoedukation, udskrivning og selvmordsrisiko. Der fokuseres på, om det danske behandlingstilbud lever op til de opsatte standarder. Sidste år blev der målt på ca. 8000 ambulante, og ca. 7000 indlagte patienter svarende til en datakomplethed på 84-88 %. NIP- resultaterne bearbejdes målrettet først i auditgrupper i de enkelte regioner og dernæst samles kommentarerne af en national styregruppe, der udarbejder en årsrapport.

### 6.4 Andet kvalitetsarbejde

Psykiatrien deltager i den nationale strategi for patientsikkerhed, landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser og pårørendeundersøgelser.

I forbindelse med psykiatriens anvendelse af tvang indberettes data til et register i Sundhedsstyrelsen. Herfra er det muligt løbende at registrere og overvåge anvendt tvang i de lokale enheder. Det giver en særlig mulighed for at opstille mål og følge udviklingen i anvendt tvang. Store dele af psykiatrien har deltaget i et landsdækkende kvalitetsprojekt – ”Det nationale kvalitetsprojekt vedrørende tvang i psykiatrien”, der handler om at mindske anvendelse af tvang. Projektet tager udgangspunkt i kvalitetscirkler- dvs. opstille mål - afprøve metoder og evaluere effekten heraf og herefter justere og tilpasse indsatsen.

Den samme metode anvendes nu i et nyt projekt, der drejer sig om samarbejdet med de pårørende.

### Etik og værdier

Der er særlige etiske problemstillinger knyttet til psykiatri. De psykotiske tilstandes særkende er realitetstab, og balancen mellem selvbestemmelsesprincip og omsorgsprincip vil her ikke sjældent være et andet end i øvrige lægevidenskabelige specialer. P. g. a. de særlige vilkår, der kan være knyttet til indlæggelse og behandling af personer med psykiske lidelser med tvang er en bevidsthed om de

etiske aspekter og de værdier, der bør være grundlæggende yderligere nødvendig. Også ved retspsykiatriske problemstillinger må etiske overvejelser gøre sig gældende. Hertil kommer at balancen mellem tavshedspligt, samtykke og forvaltningen af relationen til pårørende må vurderes og diskuteres etisk.

# 7 Fremtidig organisering af og krav til specialet

## 7.1 Den fremtidige specialebeskrivelse

Psykiatriens kerneområder er sindssygdomme, depressive lidelser, angst- og tvangslidelser, spiseforstyrrelser, sværere personlighedsforstyrrelser og patologiske reaktioner på ydre begivenheder. Psykiatrien har derudover væsentlige behandlingsmæssige opgaver overfor en række andre psykiske lidelser herunder lidelser betinget af misbrug. De tilgængelige behandlingsmetoder indenfor psykiatri omfatter biologiske, psykoterapeutiske og psykosociale behandlingsmetoder. Disse behandlingsmetoder supplerer hinanden med forskellig vægtning hos den enkelte patient.

## 7.2 Hovedfunktioner

En afdeling med hovedfunktion inden for psykiatri skal som minimum være bemannet med 3 speciallæger, så der sikres en robusthed i funktionen. En speciallæge kan dog dække mere end et område af psykiatrien. Endvidere bør mindst en speciallæge have vejlederuddannelse i psykoterapi. Derudover skal der være læger under psykiatrisk speciallægeuddannelse, psykologer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere, ergoterapeuter og fysioterapeuter samt sekretærer. Inden for nogle fagområder skal der endvidere være pædagoger. Der skal være såvel åbne som skærmede/lukkede sengeafsnit samt ambulante funktioner.

Det må understreges, at alle hovedfunktioner ikke nødvendigvis skal ligge på samme matrikel. Inden for regionen kan man beslutte at samle fagområder således at et fagområde ikke forefindes på alle akutsygehuse eller i alle hovedfunktioner.

### 7.2.1 Beskrivelse af og fælles krav til hovedfunktioner (vagtberedskab, samarbejdende afdelinger, faciliteter og befolkningsunderlag/patientvolumen)

Det bør tilstræbes, at der er psykiatriske afdelinger ved landets planlagte akutsygehuse. Hovedfunktionen forudsætter mindst et døgn-dækkende vagtlag, og der skal være mulighed for at få telefonisk kontakt til en speciallæge i psykiatri.

Hovedfunktionen bør kunne tilbyde en bred viden og erfaring foruden at funktionen bør have specialviden inden for forskellige fagområder i psykiatrien, så diagnostik, observation, behandling, pleje og rehabilitering på højt niveau sikres for både indlagte og ambulante patienter.

Som minimum bør der forefindes særlig ekspertise inden for følgende:

- organiske psykiske lidelser
- psykiske lidelser forårsaget af misbrug
- skizofreni
- affektive lidelser
- angst- og tvangslidelser
- psykisk betingede legemlige symptomer og belastnings- og tilpasningsreaktioner herunder kriser
- spiseforstyrrelser

- personlighedsforstyrrelser

I behandlingen af visse patienter kan det organisatorisk være hensigtsmæssigt, at der oprettes særlige funktioner/teams f.eks. selvmords-forebyggelse, akut/mobilteam, liaisonenheder, teams rettede mod etniske minoriteter, gerontopsykiatri, distriktspsykiatri, opsøgende psykoseteams og tidligt interventionsteam for psykotiske. I gerontopsykiatrien kan der være et samarbejde med neurologer/geriater om udredning og behandling af patienter med demens. Retspsykiatriske patienter kan behandles i et formaliseret samarbejde med regionsfunktionsniveau.

I relation til hovedfunktionen bør der være samarbejde med følgende specialer/funktioner: klinisk biokemisk afdeling, radiologisk afdeling, intensiv afdeling, intern medicin, neurologi, kirurgi og børne- og ungdomspsykiatri.

### 7.3 Specialiserede funktioner

Strukturreformen med dannelse af 5 regioner medfører mulighed for samling af indsatsen inden for en række sygdomsområder, hvor der er behov for særlig viden og ekspertise, men ikke behov for højt specialiseret funktion. En samling af en del af indsatsen på regionsniveau inden for et givet sygdomsområde eller tværgående område medfører også bedre mulighed for deltagelse i forskning i et nationalt samarbejde, for udvikling og validering af nye metoder, for rådgivning om patienter med særlige behov for diagnostik og behandling, for videreuddannelse inden for relevante områder og for samarbejde med de vigtigste aktører på tværs af sektorer og institutioner.

#### 7.3.1 Regionsfunktioner

##### 7.3.1.1 Fælles krav til regionsfunktioner (vagtberedskab, samarbejdende afdelinger, faciliteter og befolkningsunderlag/patientvolumen)

Afdelinger med regionsfunktion vil typisk også have hovedfunktion for et af optageområderne i regionen med henblik på at sikre tilstrækkelig generel erfaring med sygdomsområdet som grundlag for udvikling og vedligeholdelse af særlig erfaring med de vanskelige og komplekse behandlinger og som grundlag for uddannelse og forskning inden for det specifikke område. Regionsfunktioner er således funktioner, som med fordel kan samles af forskellige grunde – patientvolumen vil være for lille, diagnostik og behandling kræver særlige kompetencer eller andre hensyn taler for en samling af indsatsen. Psykiatriske afdelinger med regionsfunktion forudsætter som hovedregel to døgndækkende vagtlag, heraf et med tilstedeværelsesvagt og et med tilkaldevagt. Det skal være muligt på regionsfunktionsniveau at få assistance i løbet af kort tid fra en speciallæge i psykiatri.

I relation til regionsfunktionen bør der være adgang til assistance inden for kort tid til klinisk biokemisk afdeling, radiologisk afdeling, intensiv afdeling, neurologi, medicinske afdelinger herunder endokrinologisk afdeling med ekspertise i spiseforstyrrelser, kirurgi og børne- og ungdomspsykiatri. Regionsfunktioner kan således etableres 1-2 steder i regionen og har hyppigt et befolkningsunderlag på 0,5 million og mindst 200 patienter årligt.

Endelig bør der på regionsplan være speciallæger med særlig ekspertise inden for psykofarmakologi, herunder et samarbejde med klinisk farmakologi. På

regionsniveau skal der være speciallæger, der er uddannede til supervisorer i psykoterapi med henblik på varetagelse af uddannelse i området.

### **Kompetencecentre**

Det må anbefales at det på tværs af regionerne aftales hvilken region/regioner, der påtager sig at lave et kompetencecenter, der for det pågældende specialiserede område har et særligt ansvar for forskning, vidensindsamling og vidensformidling inden for det pågældende område.

**7.3.1.2 Anfør de enkelte regionsfunktioner, gerne i punktform. Såfremt der er særlige krav til den enkelte regionsfunktion, som ikke er anført under fælles krav til regionsfunktioner, anføres dette her.**

- Komplicerede psykiatriske problemstillinger hos ældre, herunder kompliceret demens (varetages i tæt samarbejde med neurologi og geriatri). 300-500 patienter på landsplan.
- Kompliceret skizofreni og andre psykoser, herunder behandlingsresistent skizofreni og psykoser, skizofreni i kombination med misbrug samt gravide med skizofreni (varetages i tæt samarbejde med gynækologi og obstetrik). 800-1300 patienter på landsplan.
- Komplicerede affektive lidelser, herunder behandlings-resistente affektive lidelser, affektive lidelser i kombination med misbrug samt gravide med affektive lidelser (varetages i tæt samarbejde med gynækologi og obstetrik). 800-1300 patienter på landsplan.
- Komplicerede angst- og tvangslidelser. 600-900 patienter på landsplan.
- Komplicerede somatoforme lidelser og dissociative lidelser (liaisonpsykiatri) i tæt samarbejde med somatiske specialer. 800-1200 patienter på landsplan.
- Komplicerede spiseforstyrrelser. 600-1000 patienter på landsplan.
- Komplicerede personlighedsforstyrrelser. 400-800 patienter på landsplan.
- Sexologiske lidelser. 500-750 patienter på landsplan.
- Retspsykiatrisk funktion for patienter med svær sygdomsgrad og/eller høj farlighed. 1000-1500 patienter på landsplan.
- Oligofrene med psykisk lidelse. 1000-1500 patienter på landsplan.
- Udredning og behandling af transkulturelle psykiatriske patienter, herunder traumatiserede flygtninge og kompliceret psykiatrisk sygdom hos etniske minoriteter. 300-500 patienter på landsplan.
- Selvmordforebyggelse for ikke psykisk syge eller lettere psykisk syge. 800-1400 patienter på landsplan.

### **7.3.2 Højt specialiserede funktioner**

**7.3.2.1 Fælles krav til højt specialiserede funktioner (vagtberedskab, samarbejdende afdelinger, faciliteter og befolkningsunderlag/patientvolumen)**

Det er generelt væsentligt, at den højt specialiserede enhed også har regionsfunktion samt hovedfunktion for det samme sygdomsområde med henblik på at sikre tilstrækkelig generel erfaring med sygdomsområdet som grundlag for

udvikling og vedligeholdelse af særlig erfaring med de vanskeligste og mest komplekse behandlinger og som grundlag for uddannelse og forskning inden for det specifikke område. En højt specialiseret enhed vil således typisk også have regionsfunktion inden for de samme sygdomsområder, samt hovedfunktion for et omtageområde. Det skal være muligt på højt specialiseret niveau at få assistance i løbet af kort tid fra en speciallæge i psykiatri.

Der bør i relation til den højt specialiserede funktion være mulighed for assistance fra klinisk biokemisk afdeling, intensiv afdeling, neurologi, medicinske afdelinger herunder endokrinologisk afdeling med ekspertise i spiseforstyrrelser, billeddiagnostik, kirurgiske afdelinger og børne- og ungdomspsykiatri. Denne assistance vil afhængig af den konkrete situation være nødvendig i løbet af kort tid eller i dagtid.

Den enkelte højt specialiserede funktion findes typisk 1-3 steder i landet og har hyppigt et befolkningsgrundlag på 2 – 5,5 millioner og et patientvolumen fra ganske få til op til 100 patienter årligt.

#### **7.3.2.2 Anfør de enkelte højt specialiserede funktioner, gerne i punktform.**

Såfremt der er særlige krav til den enkelte højt specialiserede funktion, som ikke er anført under fælles krav til højt specialiserede funktioner, anføres dette her.

- Katastrofepsykiatri (i samarbejde med udenrigsministeriet).
- Særlig farlige psykotiske patienter jævnfør ”Lov om tvang i psykiatrien”. Ca. 30 patienter på landsplan.
- Behandling af sædelighedskriminelle. Ca. 150 patienter på landsplan.
- Vurdering af indikation for kønsskifteoperation. 50-60 patienter på landsplan.
- Udredning og behandling af særligt komplicerede seksuelle forstyrrelser herunder somatisk handikappede med seksuelle problemer, seksuelle problemer i forbindelse vold, incest og lignende. 50-100 patienter på landsplan.
- Udredning og behandling af døve psykiatriske patienter (25 pt.)
- Udredning og behandling af særligt komplicerede psykiatriske lidelser hos oligofrene. 25-50 patienter på landsplan.
- Udredning og behandling af særligt komplicerede spiseforstyrrelser. 100-150 patienter på landsplan.
- Udredning og behandling af særligt komplicerede affektive lidelser. Ca. 50 patienter på landsplan.
- Udredning og behandling af særligt kompliceret skizofreni. Ca. 50 patienter på landsplan
- Udredning og vurdering af særligt komplicerede transkulturelle psykiatriske patienter, herunder særligt komplicerede traumatiserede flygtning og særlig kompliceret psykiatriske sygdom hos etniske minoriteter. Ca. 50 patienter på landsplan.
- Udredning og behandling herunder neurorehabilitering af særligt kompliceret psykiatrisk sygdom i forbindelse med neurologisk lidelse og neurotraumer i tæt samarbejde med neurologiske og neurokirurgiske afdelinger. Ca. 50-150 patienter på landsplan.
- Vurdering med henblik på psykokirurgi jævnfør lov om tvang i psykiatrien.

# Bilag 1 Specialearbejdsgruppe

## Dansk Psykiatrisk Selskab:

Overlæge Marianne Kastrup  
Overlæge Annette Lolk  
Professor Lars Vedel Kessing

## Lægefaglige repræsentanter udpeget af regionerne:

Centerchef Birgitte Welcher, Region Hovedstaden  
Cheflæge Per Vendsborg, Region Sjælland  
Ledende overlæge Lene Søndergård Nielsen, Region Syddanmark  
Cheflæge Per Jørgensen, Region Midtjylland  
Overlæge Birger Erik Guldbæk, Region Nordjylland

## Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker:

Udviklingschef Karin Højen Johannesen

## Sundhedsstyrelsen:

Chef for Sundhedsplanlægning Lone de Neergaard  
Chefkonsulent Niels Würgler Hansen  
Afdelingslæge Marianne Jespersen  
Fuldmægtig Charlotte Høsbond