



FREMTIDENS  
AMBULANTE PSYKIATRI

DANSKE  
REGIONER



<b>Kapitel 1 - Indledning</b>	<b>3</b>
1.1 Hele psykiatrien	4
1.2 Om rapporten	4
<b>Kapitel 2 – Resumé</b>	<b>5</b>
2.1 Vision og mål	5
2.3 Målgrupper og behandling	6
2.4 Organisering	6
2.5 Samarbejde og sammenhæng	6
2.6 Forskning og kvalitet	7
2.7 Anbefalinger	7
<b>Kapitel 3 - Vision og mål</b>	<b>9</b>
3.1 Vision	9
3.2 Mål	9
3.3 Forudsætninger	10
<b>Kapitel 4 – Hvad er ambulante behandling?</b>	<b>11</b>
4.1 Ambulatorier	11
4.2 Klinikker	11
4.3 Distriktspsykiatriske centre	11
4.4 Skadestuer	11
4.5 Akut-teams	12
4.6 Daghospitaler	12
4.7 Ambulant behandling i dag	12
<b>Kapitel 5 - Målgrupper</b>	<b>15</b>
5.1 Målgrupper i fremtidens ambulante psykiatri	15
5.2 Krav til tilbudsviften	16
<b>Kapitel 6 – Behandling af psykiske lidelser</b>	<b>17</b>
6.1 Behandlingens faser	17
6.2 Behandlingselementer	18
6.3 En behandlingsplan med klare mål	18
<b>Kapitel 7 – Organisering af behandlingen</b>	<b>19</b>
7.1 Hovedfunktioner	19
7.2 Specialfunktioner	20
7.3 Kompetencecentre	20
7.4 Visitation	20
<b>Kapitel 8 - Samarbejde og sammenhæng</b>	<b>23</b>
8.1 Samarbejdsparter	23
<b>Kapitel 9 – Forskning og kvalitetsudvikling</b>	<b>27</b>
9.1 Hvorfor forskning og kvalitetsudvikling?	27
9.2 Forskningsområder	27
9.3 Forudsætninger	27
9.4 Teknologi	27
<b>Kapitel 10 – Anbefalinger</b>	<b>29</b>
<b>Bilag</b>	<b>31</b>

## Kapitel 1 - Indledning

Denne rapport skal bidrage til den løbende debat og udvikling af psykiatrien som helhed og være med til at sætte nye målsætninger for den behandling, der foregår i psykiatrien.

Psykiatrien står i dag overfor en række krav og udfordringer. De mest aktuelle er:

- > Mange patienter får i dag ikke et relevant tilbud om udredning og behandling for deres psykiatriske lidelse. Det skyldes både kapacitetsmangel, men også at mange patienter endnu ikke har fået påvist, at deres funktionsnedsættelse og symptomer skyldes en psykisk lidelse.
- > Efterspørgslen efter psykiatriske ydelser forventes at stige yderligere i de kommende år, både indenfor voksenpsykiatrien – herunder ældrepsykiatrien - og børne- og ungdomspsykiatrien.
- > Psykiatrien skal ligesom det somatiske sundhedsvæsen behandle patienterne hurtigt og effektivt. Der er indført udvidet behandlingsret for børn og unge med psykiatriske lidelser. Det betyder, at børn og unge fra 2008 har ret til at blive udredt indenfor 2 måneder efter henvisning, og de får ret til hurtig behandling efter udredningen fra 2009. Det er målsætningen, at alle patienter i psykiatrien fra 2010 skal have tilsvarende rettigheder, og ordningen forventes fuldt indfaset fra 2012.
- > Manglen på personale er også et vilkår i psykiatrien. Der er især mangel på speciallæger i psykiatri, men også faggrupper som psykiatriske sygeplejersker m.fl. I børne- og ungdomspsykiatrien er der også mangel på speciallæger, manglen er dog mindre udtalt. Kapacitetsproblemerne skyldes primært utilstrækkelige økonomiske ressourcer.

Indtil nu har målgruppen indenfor psykiatrien primært været de sværest psykisk syge borgere, med en vis invalideringsgrad i deres psykiske lidelse, og børn og unge, hvor lidelsen medfører en væsentlig forringelse af livskvalitet og udviklingsmuligheder.

Med sundhedslovens krav om let og lige adgang til behandling for alle skal psykiatrien fremover også

behandle de mange borgere, som i dag ikke får et relevant tilbud om behandling. Det er borgere, som eksempelvis lider af depression, angst og personlighedsforstyrrelser. Dertil kommer en forventning om en fortsat massiv efterspørgsel efter udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, ligesom gruppen af ældre med sindslidelse også forventes at stige markant i de kommende år.

Selv om en del af disse patienter, nemlig borgere med lette til moderate symptomer, skal behandles hos egen læge, privatpraktiserende psykolog eller hos PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning i kommunalt regi) står psykiatrien overfor et betydeligt pres nu og i de kommende år, der vil kræve en væsentlig kapacitets- og aktivitetsudvidelse i de regionale behandlingstilbud.

Udbygningen af de tilbud, der skal varetage behandlingen af de patienter, som har krav på behandling i den regionale psykiatri kan med fordel ske i ambulante regi. Ambulant behandling er mindre indgribende i den enkelte patients tilværelse, da patienterne i højere grad bevarer deres sociale kompetencer og evnen til at få dagligdagen til at fungere.

Selv om de ambulante behandlingstilbud udbygges vil der fortsat være behov for udredning og behandling under indlæggelse. Udbygningen af det ambulante behandlingsområde betyder ikke, at der samtidig skal reduceres i psykiatriens nuværende sengekapacitet.

Ved en udbygning af den ambulante psykiatri bør der sigtes mod en udvidelse af behandlingsskapaciteten, en øgning af behandlingstilbuddene med en differentieret og specialiseret sammensætning af tilbudsviften samt en faglig kvalificering af de behandlingstilbud, der ydes fra ambulante regi.

Det skal understreges, at en udbygning af den ambulante psykiatri vil kræve, at området tilføres yderligere ressourcer.

## 1.1 Hele psykiatrien

Denne rapport overvejer om målgrupper, behandling, organisering og kvalitetsudvikling er af generel karakter, og dækker derfor over såvel børne- og ungdomspsykiatrien som voksenpsykiatrien. Derfor er specialerne tænkt som en samlet psykiatri i denne rapport.

I forbindelse med læsningen af rapporten er der dog nogle særlige kendetegn, der gør sig gældende for henholdsvis voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

### Børne- og ungdomspsykiatrien:

- Blev først et selvstændigt speciale fra midten af 1990'erne.
- Befolkningsunderlaget i børne- og ungdomspsykiatrien er mindre end i voksenpsykiatrien. Behandlingen er samlet på færre enheder og mere geografisk spredt i regionerne end voksenpsykiatrien.
- Børne- og ungdomspsykiatrien er på vej mod yderligere specialisering, men er ikke på linie med voksenpsykiatrien på dette område.

### Voksenpsykiatrien:

- Voksenpsykiatrien er i dag meget større og mere specialiseret end børne- og ungdomspsykiatrien.

### Fælles træk for de to specialer:

- Nogle lidelser fra voksenpsykiatriens spektrum – eksempelvis skizofreni og depression – diagnosticeres oftere blandt yngre børn og unge, som dermed har en tidligere sygdomsdebut end før.
- Efterspørgselspresset er massivt i begge specialer. Ventelister i børne- og ungdomspsykiatrien er stigende trods øget kapacitet og aktivitet, og i voksenpsykiatrien modtager mange patienter ikke relevant behandling.

- Mange patienter uanset alder har behov for, at behandlingen foregår i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem en række faggrupper og sektorer. Opgaven er ikke kun at undersøge og behandle patienten, men også at arbejde med patientens pårørende, forældre og øvrige netværk.
- Indgangsporten er for hovedparten af patienterne allerede i dag ambulante.
- Udgående funktioner i form af opfølgende behandling og hjemmebehandling, opsporing og tidlig indsats er relevant for alle patienter med psykiske lidelser uanset alder.

## 1.2 Om rapporten

Rapporten indeholder overvejelser i forhold til de målgrupper, som fremtidens ambulante psykiatri skal håndtere. Ved at tage udgangspunkt i den enkelte patients individuelle behov for behandling, således at alle patienter modtager et behandlingstilbud, der matcher behandlingsbehovet – hverken mere eller mindre – sikres, at ressourcerne udnyttes optimalt.

Der er overvejelser om tilbudsviftens sammensætning, der bør være bred med mulighed for specialiseret, differentieret og målrettet behandling i forhold til de meget forskellige behandlingsbehov, som målgruppen har. Rapporten skitserer en model med hovedfunktioner med en bred tilbudsvifte, der behandler langt de fleste patienter, specialfunktioner til de mere sjældne og komplekse tilfælde og kompetencecentre, der skal stå for forskning, udvikling og kvalitetssikring i forhold til alle målgrupperne i fremtidens psykiatri.

Endelig indeholder rapporten en række anbefalinger til brug for det videre arbejde i regionerne i forhold til de udfordringer, der skal håndteres.

Rapporten er udarbejdet i samarbejde med en styregruppe og en arbejdsgruppe. Dansk Psykiatrisk Selskab og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab har været inddraget i arbejdet (se bilag).

## Kapitel 2 – Resumé

Psykiatrien står over for en række udfordringer, hvor de væsentligste er:

- Mange patienter får ikke et relevant tilbud om udredning og behandling for deres psykiske lidelse.
- Stigende efterspørgsel både i voksen- og i børne- og ungdomspsykiatrien.
- Udrednings- og behandlingsret i psykiatrien.
- Personalemangel er også et vilkår i psykiatrien.

Vi forventer skønsmæssigt, at der i Danmark er ca. 200.000 borgere med behov for regional psykiatrisk behandling. I dag behandler vi ca. halvdelen.

Mange af de borgere, som i dag ikke får et relevant tilbud om behandling for deres lidelse er borgere med lidelser som eksempelvis depression, angst og personlighedsforstyrrelser. En udbygning af de tilbud, der skal varetage behandlingen af disse patienter vil med fordel kunne ske i ambulante regi.

Der bør ved udbygningen af det ambulante område sigtes mod en udvidelse af behandlingskapaciteten med en bred sammensætning af tilbudsviften med høj faglig kvalitet. En udbygning af den ambulante psykiatri vil kræve, at området tilføres yderligere ressourcer.

Udbygningen af den ambulante psykiatri betyder ikke, at der samtidig skal reduceres i den nuværende sengekapacitet. Behandling under indlæggelse supplerer den ambulante behandling.

### 2.1 Vision og mål

Med henblik på at imødekomme disse udfordringer er der formuleret en række visioner, mål og forudsætninger for fremtidens ambulante psykiatri i Danmark.

#### *Vision*

- Den ambulante psykiatri i Danmark er indgangsporten og omdrejningspunktet for behandling af mennesker med psykiske lidelser.

- Behandlingstilbuddet er tilpasset den enkelte patients behandlingsbehov.
- Den ambulante psykiatri er kendetegnet ved høj faglighed, let og enkel adgang og sammenhæng i indsatsen.
- Psykiatriens værdier: respekt, faglighed og ansvar efterleves.

#### *Mål*

- Alle mennesker med psykiske lidelser bliver behandlet for deres lidelser.
- Alle patienter så vidt muligt behandles ambulante, og ansvaret for den vedvarende koordinering af den psykiatriske behandling ligger i den ambulante psykiatri.
- Den regionale ambulante tilbudsvifte er sammensat bredt, specialiseret og differentieret for at imødekomme det individuelle behandlingsbehov.
- Der arbejdes målrettet med forebyggelse, opsporing og tidlig indsats.
- Alle patienter har én behandlingsplan, der følger patienten og danner grundlag for behandlingen uanset hvor i systemet, patienten befinder sig.
- Der bør udarbejdes standarder og kvalitetsmål for afleveringen af en patient imellem de forskellige instanser – hospitalsafdelingen, distriktspsykiatrien, praktiserende speciallæge, praktiserende læge, psykologen mv.
- Psykiatrien samarbejder bredt med somatiske specialer, alment praktiserende læger, kommuner med flere for at sikre sammenhæng i indsatsen.

#### *Forudsætninger*

Med det massive behov for kapacitets- og aktivitetsudvidelse i psykiatrien sammenholdt med vilkårene i forhold til personalsituationen er det vigtigt, at:

- Medarbejdere videreudvikles med henblik på at have de kompetencer, der er nødvendige for at løse opgaverne med en høj faglig kvalitet. Der er også behov for høj omstillingsparathed i forhold til opgaveglidning mellem faggrupper.

- Alment praktiserende læger har en vigtig rolle i forhold til opsporing og behandling af patienter med lette til moderate symptomer på psykisk lidelse. Der er derfor behov for at arbejde målrettet med opkvalificering af kompetencerne hos alment praktiserende læger i forhold til disse målgrupper.
- Ved ambulante behandling bliver pårørende i højere grad vidne til og part i svære sygdomssituationer. Der vil derfor være behov for at understøtte familien og etablere et udvidet samarbejde med pårørende og forældre.
- Det er derfor en forudsætning for en vellykket udbygning af den ambulante aktivitet, at der etableres et forpligtende og konstruktivt samarbejde med især de kommunale aktører.

## 2.3 Målgrupper og behandling

Med afsæt i visioner og mål kan målgrupperne i fremtidens ambulante psykiatri kan groft inddeles i tre hovedgrupper:

- "De traditionelle" – der omfatter de patienter, som i dag behandles i den ambulante psykiatri, blandt andet patienter med skizofreni, moderat til svær depression, bipolære lidelser (mani og depression), ADHD og patienter med spiseforstyrrelser samt følelses- og adfærdsmæssige forstyrrelser.
- "De udbredte" – der omfatter patienter med moderat depression, angst, OCD (tvangstanke og tvangshandlinger), demens, personlighedsforstyrrelser og Post Traumatisk Stress Disorder.
- "De komplekse" – der eksempelvis omfatter udviklingshæmmede med sindslidelser, patienter med anden etnisk baggrund end dansk, patienter med dobbeltdiagnoser (misbrug og sindslidelse) og de kriminelle sindslidende.

De lidelser, der er nævnt under de forskellige grupper er eksempler. Der er ikke tale om en udtømmende opstilling.

For at bevare kontinuiteten under et behandlingsforløb, hvor mange patienter vil bevæge sig mellem ambulante behandling, behandling under indlæggelse og behandling hos egen læge er der stærkt behov for, at der udarbejdes *én udrednings- og behandlingsplan*, der følger patienten uanset, hvor patienten befinder sig i det psykiatriske behandlingssystem.

## 2.4 Organisering

For at imødekomme behandlingsbehovet hos det brede spekter af patienter med forskellige problemstillinger bør den ambulante tilbudsvifte sammensættes bredt og bestå af differentierede, specialiserede og målrettede behandlingstilbud.

Dette kan gøres ved, at hver region etablerer:

- Hovedfunktioner med ansvar for "de traditionelle" og "de udbredte" patientgrupper,
- Specialfunktioner med ansvar for "de komplekse" patientgrupper og
- Kompetencecentre som særlige enheder med ansvar for forskning og udvikling, undervisning og vejledning samt behandling af de mest komplicerede patienter fra alle tre grupper.

I forhold til hovedfunktionerne bemærkes, at langt de fleste patienter bør behandles i disse funktioner. Tilbud med opsøgende funktioner i forhold til svært psykisk syge og unge med debuterende sindslidelse, funktioner med hjemmebehandling/mobilteams samt funktioner til varetagelse af akutte tilfælde bør være en del af tilbudsviften i hovedfunktionen.

Udvidelsen af psykiatrien og inddragelsen af nye patientgrupper kræver en tilsvarende udvidelse af ressourcerne.

Ansvar for den forebyggende indsats i form af øget oplysning, opsporing og tidlig indsats, herunder etablering af samarbejde med andre relevante aktører som egen læge og kommuner bør også ligge i de regionale hovedfunktioner.

## 2.5 Samarbejde og sammenhæng

En helhedsorienteret behandling af mennesker med sindslidelse kræver ofte, at flere aktører tager del i behandlingen.

De *alment praktiserende læger* er en særdeles vigtig samarbejdspartner. Der bør derfor udvikles strukturerede og systematiske modeller for samarbejde mellem alment praktiserende læger og psykiatrien, eksempelvis i form af shared-care-modeller.

*Praktiserende speciallæger* i psykiatri er selvstændigt erhvervsdrivende med selvbestemmelse overfor kapacitet og målgruppe. Der bør etableres fora mellem den regionale psykiatri og de privatpraktiserende speciallæger med henblik på koordination af arbejdsområder, målgrupper og kapacitet, herunder mulighed for patientflow fra det ene regi til det andet.

Samarbejdet mellem psykiatrien og de *somatiske/pædiatriske afdelinger* bør udbygges, struktureres og systematiseres eventuelt gennem etablering af liaisonpsykiatriske specialenheder.

I forhold til samarbejdet med *kommunerne* bør der udvikles gode og effektive samarbejdsformer i forhold til den sociale indsats, undervisningsområdet, beskæftigelsesområdet mv. Det er en forudsætning for gode patientforløb, at kommunerne går aktivt ind i samarbejdet med psykiatrien, både i relation til børn, unge og voksne.

## 2.6 Forskning og kvalitet

Vi ved fortsat for lidt om årsager til psykiske lidelser, forløbet og effekten af diverse behandlinger. Der er derfor behov for forskning, der også omfatter patienter i ambulante behandling. Anvendelse af teknologi i den psykiatriske behandling er en anden vinkel på den fortsatte kvalitetsudvikling, også ved ambulante behandling.

## 2.7 anbefalinger

I forhold til, at mange patienter ikke får behandling for deres psykiske lidelse anbefales:

- En større indsats i forhold til oplysning, forebyggelse, opsporing og tidlig indsats.
- En kapacitetsudvidelse af psykiatriens ambulante tilbud for at sikre samme garanti for udredning og behandling af alle psykisk syge patienter som af fysisk syge.

- Etablering af differentierede, specialiserede og målrettede tilbud i ambulante enheder med faglig bæredygtighed og tilstrækkelig personalevolumen, der tilgodeser alle patientkategorier.
- En målrettet videreudvikling af medarbejdernes kompetencer, så kravene i fremtidens psykiatri kan matches.

I forhold til organiseringen af behandlingen anbefales, at:

- Den ambulante behandling organiseres ud fra princippet om en hovedfunktion med ansvar for "de traditionelle" og "de udbredte" patientgrupper, specialfunktioner med ansvar for "de komplekse" patientgrupper og kompetencecentre som særlige enheder med ansvar for forskning/udvikling, undervisning/vejledning og behandling af de mest komplicerede patienter fra alle tre grupper.
- En udvikling af strukturerede og systematiske modeller for samarbejde med alment praktiserende læger og det somatiske sygehusvæsen, eksempelvis i form af shared-care.
- En udvikling af gode og effektive samarbejdsformer mellem især kommuner og den regionale psykiatri i forhold til socialområdet, undervisningsområdet, beskæftigelsesområdet mv.
- Etablering af samarbejdsfora mellem psykiatrien og privatpraktiserende speciallæger/psykologer med henblik på koordination af arbejdsområder og muligheder for patientflow fra det ene regi til det andet.
- Indførelse af én udrednings- og behandlingsplan, der følger patienten uanset om denne er i ambulante behandling, er indlagt eller behandles hos egen læge.

Det anbefales endelig, at:

- Forskningsindsatsen styrkes i forhold til de psykiske lidelsers årsager og behandling, der også omfatter patienter i ambulante behandling, herunder også forskning med sigte på effekten af forskellige organisatoriske modeller for den ambulante behandling - sundhedstjenesteforskning.





## Kapitel 3 - Vision og mål

Rammerne for den psykiatriske behandling er bl.a. fastsat i sundhedsloven. WHO og EU har også defineret en række krav til den psykiatriske behandling. Disse rammer og krav er tænkt ind i vision og mål for den ambulante psykiatri.

Med udgangspunkt i disse rammer og krav, samt de udfordringer psykiatrien skal imødekomme i de kommende år, fastsættes i dette kapitel en vision og en række mål for udviklingen af den ambulante psykiatriske service i de kommende år.

### 3.1 Vision

- Den ambulante psykiatri er indgangsporten og omdrejningspunktet for behandling af mennesker med psykiske lidelser.
- Behandlingstilbuddet er tilpasset den enkelte patients behandlingsbehov.
- Den ambulante psykiatri er kendetegnet ved høj faglighed, let og enkel adgang og sammenhæng i indsatsen.
- Psykiatriens værdigrundlag: respekt, faglighed og ansvar efterleves.

### 3.2 Mål

For at realisere visionen er det vigtigt at arbejde med følgende målsætninger for den ambulante psykiatri:

- Alle mennesker med psykiske lidelser - uanset alder – behandles for deres lidelse.
- Indgangen til psykiatrisk behandling er ambulant, hvor også visitation til psykiatrisk behandling foregår. Patienterne modtages og behandles så vidt muligt i det ambulante system. Den sengebaserede psykiatri understøtter det ambulante system. Den vedvarende koordinering af det psykiatriske behandlingsforløb ligger hos den ambulante psykiatri. Nogle patienter skal have direkte adgang til indlæggelse.
- Den ambulante psykiatri er kendetegnet

ved en bred vifte af tilbud, der imødekommer de individuelle behov for behandling. Specialisering, evaluering, kvalitetsudvikling og forskning er afgørende elementer for, at patienterne kan få den bedste kvalitet i behandlingen.

- Der arbejdes målrettet med den patientrettede forebyggelse, opsporing og tidlige indsats.
- Psykiatrisk hjælp er tilgængelig døgnet rundt. Hjælpen er kendt i befolkningen og hos samarbejdspartnerne.
- For at sikre sammenhæng i indsatsen bør alle patienter have én behandlingsplan, der følger patienten og danner grundlag for behandlingen uanset hvor i behandlingssystemet, patienten befinder sig.

- Psykiatrien samarbejder bredt med somatiske specialer – både i det daglige arbejde og i forhold til forskning.
- Rehabilitering og udviklingsmuligheder er centrale elementer i behandlingen af patienterne. Psykiatrien samarbejder med kommuner m.fl. for at sikre børn og unge gode udviklingsmuligheder i deres dag- og uddannelsestilbud og for at fastholde/etablere voksne patienters tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet.
- Patienter og pårørende/forældre oplever et sammenhængende forløb og de offentlige tilbud supplerer hinanden – også på tværs af sektorer.

### 3.3 Forudsætninger

For at realisere vision og mål er der en række forudsætninger, der skal være opfyldt.

Medarbejder ses som den vigtigste ressource for psykiatrien. Derfor skal kompetenceudvikling dels facilitere og sikre kvaliteten i vidensdelingen og dels skabe vilkår for udvikling, optimal fastholdelse og rekruttering af medarbejdere i psykiatrien. Kompetenceudviklingen skal være fremtidsorienteret og skabe et fundament for varetagelse af psykiatrien opgaver. Efteruddannelses tilbuddene skal målrettes den opgaverelaterede udvikling.

Mange patienter med lette til moderate symptomer vil skulle behandles hos egen læge. Der vil derfor også være behov for at arbejde målrettet med opkvalificering af kompetencerne hos alment praktiserende læger i forhold til behandling af disse målgrupper. Der er behov for bæredygtige modeller for samarbejde mellem den regionale psykiatri og alment praktiserende læger med henblik på at understøtte deres opgaveløsning i forhold til målgrupperne, eksempelvis shared care-modeller.

Når flere patienter behandles ambulant vil der også være behov for særlig opmærksomhed i forhold til pårørende/forældre. Børn i familier med sindslidende vil have behov for en særlig indsats. De pårørende bliver vidne til og part i svære sygdomssituationer, når behandlingen tilrettelægges ambulant, og får dermed en langt mere aktiv rolle i forhold til patienten. Det vil derfor være nødvendigt at understøtte familien og etablere et udvidet samarbejde med pårørende og forældre, herunder yde psykoeducation mv.

Det er ikke alle områder, der er omfattet af den regionale forpligtelse. Det er derfor en forudsætning for en vellykket udbygning af den ambulante aktivitet, at der etableres og udbygges et forpligtende samarbejde med især de kommunale aktører i forhold til socialområdet, undervisningsområdet, beskæftigelsesområdet mv.

## Kapitel 4 – Hvad er ambulant behandling?

Ambulant behandling er behandling sted uden indlæggelse. Patienten opholder sig hovedsageligt i sine sædvanlige omgivelser, og under alle omstændigheder tilbringes natten hjemme.

Derudover er ambulant behandling af psykiatrisk lidelse - ligesom ambulant behandling af somatisk lidelse - kendetegnet ved, at den:

- Lever op til sundhedslovens krav om let og lige adgang, høj kvalitet, høj gennemskuelighed etc.
- Udføres af sundhedsfagligt personale under ansvar for loven.

Ambulant behandling ydes med varierende intensitet afstemt efter patientens behov – flere gange ugentligt, ugentligt eller med adskillige ugers mellemrum.

Den ambulante psykiatri ydes i dag hovedsageligt fra:

- Ambulatorier
- Klinikker
- Distriktpsychiatriske centre
- Psykiatriske skadestuer
- Praktiserende speciallæger.

### 4.1 Ambulatorier

Psykiatriske ambulatorier er ofte tilknyttet en psykiatrisk hospitalsafdeling. Behandlingen vil i forhold til voksne ofte være en opfølgning på et indlæggelsesforløb på psykiatrisk afdeling med fokus på den psykiatriske lidelses symptomer.

Langt de fleste børn og unge behandles i ambulatorier – også uden forudgående indlæggelse. I forhold til denne målgruppe er behandlingen i ambulatorier i høj grad tværfaglig og der samarbejdes med andre relevante aktører også fra andre sektorer, eksempelvis undervisnings- og socialektoren.

### 4.2 Klinikker

Ambulant behandling kan også foregå i klinikker med behandlingstilbud til særlige målgrupper, for eksempel klinikker for depression, angst, ADHD mv. Behandlingen vil ofte blive leveret i ”pakker”, der består af medicinering kombineret med psykoterapi, individuelt og/eller i grupper og forløbe over et tidsrum, der er fastlagt på forhånd – eksempelvis 12 uger.

### 4.3 Distriktpsychiatriske centre

Distriktpsychiatriske centre er ofte placeret i lokalmiljøet og behandler hovedsageligt voksne patienter, der bor i området. Den lokale forankring giver i højere grad mulighed for at arbejde sammen med andre aktører i området og have særlig fokus på netværksdelen i det psykiatriske arbejde via den tværfaglige og tværsektorielle vinkel. Den lokale placering er med til at understøtte lokalområdets kendskab til behandlingstilbuddet og dermed sikre den lette adgang.

Dette behandlingstilbud er velegnet til patienter, som foruden deres psykiske lidelse også kan være belastet i deres sociale livsførelse, i deres familiemæssige tilknytning, i deres erhvervs- eller uddannelsessituation mv. De har derfor brug for en langvarig og helhedsorienteret indsats. Opsøgende ambulante behandlingstilbud og tilbud om behandling i patientens eget hjem vil ofte være forankret her.

Forebyggelsesaspektet vil qua den lokale placering og dermed viden om lokalområdets vilkår og rammer kunne integreres i centrets arbejde, ligesom oplysningsvirksomhed, opsporing og tidlig indsats vil kunne styrkes.

### 4.4 Skadestuer

Regionerne har tilbud om akut intervention blandt andet på psykiatriske skadestuer, men der kan også være mulighed for akut intervention i eksempelvis distriktpsychiatriske centre.

Mange henvendelser til psykiatrien sker akut. Der kan eksempelvis være tale om alkoholmisbrugere i

abstinensfasen, akut forværring af en psykotisk tilstand eller debut af angsttilfælde. For børn og unge kan der være tale om selvmordsforsøg og selvskadende adfærd.

Der er flere forskellige modeller for psykiatriske skadestuer, eksempelvis døgnåbne psykiatriske skadestuer, hvor borgere med behov kan henvende sig, eller somatiske skadestuer med psykiatrisk tilsyn.

## 4.5 Akutteams

Akutteams retter sig mod at give en akut indsættende oftest uger varende indsats i hjemmet med henblik på at være alternativ til indlæggelse og forebygge eller afkorte indlæggelsesforløb. Målgruppen er personer med sindslidelser af en sådan sværhedsgrad, at indlæggelse ville være aktuel, hvis ikke akutteamet trådte til. Fordelene ved behandlingsmetoden frem for eksempelvis indlæggelse er bl.a., at patienternes egne mestringsstrategier kan bevares og udvikles i vante rammer, og samarbejdet med familien kan optimeres.

## 4.6 Dagshospitaler

Videnskabelige forsøg med daghospitalsbehandling af patienter indlagt med forskellige psykiatriske lidelser viser, at der ikke er forskel på den samlede indlæggelsestid ved daghospitalsbehandling, men de akut daghospitalsbehandlede patienter var døgnindlagt signifikant kortere end kontrolgruppen. Det estimeres, at daghospitalsbehandling er gennemførligt for mindst 1/4 af patienterne i døgnbehandling. Daghospitalsbehandling kan således anvendes som:

- Alternativ til akutindlæggelse på døgnafdeling.
- Udslusningsmåde efter døgnindlæggelse.
- Intensivt behandlingstilbud som alternativ til ambulante behandling.
- Nøjere observation af symptomatologi eller erhvervsevne.

## 4.7 Ambulant behandling i dag

Som grundlag for rapportens overvejelser og som illustration af behovet for udbygning af det ambu-

lante område, er der i dette afsnit redegjort for den aktuelle ambulante psykiatriske behandling.

Tabel 1 viser, at der i 2005 var i ca. 94.000 personer i ambulante behandling, heraf ca. 15.000 børn og unge i alderen 0-19 år.

Tabellen viser også, hvor mange patienter, der forventes at skulle have et tilbud om ambulante behandling i den regionale psykiatri, hvis behandlingsbehovet hos alle patienter med krav på behandling i den regionale psykiatri skulle imødekommes.

I forhold til børn og unge blev der i 2005 ifølge Sundhedsstyrelsen behandlet 0,8 % af børne- og ungepopulationen, og efterspørgslen forventes at stige til 1 1/2 - 2 %. Det betyder, at børne- og ungdomspsykiatrien skulle behandle mellem 28.000 - 37.500 børn og unge, hvis alle med et behandlingsbehov skulle i behandling. Der er i tabel 1 taget udgangspunkt i, at 1 % af børne- og ungdomspopulationen forventes at have krav på behandling i den regionale psykiatri i de kommende år.

I forhold til voksne viser beregninger fra blandt andet Dansk Psykiatrisk Selskab, at der i dag er ca. 300.000 voksne danskere, som ikke modtager et tilbud om behandling for ikke-psykotiske lidelser som eksempelvis depression, angst personlighedsforstyrrelse mv. Skønsmæssigt vil ca. 50 % af disse patienter skulle behandles i den regionale psykiatri, dvs. 150.000. Det bemærkes, at skønnet er behæftet med stor usikkerhed.

**Tabel 1: Antal personer i ambulans behandling - 2005**

	I behandling	Forventede tal
Børn og unge (0-19 år)	14.921	28.000
Voksne (19+ år)	78.784	150.000
<b>Total</b>	<b>93.705</b>	<b>178.000</b>

De seneste års udvikling viser, at andelen af ambulans behandlede patienter stiger i forhold til det antal, der får behandling under indlæggelse. Det fremgår af tabel 2.

**Tabel 2: Antal personer i ambulans og stationær psykiatri**

	2003	2004	2005
Antal ambulante besøg	875.190	886.552	991.018
Antal personer i ambulans behandling	86.771	89.764	93.705
Antal sengedage	1.285.609	1.222.074	1.185.274
Antal indlagte personer	25.317	24.848	24.472

Den ambulante børne- og ungdomspsykiatri er på nuværende tidspunkt mere udbygget end den ambulante voksenpsykiatri. Tabel 3 viser, at ca. 90 pct. af de børn og unge, der udredes og behandles i børne- og ungdomspsykiatrien varetages i ambulans regi – og kun ca. 10 pct. behandles under indlæggelse. I voksenpsykiatrien behandles 77,5 pct. ambulans og 22,5 pct. under indlæggelse.

**Tabel 3: Procentvis fordeling mellem stationær og ambulans psykiatri (2005)**

	Ambulante patienter	Stationære patienter	Total	Ambulante patienter %	Stationære patienter %	Total %
Børn og unge (0-19 år)	14.921	1.655	16.576	90,0	10,0	100,0
Voksne (19+ år)	78.784	22.817	101.601	77,5	22,5	100,0
<b>Total</b>	<b>93.705</b>	<b>24.472</b>	<b>118.177</b>	<b>79,3</b>	<b>20,7</b>	<b>100,0</b>



## Kapitel 5 - Målgrupper

Målgruppen for den ambulante psykiatriske udredning og behandling i regionalt regi spænder vidt. Fra patienter, som har en invaliderende lidelse, til patienter med moderat til svær depression eller angsttilstand og børn og unge med alvorlige følelses- og udviklingsforstyrrelser.

Indtil nu har målgruppen for den regionale psykiatri primært været de sværest psykisk syge borgere med en vis invalideringsgrad i deres psykiske lidelse, og børn og unge, hvor lidelsen medfører en væsentlig forringelse af deres livskvalitet og udviklingsmuligheder.

Undersøgelser har vist, at mange tusinde børn, unge og voksne med psykisk lidelse ikke modtager behandling. Gruppen indeholder mange patienter med ikke-psykotiske lidelser i form af angst, depression, tvangstanker og tvangshandlinger, udviklingsforstyrrelser og demens.

Patienter med lette til moderate symptomer vil skulle behandles hos egen læge, privatpraktiserende psykolog eller psykiater eller hos PPR. Patienter med moderat til svære symptomer har krav på et behandlingstilbud i den regionale psykiatri.

Årsagen til, at der i Danmark er mange borgere, som ikke modtager behandling for deres lidelse er dels manglende kapacitet og dels, at lidelsen ikke er opdaget og diagnosticeret som en behandlingskrævende psykisk lidelse.

Der er derfor brug for en bredspektret indsats i forhold til oplysning, forebyggelse, opsporing og tidlig indsats. En sådan indsats bør ske i samarbejde med en række andre relevante aktører, blandt andet egen læge og kommunerne.

Denne indsats bør kombineres med en kapacitetsudvidelse af psykiatriens ambulante tilbud for at sikre samme garanti for udredning og behandling af patienter med psykiatriske lidelser som patienter med fysiske sygdomme.

Der er i det følgende en beskrivelse af de målgrupper, som psykiatrien fremover skal give et relevant, individuelt behandlingstilbud. Beskrivelsen af mål-

grupperne viser, at der er tale om en bredt sammensat og meget kompleks målgruppe.

Udover målgrupperne for direkte ambulante behandlingsvirksomhed, er børn i familier med psykisk sygdom og andre pårørende. Selv om disse grupper ikke er direkte målgrupper for behandling, skal den ambulante psykiatri have kapacitet til tilbud målrettet gruppen.

### 5.1 Målgrupper i fremtidens ambulante psykiatri

Målgrupperne i fremtidens ambulante psykiatri kan groft inddeles i 3 hovedgrupper. Eksemplerne under de tre hovedgrupper illustrerer, hvilke karakteristika de forskellige målgrupper har. Der er ikke tale om en udtømmende opstilling.

#### *De traditionelle*

Indeholder patienter, som i dag behandles i den ambulante psykiatri. Der er tale om patienter med skizofreni, affektive lidelser (svær depression), bipolære lidelser (mani og depression), ADHD, patienter med spiseforstyrrelser og med følelses- og adfærdsmæssige forstyrrelser.

Størrelsesmæssigt er målgruppen af eksempelvis de skizofrene og de bipolære lidelser ikke stor, men den er behandlingstung, og kræver derfor store ressourcer i den ambulante psykiatri.

#### *De udbredte*

Omfatter blandt andet patienter med moderat depression, angst, OCD (tvangstanker og tvangshandlinger), demens og personlighedsforstyrrelser.

Målgruppen udgør en stor procentdel af de psykiske lidelser, vi ser i den samlede befolkningsgruppe, og som forventes at stige i fremtiden. Mange patienter med disse lidelser modtager i dag ikke et relevant behandlingstilbud, og der er i samme gruppe mange patienter, hvor lidelsen endnu ikke er opdaget og diagnosticeret eller hvor patienten står på venteliste.

#### *De komplekse*

Til denne målgruppe hører blandt andet de udviklingshæmmede med sindslidelse, de transkulturelle (patienter med anden etnisk baggrund end dansk),

patienter med dobbeltdiagnoser (sindslidelse og samtidigt misbrug) og de kriminelle med psykiske lidelser.

Kendetegnende er, at der er tale om komplekse lidelser, der er relativt sjældent forekommende og ressourcetunge at behandle. Målgruppen har brug for en specialiseret behandlingsindsats i den ambulante psykiatri.

## 5.2 Krav til tilbudsviften

Det forskelligartede og meget brede spekter af patienter, som har krav på behandling, fordrer, at den ambulante psykiatriske tilbudsvifte sammensættes bredt og at kapaciteten udvides. Der er behov for differentierede, specialiserede og målrettede ambulante behandlingstilbud for at kunne tilbyde en målrettet behandling til den enkelte patientgruppe og den enkelte patient.



## Kapitel 6 – Behandling af psykiske lidelser

Klare behandlingsmål er en forudsætning for, at den enkelte målgruppe får det rigtige tilbud med det rigtige indhold og dermed en forudsætning for optimal behandlingseffekt og prognose.

Det er desuden vigtigt at tage hensyn til, hvilke udrednings- og behandlingsmetoder den enkelte patient kræver. Det betyder, at der bør stilles store krav til en kvalificeret, individuel visitation, udredning og behandling i den ambulante psykiatri.

Der gives i det følgende en kort redegørelse for de faser, der ligger i et psykiatrisk udrednings og behandlingsforløb, elementerne i behandlingen og nødvendigheden af, at der udarbejdes én udrednings- og behandlingsplan med klare mål.

### 6.1 Behandlingens faser

Det psykiatriske behandlingsforløb strækker sig over følgende faser.

#### *Henvendelsesfasen*

Et psykiatrisk behandlingsforløb påbegyndes enten ved, at patienten henvises fra eksempelvis praktiserende læge. Et barn eller en ung vil ofte blive henvist fra PPR, kommunen eller pædiatrisk afdeling. Det er væsentligt, at der er let tilgængelighed i henvendelsesfasen.

#### *Udrednings- og visitationsfasen*

I denne fase undersøges patientens psykiske og fysiske tilstand samt den sociale situation. I det omfang det er relevant anvendes ny viden og behandlingsmetoder, eksempelvis billeddannende teknikker ved scanning. Det er også i denne fase, at behandlingsplanen udarbejdes og der tages stilling til, hvilke behandlingselementer patienten skal tilbydes. I forhold til børne- og ungeområdet er det i denne fase, at de børn og unge, der falder ind under målgruppen for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien identificeres. Børn og unge, der falder udenfor målgruppen tilbagesendes til PPR eller henvises til andet relevant tilbud.

#### *Behandlings- og stabiliseringsfasen*

Patienterne behandles for deres lidelse og dens symptomer. Behandlingen er tilrettelagt individuelt. Behandlingstilbuddet skal være evidensbaseret og indeholde de elementer og den vægtning af elementerne, der er nødvendig for at sikre patienten et optimalt behandlingsforløb.

Et behandlingsforløb for en patient, som lider af angst ville kunne bestå af biologisk behandling (medicin) kombineret med samtaleterapi og forløbe over 10 – 12 uger.

Et behandlingsforløb for en skizofren patient vil kunne bestå af biologisk behandling (medicin) kombineret med samtaleterapi. Derudover kan det være nødvendigt at arbejde med sociale problemer og netværket omkring patienten – også på tværs af faggrupper og sektorer – og det kan i nogle tilfælde være nødvendigt med en opsøgende behandlingsindsats. Et behandlingsforløb for en patient, som lider af skizofreni vil ofte være langvarigt og derfor ikke begrænset tidsmæssigt.

For et barn eller en ung med ADHD vil et behandlingsforløb kunne bestå af biologisk behandling kombineret med et tilbud om specialpædagogisk bistand med opfølgende konsulentbistand fra børne- og ungdomspsykiatrien.

#### *Rehabiliteringsfasen*

Rehabilitering har fokus på at bevare eller genopbygge det maksimale niveau af uafhængighed både psykisk, fysisk, socialt og økonomisk. For nogle patienter vil der være tale om helbredelse, mens der for andre vil være brug for overgang til andre behandlingstilbud – eksempelvis ophold i en kommunal boform. Rehabilitering bør tænkes ind i behandlingen fra dag ét.

#### *Afslutningsfasen*

Der er flere muligheder for afslutning af et ambulante forløb:

- Hjemmet.
- Egen læge.
- Praktiserende speciallæge.
- Praktiserende psykolog.
- Kommunalt tilbud, herunder PPR.
- Indlæggelse.

Det er vigtigt, at patienter, som er færdigbehandlede i psykiatrien, udsendes til mindre intensive tilbud eller afsluttes. I andre tilfælde kan tilstanden forværres, så patienten i en periode har behov for indlæggelse, hvor det er muligt at yde omsorg, pleje og skærmning 24 timer i døgnet.

## 6.2 Behandlingselementer

Psykiatrisk behandling skal være evidensbaseret og består ofte af en række forskellige elementer, der sammensættes på forskellig måde og har forskellig vægt for at imødekomme den enkelte patients individuelle behandlingsbehov.

De vigtigste elementer i psykiatrisk behandling er i uprioriteret rækkefølge:

- Biologisk behandling – medicinering med psykofarmaka.
- Psykoterapi – samtaler med behandler enten individuelt, i grupper eller en kombination af individuel- og gruppeterapi og familieterapi.
- Netværksarbejde – der er i denne del af behandlingen fokus på det netværk, patienten lever i og med
- Tværfaglig og tværsektoriel behandling – for patienter, som er belastet på mange områder i deres tilværelse på grund af lidelsen, er en tværfaglig og tværsektoriel indsats ofte en forudsætning for en helhedsorienteret og sammenhængende indsats.
- Familieterapi.

Grundelementerne – eller dele af disse - sammensættes i den individuelle behandlingsplan.

## 6.3 Én behandlingsplan med klare mål

Sundhedsloven stiller krav om, at der udarbejdes én behandlingsplan for *alle indlagte* psykiatriske patienter. Formålet med behandlingsplanen er, at tilvejebringe en nedskrevet og systematisk plan for behandlingen, der er kendt af såvel patient/forældre som behandlingssystem. Overlægen/behandlingsansvarlige udarbejder planen sammen med patienten i begyndelsen af indlæggelsesforløbet, og planen justeres løbende i forhold til udviklingen i patientens tilstand og behandling.

Der er i dag *ikke* krav i sundhedsloven om, at der skal udarbejdes en behandlingsplan for patienter, der er i *ambulant behandling*. Det er derfor vanskeligt at bevare kontinuiteten og sammenhængen i behandlingen af patienten, der ofte bevæger sig mellem forskellige behandlingsregier – eksempelvis ambulant behandling, behandling hos egen læge og indlæggelse.

For at sikre kontinuiteten i behandlingen og glidende overgange mellem de forskellige behandlingsregier, bør der udarbejdes én udrednings- og behandlingsplan, der følger patienten uanset, hvor patienten befinder sig i det psykiatriske behandlingssystem og som er fælles for hele behandlingssystemet. Der skal i behandlingsplanen være formuleret klare mål for det samlede behandlingsforløb i psykiatrien og mål for patientens aktuelle behandling. Derved bliver behandlingsplanen det middel, der binder behandlingen sammen til et samlet patientforløb, uanset hvor i behandlingssystemet patienten befinder sig.

Behandlingsplanen bør udarbejdes af de relevante parter – patienten, det ambulante behandlingstilbud, hospitalsafdelingen og eventuelt andre relevante parter. Behandlingsplanen er et dynamisk arbejdsredskab, der skal ændres ved behov.

## Kapitel 7 – Organisering af behandlingen

Ambulant behandling har hidtil tilgodeset nærhedsprincippet til gavn for en mindre del af de psykisk syge patienter, eksempelvis patienter med psykoser, bipolære lidelser og spiseforstyrrelse (de traditionelle).

Kun et fåtal af de mange patienter med angst, tvangslidelser og depressioner (de udbredte) mv. har fået kvalificeret behandling for lidelsen enten hos egen læge eller i den regionale psykiatri.

Målgrupper med komplekse tilstande som eksempelvis kriminelle psykisk syge og udviklingshæmmede med psykiske lidelser (de komplekse) har kun i begrænset omfang modtaget specialiseret behandling.

Inddragelse af nye patientgrupper kræver tilsvarende udvidelse af ressourcerne i psykiatrien. Udbygningen af den ambulante psykiatri er bl.a. afhængig af fremtidige rekrutteringsmuligheder.

For at imødekomme ovenstående behandlingsbehov bør den ambulante tilbudsvifte sammensættes bredt og bestå af differentierede, specialiserede og målrettede behandlingstilbud.

Dette kan gøres ved, at hver region etablerer:

- Hovedfunktioner med ansvar for de traditionelle og udbredte patientgrupper
- Specialfunktioner med ansvar for de komplicerede patientgrupper
- Kompetencecentre som særlige enheder med ansvar for forskning/udvikling, undervisning/vejledning og behandling af de mest komplicerede patienter fra alle tre grupper.

### 7.1 Hovedfunktioner

Hver region bør have et antal hovedfunktioner, der skal varetage behandlingen af de mest almindeligt og hyppigt forekommende lidelser. Hovedparten af patienter med psykiske lidelser bør behandles i de regionale hovedfunktioner.

Behandling af patienter med "traditionelle lidelser" som eksempelvis skizofreni, affektive lidelser,

bipolære lidelser, ADHD, spiseforstyrrelser, gennemgribende udviklingsforstyrrelser og gerontopsykiatri bør således varetages i den regionale hovedfunktion. Det samme gælder tilbud til patienter med de "udbredte lidelser" som eksempelvis depression, angst, OCD, demens og personlighedsforstyrrelser.

Regionerne bør således tilrettelægge en tilbudsvifte, der kapacitetsmæssigt rummer tilbud til alle målgrupper i psykiatrien. Tilbud, der er differentierede og specialiserede og som imødekommer disse patientgruppers særlige behandlingsbehov

Der kan etableres klinikker (eksempelvis affektive klinikker) målrettet de forskellige målgrupper med de "udbredte lidelser". Ydelsen til disse patienter vil ofte kunne leveres i "behandlingspakker", hvor indholdet kan være en kombination af medicin og psykoterapi og forløbe over et på forhånd fastlagt tidsrum.

Der bør også være tilbud om distriktspsykiatrisk behandling, hovedsageligt til voksne patienter med traditionelle lidelser som eksempelvis skizofreni og bipolære lidelser. Der er i denne behandlingsform fokus på at yde en bredspektret, tværfaglig og tværsektoriel indsats til patienter med behov for et langvarigt behandlingsforløb, hvor behandlingsindsatsen er lokalt forankret og i tæt samarbejde med patientens netværk.

Hver region bør også under hovedfunktionerne etablere en række opsøgende funktioner i forhold til svært psykisk syge og unge debuterende patienter (eksempelvis OPUS) primært med henblik på at sikre tidlig opsporing og behandling af psykisk sygdom hos patienter. Behandling i eget hjem bør også være en mulighed under de regionale hovedfunktioner.

Med sundhedslovens krav om let og lige adgang til behandling er der behov for at etablere et akut psykiatrisk beredskab. Der findes flere modeller for akutte tilbud, eksempelvis psykiatriske skadestuer, psykiatrisk udrykningstjeneste mv.

Ansvar for den forebyggende indsats i form af øget oplysning, opsporing og tidlig indsats, herunder etablering af samarbejde med andre relevante aktører, som kommuner og egen læge, bør også ligge i den regionale hovedfunktion.

## Befolkningsunderlag

Der findes i dag intet bevis for hvor stort befolkningsunderlaget skal være ved etablering af regionale hovedfunktioner. Det afgørende er at balancere organiseringen af behandlingstilbuddene og patientgrundlaget for at sikre faglig bæredygtighed og robusthed.

Afhængig af befolkningstætheden og sygdomsbelastningen i et område vil et skøn over befolkningsunderlaget for en hovedfunktion i forhold til voksne patienter ligge et sted mellem 100.000 og 300.000.

I forhold til børne- og ungeområdet skønnes et bæredygtigt befolkningsunderlag at ligge et sted mellem 100.000 og 150.000.

Der er stor forskel på befolkningstætheden i de forskellige regioner i Danmark. Det får betydning i forhold til det befolkningsunderlag, der skal være til stede ved etablering af forskellige funktioner i den enkelte regions organisation af de psykiatriske funktioner og tilbud.

I tyndt befolkede områder vil der være større geografiske afstande til de enkelte behandlingstilbud og der kan i sådanne tilfælde være særlig grund til at overveje mobile tilbud, brug af telemedicin mv.

## 7.2 Specialfunktioner

Hver region bør derudover etablere et antal specialfunktioner, der har ansvaret for at behandle patienter med de "komplekse lidelser", der er mere sjældent forekommende og hvor kompleksiteten er stor, eksempelvis udviklingshæmmede med psykiatriske lidelser, psykiatriske patienter fra andre kulturer, patienter med dobbeltdiagnoser (samtidig sindslidelse og misbrug) og kriminelle med psykisk lidelse og på det børne- og ungdomspsykiatriske område er der herudover psykoser, neuroser og spiseforstyrrelser.

Med færre patienter i disse målgrupper vil antallet af specialfunktioner være langt færre i forhold til de tilbud, der ligger i hovedfunktionen og der vil være geografisk længere imellem dem.

Det er imidlertid vigtigt at sikre et tilstrækkeligt patientgrundlag også i relation til specialfunktionerne for at sikre faglig bæredygtighed, robusthed og

ydelse af høj faglig kvalitet. Det skønnes at patientgrundlaget som minimum skal ligge et sted mellem 500.000 – 600.000. For børne- og ungdomspsykiatrien ca. 150.000 – 300.000.

## 7.3 Kompetencecentre

Kompetencecentre er særlige enheder for behandling af forskellige målgrupper. Regionerne bør etablere kompetencecentre til målgrupper indenfor både de traditionelle lidelser, de udbredte lidelser og de komplekse lidelser.

Centrene skal fungere som faglige flagskibe i forhold til behandlingen af de pågældende målgrupper, og varetager således behandlingen af de mest komplicerede tilfælde indenfor den pågældende målgruppe. Kompetencecentre vil fungere som katalysatorer for udviklingen af ekspertise og evidensbaseret "best practise".

Kompetencecentre skal herudover forske og udvikle behandlingsmetoder. Resultaterne af dette forsknings- og kvalitetsudviklingsarbejde har centrene en formel forpligtelse til at videreformidle til behandlerne i hoved- og specialfunktionerne, herunder yde supervision, således at behandlingen i disse funktioner understøttes og kvalitetsudvikles.

Centrene har også en forpligtelse til at formidle og koordinere udviklingen af ny viden på tværs af regionerne og i forhold til tilbud i tilgrænsende sektorer – eksempelvis det somatiske sygehusvæsen og den kommunale socialsektor.

## 7.4 Visitation

En patients adgang til psykiatrisk behandling sker ved henvisning fra en praktiserende læge, lægevagten eller somatiske afdelinger. Mange børn og unge henvises fra PPR eller pædiatrisk afdeling.

Al planlagt henvisning til psykiatrisk behandling bør ske via den ambulante hovedfunktion, der visiterer patienten til den enhed, der er mest hensigtsmæssig for behandling af patientens lidelse. I visse tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at henvise direkte til indlæggelse.

Denne enhed foretager den primære udredning af patienten. I de fleste tilfælde vil det være optimalt, hvis patienten er tilknyttet den ambulante hovedfunktion. Visitation til en anden enhed kan selvfølgelig forekomme alt afhængigt af hvilke behov, der løbende afdækkes, og mere specifikke udredningsopgaver skal endvidere kunne foretages i specialenhederne.

Visitation af patienter til relevant behandling i forholdet mellem almene og specialiserede funktioner bør ske via visitationskonferencer med deltagelse af beslutningskompetente behandlere fra henvisende og modtagende enheder. Visitation mellem enheder skal foregå på en ubureaukratisk måde.



## Kapitel 8 - Samarbejde og sammenhæng

En helhedsorienteret behandling af mennesker med sindslidelse kræver ofte, at flere aktører tager del i behandlingen. Klare samarbejdsrelationer bliver afgørende for, at patienten får et sammenhængende behandlingsforløb.

### 8.1 Samarbejdsparter

De mest hyppige samarbejdsparter for den ambulante psykiatri er:

- Alment praktiserende læger.
- Privatpraktiserende speciallæger.
- Somatiske afdelinger.
- Pædiatriske afdelinger.
- Kommuner, herunder PPR.

#### *Alment praktiserende læger*

Alment praktiserende læger er i forhold til opsporing og behandling særligt af patienter med angst, lette til moderate depressioner, tvangstanker og tvangshandlinger og personlighedsforstyrrelser, men også patienter med relativt ukomplicerede psykotiske lidelser en meget vigtig samarbejdspartner.

Det er særligt vigtigt, at alment praktiserende læger har opkvalificerede kompetencer i forhold til disse opgaver. Der bør derfor udvikles strukturerede og systematiske modeller for samarbejde mellem alment praktiserende læger og psykiatrien, eksempelvis i form af shared-care-modeller.

Shared-care er en metode til at udbrede psykiatrisk specialviden til almen praksis, således at den praktiserende læge bliver i stand til i højre grad at varetage den psykiatriske behandling.

Shared-care kan foregå via etablering af praksiskon-sulentordninger, hvor konsulenten fungerer som bindeled mellem almenpraksis og psykiatrien, via telefonrådgivning, hvor den praktiserende læge og en psykiater drøfter behandlingen af en konkret patient, via regelmæssige møder mellem psykiatrien og almen praksis og via fælles patientforløb

Shared-care vil føre til en mere direkte kontakt mellem den praktiserende læge og psykiatrien, større kendskab og fortrolighed mellem psykiater og praktiserende læge samt større kendskab til hinandens vilkår og fælles sprogbrug. Erfaringerne viser, at det giver bedre henvisninger, idet den praktiserende læge i højere grad bliver klar over, hvad psykiatrien har brug for at vide, og modsat informeres der bedre fra psykiatrien til den praktiserende læge.

Alment praktiserende læger behandler nogle børn og unge, men langt de fleste bliver behandlet i PPR eller hos privatpraktiserende læger.

#### *Praktiserende speciallæger*

Praktiserende speciallæger i psykiatri er specialister og yder specialiseret behandling til sværere psykisk syge patienter. Endvidere behandles patienter, der ikke ønsker henvisning til den offentlige psykiatri. En del børn og unge med psykiatriske problemer behandles hos privatpraktiserende speciallæger.

Praktiserende speciallæger er selvstændigt erhvervsdrivende med selvbestemmelse overfor målgruppe for behandling. Kapaciteten kan variere fra område til område og er reguleret af overenskomster med sygesikringen.

Traditionelt har der kun været lidt samarbejde mellem psykiatrien og praktiserende speciallæger i psykiatri. Der bør etableres fora mellem psykiatri og speciallægepraksis med henblik på koordination af arbejdsområder, og især målgrupper og kapacitet, således at den samlede service fra praktiserende læger, praktiserende speciallæger og psykiatrien samordnes og koordineres.

Der bør også træffes aftaler om omfanget og måden, hvorpå den praktiserende speciallæge kan gøre brug af tværfaglige og specialiserede tilbud i den ambulante psykiatri, hvis en af deres patienter har brug for den form for tilbud.

#### *Somatiske afdelinger*

Feltet for samarbejde mellem psykiatrien og somatikken kaldes liaisonpsykiatri. Dette felt har været under udbygning i en årrække i en erkendelse af, at psykisk og fysisk sygdom ofte optræder samtidig, særligt i forhold til funktionelle lidelser, hvor psykiske lidelser kommer til udtryk i fysiske symptomer.

Det er omvendt også påvist, at helbredelse for den fysiske lidelse forlænges, og der forekommer flere komplikationer, inklusiv øget dødelighed, hvis samtidige psykiatriske lidelser forbliver uopdagede og ubehandlede, eksempelvis samtidig hjertesygdom og depression. I børne- og ungdomspsykiatrien er det vigtigt med et tæt samarbejde mellem neuropsykiatrien og neuropædiatrien vedr. de komplicerede neuropsykiatriske patienter.

Liaisonpsykiatri har oprindeligt haft fokus på funktionelle lidelser. Liaisonpsykiatri begrænser sig imidlertid ikke alene til disse lidelser, eksempelvis giver nye muligheder for detaljerede hjernescanninger samarbejdsflader mellem psykiatrien, neurologien og ældrepsykiatrien (geriatrien), som er et væsentligt samarbejdsområde, idet ældre ofte har komplicerede somatiske lidelser, hvor en hensigtsmæssig behandling omfatter behandling af såvel den fysiske som den psykiske lidelse.

På børne- og ungeområdet samarbejdes der gennem liaisonfunktioner med voksenpsykiatriske afdelinger. Foregår som konsulentfunktion, særligt i forhold til psykisk syge forældre, gravide og patienter med ADHD.

Liaisonpsykiatri foregår i dag især i form af psykiatriske tilsyn på de somatiske afdelinger og omvendt. Med henblik på at optimere samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken bør der etableres strukturerede og systematiske modeller for samarbejdet.

Dette kan eksempelvis ske via etablering af liaisonpsykiatriske specialenheder med følgende opgaver:

- Optimering af tilsynsfunktionen på somatiske afdelinger.
- Undervisning i problemstillinger, der udgør grænsefladen mellem fysisk og psykisk lidelse.
- Behandling af de sværeste tilfælde af samtidig psykisk og fysisk lidelse, specielt behandling af svære funktionelle lidelser.
- Tidlig opsporing af psykisk lidelse hos personer med fysisk lidelse.

Ansvar for en liaisonpsykiatrisk specialenhed bør i givet fald ligge hos en specifik overlæge med dette

som hovedansvarsområde, eventuelt kombineret med ansvar for rådgivningsfunktionen overfor praktiserende læger og psykiatriske mobilteams.

### *Kommunerne*

Samarbejdet mellem kommunerne og psykiatrien reguleres i sundhedsaftaler, der fastsætter fordelingen af opgaver mellem det regionale sundhedsvæsen og den kommunale socialpsykiatri.

I forhold til den enkelte patient har sundhedsvæsenet ansvaret for at udarbejde den psykiatriske behandlingsplan. Denne plan skal koordineres med den sociale handleplan, som kommunerne er ansvarlig for. En effektiv overlevering fra det ene regi til det andet forudsætter gensidig forståelse for hinandens arbejdsområder. Der bør derfor etableres fora for gensidig drøftelse og planlægning, herunder afklaring af holdninger i forhold til behandling/omsorg i forhold til patienten.

Et særligt fokusområde for samarbejde mellem ambulanspsykiatri og kommunerne er i forhold til tidlig opsporing af psykisk lidelse. En ny undersøgelse viser, at der er et stort potentiale i tidlig opsporing af psykisk lidelse i samarbejdet mellem kommunernes arbejdsmarkedsafdelinger og den ambulante psykiatri. I forhold til behandling af misbrug, der er et kommunalt ansvar, bør der også etableres et samarbejde med psykiatrien, idet en stor del af misbrugspatienterne tillige har en psykisk lidelse, og misbrugsbehandlingen vil have betydeligt sværere ved at lykkes, hvis ikke der samtidigt tages hånd om den psykiske lidelse.

Et andet særligt fokusområde er samarbejdet om psykisk syge/svage børn og unge. Det er særdeles vigtigt, at der samarbejdes både i relation til at støtte barnets/den unges udviklingsmuligheder i de kommunale tilbud, barnet eller den unge benytter, eksempelvis børnehaver eller undervisningstilbud, hvor børne- og ungdomspsykiatrien kan yde konsulentbistand. Dertil kommer, at PPR har et stort ansvar for at samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien, dels med henblik på at visitere til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, og dels i forhold til at følge op, når en ung efter udredning går tilbage til PPR's ansvarsfelt.



Børn i familier med psykisk syge er et andet opmærksomhedsfelt i samarbejdet mellem kommuner og regioner.

Det er i det hele taget en forudsætning for gode patientforløb, at kommunerne går aktivt ind i samarbejdet med psykiatrien – både i relation til børn, unge og voksne.



## Kapitel 9 – Forskning og kvalitetsudvikling

Den ambulante psykiatriske behandling bygger på evidensbaserede behandlingsprincipper. Der har hidtil været udført højt kvalificeret forskning på adskillige områder, og denne høje standard skal bevares og styrkes, hvilket regionsdannelsen øger forudsætningen for. Dermed vil der være bedre muligheder for at tiltrække og fastholde kompetente medarbejdere – især læger og psykologer, men også andre faggrupper.

### 9.1 Hvorfor forskning og kvalitetsudvikling?

Langt de fleste patienter med psykiatriske lidelser bør behandles i de regionale hovedfunktioner. Forudsætningen for, at patienterne kan få højt kvalificeret behandling i de regionale hovedfunktioner er, at der er konstant fokus på at arbejde med forskning, implementering af nye forskningsresultater og kvalitetsudvikling. Det indebærer blandt andet, at kompetencecentre opbygger kvalificeret viden og udbreder denne viden til de regionale hovedfunktioner.

Forskning og kvalitetsudvikling kommer patienterne til gode i deres behandlingsforløb og styrker samtidig engagementet og videreuddannelsen hos det personale, som varetager behandlingen.

### 9.2 Forskningsområder

Forskning og kvalitetsudvikling kommer patienterne til gode i deres behandlingsforløb og styrker samtidig engagementet og videreuddannelsen hos det personale, som varetager behandlingen.

- Præklinisk forskning, også kaldet grundforskning: Ætiologisk forskning med udredning af årsager til psykiske lidelser på biologisk eller psykologisk niveau.
- Klinisk forskning: Forskning i sygdomme, der allerede er opstået, eksempelvis effektundersøgelser af forskellige behandlingsformer som afprøvning af medikamenter, psykoterapi, miljøterapi og rehabilitering.
- Epidemiologisk forskning: Forskning i

forskellighed af sygdommes udbredelse i forhold til befolkningsgrupper og urbaniseringsgrad.

- Sundhedstjenesteforskning: Forskning i effekt af forskellige organisationsmodeller. Eksempler på sundhedstjenesteforskning er at undersøge effekten ved implementering af kompetencecentermodellen og effekten af samarbejdsrelationer med eksterne parter som praktiserende læger og somatiske afdelinger.
- Forskning i virkningen af den ambulante psykiatri.

### 9.3 Forudsætninger

For at fremme forskning og kvalitetsudvikling bør regionerne sikre optimale vilkår for dette, herunder at der afsættes økonomiske midler og personaleressourcer til forskningsopgaven. Specialisering og centralisering er afgørende for at kunne bedrive god forskning, således der er en tilstrækkelig stor masse af speciallæger, der kan inspirere og udfordre hinanden samt et tilstrækkeligt patientgrundlag for at kunne opbygge tilstrækkeligt store materialer.

### 9.4 Teknologi

En anden vinkel på kvalitetsudviklingen i den psykiatriske behandling er anvendelse af ny teknologi.

I det psykiatriske arbejde i dag gør man kun i begrænset omfang brug af teknologiske hjælpemidler. Positive erfaringer fra udlandet og regionernes større geografiske udbredning indikerer imidlertid, at den ambulante psykiatri bør inddrage gevinsterne fra den teknologiske udvikling.

En større og mere fleksibel brug af den eksisterende teknologi vil kvalificere både udredning, diagnostik og behandling samt sikre en faglig udvikling, der ikke relaterer sig til geografi, men kvalitet.

Den personlige kontakt mellem patient og behandler er fortsat det centrale i psykiatrien, men med teknologiens hjælp kan både undersøgelse og behandling kvalificeres yderligere, ligesom kommunikation og samarbejde kan lettes.

Teknologien indenfor psykiatrien kan blandt andet være:

- Billeddannende fremstilling af hjernens strukturelle og funktionelle forhold og specifikke EEG-undersøgelser er en vigtig undersøgelsesmetode forud for en præcis diagnosticering.
- Transkraniel magnetstimulation og specifik ECT-behandling med moderne teknologi eller behandlingsmetoder bør tænkes ind i tilrettelæggelsen af den ambulante psykiatri.
- Telemedicin eller telepsykiatri er teleudstyr placeret på strategiske steder og også i mobile udgaver, der sikrer konsultation, uddannelse, supervision og konference på tværs af større geografiske afstande.
- Den elektroniske patientjournal (EPJ) med indbyggede kommunikationsmuligheder på tværs af faggrupper, specialer og matrikler understøtter en sådan udvikling, hvor der også bør være mulighed for, at patienter og samarbejdspartner booker en konsultation eller et møde.

## Kapitel 10 – anbefalinger

Mange tusinde børn, unge og voksne med psykisk lidelse eller sygdom får i dag ikke behandling i det danske sundhedsvæsen. Det skyldes både uerkendt sygdom og manglende udrednings- og behandlingskapacitet.

### Der anbefales nu:

- En større indsats i forhold til oplysning, forebyggelse, opsporing og tidlig indsats.
- En kapacitetsudvidelse af psykiatriens ambulante tilbud for at sikre samme garanti for udredning og behandling af alle psykisk syge patienter som af fysisk syge.
- Etablering af differentierede, specialiserede og målrettede tilbud i ambulante enheder med faglig bæredygtighed og tilstrækkelig personalevolumen, der tilgodeser alle patientkategorier.
- En målrettet videreudvikling af medarbejdernes kompetencer, så kravene i fremtidens psykiatri kan matches.

Ambulant behandling har hidtil tilgodeset nærhedsprincippet til gavn for en mindre del af de psykisk syge patienter, eksempelvis patienter med psykoser, bipolære lidelser og spiseforstyrrelser – ”de traditionelle”. Kun et fåtal af de mange patienter med eksempelvis angst, tvangslidelser og depressioner – ”de udbredte” har fået kvalificeret behandling i det primære eller sekundære sundhedsvæsen. Patientgrupper med komplekse psykiatriske problemstillinger som eksempelvis kriminelle psykisk syge og udviklingshæmmede med psykiske lidelser – ”de komplekse” har kun i begrænset omfang modtaget specialiseret behandling.

### Det anbefales at:

- Den ambulante behandling organiseres ud fra princippet om en hovedfunktion med ansvar for ”de traditionelle” og ”udbredte” patientgrupper, specialfunktioner med ansvar for ”de komplekse” patientgrupper og kompetencecentre som særlige enheder med ansvar for forskning/udvikling, under visning/vejledning og behandling af de mest

- komplekse patienter fra alle tre grupper.
- Der udvikles strukturerede og systematiske modeller for samarbejde med alment praktiserende læger, somatisk sygehusvæsen, eksempelvis i form af shared care.
- Der udvikles gode og effektive samarbejdsformer mellem især kommuner og den regionale psykiatri i forhold til socialområdet, undervisningsområdet, beskæftigelsesområdet mv.
- Der etableres samarbejdsfora mellem psykiatrien og privatpraktiserende speciallæger/ psykologer med henblik på koordination af arbejdsområder og muligheder for patientflow fra det ene regi til det andet.
- Der indføres én udrednings- og behandlingsplan, som følger patienten uanset om denne er i ambulant behandling, er indlagt eller behandles hos egen læge. Udrednings- og behandlingsplanen er dermed fælles for sundhedssystemet.

Viden om årsager, forløb og effekt af diverse behandlinger ved de mange forskellige psykiske lidelser er fortsat utilstrækkelig.

### Der anbefales nu:

- En styrket forskningsindsats om de psykiske lidelsers årsager og behandling (grund- og klinisk forskning), der også omfatter patienter i ambulant regi, herunder også forskning med sigte på effekten af forskellige organisatoriske modeller for den ambulante behandling (sundhedstjenesteforskning).



# Bilag

## Styregruppe

Agnete Philipsen, Psykiatridirektør Region Syddanmark  
Annette Gjerris, Psykiatridirektør Region Hovedstaden  
Claus Toftgaard, Sundhedsfaglig direktør Region Syddanmark  
Erik Jylling, Sygehusdirektør Region Hovedstaden  
Mikkel Grimmeshave, Planlægningschef Region Nordjylland  
Per Jørgensen, Cheflæge Region Midtjylland  
Per Lund Sørensen, Psykiatridirektør Region Nordjylland  
Per Vendsborg, Cheflæge Region Sjælland  
Peter Mondrup Braad, Chefkonsulent Region Sjælland  
Rikke Skou, Kontorchef Region Midtjylland  
Lone Christiansen, Direktør Danske Regioner  
Peder Ring, Kontorchef Danske Regioner  
Tommy Kjelsgaard, Kontorchef Danske Regioner  
Jeppe Thøgersen, Konsulent Danske Regioner

## Arbejdsgruppe

Anne Lindhardt, Klinikchef Region Hovedstaden  
Søren Bilenberg  
Ann Kristin Granli, Afdlingsleder Region Syddanmark  
Hans Jørgen Søgård, Overlæge Region Midtjylland  
Else Marie Justesen, Ledende overlæge Region Nordjylland  
Merete Nordentoft, Professor Region Hovedstaden  
Kristen Kistrup, Psykiatrioverlæge Region Hovedstaden  
Marianne Jespersen, Sundhedsstyrelsen  
Lotte Pihl Paulsen, Konsulent Danske Regioner

# DANSKE REGIONER



Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)  
[www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)

Danske Regioner, januar 2008  
Grafik: Kristine Wulff  
Tryk: Danske Regioner

ISBN trykt 978-87-7723-511-5  
ISBN elektronisk 978-87-7723-512-2