

Region Hovedstaden

Psykiatriplan 2007

REGION

Psykiatriplan 2007

**Region Hovedstaden
Juni 2007**

Psykiatriplan 2007
Region Hovedstaden, Kongens Vænge 2, 3400 Hillerød
Juni 2007
Oplag 1000 eks.
1. udgave, 1 oplag
ISBN: 87-92195-00-8

Psykiatriplanen kan downloades fra Region Hovedstadens
hjemmeside www.regionhovedstaden.dk

Forord

Region Hovedstaden har landets største sundhedsvæsen. Det skal også være landets bedste. Det kræver et stærkt, offentligt psykiatrisk behandlingstilbud, der sammen med praksissektoren og kommunerne kan sikre sammenhæng og høj kvalitet i patientbehandlingen. Det kræver en fremtidssikret psykiatri, hvor centre er store nok til at sikre høj kvalitet, stærke faglige miljøer og en effektiv drift. Men også en psykiatri, hvor der er plads til at sikre den lokale forankring af behandlingstilbud og samarbejdsrelationer. Psykiatrien er til for patienternes skyld.

Psykiatriens kerneydelser er behandling, der skal forstås bredt og omfatter forebyggelse, undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering. Foruden behandling varetager psykiatrien højt kvalificeret forskning og udvikling samt uddannelse af sundhedsfagligt personale. Opgaver der er afgørende for, at vi i fremtiden kan sikre nødvendige kompetencer og viden.

I efteråret 2006 nedsatte regionen 40 sundhedsfaglige råd, heraf 2 for henholdsvis psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, hvis første store opgave var at komme med faglig rådgivning vedrørende arbejdet med psykiatriplanen. På den baggrund gennemførte det daværende psykiatri- og socialudvalg en analyse af befolkningsunderlaget for og sammenhængen mellem specialerne. Udvalgets konklusioner blev fremlagt ved en offentlig høring i december 2006. Sideløbende vedtog forberedelsesudvalget psykiatripolitiske hensigtserklæringer, og der blev politisk enighed om en række præmisser for psykiatriplanarbejdet. På det grundlag udarbejdede administrationen Forslag til Psykiatriplan, som Regionsrådet primo februar 2007 besluttede at sende i høring. Efter en omfattende høringsproces med bl.a. borgermøder og dialogmøder med medarbejderne indkom i alt 96 høringssvar, som i april blev gennemgået for Regionsrådet.

På det grundlag vedtog Regionsrådet for Region Hovedstaden Psykiatriplan 2007 på sit møde den 15. maj 2007. Der er parallelt med psykiatriplanen vedtaget en hospitalsplan, der på tilsvarende vis indeholder Regionsrådets plan for udviklingen af det somatiske område.

Regionen inddeles med psykiatriplanen i fire nye planlægningsområder og ti optageområder, der hver har et befolkningsgrundlag der betyder, at behandling kan ske nær borgerne. De fleste patientforløb vil kunne håndteres inden for planlægningsområdet. Det gør den nye struktur robust. Den nye struktur er samtidig fleksibel, fordi det på sigt er muligt at foretage ændringer i opgavefordelingen i de enkelte områder, hvis fx den faglige udvikling eller befolkningsudviklingen taler herfor.

Vibeke Storm Rasmussen
15. maj 2007

Indholdsfortegnelse

1. Indledning og resumé	9
2. Generelt om psykiatriplanlægningen	21
3. Planlægningsområder voksenpsykiatri	29
4. Hovedfunktion voksenpsykiatri	32
5. Specialfunktioner voksenpsykiatri	36
6. Planlægningsområder børne- og ungdomspsykiatri	41
7. Hovedfunktion børne- og ungdomspsykiatri	42
8. Specialfunktioner børne- og ungdomspsykiatri	45
9. Personale	47
10. Kvalitet	48
11. Uddannelse	49
12. Forskning	50
13. Information og kommunikation	51
14. Samarbejde og sammenhænge	52
15. Psykiatriplanens økonomiske konsekvenser	56
16. Psykiatriplanens konkretisering og udmøntning	57
Bilag 1. Analyse af befolkningsunderlaget for specialerne	58
Bilag 2. Specialeplanlægning psykiatri	60
Bilag 3. Specialeplanlægning børne- og ungdomspsykiatri	71
Bilag 4. Politisk aftale om hospitalsplan og psykiatriplan	74

1. Indledning og resumé

Region Hovedstaden skal fra 1. januar 2007 sikre regionens 1,6 mio. borgere en psykiatri med høj faglig kvalitet, sammenhæng og god service.

Psykiatriplanen for Region Hovedstaden er første skridt på vej mod en bedre psykiatrisk indsats, der indgår i et sammenhængende sundhedsvæsen i regionen. Forslaget angiver en retning og udgør en første overordnet ramme for den videre planlægning. Forslaget vil blive konkretiseret i perioden frem til vedtagelsen og derefter løbende, blandt andet i forbindelse med udarbejdelsen af de årlige budgetter.

På en lang række områder, fx personaleområdet, kvalitetsudvikling, uddannelse og forskning, vil tilrettelæggelsen af indsatsen ske parallelt med de initiativer, der er nævnt i Forslag til Hospitalsplan. Der henvises derfor generelt til Forslag til Hospitalsplan for så vidt angår disse tværgående indsatsområder.

Udgangspunktet for Psykiatriplanen er de Psykiatropolitiske hensigtserklæringer.

Forberedelsesudvalget har den 12. december 2006 vedtaget følgende psykiatropolitiske hensigtserklæringer, som udgør en central del af grundlaget for forslaget til regionens psykiatriplan.

Psykiatropolitiske hensigtserklæringer i Region Hovedstaden

Psykiatrien varetager behandlingen af en stor og sammensat patientgruppe med varierende og forskellige behandlingsbehov. Fælles for patienterne er behovet for, at der er en klar sammenhæng i behandlingsforløbet, hvad enten det er af kortere eller længere varighed.

Med strukturreformen er vilkårene for at sikre en sammenhængende indsats for de psykisk syge ændret. Kommunerne får det samlede ansvar for den sociale indsats, mens regionerne får behandlingsansvaret.

Antallet af psykisk syge er større i Region Hovedstaden end i resten af landet, og der er overrepræsentation af de mest resursekrævende patientgrupper, som er de skizofrene, de retspsykiatriske patienter og patienter, der tillige har store misbrugsproblemer. Mange har gennem et helt livsforløb behov for behandling.

Region Hovedstaden har valgt at samle Psykiatrivirksomheden og de socialpsykiatriske institutioner, som regionen skal drive, for at opprioritere sammenhæng i behandlingstilbudene, og for at understøtte samspillet med kommunerne om de psykisk syge.

Derudover er det nødvendigt at have øje for, at psykiatrien indgår i et frugtbart tværfagligt samarbejde med hospitalerne og praksissektoren om behandling, forskning og udvikling.

Region Hovedstaden skal sikre god organisering, vidensdeling og koordinering på psykiatriområdet samt udarbejde en egentlig forsknings- og udviklingspolitik, der er forudsætningen for arbejdet med en videnbaseret psykiatri.

Partierne er på den baggrund enige om følgende:

- 1.** Udgangspunktet for den kommende psykiatriplanlægning skal være, at sindslidende skal have den nødvendige, men samtidig mindst indgribende hjælp, så de kan leve en så normal tilværelse som muligt. I den psykiatriske behandling skal der være tilbud om aktiviteter og motion, så vi udnytter de sindslidendes resurser bedst muligt. Den sindslidende skal opleve sammenhæng i behandlingen – og sammenhæng med den socialpsykiatriske indsats. Derfor må de psykiatriske tilbud fungere så tæt på patienterne som fagligt muligt. For nogle sindslidende er der behov for specialiserede tilbud.
- 2.** Det er muligt helt eller delvist at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser. Kontakten mellem patient og behandler skal være præget af den synsvinkel. Samtidig skal indsatsen kunne rumme dem, der har et årelangt behov for hjælp, og hvor samspillet mellem kommunernes sociale tilbud og regionens behandlingstilbud er særlig vigtigt. En egentlig forløbskoordinatorfunktion skal etableres.
- 3.** Regionens tilbud skal videreudvikles mod nærhed og tilgængelighed gennem en veludbygget distriktskykiatri med opsøgende psykiatriske team. Herved kan indsatsen over for den enkelte sindslidende blive bedre, og ikke mindst bedre planlagt, så behovet for akut hjælp på de psykiatriske skadestuer og akut indlæggelse bliver mindre. Men der skal fortsat være mulighed for hjælp hele døgnet.
- 4.** Der er gennem de seneste år sket markante forbedringer af de fysiske rammer for indlagte psykiatriske patienter. Indsatsen skal fortsætte, så alle får mulighed for enestuer og adgang til gode udenomsarealer. Behovet for flere skærmede afsnit som alternativ til lukkede afsnit skal vurderes. Der skal være mulighed for en målrettet intensiv behandling og rehabilitering under indlæggelse, når der er behov for det.
- 5.** En forebyggende indsats, beskæftigelse og fritidsaktiviteter, fx motion, er områder, der varetages af kommunerne. De praktiserende læger og speciallæger er også en del af patientbehandlingen. Nye samarbejdsideer skal afprøves, udvikles og vurderes med henblik på at forbedre behandling af og livskvaliteten for de sindslidende. Sådanne samarbejder kan evt. indgå i sundhedsaftalerne med kommunerne.
- 6.** Medarbejderne yder i dag en stor og god indsats – under ofte vanskelige betingelser. En indsats af høj kvalitet og med omsorg for de sindslidende forudsætter et velkvalificeret og motiveret personale. Efteruddannelse og et godt arbejdsmiljø er blandt de faktorer, der skal bidrage til den nødvendige kvalitetsudvikling i psykiatrien. Tværfaglighed skal præge indsatsen. Det er

nødvendigt, at der skabes vilkår, der understøtter, motiverer og fastholder det nuværende personale og rekruttering af nye medarbejdere. Der må forudses mangel på fx læger i en lang årrække, bl.a. fordi der i disse år uddannes færre end det antal, der bliver behov for. Derfor skal mulighederne for bedre rekruttering, effektiv tilrettelæggelse af behandlingsindsatsen og at andre personalegrupper varetager opgaver, der i dag varetages af læger, indtænkes. Det er nødvendigt at sikre opdateret viden hos alle, der arbejder med psykisk syge. Det gælder også almen praksis.

7. Brugere og pårørende er vigtige samarbejdspartnere, der skal inddrages i regionens tilbud til psykisk syge. En patient- og pårørendepolitik skal udgøre den overordnede ramme for indsatsen.

Patienterne og de pårørende, som patienterne ønsker inddraget, skal almindeligvis tages med på råd i tilrettelæggelsen af den konkrete indsats. Også børn af psykisk syge har brug for særlig opmærksomhed.

Viden om psykisk sygdom er væsentlig for både patienter, pårørende og den øvrige befolkning. Derfor skal informationsindsatsen om psykisk sygdom styrkes.

8. Der skal sættes større fokus på kvalitet i den samlede indsats for sindslidende. I regionen skal psykiatrien sammen med hospitalerne indgå i et fælles kvalitetsarbejde med patientsikkerhed og akkreditering, og indsatsen i socialpsykiatrien og samarbejdet mellem de enheder, der behandler og støtter de psykisk syge, skal evalueres systematisk. Der skal løbende laves brugertilfredshedsundersøgelser, og resultaterne skal aktivt bruges til forbedringer af indsatsen. Mulighederne for reduktion af tvang vurderes.

9. Børne- og ungdomspsykiatrien skal fortsat styrkes. Psykisk syge børn og unge er en udsat gruppe. Der er for lang ventetid på undersøgelse og behandling. Det må ændres, og der må sikres et tæt samarbejde med kommunerne, så børne- og ungdomspsykiatrien får bedre muligheder for at målrette indsatsen i behandlingssystemet mod dem, der har gavn af den.

10. Debuterende yngre psykisk syge skal have hurtig og intensiv hjælp med henblik på at forbedre mulighederne for rehabilitering.

11. Ældre med sindslidelser skal på linje med andre patienter sikres en mulighed for ambulante behandling eller behandling fra udgående team. Arbejdet med demenssygdommene skal indgå i forskningsindsatsen, og opfølgning i eget hjem og på plejehjem efter udredning er et særligt fokusområde i en kommende ældreplan. Forbruget af unødvendig vanedannende medicin for ældre demente skal reduceres.

12. Det er nødvendigt gennem en særlig indsats at sikre, at ny viden og medicin bruges konstruktivt i den samlede behandling af patienterne. Dette kræver et særligt samarbejde med speciallæger, praktiserende læger og kommunerne.

13. Den retspsykiatriske indsats og indsatsen over for sindslidende med stofmisbrug skal have høj kvalitet og dække regionens behov.

Sengekapaciteten til de vanskeligste retspsykiatriske patienter har gennem en årrække været under voksende pres. Kapacitetsbehovet skal løbende analyseres, og der skal være det nødvendige antal sengepladser, ligesom behandlingen under indlæggelse skal ske med betryggende sikkerhed for patienterne og under hensyntagen til følelsen af tryghed hos såvel naboer som hele regionens befolkning.

14. Da hovedstadsregionens forbrug på psykiatriområdet er stort sammenlignet med resten af landet, er det nødvendigt med en sammenlignende analyse med det øvrige land, der også inkluderer indsatsen på socialpsykiatriske boenheder i kommunerne.

15. Høj kvalitet i behandlingen kræver et stærkt forskningsmiljø. Psykiatrien skal indgå på lige fod med de somatiske specialer i den forskningspolitik og -indsats, der er fastlagt i de sundhedspolitiske hensigtserklæringer i Region Hovedstaden.

Formålet med Psykiatriplanen er at skabe grundlag for en fremtidssikret psykiatri, der kan levere behandling af høj kvalitet. Den sundhedsfaglige rådgivning er derfor tillagt stor vægt i planprocessen. Regionen nedsatte i sommeren 2006 i alt 40 sundhedsfaglige råd, ét for hvert lægeligt speciale. Rådene fik til opgave at vurdere, hvor stort et befolkningsunderlag en afdeling mindst og optimalt bør have, samt hvilke sammenhænge specialet har til andre specialer.

Forberedelsesudvalgets underudvalg for social og psykiatri har i efteråret 2006 gennemgået denne rådgivning for specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri og har på baggrund heraf udarbejdet en analyse af befolkningsunderlaget for specialerne og sammenhængen til andre specialer. Sammenfatningen af udvalgets analyse fremgår af bilag 1.

Hovedfunktioner og optageområder i voksenpsykiatrien

Hospitalsplanen inddeler Region Hovedstadens hospitalsvæsen i fire nye planlægningsområder – Nord, Midt, Byen og Syd. Planlægningsområderne er underopdelt i ti optageområder. Der er stort set sammenfald mellem hospitalernes optageområder og de psykiatriske centres optageområder. Formålet er at understøtte samarbejdet mellem hospitalerne og de psykiatriske centre.

Et centralt hensyn har desuden været, at den enkelte kommune, og i Københavns Kommune den enkelte bydel, skal have én primær samarbejdspartner. Optageområderne følger derfor kommunegrænserne – i Københavns Kommune bydelsgrænserne.

De fire planlægningsområder har hver en til tre psykiatriske centre, som varetager hovedfunktionen for et optageområde og dermed den overvejende del af den psykiatriske behandling.

Hovedfunktionen inden for voksenpsykiatri udgør kernen i aktiviteten i psykiatrien og retter sig mod patienter med de hyppigst forekommende sygdomme. Hovedfunktionen vedrører behandling, der er hyppigt forekommende, og hvor kompleksiteten er begrænset og ressourceforbruget ikke tilsiger en samling af behandlingstilbuddene. Hovedfunktionen omfatter den almene psykiatri i den ambulante og den stationære behandling samt tilsynsvirksomhed overfor de somatiske afdelinger og konsulentbistand til kommunale og regionale institutioner. Den består af distriktskykiatri, opsøgende psykiatriske team, OPUS-team (opsøgende psykiatriske team til unge psykotiske patienter), udgående ældreteam, ambulatorier, dagtilbud og sengeafsnit.

Der er i dag markante forskelle i den **distriktskykiatriske og opsøgende indsats** i de forskellige optageområder. I det tidligere H:S er der store distriktskykiatriske centre, der normalt dækker en af de tidligere københavnske bydele, og der er en betydelig dækning med opsøgende psykiatriske team og OPUS-team. I det tidligere Københavns Amt har der ikke været afsat så mange resurser til denne behandlingsform, og de distriktskykiatriske centre har været mindre end centrene i H:S. Det samme gør sig gældende i Frederiksborg amt og på Bornholm.

Med Psykiatriplanen foreslås det, at de distriktskykiatriske centre af hensyn til faglig bæredygtighed samles i større enheder, at distriktskykiatrien udbygges ved distriktskykiatrien i Psykiatrisk Center Nordsjælland, Psykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Ballerup og Psykiatrisk Center Gentofte og suppleres med opsøgende psykiatriske team og OPUS-team.

Det er væsentligt, at ikke mindst den distriktskykiatriske og opsøgende indsats samordnes med kommunernes indsats for de psykisk syge. Der bør derfor skabes en dialog med kommunerne om distriktskykiatrien og den opsøgende indsats, herunder drøftelse af mulighederne for lokalemæssig nærhed til kommunale tilbud og eventuel kommunal deltagelse i de opsøgende psykiatriske team, som det kendes fra samarbejdet mellem H:S og Københavns Kommune. Der foreslås en udvidelse med 6 til 10 opsøgende psykiatriske team og 3 OPUS-team.

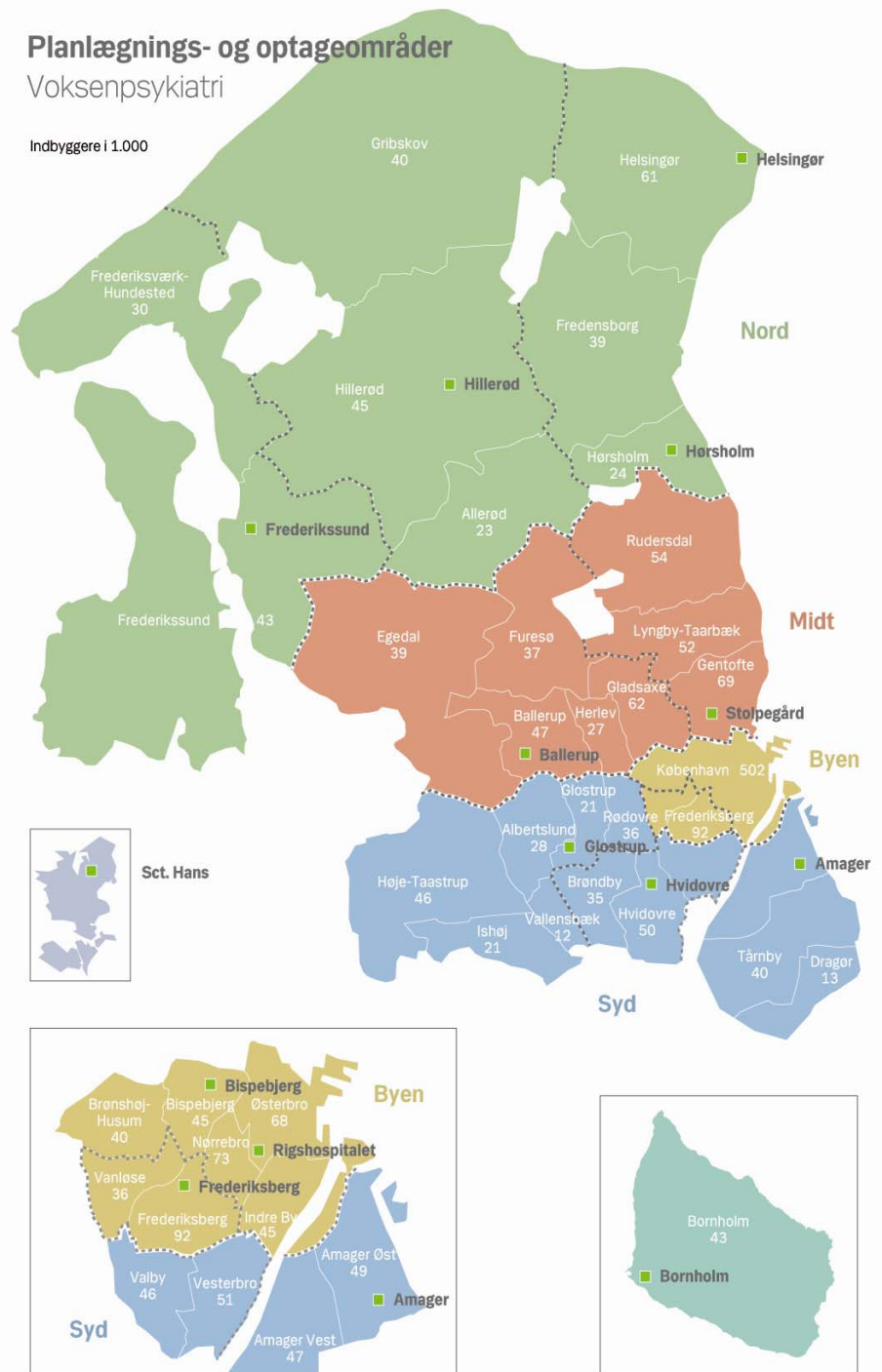
Planen indebærer en række ændringer i centrenes optageområder. Der vil derfor i den videre proces skulle gennemføres tilpasninger i kapaciteten mellem centrene. Kapacitetstilpasningen vil tage udgangspunkt i det samlede behov i de nye optageområder.

De psykiatriske centre samles under følgende planlægningsområder og betjener følgende kommuner og bydele:

Planlægnings- og optageområder

Voksenpsykiatri

Indbyggere i 1.000



Planlægningsområde Nord

Psykiatrisk Center Nordsjælland varetager hovedfunktionen. Der er sengeafsnit i Hillerød, der betjener Allerød, Gribskov og Hillerød. Frederikssund betjener Frederikssund og Frederiksværk-Hundested, og Helsingør betjener Fredensborg, Helsingør og Hørsholm.

Planlægningsområde Midt

Psykiatrisk Center Ballerup dækker kommunerne Gladsaxe, Ballerup, Egedal, Furesø og Herlev. Centrets nuværende optageområde udvides med de tidligere kommuner Ølstykke og Stenløse, der indgår i Egedal Kommune, og med den tidligere Farum Kommune, der indgår i Furesø Kommune.

På længere sigt dækkes eventuelt også Rødovre Kommune, der indgår i Planlægningsområde Syd. Herved vil centrets optageområde blive sammenfaldende med Herlev Hospitals medicinske optageområde

Psykiatrisk Center Gentofte flyttes til Hørsholm og dækker kommunerne Gentofte, Lyngby-Tårnbæk og Rudersdal. I forhold til nu er det en udvidelse med den tidligere Birkerød Kommune, der indgår i Rudersdal Kommune. Centrets optageområde vil herefter svare til Gentofte Hospitals medicinske optageområde.

Planlægningsområde Syd

Psykiatrisk Center Glostrup dækker kommunerne Albertslund, Vallensbæk, Ishøj, Glostrup, Rødovre og Høje-Tåstrup. Det betyder, at Hvidovre Kommune og Brøndby Kommune ikke længere er en del af centrets optageområde. Herefter dækker centret et optageområde svarende til Glostrup Hospitals medicinske optageområde samt Rødovre Kommune.

Psykiatrisk Center Hvidovre dækker de københavnske bydele Vesterbro og Valby og kommunerne Hvidovre og Brøndby. Det betyder, at Vanløse ikke længere er en del af centrets optageområde, mens centret omvendt overtager betjeningen af Hvidovre Kommune og Brøndby Kommune. Herved svarer optageområdet til Hvidovre Hospitals medicinske optageområde.

Psykiatrisk Center Amager dækker de københavnske bydele Amager Vest og Amager Øst samt kommunerne Tårnby og Dragør. I forhold til nu udgår den tidligere københavnske bydel Christianshavn, der fremover hører til Indre By. Herved svarer optageområdet til Amager Hospitals medicinske optageområde.

Planlægningsområde Byen

Psykiatrisk Center Bispebjerg dækker bydelene Brønshøj-Husum og Bispebjerg. Psykiatrisk Center Rigshospitalet dækker Indre By. Bydelene Nørrebro og Østerbro er i dag delt mellem Rigshospitalet og Bispebjerg. Af hensyn til sammenhængen med den kommunale bydelsinddeling – og hermed opdelingen i socialcentre - fordeles Nørrebro og Østerbro på henholdsvis Bispebjerg og Rigshospitalet efter en nærmere analyse af de praktiske og kapacitetsmæssige muligheder. Tilsammen dækker de to centre det samme optageområde som hidtil, svarende til det medicinske optageområde for Bispebjerg Hospital.

Psykiatrisk Center Frederiksberg dækker Frederiksberg Kommune og Vanløse. I forhold til nu er det en udvidelse med Vanløse.

Bornholm

Hensynet til borgerne på Bornholm taler for, at Psykiatrisk Center Bornholm fortsat varetager hovedfunktionen psykiatri. Der sker derfor ingen ændringer i befolkningsunderlaget, der fortsat er på ca. 43.000. Der sker dermed heller ingen ændring i tyngden af patientopgaven, bortset fra at Psykiatrisk Center Bornholm lettes med hensyn til hurtigere og lettere overførsel af svære retspsykiatriske patienter til Psykiatrisk Center Sct. Hans. Herudover knyttes Bornholm til Rigshospitalet, som dermed får aflastende funktion for Bornholm.

Specialfunktioner i psykiatrien omfatter såvel ambulante behandling som stationær behandling. Specialfunktioner vedrører behandling, der er sjældent forekommende og komplekse - og tilsiger en samling af ydelserne. En lang række af de specialiserede funktioner eksisterer i dag som specialfunktioner. Det drejer sig om døvepsykiatri, psykiatrisk vurdering af epilepsikirurgi, katastrofepsykiatri, militærpsykiatri, visitation til psykokirurgi, behandling af svære sexologiske forstyrrelser og svære sexologiske lidelser.

Inden for området "***spiseforstyrrelser***" fortsætter den højt specialiserede funktion på Rigshospitalet. Det vurderes, at der ikke er tilstrækkelig kapacitet. Der bør derfor ses på muligheden for at udvide stationær og ambulante aktiviteter. Centret får desuden regionsfunktion i samarbejde med Gentofte og Stolpegård. Der skal endvidere etableres et samarbejde med den lignende funktion i Børne- og Ungdomspsykiatrien.

Regionen varetager i dag behandling af affektive lidelser, oligofreni (udviklingshæmmede med psykiske lidelser) og ikke psykotiske lidelser som amtsdækkende funktioner. I Psykiatriplanen foreslås på baggrund heraf ***udvidelse af eksisterende funktioner*** med hensyn til "affektive lidelser af kompleks karakter", hvor der etableres to klinikker i planlægningsområderne Nord og Byen. Med udgangspunkt i det nuværende Stolpegård etableres en regionsfunktion for "ikke psykotiske lidelser". Funktionen "oligofreni" i Glostrup udvides til regionsfunktion.

Inden for de specialiserede områder rehabilitering, selvmordsforebyggelse, liaisonpsykiatri, tilsynsvirksomhed samt transkulturel psykiatri er der generelt behov for oprustning for at sikre udbredning af faglig ekspertise i regionen. Det foreslås derfor, at der her etableres nye funktioner.

Herudover etableres af de afsatte budgetmidler i 2007 en ny regionsfunktion for "torturofre (PTSD)", som skal varetage specialiseret ambulante behandling af torturofre som supplement til ikke-offentlige private behandlingstilbud, som regionen anvender.

Kapaciteten på Psykiatrisk Center Sct. Hans målrettes til de behandlingsopgaver Region Hovedstaden skal varetage. Psykiatriplanen medfører, at de tre eksisterende funktioner på *Psykiatrisk Center Sct. Hans* omlægges.

Der etableres to afdelinger som regionsfunktioner for ”specialbehandling af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter”. Sengekapaciteten på Psykiatrisk Center Sct. Hans til patienter med dobbeltdiagnoser reduceres ikke.

”Specialbehandling af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter” erstatter de nuværende senge i regionen og udvides som følge af fremtidssikring til ca. 130 lukkede senge og et mindre antal åbne senge. Behandlingsindsatsen organiseres på en sådan måde, at patienterne får tryk gennem behandling i overskuelige miljøer.

Udover de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter varetager Psykiatrisk Center Sct. Hans behandlingen af tre patientgrupper; dels udslusning efter langtidsindlæggelse af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter, dels specialbehandling af patienter med dobbeltdiagnoser og dels patienter fra regionens hovedfunktioner i øvrigt, som har behov for længerevarende intensiv rehabilitering under indlæggelse. Hertil kommer i en overgangsfase behandling af knap 50 færdigbehandlede fortrinsvis københavnske borgere, som enten er visiteret og indstillet til eksisterende botilbud, eller som venter på specialbotilbud, som indtil videre ikke forefindes. Der indledes drøftelser med Københavns Kommune om, hvordan kommunen hurtigt kan etablere de nødvendige tilbud til færdigbehandlede patienter indlagt på Psykiatrisk Center Sct. Hans og regionens øvrige psykiatriske centre.

Specialbehandling af ”hjerneskadede” flyttes fra Psykiatrisk Center Sct. Hans til Glostrup af hensyn til samarbejde med den neurorehabilitering, der fremover placeres på Glostrup Hospital. Flytningen skaber mulighed for at sikre tæt samarbejde og skabe faglig sammenhæng med den somatiske ekspertise på området.

Hovedfunktioner og optageområder i børne- og ungdomspsykiatrien

Hovedfunktionen inden for børne- og ungdomspsykiatri udgør som i psykiatrien kernen i aktiviteten og retter sig mod patienter med de hyppigst forekommende sygdomme. Hovedfunktionen omfatter den almene psykiatri i den ambulante og den stationære behandling samt konsulentbistand til kommunale døgninstitutioner for børn og unge, til kommunernes pædagogisk psykologiske rådgivning (PPR) og til somatiske hospitalsafdelinger.

Der eksisterer ikke i dag en akutfunktion i børne- og ungdomspsykiatrien. Derfor søges der etableret en akutmodtagelse i Glostrup med 6 senge fælles for hele regionen. I akutmodtagelsen bliver der speciallægedækning på døgnbasis. Akut syge patienter kan visiteres eller indbringes, og der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand døgnet rundt.

For at sikre kriminelle unge med psykisk lidelse samme adgang til undersøgelse, behandling og indlæggelse i ungdomspsykiatrisk regi som ikke krimi-

nelle søges der samme sted etableret et ungdomspsykiatrisk intensivt lukket afsnit med 6 senge. Funktionen, der er en specialfunktion, er for målgruppen af udadreagerende unge og unge retspsykiatriske patienter.

De børne- og ungdomspsykiatriske centre samles under følgende planlægningsområder og betjener følgende kommuner og bydele:



Planlægningsområde Nord

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød betjener Helsingør, Frederiksværk-Hundested, Frederikssund, Gribskov, Hillerød, Fredensborg, Allerød og Hørsholm kommuner.

Planlægningsområderne Midt og Syd

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup betjener Planlægningsområde Midt og de dele af Planlægningsområde Syd, der ikke er en del af Københavns Kommune, nemlig kommunerne: Egedal, Furesø, Rudersdal, Ballerup, Herlev, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk, Gentofte, Albertslund, Vallensbæk, Ishøj, Glostrup, Høje-Tåstrup, Rødovre, Hvidovre, Brøndby, Tårnby og Dragør.

Børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium i Gentofte er fortsat organisatorisk sammenlagt med Glostrup. De ambulante funktioner betjener Egedal, Furesø, Rudersdal, Ballerup, Herlev, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Gentofte kommuner. Indlæggelser foregår i Glostrup.

Planlægningsområde Byen og Syd

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg betjener Planlægningsområde Byen og de dele af Planlægningsområde Syd, der er en del af Københavns Kommune, dvs. hele Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

Optageområderne for børne- og ungdomspsykiatrien kan senere blive justeret i lyset af behov og kapacitet.

Specialfunktioner i børne- og ungdomspsykiatri omfatter såvel ambulante behandling som stationær behandling. En række af de specialiserede funktioner eksisterer allerede i regionen og fortsætter. Det drejer sig om svære og komplicerede psykiske udviklingsforstyrrelser, svære og komplicerede psykotiske lidelser, komplicerede spiseforstyrrelser og svære og komplicerede neuropsykiatriske forstyrrelser.

Økonomi

Region Hovedstaden står over for store økonomiske udfordringer i de kommende år. På den baggrund er det ikke realistisk at forudsætte udvidelser af driftsbudgettet til psykiatrien, og forbedringer, der er foreslået i Psykiatriplanen, må derfor forudsættes finansieret ved omlægning af behandlingsindsatsen.

Anlægsøkonomiske konsekvenser af Psykiatriplanen

Implementering af Psykiatriplanen medfører en række anlægsprojekter. Ombygning og nybyggeri på Psykiatrisk Center Sct. Hans og ombygning og nybyggeri i Hørsholm, til husning af det nuværende psykiatriske center i Gentofte, er det mest omkostningskrævende. Der er samtidig centre, som stadig har et renoveringsbehov, og hvortil der allerede er afsat midler i budget 2008-2010 (Bispebjerg og Psykiatrisk Center Nordsjælland, afdeling i Hillerød), mens der er andre centre, som har det samme moderniseringsbehov, uden at der er afsat budgetmidler hertil. Anlægsprojekterne skønnes at koste ca. 1,3 mia. kr.

Konkretisering og udmøntning af Psykiatriplanen

Psykiatriplanen angiver først og fremmest retningen for den kommende udvikling af den psykiatriske betjening i Region Hovedstaden på et overordnet niveau. Forslaget angiver desuden en ændring af optageområder og forslag til enkelte konkrete initiativer på områder, hvor der skønnes at være påtrængende behov for øget kapacitet og afkortning af ventetid.

Planen realiseres så hurtigt som muligt. Planens realisering er afhængig af, at regering og folketing tilfører nye økonomiske midler hertil. Der skal udarbejdes prioriterede handlingsplaner, der tager det størst mulige hensyn til, at patienterne også her og nu har behandlingsbehov, som Region Hovedstaden skal løse. Ved økonomiforhandlingerne mellem regeringen og regionerne er det nødvendigt at afsætte tilstrækkelige midler til bl.a. renoveringer, nybyggeri og apparatur, ikke blot i et 5-årigt forløb, men også i årene herefter.

2. Generelt om psykiatriplanlægningen

Regionen skal i henhold til sundhedsloven udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Psykiatriplan 2007 for Region Hovedstaden er et af de første skridt i regionens samlede sundhedsplanlægning.

Samtidig med psykiatriplanen vedtages en hospitalsplan. Psykiatriplan og Hospitalsplan er udarbejdet i tæt sammenhæng for at sikre, at der er sammenhæng og overensstemmelse mellem de to planers hovedelementer. Det har bl.a. været et væsentligt hensyn at tilstræbe ensartede optageområder inden for psykiatrisk og somatisk hospitalsbehandling. Endvidere følges hospitalsplanen og psykiatriplanen ad for at sikre en samlet fornuftig udnyttelse af de eksisterende bygningsmæssige rammer.

De øvrige elementer i den samlede sundhedsplanlægning er:

- Sundhedsaftalerne med kommunerne
- Sundhedsberedskab og præhospital indsats
- Praksisplan for almen praksis, speciallægepraksis og øvrige sygesikringsområder
- Øvrige regionale planer på sundhedsområdet.

2.1 Psykiatriplanen mellem politiske prioriteringer og sundhedsfaglige vurderinger

Psykiatriplan 2007 for Region Hovedstaden hviler især på følgende grundlag:

1. De psykiatripolitiske hensigtserklæringer vedtaget i forberedelsesudvalget den 12. december 2006
2. Underudvalget for psykiatri og social's analyse af det optimale befolkningsunderlag for specialerne på baggrund af redegørelserne fra regionens Sundhedsfaglige Råd forelagt for forberedelsesudvalget den 12. december 2006.

De psykiatripolitiske hensigtserklæringer har lagt den politiske ramme for det planarbejde, der har udmøntet sig i Psykiatriplan 2007.

Forberedelsesudvalget har den 12. december 2006 vedtaget følgende psykiatripolitiske hensigtserklæringer, som udgør en central del af grundlaget for forslaget til regionens psykiatriplan.

Psykiatripolitiske hensigtserklæringer i Region Hovedstaden

Psykiatrien varetager behandlingen af en stor og sammensat patientgruppe med varierende og forskellige behandlingsbehov. Fælles for patienterne er

behovet for, at der er en klar sammenhæng i behandlingsforløbet, hvad enten det er af kortere eller længere varighed.

Med strukturreformen er vilkårene for at sikre en sammenhængende indsats for de psykisk syge ændret. Kommunerne får det samlede ansvar for den sociale indsats, mens regionerne får behandlingsansvaret.

Antallet af psykisk syge er større i Region Hovedstaden end i resten af landet, og der er overrepræsentation af de mest resursekrævende patientgrupper, som er de skizofrene, de retspsykiatriske patienter og patienter, der tillige har store misbrugsproblemer. Mange har gennem et helt livsforløb behov for behandling.

Region Hovedstaden har valgt at samle Psykiatrivirksomheden og de socialpsykiatriske institutioner, som regionen skal drive, for at opprioritere sammenhæng i behandlingstilbudene, og for at understøtte samspillet med kommunerne om de psykisk syge.

Derudover er det nødvendigt at have øje for, at psykiatrien indgår i et frugtbart tværfagligt samarbejde med hospitalerne og praksissektoren om behandling, forskning og udvikling.

Region Hovedstaden skal sikre god organisering, vidensdeling og koordinering på psykiatriområdet samt udarbejde en egentlig forsknings- og udviklingspolitik, der er forudsætningen for arbejdet med en videnbaseret psykiatri.

Partierne er på den baggrund enige om følgende:

- 1.** Udgangspunktet for den kommende psykiatriplanlægning skal være, at sindslidende skal have den nødvendige, men samtidig mindst indgribende hjælp, så de kan leve en så normal tilværelse som muligt. I den psykiatriske behandling skal der være tilbud om aktiviteter og motion, så vi udnytter de sindslidendes resurser bedst muligt. Den sindslidende skal opleve sammenhæng i behandlingen – og sammenhæng med den socialpsykiatriske indsats. Derfor må de psykiatriske tilbud fungere så tæt på patienterne som fagligt muligt. For nogle sindslidende er der behov for specialiserede tilbud.
- 2.** Det er muligt helt eller delvist at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser. Kontakten mellem patient og behandler skal være præget af den synsvinkel. Samtidig skal indsatsen kunne rumme dem, der har et årelangt behov for hjælp, og hvor samspillet mellem kommunernes sociale tilbud og regionens behandlingstilbud er særlig vigtigt. En egentlig forløbskoordinatorfunktion skal etableres.
- 3.** Regionens tilbud skal videreudvikles mod nærhed og tilgængelighed gennem en veludbygget distriktskykiatri med opsøgende psykiatriske team. Herved kan indsatsen over for den enkelte sindslidende blive bedre, og ikke mindst bedre planlagt, så behovet for akut hjælp på de psykiatriske skadestuer og akut indlæggelse bliver mindre. Men der skal fortsat være mulighed for hjælp hele døgnet.

4. Der er gennem de seneste år sket markante forbedringer af de fysiske rammer for indlagte psykiatriske patienter. Indsatsen skal fortsætte, så alle får mulighed for enestuer og adgang til gode udenomsarealer. Behovet for flere skærmede afsnit som alternativ til lukkede afsnit skal vurderes. Der skal være mulighed for en målrettet intensiv behandling og rehabilitering under indlæggelse, når der er behov for det.

5. En forebyggende indsats, beskæftigelse og fritidsaktiviteter, fx motion, er områder, der varetages af kommunerne. De praktiserende læger og speciallæger er også en del af patientbehandlingen. Nye samarbejdsideer skal afprøves, udvikles og vurderes med henblik på at forbedre behandling af og livskvaliteten for de sindslidende. Sådanne samarbejder kan evt. indgå i sundhedsaftalerne med kommunerne.

6. Medarbejderne yder i dag en stor og god indsats – under ofte vanskelige betingelser. En indsats af høj kvalitet og med omsorg for de sindslidende forudsætter et velkvalificeret og motiveret personale. Efteruddannelse og et godt arbejdsmiljø er blandt de faktorer, der skal bidrage til den nødvendige kvalitetsudvikling i psykiatrien. Tværfaglighed skal præge indsatsen. Det er nødvendigt, at der skabes vilkår, der understøtter, motiverer og fastholder det nuværende personale og rekruttering af nye medarbejdere. Der må forudses mangel på fx læger i en lang årrække, bl.a. fordi der i disse år uddannes færre end det antal, der bliver behov for. Derfor skal mulighederne for bedre rekruttering, effektiv tilrettelæggelse af behandlingsindsatsen og at andre personalegrupper varetager opgaver, der i dag varetages af læger, indtænkes. Det er nødvendigt at sikre opdateret viden hos alle, der arbejder med psykisk syge. Det gælder også almen praksis.

7. Brugere og pårørende er vigtige samarbejdspartnere, der skal inddrages i regionens tilbud til psykisk syge. En patient- og pårørendepolitik skal udgøre den overordnede ramme for indsatsen.

Patienterne og de pårørende, som patienterne ønsker inddraget, skal almindeligvis tages med på råd i tilrettelæggelsen af den konkrete indsats. Også børn af psykisk syge har brug for særlig opmærksomhed.

Viden om psykisk sygdom er væsentlig for både patienter, pårørende og den øvrige befolkning. Derfor skal informationsindsatsen om psykisk sygdom styrkes.

8. Der skal sættes større fokus på kvalitet i den samlede indsats for sindslidende. I regionen skal psykiatrien sammen med hospitalerne indgå i et fælles kvalitetsarbejde med patientsikkerhed og akkreditering, og indsatsen i socialpsykiatrien og samarbejdet mellem de enheder, der behandler og støtter de psykisk syge, skal evalueres systematisk. Der skal løbende laves brugertilfredshedsundersøgelser, og resultaterne skal aktivt bruges til forbedringer af indsatsen. Mulighederne for reduktion af tvang vurderes.

9. Børne- og ungdomspsykiatrien skal fortsat styrkes. Psykisk syge børn og unge er en udsat gruppe. Der er for lang ventetid på undersøgelse og behandling. Det må ændres, og der må sikres et tæt samarbejde med kommunerne, så børne- og ungdomspsykiatrien får bedre muligheder for at målrette indsatsen i behandlingssystemet mod dem, der har gavn af den.

10. Debuterende yngre psykisk syge skal have hurtig og intensiv hjælp med henblik på at forbedre mulighederne for rehabilitering.

11. Ældre med sindslidelser skal på linje med andre patienter sikres en mulighed for ambulans behandling eller behandling fra udgående team. Arbejdet med demenssygdommene skal indgå i forskningsindsatsen, og opfølgning i eget hjem og på plejehjem efter udredning er et særligt fokusområde i en kommende ældreplan. Forbruget af unødvendig vanedannende medicin for ældre demente skal reduceres.

12. Det er nødvendigt gennem en særlig indsats at sikre, at ny viden og medicin bruges konstruktivt i den samlede behandling af patienterne. Dette kræver et særligt samarbejde med speciallæger, praktiserende læger og kommunerne.

13. Den retspsykiatriske indsats og indsatsen over for sindslidende med stofmisbrug skal have høj kvalitet og dække regionens behov.

Sengekapaciteten til de vanskeligste retspsykiatriske patienter har gennem en årrække været under voksende pres. Kapacitetsbehovet skal løbende analyseres, og der skal være det nødvendige antal sengepladser, ligesom behandlingen under indlæggelse skal ske med betryggende sikkerhed for patienterne og under hensyntagen til følelsen af tryghed hos såvel naboer som hele regionens befolkning.

14. Da hovedstadsregionens forbrug på psykiatriområdet er stort sammenlignet med resten af landet, er det nødvendigt med en sammenlignende analyse med det øvrige land, der også inkluderer indsatsen på socialpsykiatriske boenheder i kommunerne.

15. Høj kvalitet i behandlingen kræver et stærkt forskningsmiljø. Psykiatrien skal indgå på lige fod med de somatiske specialer i den forskningspolitik og –indsats, der er fastlagt i de sundhedspolitiske hensigtserklæringer i Region Hovedstaden.

Næste skridt i planprocessen var, at underudvalget for psykiatri og social foretog en analyse af det optimale befolkningsunderlag for de enkelte specialers hovedfunktioner. Analysen blev foretaget på baggrund af bidrag fra regionens sundhedsfaglige råd med besvarelse af spørgsmål om befolkningsunderlag og sammenhæng mellem specialerne. Se bilag 1.

Psykiatriplan 2007 tager sit afsæt i disse politiske prioriteringer og faglige vurderinger.

2.2 Formelle rammer

Regionens planlægning af den hospitalsbaserede psykiatri er reguleret i sundhedslovens bestemmelser for specialeplanlægning. Sundhedsloven giver Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen klarere og vidtgående beføjelser og forpligtelser i forhold til specialeplanlægningen af lands- og landsdelsfunktionerne (specialfunktioner).

Sundhedsstyrelsen har nedsat et rådgivende udvalg for specialeplanlægning, hvis opgave er at drøfte det faglige grundlag for specialeplanlægning og komme med oplæg til Sundhedsstyrelsens udmeldinger vedrørende specialeplanlægning. Region Hovedstaden deltager heri.

Sundhedsstyrelsen har igangsat en gennemgang af alle specialer med henblik på at opstille de konkrete krav til specialfunktioner. Den samlede gennemgang af alle specialer forventes at tage ca. 2 år og være afsluttet i september 2008. Der vil dog komme løbende meldinger om planlægningen de enkelte specialer inden da.

Såfremt Sundhedsstyrelsen efterfølgende udmelder konkrete specialespecifikke krav, der ikke allerede er imødekommet i regionens psykiatriplan 2007, vil dette blive håndteret konkret.

2.3 Regeringens psykiatriaftale

Siden 1999 har regeringen og Amtsrådsforeningen indgået psykiatriaftaler, hvor der er afsat mål og ressourcer til udbygning af psykiatrien, både hvad angår de fysiske rammer, behandlingskapacitet, behandlingstilbud og sociale tilbud.

Der er indgået forlig om en ny og fjerde aftale for perioden 2007 – 2010. Med afsæt i de hidtidige resultater fokuseres der i den nye aftale på udvikling og udbygning af mere nuancerede, specifikke og målrettede tilbud med udgangspunkt i forskellige patientgruppers behov. Der er afsat midler til:

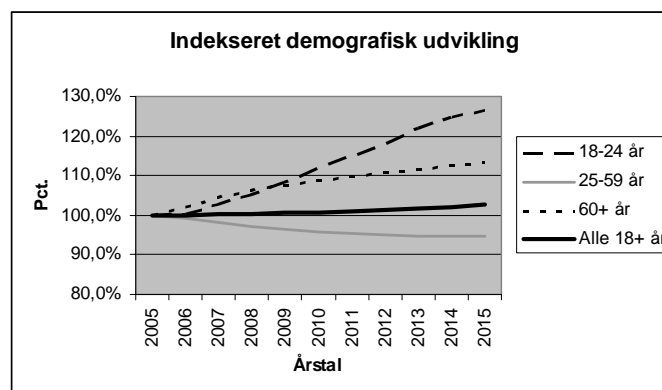
- Fortsat styrkelse og videreførelse af aktivitetsniveau i børne- og ungdomspsykiatrien og gradvis indførelse af udvidet behandlingsret
- Styrkelse af indsatsen i retspsykiatrien
- Styrkelse af indsatsen overfor ikke-psykotiske lidelser
- Tilgængelighed og opsøgende og udgående virksomhed samt
- Landsdækkende udviklings- og forskningsinitiativer.

I forliget er der desuden en målsætning om, at alle patienter i psykiatrien fra 2010 skal have udvidet behandlingsret i lighed med udvidet frit sygehusvalg på det somatiske område.

Psykiatriplanen afspejler og hænger sammen med de indsatsområder, der vægtes i psykiatriaftalen.

2.4 Den demografiske udvikling i regionen

Psykiatriens kernemålgruppe, der er borgere over 18 år, forventes at være nogenlunde stabil i de kommende 10 år. Inden for denne samlede gruppe forventes der imidlertid at ske en forskydning, således at der kommer forholdsvis flere unge (18-24 år) og forholdsvis flere ældre (60+ år), mens der bliver færre 25-59 årige. Den fremtidige tilrettelæggelse af psykiatrien skal tage højde for disse aldersforskydninger.



Figur 1: Indekseret befolkningsudvikling i Region Hovedstaden 2005-15

Der findes ikke danske undersøgelser over den samlede forekomst af psykiske sygdomme. På baggrund af udenlandske undersøgelser og en ny dansk undersøgelse over forekomsten af depression og stress i Danmark skønnes det, at der er følgende forekomster af psykiske lidelser i løbet af et år:

- Depressiv lidelse: 2-5 pct. mænd og 5-8 pct. kvinder
- Angstlidelse: 10 pct. af befolkningen
- Lidelse med alkohol- og stofafhængighed: 2-3 pct. af befolkningen
- Skizofreni: 1 pct. af befolkningen
- Bipolar lidelse (mani/depression): 1 pct. af befolkningen

Det er ikke alle, der har behov for udredning og behandling i det psykiatriske behandlingssystem. Det konkrete kapacitetsbehov afhænger af, hvorvidt tilstanden kræver sygehusbaseret psykiatrisk indsats, og af hvorledes primærsektoren er rustet til at varetage opgaven. WHO peger dog generelt på, at psykiatrisk sygdom er blandt de sygdomme, der er mest belastende for sundhedstilstanden. Endelig skal det fremhæves, at antallet af retspsykiatriske patienter de seneste 20 år er steget kraftigt, og de seneste år med ca. 10 pct. pr. år.

Børne- og ungdomspsykiatriens kernemålgruppe, der er børn og unge mellem 0-18 år, forventes at være nogenlunde stabil i Region Hovedstaden i de kommende 10 år. Denne samlede gruppe forventes der imidlertid at ske en forskydning, således at der kommer forholdsvis færre børn og forholdsvis flere unge.

Ifølge Sundhedsstyrelsen har ca. 10 pct. af alle børn og unge en form for psykiske problemer. Det er dog kun en mindre del af disse børn og unge, som har behov for egentlig psykiatrisk udredning og behandling. Behovet for kapacitet er i et vist omfang afhængigt af den konkrete arbejdsdeling i forhold til social- og undervisningssektoren og i forhold til primærsektoren. Aktuelt henvises 0,7 pct. til børne- og ungdomspsykiatrien. Denne andel har i de seneste år været stigende fra 0,4 pct. i 2001 over 0,6 pct. i 2004. Behovet vurderes at være ca. 2 pct., hvilket svarer til niveauet i voksenpsykiatrien og i børne- og ungdomspsykiatrien i flere andre lande.

Samtidig er der, på trods af tilførsel af midler blandt andet fra regeringens psykiatripulje, en betydelig venteliste. Der behandles flere og flere patienter i børne- og ungdomspsykiatrien, men på grund af et fortsat stigende antal henvisninger, er der ikke sket et fald i ventelisterne.

2.5 Hovedfunktion og specialfunktion

Der skelnes i det følgende især mellem to forskellige typer af funktioner; hovedfunktioner og specialfunktioner:

- **Hovedfunktioner** omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor såvel sygdom som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, hvor kompleksiteten er begrænset, og hvor ressourceforbruget ikke tilsiger en samling af ydelserne (dvs. det almindelige og hyppige).
- **Specialfunktioner** omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er sjældent forekommende, og/eller hvor ydelserne er af betydelig kompleksitet, og/eller hvor ressourceforbruget tilsiger samling af ydelserne (dvs. det sjældne, det dyre og det komplicerede).

De fleste psykiatriske centre varetager hovedfunktioner, mens specialfunktioner er begrænset til færre steder.

Graden af nødvendig samling af ydelserne afhænger således af graden af kompleksitet mv., hvorfor specialfunktioner i Sundhedsstyrelsens terminologi underinddeles i bl.a. regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. Regionsfunktioner omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ydelserne er af betydelig kompleksitet, og/eller hvor ressourceforbruget tilsiger en vis samling af ydelserne.

Regionsfunktioner placeres som udgangspunkt på psykiatriske centre i regionen. Visse specialfunktioner kan dermed varetages i alle regioner, og andre kun i få eller ét sted i landet. Placeringen af specialfunktionerne skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. I Region Hovedstadens hospitalsplanlægning vil

det dog kun sjældent give mening at skelne mellem specialfunktioner og regionsfunktioner.

2.6 Kompetencecentre

Som led i fortsat specialisering etableres et antal kompetencecentre i regionen. Kompetencecentre har fokus på sjældne sygdomme og/eller meget komplekse sygdomme. Kompetencecentre er en specialiseret funktion, hvor der er et stort udviklingspotentiale i forhold til den pågældende målgruppe.

Et kompetencecenter indbefatter patientbehandling, en forsknings- og udviklingsforpligtelse, en formidlings- og koordinationsforpligtelse og kræver i nogle tilfælde tildeling af ressourcer. Behandlingsopgavens omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen kan variere. Kompetencecentre opfylder behovet for specialisering og nærhed, og kan fungere som faglige flagskibe i forhold til specifikke målgrupper og vil i den forstand være katalysatorer for ekspertise og evidensbaseret "best practice". Samtidig er kompetencecentrene forpligtiget til at formidle denne viden videre til regionens hovedfunktioner.

Kompetencecentre er fleksible og kan tilpasses forskellige forhold. Hvis eksempelvis målgruppen er stor, vil størstedelen af behandlingen foregå i hovedfunktionerne og eventuelt de mest alvorlige tilfælde i kompetencecenteret. Patientvolumen bevares således i hovedfunktionerne.

Kompetencecenteret har udover ansvaret for behandling af patienter samtidig pligt til at opsamle og formidle viden til behandlingssystemet herunder til hovedfunktionerne, samt ansvar for forskning og udvikling. Afhængig af centrets størrelse kan centret desuden varetage uddannelse. Kompetencecentre kan dække et eller flere planlægningsområder, og behandlingen kan foregå i tilknytning til stationære afsnit eller i distriktpspsykiatrien.

Det er vigtigt, at der ikke etableres kompetencecentre i større omfang end ressourcerne kan bære. Med mangel på speciallæger og specialuddannede sygeplejersker er det ikke hensigtsmæssigt at dræne hovedfunktionerne for kvalificeret personale. Der er behov for at bevare et generalistniveau med bred viden inden for alle felter af psykiatrien med henblik på at kunne vurdere hvilke behov patienterne har for specialiseret behandling og hvornår.

3. Planlægningsområder voksen-psykiatri

Hospitalsplanen inddeler Region Hovedstadens hospitalsvæsen i fire nye planlægningsområder – Nord, Midt, Byen og Syd. Planlægningsområderne er underopdelt i ti optageområder. Psykiatriplanen følger stort set forslag til hospitalsplanens medicinske optageområder for at sikre overensstemmelse mellem de to planers hovedelementer.

Et centralt hensyn har været, at den enkelte kommune, og i Københavns Kommune den enkelte bydel, skal have én primær samarbejdspartner. Optageområderne følger derfor kommunegrænserne og i Københavns Kommune bydelsgrænserne.

Hensynet til borgerne på Bornholm medfører, at hovedfunktionen psykiatri fortsat varetages på Bornholm. Bornholm indtager en særstilling og indgår derfor ikke direkte i de fire planlægningsområder.

Optageområder for den stationære voksenpsykiatri

Kommune/Psykiatrisk center	Indbyggere	Kommune/Psykiatrisk center	Indbyggere
Allerød	23.498	Fredensborg	39.131
Gribskov	40.360	Helsingør	61.340
Hillerød	45.584	Hørsholm	24.317
Hillerød	109.442	Helsingør	124.788
Kommune/Psykiatrisk center	Indbyggere		
Frederikssund	43.734		
Frederiksværk-Hundested	30.513		
Frederikssund	74.247		
Kommune/Psykiatrisk center	Indbyggere	Kommune/Psykiatrisk center	Indbyggere
Gladsaxe	61.735		
Ballerup	46.654		
Egedal	39.948	Lyngby-Tårnbæk	51.908
Furesø	37.370	Rudersdal	54.241
Herlev	27.023	Gentofte	68.623
Ballerup	212.730	Hørsholm	174.772
Kommune/Bydel/Psykiatrisk center	Indbyggere	Kommune/Bydel/Psykiatrisk center	Indbyggere
Brøndby	34.247	Amager Vest	48.631
Hvidovre	49.762	Amager Øst	48.531
Valby	45.598	Dragør	13.154
Vesterbro	50.303	Tårnby	39.708
Hvidovre	179.910	Amager	150.024

Kommune/Psykiatrisk center	Indbyggere	Kommune/Psykiatrisk center	Indbyggere
Albertslund	27.853		
Vallensbæk	12.230		
Ishøj	20.820		
Glostrup	20.699		
Høje-Taastrup	46.257		
Rødovre	36.506		
Glostrup	164.365	Bornholm	43.337

Kommune/Bydel/Psykiatrisk center	Indbyggere	Kommune/Bydel/Psykiatrisk center	Indbyggere
Bispebjerg	44.971		
Brønshøj-Husum	39.639		
Indre by	44.728		
Nørrebro	71.799		
Østerbro	67.351	Frederiksberg	91.855
Udenfor inddeling	3.469	Vanløse	36.138
Bispebjerg/Rigshospitalet	271.957	Frederiksberg	127.993

Alle indbyggertal er opgjort pr. 1. januar 2006

For specialfunktionerne vil udgangspunktet være, at de kun varetages ét sted i regionen. De varetages som udgangspunkt i kompetencecentre i samspil med hovedfunktionerne.

De psykiatriske centre samles under følgende planlægningsområder:

- Planlægningsområde **Nord:** (Psykiatrisk Center Hillerød)
- Planlægningsområde **Midt:** (Psykiatrisk Center Ballerup samt Psykiatrisk Center Gentofte på sigt Hørsholm)
- Planlægningsområde **Syd:** (Psykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Hvidovre, Psykiatrisk Center Amager)
- Planlægningsområde **Byen:** (Psykiatrisk Center Rigshospitalets, Psykiatrisk Center Bispebjerg og Psykiatrisk Center Frederiksberg)

Planlægningsområde Nord

Psykiatrisk Center Nordsjælland varetager hovedfunktionen. Der er sengeafsnit i Hillerød, der betjener Allerød, Gribskov og Hillerød. Frederikssund betjener Frederikssund og Frederiksværk-Hundested, og Helsingør betjener Fredensborg, Helsingør og Hørsholm. Borgere fra Hørsholm Kommune kan lovgivningens rammer for frit sygehusvalg søge psykiatrisk behandling i Hørsholm

Planlægningsområde Midt

Psykiatrisk Center Ballerup dækker kommunerne Gladsaxe, Ballerup, Egedal, Furesø og Herlev. Centrets nuværende optageområde udvides med de tidligere kommuner Ølstykke og Stenløse, der indgår i Egedal Kommune, og med den tidligere Farum Kommune, der indgår i Furesø Kommune.

På længere sigt dækkes eventuelt også Rødovre Kommune, der indgår i Planlægningsområde Midt. Herved vil centrets optageområde blive sammenfaldende med Herlev Hospitals medicinske optageområde.

Psykiatrisk Center Gentofte flyttes til Hørsholm og dækker kommunerne Gentofte, Lyngby-Tårnbæk og Rudersdal. I forhold til nu er det en udvidelse med den tidligere Birkerød Kommune, der indgår i Rudersdal Kommune. Centrets optageområde vil herefter svare til Gentofte Hospitals medicinske optageområde.

Planlægningsområde Syd

Psykiatrisk Center Glostrup dækker kommunerne Albertslund, Vallensbæk, Ishøj, Glostrup, Rødovre og Høje-Tåstrup. Det betyder, at Hvidovre Kommune og Brøndby Kommune ikke længere er en del af centrets optageområde. Herefter dækker centret et optageområde svarende til Glostrup Hospitals medicinske optageområde samt Rødovre Kommune.

Psykiatrisk Center Hvidovre dækker de københavnske bydele Vesterbro og Valby og kommunerne Hvidovre og Brøndby. Det betyder, at Vanløse ikke længere er en del af centrets optageområde, mens centret omvendt overtager betjeningen af Hvidovre Kommune og Brøndby Kommune. Herved svarer optageområdet til Hvidovre Hospitals medicinske optageområde.

Psykiatrisk Center Amager dækker de københavnske bydele Amager Vest og Amager Øst samt kommunerne Tårnby og Dragør. I forhold til nu udgår den tidligere københavnske bydel Christianshavn, der fremover hører til Indre By. Herved svarer optageområdet til Amager Hospitals medicinske optageområde.

Planlægningsområde Byen

Psykiatrisk Center Bispebjerg dækker bydelene Brønshøj-Husum og Bispebjerg. Psykiatrisk Center Rigshospitalets dækker Indre By. Bydelene Nørrebro og Østerbro er i dag delt mellem Rigshospitalet og Bispebjerg. Af hensyn til sammenhængen med den kommunale bydelsinddeling – og hermed opdeling af socialcentre - fordeles Nørrebro og Østerbro på henholdsvis Bispebjerg og Rigshospitalet efter en nærmere analyse af de praktiske og kapacitetsmæssige muligheder. Tilsammen dækker de to centre det samme optageområde som hidtil, svarende til det medicinske optageområde for Bispebjerg Hospital.

Psykiatrisk Center Frederiksberg dækker Frederiksberg Kommune og Vanløse. I forhold til nu er det en udvidelse med Vanløse.

4. Hovedfunktion voksenpsykiatri

Hovedfunktionen inden for voksenpsykiatri udgør kernen i aktiviteten i psykiatrien og retter sig mod patienter med de hyppigst forekommende sygdomme. Hovedfunktionen omfatter den almene psykiatri i den ambulante og den stationære behandling, samt tilsynsvirksomhed over for de somatiske afdelinger og konsulentbistand til kommunale og regionale institutioner. Der tilbydes en bred og fleksibel vifte af behandlingstilbud i overensstemmelse med patienternes behov.

Behandlingen af de sjældent forekommende sygdomme eller tilstande vil i nogle tilfælde foregå i hovedfunktionen i samarbejde med en højt specialiseret funktion eller en regionsfunktion eventuelt i form af en faglig opbakning fra en satellit eller et kompetencecenter. Hovedfunktionen varetager den overvejende del af den psykiatriske behandling, som består af distriktspsykiatri, herunder opsøgende psykiatriske team, OPUS-team og udgående ældre-team samt ambulatorier, dagtilbud og sengeafsnit. De enkelte funktioner beskrives nedenfor.

4.1 Skadestuefunktion og psykiatrisk udrykningstjeneste

Den akutte betjening foregår i dag på de psykiatriske skadestuer, som i reglen har flere funktioner. Først og fremmest er skadestuen en sikring af tilgængelighed, idet alle borgere, som er i stand til at opsøge skadestuen, betjenes døgnet rundt. Herudover er skadestuen den mest almindelige indgang til behandlingssystemet, idet de fleste indlæggelser foregår akut. Endvidere tilbydes lægelig vurdering, diagnostik og visitation samt aflastende overnatning i visse tilfælde, hvor der ikke er behov for en egentlig indlæggelse. Nogle steder behandles alkoholabstinenser også i skadestuen. De fleste steder benytter de psykiatriske centre også skadestuen til tilsynsfunktion og ECT-behandling (elektrostimulation).

Fælles for H:S og Københavns Amt har der eksisteret en psykiatrisk udrykningstjeneste, som har varetaget akutte psykiatriske problemstillinger uden for psykiatrisk center. Den psykiatriske udrykningstjeneste fortsætter og servicerer hele regionen. Den psykiatriske udrykningstjeneste indgår i regionens præhospital indsats i samarbejde med lægebilerne og som en del af det kriseterapeutiske sundhedsberedskab.

I Frederiksborg Amt eksisterer det såkaldte akutteam, som indtil videre fortsætter.

I takt med udbygningen af distriktspsykiatrien og den opsøgende indsats samt i lyset af den tiltagende speciallægemangel skal akutbetjeningen vurderes med henblik på en mulig omorganisering, såfremt der herved kan opnås en mere rationel arbejds- og vagttilrettelæggelse.

4.2 Ambulant behandling

Langt størsteparten af den psykiatriske behandling finder sted ambulant. Den politiske hensigtserklæring om, at regionens tilbud skal videreudvikles mod nærhed og tilgængelighed gennem en veludbygget distriktspsykiatri med opsøgende psykiatriske team, forstærker denne udvikling. Derfor tilstræbes på sigt, at også den første kontakt til behandlingssystemet primært foregår ambulant gennem særlige kriseteam til udgående akut behandling, distriktspsykiatrien, ambulatorier, dagtilbud og lignende. Den faglige udvikling i den ambulante behandling går i retning af tilbud om behandlingsintensive, specialiserede og strukturerede behandlingsprogrammer.

4.2.1 Distriktspsykiatri

Distriktspsykiatrien er lokalt forankret (nærhedsprincippet), tværfaglig og samarbejder med en række aktører. I så høj grad som muligt er distriktspsykiatrien aktør i patienternes eget miljø. De tværfaglige psykologiske og sociale kompetencer skal sammen med de biologiske kompetencer indgå ligeværdigt i tilbuddet, som skal være netop så omfattende, som nødvendigt, for at borgeren med psykisk sygdom kan opnå et tilfredsstillende liv på egne præmisser.

Ambulant behandling bør tilstræbe lokal forankring og indgå i netværksarbejde, men den nødvendige intensitet varierer med sygdommens art. For de mere langvarige psykotiske sygdomme vil et tæt samarbejde med de sociale myndigheder, socialpsykiatrien, praktiserende læger, familien, det somatiske sundhedsvæsen, politi og andet netværk i lokalområdet være en væsentlig del af indsatsen. For andre, med eksempelvis moderate til svære unipolære affektive lidelser (depressioner) og de såkaldte ikke-psykotiske lidelser, kan der være solide sociale forhold, og derfor kan behovet for involvering af andre end patienten og familien være minimalt.

Distriktspsykiatrien kan, afhængig af personaleressourcerne, udføre opsøgende virksomhed. I takt med, at det samlede distriktspsykiatriske behandlingstilbud udvides, skal der ske en nærmere præcisering af distriktspsykiatriens opgaver, målgruppe og lignende. Åbningstiden i de distriktspsykiatriske centre skal vurderes med henblik på at finde den optimale balance mellem indsatsen i bl.a. distriktspsykiatrien, opsøgende psykiatriske team, de psykiatriske skadestuer og den psykiatriske udrykningstjeneste. Målet er, at indsatsen overfor den enkelte sindslidende bliver bedre og mere sammenhængende, så behovet for akut hjælp på de psykiatriske skadestuer og akutindlæggelse bliver mindre. Der skal fortsat være mulighed for hjælp hele døgnet. Udgangspunktet er en samlet distriktspsykiatriske enhed, hvor de ambulante specialtilbud herunder OP-team og OPUS-team er forankret.

4.2.2 Opsøgende psykiatriske team (OP-team)

En udbredning af opsøgende, intensivt ambulant behandling kan forbedre indsatsen overfor patienter med kroniske psykotiske tilstande, debuterende psykoser, dobbeltdiagnoser samt retspsykiatriske patienter.

OP-team rettet mod patienter med langvarige, komplicerede psykotiske tilstande er indført i optageområdet under det tidligere H:S, men findes kun i mindre omfang eller slet ikke i det tidligere Københavns Amt, Frederiksborg Amt og Bornholm. Med udgangspunkt i de politiske hensigtserklæringer skal dele af behandlingen i resten af regionen omstilles til ambulante, opsøgende, intensiverede og specialiserede tilbud. Samtidig hermed skal antallet af sengepladser tilpasses, idet indførelsen af OP-team erfaringsmæssigt reducerer behovet for genindlæggelser og dermed sengekapaciteten.

I optageområdet under det tidligere H:S er der på nær to team fuld dækning med OP-team. I regionens øvrige optageområder er dette ikke tilfældet. Der etableres og suppleres derfor med 6 til 10 OP-team fordelt efter behov i de enkelte optageområder.

4.2.3 Opsøgende psykiatriske team for unge med psykoser (OPUS-team)

I de kommende år forventes der flere borgere i regionen i alderen 18-24 år. Dermed forventes antallet af unge med debuterende psykoser også at ville stige. Indsatsen over for denne gruppe har derfor særlig bevågenhed og indgår i de politiske hensigtserklæringer.

OPUS-team for yngre voksne med debuterende psykoser er indført i optageområdet under det tidligere H:S, men findes kun i mindre omfang eller slet ikke i det tidligere Københavns Amt, Frederiksborg Amt og Bornholm.

Dele af behandlingstilbuddet i regionen foreslås omstillet til specialiserede OPUS-tilbud på baggrund af erfaringer fra H:S og Københavns Amt. Samtidig hermed skal antallet af sengepladser tilpasses, idet indførelsen af et OPUS-team erfaringsmæssigt reducerer behovet for genindlæggelser og dermed sengekapaciteten.

I optageområdet under det tidligere H:S er der fuld dækning med 3 OPUS-team. I regionens øvrige optageområder er dette ikke tilfældet. Der etableres og suppleres derfor med 3 OPUS-team fordelt efter behov i de enkelte optageområder.

4.2.4 Udgående ældreteam

Ældrepsykiatri (gerontopsykiatri) er stort set udbredt i alle hovedfunktioner, idet 8 ud af de 10 almenpsykiatriske centre har specialiserede tilbud til ældrepsykiatriske patienter. Oftest er der både tale om et sengeafsnit og om udgående team. Ældrepsykiatrien behandler alle typer af psykiske lidelser hos ældre.

I behandlingen af ældre er det et overordnet princip, at man i videst muligt omfang skal undgå indlæggelse. Der bør derfor sikres en bred dækning via udgående team og tæt samarbejde med kommuner og almenpraksis. Som udgangspunkt foregår omorganiseringen inden for den eksisterende økonomiske ramme.

Udredningen af demenstilstande foregår i dag forskelligt i regionen. Fremover vil visitationen foregå på tværs af specialerne psykiatri, neurologi og geriatri. De psykiatriske specialister til de tværfaglige demensteam vil have tæt relation til de udgående ældreteam.

4.2.5 Ambulatorier

Et psykiatrisk centers ambulatorium er et ambulat tilbud, som primært har fokus på at behandle sygdommen og i mindre grad fokus på netværksorientering. Det er ofte et behandlingstilbud med stor ekspertise i symptomvurdering og behandling. Målgruppen er patienter, som ikke har behov for en bred, tværfaglig behandling. Som eksempel kan nævnes de ovenfor nævnte patienter med moderate til svære unipolære affektive lidelser (depressioner) og ikke-psykotiske lidelser.

4.2.6 Dagtilbud

Et psykiatrisk centers dagtilbud behandler de samme patientmålgrupper som ambulatorierne, men her typisk i behandlingsintensive, specialiserede og strukturerede behandlingsprogrammer. Dagtilbuddene kan være placeret i tilknytning til stationære behandlingstilbud eller forankret i et distriktspsykiatrisk center.

4.3 Stationær behandling

Døgnbehandling kan foregå i enten åbent eller lukket regi afhængig af den enkelte patients tilstand. Målgruppen, som i udgangspunktet ikke kan behandles i eget hjem, kræver døgn dækning med hensyn til observation og behandling. I den akutte fase af eksempelvis en psykotisk episode, hvor patienterne er svært forpinte, og hvor der kan være tale om selvmordsrisiko, er der behov for sikring af de nødvendige livsfornødenheder og skånsom aktivering. I mere rolige faser, er der basis for en målrettet rehabilitering og genoprettelse af daglige færdigheder og sociale kompetencer. Der kan på den ene side være behov for kvalitetsprægede længerevarende indlæggelser, der forebygger tidlige uheldige genindlæggelser og på den anden side accelererede eller intensive patientforløb, der modvirker passiviserende spild- og eller ventetid og modvirker "institutionsklientgørelse".

Der skal ske en løbende udvikling og forbedring af det fysiske, psykiske og behandlingsmæssige miljø i de psykiatriske centre. Dette omfatter bl.a. faglig støtte og supervision af personalet med henblik på, hvorledes den psykiatriske behandling og rehabilitering kan organiseres og tilrettelægges med udgangspunkt i patienternes behov.

Herudover bør der fortsat være fokus på den fysiske standard, enestuer med videre, men tillige mulighederne for rekreativ beskæftigelse, udfoldelsesmuligheder, fysisk aktivitet, frisk luft, afveksling, mulighed for ro og venlige omgivelser. Mere dybtgående analyser af den samlede kvalitet af det enkelte centers miljø i sin helhed, herunder mere systematisk indhentning af patient-, pårørende- og personalevurderinger kan være en vej til at ændre det samlede negative image som psykiatriske centre generelt belastes af.

5. Specialfunktioner voksenpsykiatri

Den specialiserede psykiatri omfatter såvel ambulante behandling som stationær behandling. De specialiserede behandlingstilbud i ambulatorier og i dagtilbuddene, for eksempel de såkaldte daghospitaler, bevæger sig i dag i retning af behandlingsintensive, specialiserede og strukturerede behandlingsprogrammer. Distriktspsykiatriens specialiserede tilbud omfatter specialiserede opøgende psykiatriske team (special OP-team) for *særlige* målgrupper, som patienter med dobbeltdiagnoser eller retspsykiatriske foranstaltninger. Den specialiserede stationære behandling foregår enten i åbent eller lukket regi afhængig af den enkelte patients tilstand.

En lang række af de specialiserede funktioner eksisterer allerede i regionen. Således har regionens psykiatriske centre i henhold til Sundhedsstyrelsen specialeplanlægning hidtil varetaget funktioner, der har været amtsdækkende, og funktioner, der har været lands- og landsdelsdækkende.

I det følgende gennemgås den specialiserede psykiatri opdelt på henholdsvis specialiseret distriktspsykiatri, specialiseret behandling i ambulatorier og dagtilbud samt specialiseret stationær behandling. Den specialiserede psykiatri fordeles på nuværende funktioner og forslag om udvidelse af eksisterende funktioner som led i den fortsatte specialisering. For en detaljeret beskrivelse henvises til bilag 2.

De specialiserede funktioner er bortset fra Sct. Hans Hospital organisatorisk forankret i hovedfunktionernes planlægningsområder.

Der må på sigt påregnes behov for kapacitetsudvidelser. Udvidelse af eksisterende funktioner og etablering af nye funktioner finansieres delvis gennem en aflastning af hovedfunktionerne, idet der således vil ske en glidning af opgaver fra hovedfunktioner til specialfunktioner.

5.1 Specialiseret distriktspsykiatrisk behandling

Psykiatrisk Center Sct. Hans tilbyder patienter med dobbeltdiagnoser (misbrug og psykotiske tilstande) specialiseret ambulante behandling. I 2006 blev ambulatoriet udvidet med et opøgende dobbeltdiagnoseteam. I Københavns Amt blev den samme patientgruppe behandlet i København Amts Special Ambulatorium (KASA), som er overgået til Glostrup Kommune. I Frederiksborg Amt og på Bornholm fandtes ikke specialtilbud til denne patientgruppe.

Psykiatrisk Center Sct. Hans tilbyder retspsykiatriske patienter specialiseret ambulante behandling. I 2006 blev ambulatoriet udvidet med et retspsykiatrisk OP-team.

Det er vurderingen, at der ikke umiddelbart er behov for yderligere ambulante tiltag over for patienter med dobbeltdiagnoser eller retspsykiatriske patienter.

ter. På sigt kan det efter en behovsvurdering blive nødvendigt at udvide det eksisterende special OP-team i København eller at etablere et ekstra dobbelt-diagnose special OP-team i regionen.

5.2 Specialiserede behandlingstilbud i ambulatorier og dagtilbud

I Region Hovedstaden findes i dag landets største tilbud af specialiserede behandlingstilbud. De omdannes i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier fra de nuværende amtsdækkende funktioner og lands- og landsdelsfunktioner til regionsfunktioner og specialfunktioner. I Regionen findes der tillige en række faglige kompetencer, som der kan bygges videre på. Disse kompetencer kan anvendes og videreudvikles i kompetencecentre og satellitter. Baggrunden er ønsket om en kvalitetsforbedring ud fra faglige anbefalinger.

5.2.1 Eksisterende funktioner

Inden for regionen varetager stort set alle psykiatriske centre specialiserede funktioner over for en række forskellige målgrupper.

Med udgangspunkt i eksisterende funktioner foreslås følgende:

- Funktionen ”**døvepsykiatri**” fortsætter som højt specialiseret funktion
- Funktionen ”**epilepsikirurgi – psykiatrisk vurdering**” fortsætter som højt specialiseret funktion
- Inden for området ”**katastrofepsykiatri**” skal funktionen som landsfunktion afklares nærmere. De eksisterende beredskaber organiseres mere hensigtsmæssigt, idet det er nødvendigt at opbygge en organisation, hvor der opsamles erfaring med at håndtere større katastrofer
- Funktionen ”**militærpsykiatri**” fortsætter som højt specialiseret funktion
- Den højt specialiserede funktion ”**psykokirurgi – visitation**” oprettholdes
- Funktionen ”**sexologiske forstyrrelser – svære**” og ”**sexologiske lidelser – svære**” fortsætter som regions- og højt specialiseret funktion
- Funktionen ”**spiseforstyrrelser – svære**” fortsætter som højt specialiseret funktion (se endvidere 5.3.1).

5.2.2 Udvidelse af eksisterende funktioner

Regionen varetager i dag behandling af affektive lidelser, oligofreni (udviklingshæmmede med psykiske lidelser) og ikke-psykiske lidelser som amtsdækkende funktioner.

Befolkningsudviklingen viser, at der i de kommende år bliver flere ældre i regionen, hvilket medfører et stigende pres på behandling for affektive lidelser. I forhold til behandling inden for oligofreni er der på grund af rekrutteringsproblemer behov for at sikre det fremtidige faglige niveau. Endelig varetager regionen kun i mindre omfang behandling af ikke-psykotiske lidelser, hvor der de senere år har været et stigende pres.

Med udgangspunkt i de eksisterende funktioner foreslås følgende udvidelser:

- For ”**affektive lidelser af kompleks karakter**” etableres der to klinikker i planlægningsområde Nord og Byen. Den ene klinik har højt specialiseret- og regionsfunktion, og den anden klinik har satellitfunktion. Til klinikken med højt specialiseret funktion knyttes et kompetencecenter, der understøtter og superviserer behandlingen i hovedfunktionerne. Kompetencecentret har samtidig en forsknings- og udviklingsforpligtelse
- For ”**ikke-psykotiske lidelser**” etableres der med udgangspunkt i det nuværende Stolpegård en regionsfunktion med et kompetencecenter og ambulante enheder i den øvrige del af regionen med et fagligt miljø af større bredde, som kan danne baggrund for differentieret diagnostik, visitation og behandlingstilrettelæggelse. Kompetencecentret understøtter og superviserer behandlingen i hovedfunktionernes lokale enheder og har desuden en forsknings- og udviklingsforpligtelse
- Funktionen ”**oligofreni**” i Glostrup udvides til regionsfunktion, som dækker hele regionen, og der etableres ambulante enheder i den øvrige del af regionen.

Inden der foretages en udvidelse, skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres. Et behov for kapacitetsudvidelse må påregnes på sigt, men finansieres helt eller delvist gennem aflastning af hovedfunktionen, som hidtil har varetaget opgaven.

Inden for de specialiserede områder, rehabilitering, selvmordsforebyggelse, liaison, tilsynsvirksomhed samt transkulturel psykiatri er der generelt behov for oprustning for at sikre udbredning af faglig ekspertise i regionen.

Det foreslås derfor at etablere følgende funktioner:

- Inden for ”**rehabilitering**” etableres der en regionsfunktion med et tilknyttet kompetencecenter med understøttelse og supervision af behandlingen i hovedfunktionerne samt en forsknings- og udviklingsforpligtelse
- Inden for ”**patientrettet selvmordsforebyggelse**” etableres en regionsfunktion med et kompetencecenter. Patienterne fra eget optageområde behandles. Kompetencecentret understøtter og superviserer behandlingen overfor resten af regionen. Der er desuden en forsknings- og udviklingsforpligtelse
- Inden for ”**liaison og tilsyn**” undersøges mulighederne for at etablere en regionsfunktion, som understøtter alle de psykiatriske centre i forbindelse med tilsynsfunktionen
- Med udgangspunkt i Videnscenter for Transkulturel Psykiatri som i dag er landsdækkende, etableres der et kompetencecenter for ”**transkulturel psykiatri af kompleks karakter**” med regionsfunktion, som understøtter og superviserer behandlingen i hovedfunktionerne og har en forsknings- og udviklingsforpligtelse.

Herudover etableres der en regionsfunktion for ”torturofre (PTSD)”, som skal varetage specialiseret ambulans behandling af torturofre som supplement til de private behandlingstilbud, som regionen p.t. finansierer. Regionen har i budget 2007 afsat 5 mio. kr., som kan anvendes til formålet.

Inden etablering samt udvidelse af eksisterende funktioner skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres. Et behov for kapacitetsudvidelse påregnes på sigt, men finansieres helt eller delvist gennem aflastning af hovedfunktionerne, som hidtil har varetaget opgaven.

5.3 Specialiseret stationær behandling

5.3.1 Udvidelse og nye funktioner

Psykiatrisk Center Sct. Hans

Psykiatrisk Center Sct. Hans i Roskilde indtager både nu og i fremtiden en særstilling som regionens største specialiserede stationære behandlingstilbud. Det skyldes dels placeringen uden for regionen, og dels at centret rummer et større antal borgere, som afventer botilbud i Københavns Kommune.

Aktuelt varetager Psykiatrisk Center Sct. Hans specialbehandling af de sværeste tilfælde af patienter med retspsykiatriske foranstaltninger (Afdeling R), specialbehandling af patienter med dobbeltdiagnoser og patienter med hjerneskade (Afdeling M) og intensiv langtidsrehabilitering ved svære psykiske sygdomme (Afdeling L).

Kapaciteten på Psykiatrisk Center Sct. Hans målrettes til de behandlingsopgaver Region Hovedstaden skal varetage. Fremover omlægges de tre eksisterende funktioner på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Der etableres to afdelinger som regionsfunktioner for ”specialbehandling af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter”. Sengekapa- citeten til patienter med dobbeltdiagnoser reduceres ikke. Behandlingsindsatsen organiseres på en sådan måde, at patienterne får tryk- hed gennem behandling i overskuelige miljøer.

- Der etableres to afdelinger for funktionen ”**specialbehandling af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter**” som erstatning for nuværende senge samt udvidelse som følge af fremtidssikring. På dette grundlag estimeres det samlede behov til ca. 130 lukkede senge og et mindre antal åbne senge. Herudover etableres der på Psykiatrisk Center Sct. Hans en regionsfunktion med et kompetencecenter, der understøtter og superviserer behandlingen i hovedfunktionerne samt har en forsknings- og udviklingsforpligtelse. Inden etablering skal behandlingsopgavens omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.
- **Øvrige specialgrupper** omhandler tre patientgrupper; dels udslusning efter langtidsindlæggelse af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter, dels specialbehandling af patienter med dobbelt-

diagnoser og dels patienter fra regionens hovedfunktioner i øvrigt, som har behov for længerevarende intensiv rehabilitering under indlæggelse. Hertil kommer i en overgangsfase knap 50 færdigbehandlede fortrinsvis københavnske borgere, som enten er visiteret og indstillet til eksisterende botilbud, eller som venter på specialbotilbud, som indtil videre ikke forefindes. Der indledes drøftelser med Københavns Kommune om, hvordan kommunen hurtigt kan etablere de nødvendige tilbud til færdigbehandlede patienter indlagt på Psykiatrisk Center Sct. Hans og regionens øvrige psykiatriske centre.

Anden specialiseret stationær behandling

Nedenfor beskrives tre eksisterende tilbud, som enten flyttes eller udvides på baggrund af eksisterende enheder. Baggrunden er ønsket om en kvalitetsforbedring ud fra faglige anbefalinger.

- Inden for gruppen ”**patienter med debuterende psykoser, skizotypi og skizofreni**” etableres der med udgangspunkt i tre eksisterende forskningsmiljøer i planlægningsområderne Syd og Byen en fælles regionsfunktion med kompetencecenter med understøttelse og supervision af behandlingen i hovedfunktionerne samt en forsknings- og udviklingsforpligtelse. Området er bredt og dækker over flere målgrupper og flere funktioner.
- Specialbehandling af ”**hjerneskadede**” flyttes fra Psykiatrisk Center Sct. Hans til Planlægningsområde Syd. Det skyldes, at neurorehabilitering fremover placeres på Glostrup Hospital. Flytningen foretages for at sikre tæt samarbejde og skabe faglig sammenhæng med den somatiske ekspertise på området.
- Inden for området ”**spiseforstyrrelser**” fortsætter den højt specialiserede funktion på Rigshospitalet. Det vurderes, at der ikke er tilstrækkelig kapacitet. Der bør derfor ses på muligheden for at udvide stationær og ambulant aktivitet. Rigshospitalet får desuden regionsfunktion i samarbejde med Gentofte og Stolpegård, hvor der er særligt fokus på spiseforstyrrelser i ambulant behandling. Muligheden for etablering af et kompetencecenter forbundet hermed skal undersøges. Der skal endvidere etableres et samarbejde med den lignende funktion i Børne- og Ungdomspsykiatrien.

Inden etablering skal de specialiserede stationære behandlingstilbud for så vidt angår behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres. Et behov for kapacitetsudvidelse må påregnes på sigt, men finansieres helt eller delvist gennem aflastning af hovedfunktionerne, som hidtil har varetaget opgaven.

6. Planlægningsområder børne- og ungdomspsykiatri

Hospitalsplanen inddeler Region Hovedstadens hospitalsvæsen i fire nye planlægningsområder – Nord, Midt, Byen og Syd. Psykiatriplanen følger også for børne- og ungdomspsykiatrien stort set hospitalsplanen med undtagelse af Planlægningsområde Syd.

Hensynet til borgerne på Bornholm medfører, at hovedfunktionen for ambulante børne- og ungdomspsykiatri fortsat varetages på Bornholm. Bornholm indtager en særstilling og indgår derfor ikke direkte i de fire planlægningsområder.

De børne- og ungdomspsykiatriske centre samles under følgende planlægningsområder og betjener følgende kommuner og bydele:

Planlægningsområde Nord

Børne- og ungdomspsykiatrisk Center Hillerød betjener Helsingør, Frederiksværk-Hundested, Frederikssund, Gribskov, Hillerød, Fredensborg, Allerød og Hørsholm kommuner.

Planlægningsområderne Midt og Syd

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup betjener Planlægningsområde Midt og de dele af Planlægningsområde Syd, der ikke er en del af Københavns Kommune, nemlig kommunerne: Egedal, Furesø, Rudersdal, Ballerup, Herlev, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk, Gentofte, Albertslund, Vallensbæk, Ishøj, Glostrup, Høje-Tåstrup, Rødovre, Hvidovre, Brøndby, Tårnby og Dragør.

Børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium i Gentofte er fortsat organisatorisk sammenlagt med Glostrup. De ambulante funktioner betjener Egedal, Furesø, Rudersdal, Ballerup, Herlev, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Gentofte kommuner. Indlæggelser foregår i Glostrup.

Glostrup har konsulentfunktion for Bornholm for psykisk udviklingshæmmede børn og unge.

Planlægningsområde Byen og Syd

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg betjener Planlægningsområde Byen og de dele af Planlægningsområde Syd, der er en del af Københavns Kommune, dvs. hele Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

Bispebjerg servicerer desuden Grønland og Færøerne og varetager den stationære behandling for Bornholm.

Optageområderne for børne- og ungdomspsykiatrien kan senere blive justeret i lyset af behov og kapacitet.

7. Hovedfunktion børne- og ungdomspsykiatri

De tre hovedfunktioner inden for børne- og ungdomspsykiatri udgør kernen i aktiviteten og retter sig mod patienter med de hyppigst forekommende sygdomme. Hovedfunktionen omfatter den almene psykiatri i den ambulante og den stationære behandling, samt konsulentbistand til kommunale institutioner. Der tilbydes en bred og fleksibel vifte af ydelser i overensstemmelse med patienternes behov.

Der ydes konsulentbistand til kommunale døgninstitutioner for børn og unge og til kommunernes pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR). Tilsynsvirksomheden omfatter somatiske afdelinger, særligt pædiatriske afdelinger (børneafdelinger) og obstetriske afdelinger (fødeafdelinger) samt voksenpsykiatriske afdelinger.

7.1 Fælles akutmodtagelse i børne- og ungdomspsykiatrien

Der søges etableret en akutmodtagelse for børne- og ungdomspsykiatrien fælles for hele regionens optageområde i Glostrup. På grund af for stor afstand vil Bornholm ikke kunne benytte akutmodtagelsen. Det betyder, at der i regionen vil være ét psykiatrisk center, der skal løse denne opgave og modtage akutte uafklarede patienter på tværs af de øvrige børne- og ungdomspsykiatriske centre.

I akutmodtagelsen bliver der speciallægedækning på døgnbasis. Akut syge patienter kan visiteres eller indbringes, og der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand døgnet rundt. Endvidere sikres en telefonisk vejledning og hjælp til borgerne samt lægelig visitation.

En fælles akutmodtagelse bør have et passende volumen (6 senge) beliggende i tæt relation til et intensivt lukket afsnit til udadreagerende unge. Sengeafnittet skal kunne rumme enkelte patienter i flere døgn, altså færdigbehandle en del af patientgruppen. Desuden skal der være et rum uden for sengeafsnittets ydre rammer, hvor en lægelig vurdering og visitation kan finde sted, uden en egentlig indlæggelse nødvendigvis kommer på tale.

Inden etablering skal behandlingsopgavens omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og samarbejds- og snitfladen til hovedfunktionen analyseres.

7.2 Ambulant behandling

Langt størsteparten af den børne- og ungdomspsykiatriske behandling foregår ambulant og karakteriseres af et tværfagligt samarbejde mellem bl.a. læge, psykolog, distriktssygeplejerske og socialrådgiver. Opgaven er ikke kun at undersøge og behandle barnet/den unge, men også at arbejde med patientens

pårørende samt netværk. Det betyder, at en stor del af børne- og ungdomspsykiaternes arbejde består i møder med barnets/den unges netværk (forældre, skole, daginstitution, socialforvaltning, pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR), døgninstitution m.v.) samt samarbejde med andre hospitalsafdelinger (børneafdelinger, fødeafdeling, voksenpsykiatrisk afdeling mv.), hvis barnet/den unge og/eller forældrene er i behandling dér. Der er således et net af eksterne samarbejdspartnere i primær- og sekundærsektoren.

Børne- og ungdomspsykiatrien har i de senere år oplevet – og oplever fortsat – et stigende antal henvisninger, hvilket har medført ventelister til undersøgelse og behandling, trods en øget kapacitet. Aktuelt henvises 0,7 pct. af børne- og ungepopulationen til børne- og ungdomspsykiatrien. Denne andel har i de seneste år være stigende. Det forventes, at den øgede efterspørgsel vil fortsætte, indtil det ligger på ca. 2 pct. Såfremt børne- og ungdomspsykiatrien skal kunne imødekomme dette behov og dermed rumme flere patienter end i dag, bør udviklingen følges nøje. Kapaciteten og udnyttelsen bør nærmere vurderes og eventuelt udvides.

I sammenhæng med den kommende ventetidsgaranti inden for specialet og de eksisterende lange ventetider skal den ambulante børne- og ungdomspsykiatriske kapacitet udvides i forbindelse med de tildelte statslige puljemidler.

Udgående funktioner

Der er erfaringer med udgående team som viser, at der specielt for unge er god effekt af et sådant tilbud. Opgaven kan være at opsøge unge, der af den ene eller anden grund ikke kan/vil møde til behandling, og hvor der er mistanke om svær psykisk lidelse. Teamet kan motivere den unge til at indgå i en behandlingsplan og eventuelt starte medicinsk behandling. Dermed kan tvangsindlæggelse i visse tilfælde undgås.

Det udgående team kan desuden følge patienter, som efter udskrivelse fra ungdomspsykiatriske afsnit har behov for tættere opfølgning end stamafsnittet normalt kan give. Medarbejdere i udgående team kan påtage sig kontakt og samarbejde med forældre, skole, PPR samt de relevante kommunale forvaltninger.

De meget psykisk syge unge har ofte behov for et længerevarende ophold på en døgninstitution efter udskrivning fra børne- og ungdomspsykiatrisk center. På disse institutioner er der som regel ingen eller kun i begrænset omfang sundhedsfagligt personale med specielle kompetencer inden for børne- og ungdomspsykiatri. Erfaringerne har vist, at der er god effekt af, at personale fra udgående team har kontakt med de unge under institutionsopholdet og samarbejder med og vejleder personalet.

Effekten af udgående team viser, at kvaliteten i patientforløbene forbedres, hvorfor denne funktion bør udbredes.

7.3 Stationær behandling

Døgnbehandling kan enten foregå i åbent eller i lukket regi afhængigt af den enkelte patientens tilstand. Målgruppen, som i udgangspunktet ikke lader sig behandle i eget hjem, kræver døgn dækning med hensyn til observation og behandling.

I det stationære behandlingstilbud foregår der som i ambulans regi også et tværfagligt samarbejde, men med en bredere sammensætning. Her foregår samarbejdet mellem læger, psykologer, socialrådgivere, sygeplejersker, pædagoger og eventuelt ergo- og fysioterapeuter, diætister m.fl.

Der er behov for en løbende udvikling og forbedring af det fysiske, psykiske og behandlingsmæssige miljø i de børne- og ungdomspsykiatriske centre. Dette omfatter blandt andet faglig støtte og supervision af personalet med henblik på, at behandlingen kan organiseres og tilrettelægges med udgangspunkt i patienternes behov.

8. Specialfunktioner børne- og ungdomspsykiatri

Baggrunden for etablering af specialfunktioner i børne- og ungdomspsykiatrien har været erkendelse af et behov for specialiseret behandling til særlige patientkategorier samtidigt med, at man har haft adgang til den nødvendige faglige ekspertise. Nogle specialiseringer er etableret lokalt som følge af centrene egne beslutninger. Andre er etableret som følge af politiske beslutninger og er koordineret på lands- og landsdelsniveau. For at udnytte ressourcerne bedst muligt vil det fremover være hensigtsmæssigt med en øget koordinering, ligesom der er mulighed for at videreudvikle den eksisterende viden og erfaringer på forskellige fagområder.

Der er udenlandske erfaringer med kompetencecentre på tværs af lokale kliniske funktioner. Formålet er at samle udvikling og forskning inden for afgrænsede områder. Kompetencecentre kan opbygge ekspertise og varetage supervision, rådgivning, herunder ”second opinion” vurderinger og undervisning, samt behandling af særligt komplicerede sygdomstilstande. De rådgivende funktioner kan både være i forhold til behandlingsindsatsen på basisniveau og i forhold til indsatsen i andre sektorer. En del af rådgivningen kan eventuelt foregå via telepsykiatri, som der er erfaringer med på Bornholm.

En lang række af de specialiserede funktioner eksisterer allerede i regionen. Således har regionens psykiatriske centre i henhold til Sundhedsstyrelsen specialeplanlægning hidtil varetaget funktioner, der har været amtsdækkende, og funktioner, der har været lands- og landsdelsdækkende.

I det følgende gennemgås den specialiserede psykiatri opdelt på henholdsvis specialiseret ambulans behandling og specialiseret stationær behandling. For en detaljeret beskrivelse henvises til bilag 3.

8.1 Specialiseret ambulans behandling

Eksisterende funktioner

Regionens psykiatriske centre på Bispebjerg og Glostrup har hidtil varetaget opgaverne over for svære og komplicerede psykiske udviklingsforstyrrelser og svære og komplicerede psykotiske lidelser, mens Bispebjerg har lands- og landsdelsfunktion for komplicerede spiseforstyrrelser.

Med udgangspunkt i de eksisterende funktioner:

- fortsætter funktionerne ”**psykiske udviklingsforstyrrelser – svære og komplicerede**” og ”**svære og komplicerede psykotiske lidelser**” som regionsfunktioner i et samarbejde mellem Bispebjerg og Glostrup. Området er bredt og dækker flere funktioner.
- funktionen ”**spiseforstyrrelser – komplicerede**” fortsætter som højt specialiseret funktion og samles på Bispebjerg. Der er samtidig be-

hov for afklaring af samarbejds- og snitfladen til den tilsvarende specialiserede funktion i voksenpsykiatrien.

- Funktionen ”**svære og komplicerede neuropsykiatriske forstyrrelser**” fortsætter som højt specialiseret funktion på Glostrup og Bispebjerg.

8.2 Specialiseret stationær behandling

Eksisterende funktioner

Regionens psykiatriske centre på Bispebjerg og i Glostrup har i dag lands- og landsdelsfunktion for svære og komplicerede psykotiske tilstande. Hurtig behandling samt psykoterapi, miljøterapi og psykoedukation samt nøje tilrettelagt rehabilitering har stor betydning for et godt forløb.

Med udgangspunkt i de eksisterende funktioner ”**skizofreni hos børn**” og ”**spædbarnspsykiatri**” undersøges mulighederne for at etablere regionsfunktioner med kompetencecentre.

Inden etablering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

Ny funktion

Børne- og ungdomspsykiatrien behandler i stigende grad flere aggressive og udadreagerende unge, som er svære at rumme under de eksisterende forhold. Desuden varetages undersøgelse og behandling i henhold til dom sjældent i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. Hertil kommer unge med psykotiske tilstande i Kriminalforsorgens regi, som ikke har en retspsykiatrisk foranstaltning.

For at sikre kriminelle unge med psykisk lidelse samme adgang til undersøgelse, behandling og indlæggelse i ungdomspsykiatrisk regi som ikke-kriminelle foreslås en udvidelse af den samlede børne- og ungdomspsykiatriske kapacitet med et ungdomspsykiatrisk intensivt lukket afsnit med 6 senge. Målgruppen er udadreagerende unge og unge retspsykiatriske patienter. Senge etableres i tilknytning til den fælles akutmodtagelse i det tidligere retspsykiatriske sengeafsnit i Glostrup, som flyttes til Psykiatrisk Center Sct. Hans. Funktionen er en udvidelse i forhold til i dag og vil eventuelt kunne betjene andre regioner.

Inden etablering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

9. Personale

Der har i de seneste år været mangel på både speciallæger og sygeplejersker inden for psykiatrien. Der er derfor foregået en opgaveglidning/uddelegering dels fra læger til psykologer og dels fra læger til sygeplejersker og fra sygeplejersker til social- og sundhedsassistenter. Der forventes også fremover at være behov for en opgaveglidning/uddelegering, for at behandlingsopgaven kan løses.

I børne- og ungdomspsykiatrien er udviklingen ved at vende. Fremover forventes der kun at være behov for en opgaveglidning/uddelegering, såfremt der er behandlingsmæssig og faglig begrundelse herfor.

Både i psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien er der behov for at opruste rekrutteringsindsatsen for at imødekomme manglen på speciallæger og specialuddannede sygeplejersker. Opgaveglidningen/uddelegeringen medfører desuden et behov for relevant efter- og videreuddannelse for en række faggrupper, og i børne- og ungdomspsykiatrien for alle faggrupper, for at kunne varetage opgaven og opretholde kvaliteten. Omlægning fra stationær behandling til mere ambulant tværfaglig behandlingsindsats øger også behovet for efter- og videreuddannelse.

Manglen på speciallæger sætter også fokus på udvikling af nye behandlingsmodeller med inddragelse af almen- og speciallægepraksis (shared care). Almenpraksis oplever ligeledes lægemangel, men det er formodningen, at man vil kunne anvende de tilgængelige personaleressourcer mere effektivt ved at samordne indsatsen.

Tilrettelæggelsen af indsatsen vil ske parallelt med de initiativer, der er nævnt i Hospitalsplan 2007, hvorfor der generelt for området henvises hertil.

10. Kvalitet

Der skal sættes større fokus på kvalitet i den samlede indsats for sindslidende. I regionen skal psykiatrien sammen med hospitalerne indgå i et fælles kvalitetsarbejde med patientsikkerhed og akkreditering, og indsatsen i socialpsykiatrien og samarbejdet mellem de enheder, der behandler og støtter de psykisk syge, skal evalueres systematisk. Der skal løbende laves brugertilfredshedsundersøgelser, og resultaterne skal aktivt bruges til forbedringer af indsatsen. Mulighederne for reduktion af tvang og polyfarmaci vurderes. Endvidere skal der være særligt fokus på demensområdet og voldsforebyggelse.

Målet for sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden er, med udgangspunkt i den enkelte patients behov, at yde en indsats af høj faglig kvalitet, der er baseret på bedst foreliggende evidens. Risikoen for skade skal være mindst mulig, og der skal være sammenhæng i den enkelte patients forløb. Patienten skal opleve sig velinformeret og være inddraget i alle de beslutninger, der vedrører behandlingen.

Kvalitetsudvikling og –styring omfatter alle de aktiviteter og metoder, med hvilke man systematisk og målrettet søger at sikre, at kvaliteten er i top, og at den løbende forbedres. Patientsikkerhed er en bærende værdi, og risikostyring er en integreret del af kvalitetsarbejdet.

Kvaliteten i Region Hovedstadens Psykiatri skal dokumenteres. Kvalitetsarbejdet skal være i overensstemmelse med nationalt fastlagte principper og med den regionale strategi for kvalitetsudvikling. Det skal sikre, at ydelserne i relevant grad tager højde for såvel det faglige som det brugeroplevede og organisatoriske perspektiv. Det skal understøtte, at indsatsen i Region Hovedstadens Psykiatri skal være på et højt fagligt niveau, der markerer og benchmarker sig internationalt. Det er væsentligt, at kvalitetsarbejdet opleves som meningsfuldt for medarbejderne og ledelserne.

Region Hovedstadens Psykiatri's Enhed for Faglig Udvikling har påtaget sig opgaven med at støtte kvalitetsudvikling på det sociale område.

Tilrettelæggelsen af indsatsen vil ske parallelt med de initiativer, der er nævnt i Hospitalsplan 2007, hvorfor der generelt for området henvises hertil.

11. Uddannelse

Medarbejderne yder i dag en stor og god indsats – under ofte vanskelige betingelser. En indsats af høj kvalitet og med omsorg for de sindslidende forudsætter et velkvalificeret og motiveret personale. Efteruddannelse og et godt arbejdsmiljø er blandt de faktorer, der skal bidrage til den nødvendige kvalitetsudvikling i psykiatrien. Tværfaglighed skal præge indsatsen.

Det er nødvendigt, at der skabes vilkår, der understøtter, motiverer og fastholder det nuværende personale og rekruttering af nye medarbejdere. Der må forudses mangel på fx læger i en lang årrække, bl.a. fordi der i disse år uddannes færre end det antal, der bliver behov for. Derfor skal mulighederne for bedre rekruttering, effektiv tilrettelæggelse af behandlingsindsatsen og at andre personalegrupper varetager opgaver, der i dag varetages af læger, indtænkes. Det er nødvendigt at sikre opdateret viden hos alle, der arbejder med psykisk syge. Det gælder også almen praksis.

Tilrettelæggelsen af indsatsen vil ske parallelt med de initiativer, der er nævnt i Hospitalsplan 2007, hvorfor der generelt for området henvises hertil.

12. Forskning

Høj kvalitet i behandlingen kræver et stærk forskningsmiljø. Psykiatrien skal indgå på lige fod med de somatiske specialer i den forskningspolitik og – indsats, der er fastlagt i de sundhedspolitiske hensigtserklæringer i Region Hovedstaden.

Den fremtidige forskning vil styrke og udvide den igangværende forskning. Tillige forventes yderligere fokus på samspil mellem miljøfaktorer, genetik og biomarkører. Det forventes, at forskningen i stigende grad fremover vil være tværdisciplinær med samarbejde mellem klinikere og bl.a. molekylærbiologer, neurologer, neuropsykologer, epidemiologer og biostatistikere.

Selv om forskningsaktiviteten inden for psykiatri har været stigende gennem de seneste år, vil der være behov for at fokusere og synliggøre den psykiatriske forskning blandt andet med henblik på at øge rekrutteringen til specialet. Dette kan ske gennem synliggørelse og koordinering af forskningen fx gennem kompetencecenterdannelser, som også vil give mulighed for at opnå større synergieffekter.

Tilrettelæggelsen af indsatsen vil ske parallelt med de initiativer, der er nævnt i Hospitalsplan 2007, hvorfor der generelt for området henvises hertil.

13. Information og kommunikation

Brugere og pårørende

Med udgangspunkt i egne erfaringer besidder psykiatriens brugere og pårørende en viden, som psykiatriens professionelle kun har adgang til ved at indgå i dialog og ved at lytte. Brugere og pårørende bør derfor inddrages i og bidrage til en stadig kvalitetsudvikling af psykiatrien. For en åben og udviklingsorienteret psykiatri er det derfor betydningsfuldt med en løbende kontakt med regionens bruger- og pårørendeforeninger.

Tendensen inden for psykiatri går, lige som inden for andre specialer, i retning af mere brugerindflydelse. I en psykiatri, hvor mere behandling kommer til at foregå i ambulant regi, vil netværk og pårørende i stigende grad blive medinddraget, hvilket stiller særlige krav til personalets kompetence. I erkendelse heraf skal der udformes en bruger- og pårørendepolitik, som sætter fokus på inddragelse og definerer retningslinierne herfor.

Med strukturreformen får kommunerne alle myndighedsopgaver og hele finansieringsansvaret for de sociale tilbud til psykisk syge, og regionen kan alene drive de tilbud, som kommunerne beder dem om. Det er vigtigt, at der sikres et tæt samarbejde med brugere og pårørende på alle niveauer og på tværs af sektorer for at sikre en sammenhængende indsats.

I henhold til de psykiatropolitiske hensigtserklæringer skal informationsindsatsen om psykisk sygdom styrkes. I samarbejde med kommunerne og repræsentanter for brugere og pårørende søges etableret et Psyk Info.

14. Samarbejde og sammenhænge

Psykiatrien er kendetegnet ved mange samarbejdsflader til mange forskellige aktører samt sammenhænge mellem de forskellige indsatsområder i psykiatrien og mellem psykiatrien og tilgrænsende områder.

Den enkelte sindslidende skal sikres sammenhængende forløb og kontinuitet i indsatsen, og der er derfor behov for samarbejde med:

- det somatiske sygehusvæsen
- samspillet med praksissektoren
- kommunerne og den socialpsykiatriske indsats

I børne- og ungdomspsykiatrien skal der endvidere tages særlige hensyn, da området er præget af stor tværfaglighed og af samarbejde med kommunernes social- og undervisningssektor. Samarbejdet med kommunerne, herunder de pædagogiske-psykologiske rådgivninger (PPR), skal udvikles og understøttes, da indsatsen på visse områder substituerer hinanden, og antallet af henvisninger til psykiatrisk udredning og behandling stiger markant i disse år. Overgangen til voksenpsykiatrien kræver desuden særlig bevågenhed for at sikre kontinuitet i indsatsen.

14.1 Samarbejdet med somatikken

Generelt eksisterer der mellem de psykiatriske specialer og de øvrige lægelige specialer en tæt metodisk, teoretisk og faglig sammenhæng. Psykiatriens væsentligste snitflade til somatikken er, set ud fra de forekommende diagnoser, gruppen af personer med misbrug og demens.

Der skal på de enkelte hospitaler eller afdelinger etableres aftaler, der understøtter et smidigt samarbejde omkring gensidigt patienttilsyn, når psykiatriske lidelser optræder blandt somatisk indlagte patienter eller omvendt.

Dertil kommer en række områder, hvor der er behov for faste samarbejdsrelationer fx i forbindelse med etablering af demensteam. Særligt samarbejdet om patienter med misbrug og patienter med demens skal sikres gennem samarbejdsaftaler. Disse aftaler skal eventuelt udarbejdes efter en fælles skabelon, men bør tilpasses det enkelte planlægningsområdes forhold.

Sammenhæng mellem det psykiatriske og somatiske område bør ikke alene sikres i tilrettelæggelsen af patientforløb, men også i initiativer og plantiltag, forskning, kvalitetsudvikling og uddannelse. På forskningsområdet er der berøringsflader mellem de psykiatriske specialer og de somatiske specialer fx genetisk forskning, neuroforskning og epidemiologisk forskning. På uddannelsesområdet er der ligeledes en række samarbejdsflader, fx indgår neurologi i speciallægeuddannelse i psykiatri og omvendt.

På ledelsesniveau sker den overordnede koordination i regi af den udvidede direktion, hvor hospitalsdirektører og direktøren for Region Hovedstadens Psykiatri mødes med regionens koncerndirektion.

14.2 Samarbejdet med praksissektoren

Praksissektorens rolle i det samlede sundhedsvæsen

I praksissektoren, som udgør Sygesikringens del af den primære sundhedssektor, varetages næsten alle indledende kontakter til sundhedsvæsenet, og her færdigbehandles størsteparten af alle henvendelser. Den praktiserende læge er den henvisende ”myndighed” som vurderer, om patienter skal henvises til andre behandlere i praksissektoren fx speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri, eller om patienten skal henvises til hospitalsafdeling. Almen praksis har endvidere tovholderrollen på komplicerede patientforløb og er som familielæge patientens faste kontakt til sundhedsvæsenet.

Praksiskonsulenter

Ved alle hospitaler fungerer praksiskonsulentordninger, som varetager et formaliseret samarbejde mellem hospital og de alment praktiserende læger. Praksiskonsulentordningernes funktioner videreføres i Region Hovedstaden i en fælles regional ordning.

Der ligger en udfordring i at støtte praksissektoren til at gennemføre nye og kommende modeller for behandling af langvarigt syge, herunder ikke-psykotiske patientgrupper og patienter med demens. Der er tale om shared care, hvor hovedvægten af behandlingen søges varetaget i almen praksis, men med stor vægt på samarbejde og arbejdsdeling med det øvrige sundhedsvæsen.

Kommunikation omkring henvisninger og udskrivninger er essentiel for samarbejdet mellem hospital og praksissektor og for det sammenhængende patientforløb.

Kapacitet i praksissektoren

Almen praksis i Region Hovedstaden omfatter 1.027 praktiserende læger, opgjort i antal fuldtidsenheder. Disse praktiserende læger varetager årligt 9,4 mio. henvendelser (opgjort i grundydelsler), hvoraf op mod 90 pct. færdigbehandles i praksis. Antallet af henvendelser omfattende psykiatriske lidelser er ikke særskilt opgjort. De alment praktiserende læger i Regionen repræsenterer således en ganske stor kapacitet.

Samarbejde og arbejdsdeling mellem speciallæger i primær- og sekundærsektor bør være et indsatsområde for regionen, med henblik på opnå sammenhængende patientforløb og den bedste udnyttelse af behandlingsressourcerne. Samarbejdsmodellen vedrørende demens er et af disse indsatsområder.

14.3 Samarbejdet med kommunerne

Med strukturreformen får kommunerne et større ansvar på sundhedsområdet og inddrages i sundhedsvæsenets finansiering.

Kommunernes medfinansiering af sundhedsvæsenet afhænger af borgernes forbrug af sundhedsydelser. Kommunerne får derfor et større behov for indseende med sundhedsvæsenets virksomhed og for gennem hensigtsmæssige dispositioner at kunne påvirke forbruget af sundhedsydelser.

Kommunerne får ansvaret for genoptræning uden for indlæggelse og finansiering heraf. Den specialiserede ambulante genoptræning skal regionen fortsat forestå, men kommunerne har frit valg af leverandør med hensyn til den almene ambulante genoptræning.

Kommunerne får også ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme. Det gælder fuldt ud i forhold til de borgerrettede aktiviteter. I forhold til den patientrettede forebyggelse er der nationalt og regionalt en diskussion om en fremtidig snitflade mellem kommunernes opgave og hospitalernes opgave. Kommunerne får større opgaver på den patientrettede forebyggelse end hidtil ikke mindst i forhold til patienter med kroniske sygdomme.

De øgede kommunale opgaver på sundhedsområdet kræver et mere formaliseret samarbejde mellem kommunerne og regionen. Dette samarbejde reguleres i de sundhedsaftaler, regionen har indgået med kommunerne inden 1. april 2007. Indsatsen over for mennesker med sindslidelser er en obligatorisk del af sundhedsaftalerne.

Specialiseret socialpsykiatri

Snitfladen mellem behandlingspsykiatrien og den specialiserede socialpsykiatri er markant, idet den mest dominerende diagnosegruppe for begge områder er skizofreni og skizofrenilignede psykoser, og det stiller krav til behandlingssystemets samspil med socialpsykiatrien. I den specialiserede socialpsykiatri varetages en social indsats over for personer med sindslidelser kombineret med en psykiatrisk indsats. Den specialiserede socialpsykiatri er således kendetegnet ved, at der foregår en lægelig behandling og rehabilitering samtidig med, at der ydes pleje og omsorg.

Med strukturreformen er myndighedsansvaret for den specialiserede socialpsykiatri flyttet fra amter til kommuner, dog har regionens kommuner i fem tilfælde valgt fortsat at lade regionen varetage driften.

En af de væsentlige udfordringer i den fremtidige struktur er at sikre udviklingen i den specialiserede socialpsykiatri både med hensyn til udvikling af socialpsykiatriske metoder, rehabilitering og eventuelt forskning. Desuden vil samarbejdsfladerne til den sociale indsats i kommunerne, som også er dækket af rammeaftale og sundhedsaftale, blive dominerende med sikring af sammenhængende forløb på tværs af behandlingspsykiatri, den regionale og kommunale socialpsykiatri samt praksissektoren.

Ud over de ovennævnte botilbud varetager regionen også driften af et misbrugscenter, et forsorgshjem og to krisecentre. Det er et felt, hvor der ofte er overlap til psykiatri- og socialpsykiatri, idet mange sindslidende samtidig med en psykiatrisk lidelse har problemer med misbrug og hjemløshed.

15. Psykiatriplanens økonomiske konsekvenser

Region Hovedstaden står over for store økonomiske udfordringer i de kommende år. På den baggrund er det ikke realistisk at forudsætte udvidelser af driftsbudgettet til psykiatrien, og forbedringer, der er foreslået i Psykiatriplanen, må derfor forudsættes finansieret ved omlægning af behandlingsindsatsen.

Anlægsøkonomiske konsekvenser af Psykiatriplanen

Implementering af Psykiatriplanen medfører en række anlægsprojekter. Ombygning og nybyggeri på Psykiatrisk Center Sct. Hans og ombygning og nybyggeri i Hørsholm til det nuværende psykiatriske center i Gentofte er det mest omkostningskrævende. Der er samtidig centre, som stadig har et renoveringsbehov, og hvortil der allerede er afsat midler i budget 2008-2010 (Bispebjerg og Psykiatrisk Center Nordsjælland, afdeling i Hillerød), mens der er andre centre som har det samme moderniseringsbehov, uden at der er afsat budgetmidler hertil. Anlægsprojekterne skønnes at koste ca. 1,3 mia. kr.

16. Psykiatriplanens konkretisering og udmøntning

Psykiatriplanen angiver først og fremmest retningen for den kommende udvikling af den psykiatriske betjening i Region Hovedstaden på et overordnet niveau. Forslaget angiver desuden en ændring af optageområder og forslag til enkelte konkrete initiativer på områder, hvor der skønnes at være påtrængende behov for øget kapacitet og afkortning af ventetid.

Planen realiseres så hurtigt som muligt. Planens realisering er afhængig af, at regering og folketing tilfører nye økonomiske midler hertil. Der skal udarbejdes prioriterede handlingsplaner, der tager det størst mulige hensyn til, at patienterne også her og nu har behandlingsbehov, som Region Hovedstaden skal løse. Ved økonomiforhandlingerne mellem regeringen og regionerne er det nødvendigt at afsætte tilstrækkelige midler til bl.a. renoveringer, nybyggeri og apparatur, ikke blot i et 5-årigt forløb, men også i årene herefter.

Bilag 1. Analyse af befolkningsunderlaget for specialerne

Forberedelsesudvalget vedtog den 14. november 2006 et supplerende kommissorium for underudvalget for psykiatri og social. Underudvalget skulle forelægge en analyse af:

- Hvilket befolkningsunderlag der henholdsvis mindst skal være og optimalt skal være for bæredygtige og fremtidssikrede afdelinger/centre inden for de to psykiatriske specialer
- Sundhedsfaglige sammenhænge mellem de psykiatriske specialer og de somatiske specialer, som der bør tages højde for i den regionale specialeplanlægning.

Udvalget har på baggrund af tilbagemeldinger fra de sundhedsfaglige råd sammenfattende konkluderet:

Det optimale befolkningsunderlag

Det sundhedsfaglige råd for psykiatri finder, at et befolkningsgrundlag på ca. 150.000 - 200.000 i de fleste tilfælde giver en passende patientvolumen til at oppebære en bæredygtig hovedfunktion med en passende personalegruppe, svarende til 8-10 afdelinger/centre. Inden for børne- og ungdomspsykiatri peger det sundhedsfaglige råd på, at der for at sikre en fagligt og kvalitetsmæssigt bæredygtig funktion optimalt bør være et befolkningsunderlag på 85.000-110.000 børn/unge, svarende til 3-4 afdelinger/centre.

Rådene peger på henholdsvis 43.000 indbyggere og 9.000 børn/unge som mindste befolkningsunderlag for hovedfunktionerne i psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien, da dette svarer til Bornholm.

For de fleste specialfunktioner i voksenpsykiatrien vurderer det sundhedsfaglige råd, at et befolkningsgrundlag på 1,6 mio. indbyggere er det optimale, dvs. at det bør varetages ét sted i regionen. For nogle specialfunktioner anbefaler rådet satellitfunktioner. I børne- og ungdomspsykiatrien finder rådet, at specialfunktionerne bør placeres 1 - 2 steder i regionen, med undtagelse af spædbarnspsykiatri, hvor der også anbefales satellitter på de øvrige afdelinger.

Underudvalget har drøftet rådernes anbefalinger og ønsker at pege på følgende:

Forskelle i befolknings sammensætningen og sygelighed i regionens kommuner og områder betyder, at det i psykiatrien er svært at lægge sig fast på et optimalt befolkningsunderlag.

Der skal i tilrettelæggelsen af funktioner tages hensyn til kommuneinddelingen, da samarbejdet med kommunerne er af afgørende betydning for at kunne etablere sammenhæng i de psykiatriske patienters forløb.

Hensynet til borgerne på Bornholm taler for, at der skal varetages hovedfunktioner for såvel voksen- som børnepsykiatri her, til trods for det lille befolkningsunderlag.

Sammenhæng til andre specialer

Flere af de psykiatriske afdelinger/centre er i dag placeret på egen matrikel og fysisk adskilt fra somatikken. Det er således ikke nødvendigt, men ønskeligt, at have andre specialer på samme matrikel. Generelt er der behov for et velfungerende og forpligtende samarbejde med en række specialer. Underudvalget har drøftet rådernes anbefalinger og ønsker at pege på:

Planlægningsområderne i psykiatrien bør tænkes sammen med de somatiske planlægningsområder. Derved sikres entydige samarbejdsrelationer mellem de psykiatriske centre og de somatiske specialer, uanset om der er tale om sammenfald i matrikel eller ej.

En skematisk oversigt over de sundhedsfaglige råds anbefalinger til det minimale og optimale befolkningsunderlag er gengivet nedenfor.

Befolkningsunderlag for psykiatriske hovedfunktioner

Psykiatri	Mindst	Optimalt	Højest/ Muligt
Voksenpsykiatri (indbyggere)	43.000	150.000-200.000	370.000
Børne- og ungdomspsykiatri (børn og unge)	9.000	85.000-110.000	110.000

Bilag 2. Specialeplanlægning psykiatri

Den specialiserede psykiatri omfatter såvel ambulantly behandling som stationær behandling. De specialiserede behandlingstilbud i ambulatorier og i dagtilbuddene, for eksempel de såkaldte daghospitaler, bevæger sig i dag i retning af behandlingsintensive, specialiserede og strukturerede behandlingsprogrammer. Distriktskykiatriens specialiserede tilbud omfatter specialiserede opsøgende psykiatriske team (special-OP-team) for særlige målgrupper, som patienter med dobbeltdiagnoser eller retspsykiatriske foranstaltninger. Den specialiserede stationære behandling foregår enten i åbent eller lukket regi afhængig af den enkelte patients tilstand.

En lang række af de specialiserede funktioner eksisterer allerede i regionen. Således har regionens psykiatriske centre i henhold til Sundhedsstyrelsen specialeplanlægning hidtil varetaget funktioner, der har været amtsdækkende, og funktioner, der har været lands- og landsdelsdækkende.

I det følgende gennemgås den specialiserede psykiatri opdelt på henholdsvis specialiseret distriktskykiatri, specialiseret behandling i ambulatorier og dagtilbud samt specialiseret stationær behandling. Den specialiserede psykiatri fordeles på eksisterende funktioner og forslag om udvidelse som led i den fortsatte specialisering.

De specialiserede funktioner er bortset fra Psykiatrisk Center Sct. Hans organisatorisk forankret i hovedfunktionernes planlægningsområder.

2.1 Specialiseret distriktskykiatrisk behandling

Eksisterende funktioner

Special OP-team for særlige målgrupper

Psykiatrisk Center Sct. Hans, afdeling M, tilbyder patienter med dobbeltdiagnoser (misbrug og psykotiske tilstande) specialiseret ambulantly behandling herunder udlevering af metadon og lignende. Det foregår i afdelingens specialambulatorium i København. I 2006 blev ambulatoriet udvidet med et opsøgende dobbeltdiagnoseteam. Samtidig er der etableret et tværgående visitationsteam mellem special OP-teamet, den øvrige distriktskykiatri og misbrugsbehandlingen. En evaluering af behandlingstilbuddet inklusive visitation vil finde sted i efteråret 2007.

I Københavns Amt behandles den samme patientgruppe ambulantly i Københavns Amts Special Ambulatorium, som er overgået til Glostrup Kommune. I Frederiksborg Amt og på Bornholm findes ikke specialtilbud til denne patientgruppe.

På sigt kan det efter en behovsvurdering blive nødvendigt at udvide det eksisterende special OP-team i København eller at etablere et ekstra dobbeltdiagnose special OP-team i regionen.

Psykiatrisk Center Sct. Hans, afdeling R, tilbyder retspsykiatriske patienter specialiseret ambulante behandling. Det foregår i afdelingens specialambulatorium i København. I 2006 blev ambulatoriet udvidet med et retspsykiatrisk OP-team. Det retspsykiatriske OP-team udfører først og fremmest en opgave med udslusning af patienter, som har været indlagt på centret. Desuden skal det retspsykiatriske OP-team fungere som buffer for behandlingen i ikke-specialiserede OP-team tilknyttet hovedfunktionerne.

Det er vurderingen, at der ikke umiddelbart er behov for yderligere tiltag overfor patienter med dobbeltdiagnoser eller retspsykiatriske patienter.

2.2 Specialiserede behandlingstilbud i ambulatorier og dagtilbud

I Region Hovedstaden findes i dag landets største tilbud af specialiserede behandlingstilbud.

Nedenfor beskrives først seks eksisterende tilbud og dernæst syv tilbud, som udvides på baggrund af eksisterende enheder. Baggrunden er ønsket om en kvalitetsforbedring ud fra faglige anbefalinger.

Eksisterende funktioner

- **Døvepsykiatri**

Gruppen af døve med psykiske lidelser (tegnsproglige prælingualt døve) i Danmark udgør ca. 4.000 personer. Siden 1970 har gruppen haft et tilbud om højt specialiseret psykiatrisk behandling i den døvepsykiatriske enhed i Ballerup.

Diagnostik og behandling indledes ofte ved landsfunktionen, mens efterbehandling foretages lokalt efter aftale. Det kan derfor overvejes at etablere en satellitfunktion i Vestdanmark med henblik på specialiseret behandling af lettere lidelser eller efterbehandling af langvarige tilstande i samarbejde med den højt specialiserede funktion.

Næsten alle førsprogligt døve børn opereres nu i tidlig alder med indsættelse af cochlea-implantat (CI), som medfører, at børnene kan høre. Dette vil på sigt ændre døvekulturen og mindske antallet af tegnsprogbrugere. I de kommende år vil man i lighed med andre europæiske lande udbygge det ambulante behandlingstilbud, således at det også omfatter gruppen af CI-brugere med hørehæmning og psykiske lidelser.

På den baggrund er der ikke behov for ændringer, hvorfor funktionen fortsætter som højt specialiseret funktion.

- **Epilepsikirurgi – psykiatrisk vurdering**

Epilepsikirurgi er ved lov samlet på Rigshospitalet, hvor alle patienter skal vurderes psykiatrisk. Antallet er beregnet til ca. 30 patienter årligt.

Der er ikke behov for ændringer, hvorfor funktionen fortsætter som højt specialiseret funktion.

- **Katastrofepsykiatri**

Alle de almenpsykiatriske centre har etableret akutte beredskaber, der i henhold til beredskabsplanen enten kan rykke ud til større ulykkessteder eller modtage katastroferamte og deres pårørende på sygehusene. Mindre begivenheder med et mindre antal psykisk traumatiserede kan vurderes og behandles i hovedfunktionerne. Ved større begivenheder som katastrofer er der behov for en regional funktion med en vis centralisering af styringen. Sådanne begivenheder er erfaringsmæssigt sjældne, men kan omfangsmæssigt være omfattende.

De eksisterende beredskaber udvides ikke, men organiseres mere hensigtsmæssigt, idet det er nødvendigt at opbygge en organisering, hvor der opsamles erfaring med at håndtere større katastrofer.

Inden der iværksættes en ændret organisering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen og visitationen nøjere analyseres.

- **Militærpsykiatri**

Militærpersoner med behov for psykiatrisk vurdering behandles på Psykiatrisk Center Rigshospitalet. Antallet er begrænset til 10-20 nyhenviste blandt militært fastansatte/kontraktansatte pr. år og omkring 50-70 værnepligtige pr. år. Det må antages, at antallet af psykisk traumatiserede militærpersoner vil stige de kommende år på grund af de krævende missioner, Danmark deltager i. De pågældende vil sjældent have behov for indlæggelse og behandlingen sker sædvanligvis ambulant.

Der er ikke umiddelbart behov for ændringer, hvorfor funktionen fortsætter som højt specialiseret funktion.

- **Psykokirurgi – visitation**

Rigshospitalet var tidligere center for psykokirurgi i Danmark og Norge. Ved lov foretages psykokirurgi ikke længere i Danmark. Der er dog mulighed for at blive behandlet efter vurdering på Psykiatrisk Center Rigshospitalet.

Den højt specialiserede funktion opretholdes.

- **Svære sexologiske forstyrrelser og svære sexologiske lidelser**

I henhold til Sundhedsstyrelsens Vejledning om Specialeplanlægning behandles svære sexologiske forstyrrelser - ofte i tæt samarbejde med flere somatiske specialer - af Rigshospitalet, Odense Universitetshospital og Psykiatrisk Hospital i Århus. Patientgruppen omfatter somatisk handicappede med seksuelle problemer, patienter med seksuelle problemer i forbindelse med vold, incest og lignende og visse seksualkriminelle.

Funktionen fortsætter som regions- og højt specialiseret funktion.

Specialiserede behandlingstilbud i ambulatorier og dagtilbud, som enten udvides på baggrund af eksisterende enheder eller oprettes som en ny funktion.

Udvidelse af eksisterende funktioner

- **Affektive lidelser af kompleks karakter**

Der findes i dag specialiserede tilbud med amtsdækkende funktion for affektive lidelser på psykoteraeutisk ambulatorium på Bispebjerg Hospital, på Psykoteraeutisk Center Stolpegård i det tidligere Københavns Amt og på den affektive klinik på Rigshospitalet. Den affektive klinik fungerer også som kompetencecenter for hele det tidligere H:S. Desuden findes specialiserede sengeafsnit på lokalt basisniveau på Amager, Bispebjerg, Frederiksberg, Hvidovre, Hillerød samt i Ballerup.

Befolkningsudviklingen viser, at der i de kommende år bliver flere ældre i regionen. Dette betyder, at der vil blive et stigende pres på behandling for affektive lidelser. En MTV-rapport viser, at langtidsprognosen for patienter med svær affektiv lidelse forbedres, hvis den ambulante indsats specialiseres og styrkes i fasen omkring sygdomsdebut og i ustabile faser i sygdomsforløbet.

Regionen har ikke i dag et ensartet og samlet ambulante efterbehandlingstilbud til patienter med affektive lidelser. Halvdelen af de patienter, som har været indlagt på psykiatriske afdelinger med affektive lidelser genindlægges i løbet af 3 måneder. Risikoen for selvmord er mere end 100 gange forhøjet i ugerne efter udskrivelsen, og der er behov for et intensivt efterbehandlingstilbud, der integrerer medicinsk behandling, samtalebehandling og psykosocial støtte. Indsatsen kan forventes at forebygge eller afkorte indlæggelser af patienter med både unipolare (depressioner) og bipolare (manio-depressive) affektive sygdomme.

Der etableres med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger to klinikker i planlægningsområde Nord og Byen. Den ene klinik har højt specialiseret- og regionsfunktion, og den anden klinik har satellitfunktion. Til klinikken med højt specialiseret funktion knyttes et kompetencecenter, der understøtter og superviserer behandlingen i hovedfunktionerne. Kompetencecentret har samtidig en forsknings- og udviklingsforpligtelse.

Inden etablering af den nye funktion skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

- **Ikke-psykotiske lidelser**

I dag varetager regionen kun i mindre omfang behandling af patienter med ikke-psykotiske lidelser. De ikke-psykotiske lidelser består af en række ikke-psykotiske sygdomme som angsttilstande, belastningsreaktioner og tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer. Tilstandene kan være komplicerede med misbrug eller symptomer på samtidig depression, og mange har en underliggende personlighedsforstyrrelse. Behandlingen foregår primært i ambulante regi og i praksissektoren. Både psykoterapeutiske, miljøterapeutiske og psykofarmakologiske elementer indgår i behandlingen.

Gennem de senere år er der set et stigende pres på de specialiserede funktioner med lange ventetider til følge. Den præcise årsag til det øgede pres er ikke afklaret, men må formentlig tilskrives et stigende krav fra befolkningen i takt med, at mere effektive behandlingsmetoder vinder indpas, og at psykisk sygdom afstigmatiseres. De lange ventetider kan ikke forventes at blive kortere inden for de kommende år. Selv hvis det blev besluttet at opruste de nuværende specialiserede tilbud, vil manglen på speciallæger sætte en grænse for aktiviteten. Det er derfor nødvendigt at styrke samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren fx via shared care-metoder eller ved at fordele behandlingsopgaverne mellem flere faggrupper.

Med udgangspunkt i det nuværende Stolpegård etableres en regionsfunktion med et kompetencecenter og tre ambulante enheder i planlægningsområderne Nord, Midt og Byen med et fagligt miljø af større brede, som kan danne baggrund for differentieret diagnostik, visitation og behandlingstilrettelæggelse. Kompetencecentret understøtter og superviserer behandlingen i hovedfunktionernes lokale enheder og har desuden en forsknings- og udviklingsforpligtelse.

Inden etablering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

- **Oligofreni**

Psykiatrisk Center Glostrup har et specialambulatorium med amtsfunktion for gruppen af psykisk udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Der er ikke en tilsvarende funktion i det tidligere H:S, Frederiksborg Amt eller Bornholm.

Det antages, at der er mellem 3.000-5.000 psykisk udviklingshæmmede med sindslidelser i Region Hovedstaden. Heraf vil et ukendt antal have behov for psykiatrisk behandling på specialistniveau. På landplan er der imidlertid et problem med at tiltrække en ny genera-

tion af speciallæger til området, idet de læger, der aktuelt betjener funktionen, nærmer sig pensionsalderen. Det er derfor nødvendigt, at det fremtidige faglige niveau sikres.

Funktionen i Glostrup udvides til regionsfunktion, som dækker hele regionen, og der etableres tre ambulante enheder i planlægningsområderne Nord, Syd og Byen.

Inden der foretages en udvidelse, skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

- **Rehabilitering**

Rehabilitering indgår med vekslende intensitet i de fleste behandlingsforløb. Det er imidlertid de langvarige rehabiliteringsforløb hos patienter med kroniske psykoser og utilpasset adfærd, der i dag påkalder sig særlig opmærksomhed, idet indsatsen er ressourcekrævende og håndteres i forskellige regi og med forskelligt indhold i regionen. Der er behov for at opsamle erfaring og gennemføre projekter til belysning af problemet, således at de mest effektive modeller indføres. I den forbindelse vil det også være nødvendigt at afklare rollefordelingen i forhold til kommunerne.

En omlægning, hvor stadig mere behandling foregår ambulant, betyder, at rehabiliteringsindsatsen bliver en endnu vigtigere del af behandlingstilbudet. Rehabilitering skal indtænkes i alle sygdommens faser såvel under indlæggelse som i ambulant regi samt i samspil med den øvrige sociale indsats. Rehabilitering har fokus på træning og kompensering af nedsat funktionsevne og forudsætter tilstrækkelig psykiatrisk behandling. Desuden bør primærsektoren inddrages i rehabiliteringsforløbet.

Der etableres en regionsfunktion med et tilknyttet kompetencecenter med understøttelse og supervision af behandlingen i hovedfunktionerne samt en forsknings- og udviklingsforpligtelse.

Inden etablering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

- **Patientrettet selvmordsforebyggelse**

Der er ca. 3.000 henvendelser om året på grund af selvmordsforsøg og selvskadende handlinger i Region Hovedstaden. Det er en del af hovedfunktionen at vurdere og visitere disse patienter. Det skønnes at ca. halvdelen af disse patienter tilhører psykiatriens kernegruppe.

Der etableres en regionsfunktion med et kompetencecenter. Patientgrundlaget er det lokale optageområde. Kompetencecentret understøtter og superviserer behandlingen i resten af regionen og har en forsknings- og udviklingsforpligtelse.

- **Liaison og tilsyn**

Liaisonpsykiatri beskæftiger sig med tilsynsvirksomhed, herunder sammenhængen mellem psykisk sygdom og legemlig sygdom. Der har i H:S været en enhed, der var finansieret af satspuljen til udgangen af 2006, som har haft klinisk funktion for Bispebjerg Hospital samt kompetencecenterlignende funktion for hele H:S. I det tidligere Københavns Amt, Frederiksborg Amt og Bornholm har der ikke været en lignende funktion, men generelt er der gensidig tilsynsfunktion mellem somatiske og psykiatriske afdelinger alle steder.

Nyere forskning har vist, at der i mange tilfælde er en nøje sammenhæng mellem psykisk og somatisk sygdom, både fordi man kan have somatisk og psykisk sygdom på samme tid, fordi en psykisk sygdom kan være forårsaget af en tilgrundliggende somatisk sygdom, og fordi somatiske klager kan dække over psykiske forstyrrelser. En yderligere forskningsbaseret fokusering på området kan forventes at få stor indflydelse på fremtidens patientbehandling.

Mulighederne undersøges for at etablere en regionsfunktion, som understøtter alle de psykiatriske centre i forbindelse med tilsynsfunktionen.

Inden etablering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

- **Transkulturel psykiatri af kompleks karakter**

Patienter med indvandrers/flygtningebaggrund findes stort set i alle psykiatriske behandlingsmiljøer, med overvægt inden for særlige geografiske områder og særligt fremtrædende inden for retspsykiatrien. Den basale del af behandlingstilbuddet finder sted i hovedfunktionerne. I nogle tilfælde er der tale om komplicerede tilstande præget af komplekse problemstillinger, eksempelvis kombinationen af en psykotisk sygdom og traumatisering, og der er derfor behov for en regionsfunktion til løsning af denne opgave.

Med udgangspunkt i Videnscenter for Transkulturel Psykiatri (som aktuelt er landsdækkende) etableres der et kompetencecenter med regionsfunktion, som understøtter og superviserer behandlingen i hovedfunktionerne samt har en forsknings- og udviklingsforpligtelse.

Herudover etableres der en regionsfunktion, som skal varetage specialiseret ambulans behandling af torturofre (PTSD) i konkurrence med de private behandlingstilbud, som regionen p.t. finansierer.

Inden etablering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

2.3 Specialiseret stationær behandling

Udvidelse og nye funktioner

Psykiatrisk Center Sct. Hans

Psykiatrisk Center Sct. Hans i Roskilde indtager både nu og i fremtiden en særstilling som regionens største specialiserede stationære behandlingstilbud. Det skyldes dels placeringen udenfor regionen, og dels at hospitalet rummer et større antal borgere, som afventer botilbud i Københavns Kommune.

Aktuelt varetager centret specialbehandling af de sværeste tilfælde af patienter med retspsykiatriske foranstaltninger (Afdeling R), specialbehandling af patienter med dobbeltdiagnoser og patienter med hjerneskade (Afdeling M) og intensiv langtidsrehabilitering ved svære psykiske sygdomme (Afdeling L). Afdeling M og R har desuden tilknyttet special OP-team jf. afsnit 7.1.

Kapaciteten på Psykiatrisk Center Sct. Hans målrettes til de behandlingsopgaver, regionen skal varetage. Fremover omlægges de tre eksisterende funktioner på centret. Der etableres to afdelinger som regionsfunktioner for ”specialbehandling af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter”. Sengekapa- citeten til patienter med dobbeltdiagnoser reduceres ikke. Behandlingsindsatsen organiseres på en sådan måde, at patienterne får tryghed gennem behandling i overskuelige miljøer.

Specialbehandling af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter

De seneste opgørelser viser, at der er ca. 700 patienter med en retslig foranstaltning i regionen, heraf skønnes 220 patienter at være indlagt på et givet tidspunkt og heraf ca. 120 på lukkede afsnit eller i fængsler. Ca. 1/3 af patienterne med retslig foranstaltning har komplekse problemstillinger (juridiske problemstillinger, behov for langvarige indlæggelser, adfærdsforstyrrelser, misbrug, anden etnicitet og behov for særlige sikkerhedsmæssige forhold) og har behov for specialiserede funktioner. De resterende retspsykiatriske patienter har i enkelte tilfælde behov, som har store lighedspunkter med det andet foreslåede specialtilbud og bør modtage behandling dér, eller de har et behandlingsbehov, som ikke er kompliceret, og som derfor bør behandles i hovedfunktionerne.

Funktionen for ”specialbehandling af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter” skal overvejende have lukkede senge, som skal udfylde et aktuelt behov bestående af:

- 24 lukkede senge fra Retspsykiatrisk Center Glostrup, som flyttes til Psykiatrisk Center Sct. Hans
- 63 lukkede retspsykiatriske senge på Psykiatrisk Center Sct. Hans (herunder et lukket sengeafsnit med 10 senge, som i henhold til 2. fase af H:S Psykiatriplan skulle være etableret i 2006, men som på grund af rekrutteringsproblemer ikke er udmøntet, og patienterne befinder sig derfor på andre lukkede specialafsnit på hospitalet)

- ca. 20 patienter, som i dag venter på et retspsykiatrisk specialtilbud, og som befinder sig på lukkede sengeafsnit andre steder i regionen
- ca. 10 fængslede behandlingskrævende patienter, som i dag befinder sig i fængslerne eller som er surrogatfængslede og indlagt på især de psykiatriske centre i København
- ca. 10 lukkede senge som fremtidssikring, da antallet af retspsykiatriske patienter i de senere år er steget med op til 10 pct. om året, og da det forventes, at ca. 1/3 af disse vil have behov for dette behandlingstilbud.

På dette grundlag estimeres det samlede behov for funktionen for ”specialbehandling af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter” at være på ca. 130 lukkede senge og et mindre antal åbne senge. Den ekstra lukkede kapacitet etableres på baggrund af ressourcer fra Glostrup samt Psykiatrisk Center Sct. Hans’ åbne stationære kapacitet.

Herudover etableres der på Psykiatrisk Center Sct. Hans en regionsfunktion med et kompetencecenter der understøtter og superviserer behandlingen i hovedfunktionerne samt har en forsknings- og udviklingsforpligtelse.

Inden etablering skal behandlingsopgavens omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

Øvrige specialgrupper

Københavns Kommune har hidtil taget imod et større antal patienter, som var visiterede og indstillede til botilbud. På trods heraf resterer der fortsat knap 50 færdigbehandlede fortrinsvis københavnere, som enten er visiterede og indstillede til eksisterende botilbud, eller som venter på specialbotilbud, som indtil videre ikke forefindes.

Med baggrund heri vil det samlede antal senge på Psykiatrisk Center Sct. Hans i nogen grad blive reduceret. Imidlertid har afdelingerne på centret i gennem de senere år udviklet spidskompetencer, som samlet set er rettet mod patientgrupper, som har behov for en specialiseret stationær behandling.

Der er tale om tre patientgrupper dels udslusning efter langtidsindlæggelse af de sværeste tilfælde af retspsykiatriske patienter, dels specialbehandling af patienter med dobbeltdiagnoser (psykotiske patienter med misbrug af svær grad og (ofte) behandling med metadon) og dels patienter fra regionens hovedfunktioner i øvrigt, som har behov for længerevarende intensiv rehabilitering under indlæggelse. Hertil kommer i en overgangsfase de ovenfor beskrevne knap 50 færdigbehandlede fortrinsvis københavnere.

Indsatsen over for øvrige specialgrupper bygger på de eksisterende spidskompetencer for strukturerede patientforløb med intensiv rehabilitering, kognitiv miljøterapi samt risikovurdering. Alle tre kompetencer fortjener samtidig en udbredelse i hovedfunktionerne.

Konsekvensen af at omlægge funktionerne på Psykiatrisk Center Sct. Hans indebærer, at specialbehandlingen af hjerneskadede på centret flyttes til Psykiatrisk Center Glostrup, behandlingen af retspsykiatriske patienter på Retspsykiatrisk Center i Glostrup flyttes og fusioneres med Psykiatrisk Center Sct. Hans, og rehabiliteringsafsnittet på Psykiatrisk Center Frederiksberg nedlægges, og funktionen indgår i afdelingen på Psykiatrisk Center Sct. Hans.

Anden specialiseret stationær behandling

Nedenfor beskrives tre eksisterende tilbud, som enten flyttes eller udvides på baggrund af eksisterende enheder. Baggrunden er ønsket om en kvalitetsforbedring ud fra faglige anbefalinger.

- **Patienter med debuterende psykoser og skizotypi samt behandlingsresistente og særligt komplicerede tilfælde af skizofreni**

Der er i regionen ca. 300 patienter med debuterende psykoser og skizotypi herunder behandlingsresistente og særligt komplicerede tilfælde af skizofreni, som for første gang kommer i psykiatrisk behandling. Det fremgår af de politiske hensigtserklæringer, at disse patienter modtager særlige tilbud og skal have hurtig og intensiv hjælp med henblik på at forbedre mulighederne for rehabilitering.

Det eksisterende tilbud af opsøgende psykiatriske team for yngre voksne med debuterende psykoser (OPUS-team) udvides.

Med udgangspunkt i tre eksisterende forskningsmiljøer, etableres der i planlægningsområderne Syd og Byen en fælles regionsfunktion med kompetencecenter med understøttelse og supervision af behandlingen i hovedfunktionerne samt en forsknings- og udviklingsforpligtelse.

- **Senhjerneskade – genoptræning ved samtidig psykisk lidelse og senhjerneskade**

Specialbehandlingen af hjerneskadede har i mange år været forankret på Psykiatrisk Center Sct. Hans, Afdeling M og består i neuropsykologisk udredning og behandling. Der er udviklet særlige kompetencer til denne specielle patientgruppe.

I henhold til hospitalsplanen placeres neurorehabilitering fremover på Glostrup Hospital. For at skabe faglig sammenhæng flyttes specialfunktionen på Psykiatrisk Center Sct. Hans til Planlægningsområde Syd for at etablere et tæt samarbejde med den somatiske ekspertise på området.

- **Spiseforstyrrelser**

Anoreksiklinikken på Rigshospitalet har lands- og landsdelsfunktion og behandler voksne med de mest komplicerede spiseforstyrrelser. I det tidligere Københavns Amt er der etableret en fælles visitation på tværs af amtet, og behandlingen foregår efterfølgende i Psykiatrisk Center Gentoftes amtsfunktion for svære spiseforstyrrelser (fi-

nansieret af satspuljemidler i 2005-09) og i Psykoterapeutisk Center Stolpegårds amtsfunktion for mellemsvære spiseforstyrrelser.

Presset på enhederne er stort, og der er behov for en samlet strategi, der fører til, at regionen kan leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fælles visitation. Desuden er samarbejdet med primærsektoren vigtig med henblik på udvikling af shared care-modeller for spiseforstyrrede (anoreksi og bulimi) grad 1-2. Endvidere er der et behov for udvikling af en lang række andre områder inden for den specialiserede funktion.

- Den højt specialiserede funktion på Rigshospitalet fortsætter. Det vurderes, at der ikke er tilstrækkelig kapacitet. Der bør derfor ses på muligheden for at udvide stationær og ambulansaktivitet. Klinikken får desuden regionsfunktion med tilknyttet kompetencecenter i samarbejde med Gentofte og Stolpegård, hvor der er særligt fokus på spiseforstyrrelser, grad 2-4, i ambulansbehandling. Muligheden for etablering af et kompetencecenter forbundet hermed skal undersøges. Der skal endvidere etableres et samarbejde med den lignende funktion i børne- og ungdomspsykiatrien.

Inden etablering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

Bilag 3. Specialeplanlægning børne- og ungdomspsykiatri

Baggrunden for etablering af specialfunktioner i børne- og ungdomspsykiatrien har været erkendelse af et behov for specialiseret behandling til særlige patientkategorier, samtidigt med at man har haft adgang til den nødvendige faglige ekspertise. Nogle specialiseringer er etableret lokalt som følge af afdelingernes egne beslutninger. Andre er etableret som følge af politiske beslutninger og er koordineret på lands- og landsdelsniveau. For at udnytte ressourcerne bedst muligt, vil det fremover være hensigtsmæssigt med en øget koordinering, ligesom der er mulighed for at videreudvikle den eksisterende viden og erfaringer på forskellige fagområder.

Der er udenlandske erfaringer med kompetencecentre på tværs af lokale kliniske funktioner. Formålet er at samle udvikling og forskning inden for afgrænsede områder. Kompetencecentre kan opbygge ekspertise og varetage supervision, rådgivning herunder ”second opinion” vurderinger og undervisning samt behandling af særligt komplicerede sygdomstilstande. De rådgivende funktioner kan både være i forhold til behandlingsindsatsen på basisniveau og i forhold til indsatsen i andre sektorer. En del af rådgivningen kan eventuelt foregå via telepsykiatri, som der er erfaringer med på Bornholm.

En lang række af de specialiserede funktioner eksisterer allerede i regionen. Således har regionens psykiatriske centre i henhold til Sundhedsstyrelsen specialeplanlægning hidtil varetaget funktioner, der har været amtsdækkende, og funktioner, der har været lands- og landsdelsdækkende.

I det følgende gennemgås den specialiserede psykiatri opdelt på henholdsvis specialiseret ambulante behandling og specialiseret stationær behandling.

3.1 Specialiseret ambulante behandling

Eksisterende funktioner

- **Psykiske udviklingsforstyrrelser – svære og komplicerede og psykotiske lidelser – svære og komplicerede**

Inden for gruppen af psykiske udviklingsforstyrrelser er ”infantil autisme” den mest kendte og en af de hyppigst forekommende. Hovedparten af patientgruppen er også psykisk udviklingshæmmet. En mindre gruppe på 10-15 pct. er normalt begavet og benævnes ”højt fungerende autisme”.

Bispebjerg og Glostrup varetager i dag opgaverne med svære og komplicerede psykiske udviklingsforstyrrelser og svære og komplicerede psykotiske lidelser. Området er bredt og dækker flere funktioner. De psykiatriske centre foretager typisk undersøgelse og diagnosticering af førstnævnte patientgruppe, men tilbyder sjældent opfølg-

ning herpå. Opfølgningen består i undervisningsmæssige, socialpædagogiske og sociale tiltag og varetages af kommunerne.

Der er ikke behov for ændringer og funktionerne fortsætter som regionsfunktioner i et samarbejde mellem Bispebjerg og Glostrup.

- **Spiseforstyrrelser – komplicerede**

Inden for gruppen af spiseforstyrrelser er ”nervøs spisevægring” (anorexia nervosa) den mest ressourcekrævende. Sygdommen er karakteriseret ved tilsigtet væggtab fremkaldt og vedligeholdt af patienten selv. Den optræder hyppigst hos kvinder i de tidligere ungdomsår eller yngre voksenalder. Der er sædvanligvis underernæring af varierende sværhedsgrad med hormonelle forstyrrelser og forandringer i blodet. Behandlingen er typisk langvarig med døgnindlæggelse for de sværeste tilfælde, og i perioder må behandlingen foregå med tvang.

Bispebjerg har i dag lands- og landsdelsfunktion for svære eller komplicerede spiseforstyrrelser. Det drejer sig her om patienter, der lider af nervøs spisevægring og ofte med komorbiditet i form af depression eller personlighedsforstyrrelser. Disse svære tilfælde, som er særlig ressourcekrævende, behandles altid under langvarig indlæggelse, der ofte varer måneder og år. I perioder er der desuden samarbejde med hjerte- og intensiv afdeling.

Funktionen fortsætter på Bispebjerg som højt specialiseret funktion. Der er behov for afklaring af samarbejds- og snitfladen til voksenpsykiatriens tilsvarende specialiserede funktion.

Inden etablering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

- **Neuropsykiatriske forstyrrelser – svære og komplicerede**

Bispebjerg og Glostrup varetager i dag opgaverne med behandling af børn og unge med svære og komplicerede neuropsykiatriske forstyrrelser som lands- og landsdelsfunktion. Funktionen fortsætter som højt specialiseret funktion.

3.2 Specialiseret stationær behandling

Eksisterende funktioner

Med udgangspunkt i de eksisterende funktioner ”skizofreni hos børn” og ”spædbarnspsykiatri” undersøges mulighederne for at etablere regionsfunktioner med kompetencecentre.

Inden etablering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

Ny funktion

- **Ungdomspsykiatrisk intensivt lukket afsnit**

Børne- og ungdomspsykiatrien behandler i stigende grad flere aggressive, udadreagerende og personalemæssigt ressourcekrævende unge, som er svære at rumme under de eksisterende forhold. Undersøgelser har vist en stor overvægt af psykiske problemer, herunder egentlig psykisk sygdom, blandt unge, der anbringes i surrogatvare-tægtsfængsling og til afsoning i lukkede ungdomsinstitutioner. Der eksisterer således ikke retspsykiatriske ungdomsafsnit i regionen.

Undersøgelse (fx mentalobservation) og behandling i henhold til dom varetages i dag sjældent i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. I Kriminalforsorgens regi er der desuden unge med psykotiske tilstande, som ikke har en retspsykiatrisk foranstaltning.

Kriminelle unge med psykisk lidelse skal have nem adgang til undersøgelse og behandling ved speciallæge på linie med ikke-kriminelle. Kriminelle psykisk syge unge og unge, der er dømt til behandling under indlæggelse, bør kunne indlægges i ungdomspsykiatrisk regi. Disse udadreagerende patienter har behov for et specialiseret tilbud, og udviklingen med flere udadreagerende unge giver allerede på nuværende tidspunkt et pres på de forholdsvis få lukkede senge.

Der er behov for en udvidelse af den samlede børne- og ungdomspsykiatriske kapacitet med et intensivt lukket afsnit med 6 senge til udadreagerende unge inklusive retspsykiatriske patienter i tilknytning til den fælles akutmodtagelse. Sengene etableres i det tidligere retspsykiatriske sengeafsnit i Glostrup, som flyttes til Psykiatrisk Center Sct. Hans. Funktionen er en udvidelse i forhold til i dag og vil eventuelt kunne betjene andre regioner. Det kan derfor overvejes at etablere funktionen som en højt specialiseret funktion.

Et ungdomspsykiatrisk intensivt lukket afsnit er et naturligt sted at forankre et tæt samarbejde til voksenpsykiatrien om de 18-24 årige for at sikre kontinuitet i behandlingen af de unge. Det er blandt andet relevant i forhold til unge med debuterende psykoser, der bør have det samme tilbud uanset om de opdages i ungdomspsykiatrien eller i voksenpsykiatrien. Samarbejdet gælder også for ADHD-patienter (tidligere DAMP).

Inden etablering skal behandlingsopgavernes omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtelsen analyseres.

Bilag 4. Politisk aftale om hospitalsplan og psykiatriplan

Region Hovedstaden

Den 30. april 2007

Aftale om hospitalsplan og psykiatriplan for Region Hovedstaden

Der er mellem partierne A, C, B, F, O og Ø enighed om at fortsætte det positive samarbejde med udgangspunkt i de sundhedspolitiske og psykiatrispolitiske hensigtserklæringer, bidragene fra De sundhedsfaglige Råd og forslag til hospitalsplan og psykiatriplan.

Region Hovedstaden er med godt 1,6 mio. indbyggere landets største. Region Hovedstaden skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse med et stærkt, offentligt hospitalsvæsen, der sammen med praksissektoren, kommunerne mv. arbejder på at fremme sundhed for alle i regionen og arbejder på at mindske den sociale ulighed i sundheden. Borgerne skal tilbydes fri, lige og gratis adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau. Sundhedsvæsenet skal samtidig være præget af en effektiv resurseudnyttelse.

Behandlingen af patienterne kommer først. Starten på opfyldelsen af dette ønske er en hospitals- og psykiatriplan, hvis realisering hurtigst muligt kan give den maksimale kvalitet i behandlingen. Derfor er planerne skabt med et første femårs perspektiv.

Den konstant voksende viden og muligheder for behandling skal kunne gives til patienterne i hovedstadsregionen. Derfor skaber planerne nødvendige samlinger af specialafdelinger efter anbefalinger fra De sundhedsfaglige Råd og lægger op til et tæt samarbejde med kommunerne og praksislægerne. Det kræver store øjeblikkelige investeringer i nybyggeri, ombygninger og apparatur.

En målrettet forskningspolitik og opbakning og udvikling til det faglige samarbejde både i Europa og i den øvrige verden er en forudsætning for at sikre at være opdateret og med i nyskabelser til gavn for patienterne.

Høj kvalitet i behandlingen kræver stærke faglige miljøer med forskning, udvikling og uddannelse. At følge med i og medvirke til at forbedre behandlingsformer, apparatur og hjælpemidler vil kunne forstærkes af et samarbejde med universiteter og erhvervsliv.

Rigshospitalet skal fortsat være landets spydspids. De øvrige hospitaler er som en del af hovedstadsregionens universitetshospitaler også bærere af miljøer og centre for den samlede forskningsindsats. Region Hovedstaden skal fastholde og styrke sin position som Danmarks markant største universitetshospitalsvæsen, og hospitalerne skal også fremover spille en rolle internationalt på en række af de højt specialiserede spydspidsområder.

Nye og anderledes samarbejdsformer om patienterne med kommuner og praktiserende læger, i fortsættelse af strukturreformens tankegange, kræver ikke blot lyst og vilje, men også et økonomisk råderum til forsøg og ideaføringer. Den telemedicinske udvikling indebærer muligheder for kvalitetsforbedringer, hvor den højeste ekspertise kan komme ganske tæt på patienten. Et samarbejde om den teknologiske udvikling på dette område kan komme mange patienter til gavn. Regionen vil arbejde aktivt for at kunne skabe disse muligheder. Et vigtigt område bliver indsatsen

for patienter med kroniske lidelser og ældre patienter. Her får nærhospitalerne en vigtig rolle for at sikre et tæt samarbejde med kommunerne. Partierne er enige om, at der skal udarbejdes en ældreplan, der sikrer den nødvendige indsats på området.

Hospitalsplanen og psykiatriplanen er et vigtigt redskab til at nå disse mål. Planerne har som udgangspunkt et 5-årigt perspektiv, så regionens borgere hurtigst muligt kan få øget kvalitet gennem samling af specialafdelinger og andre umiddelbare gevinster.

En forudsætning for at leve op til borgernes forventninger til hospitalsbehandlingen er tilstrækkelige investeringer og tilstrækkelige resurser til hospitalernes daglige drift. For patienterne er det vigtigste at få den bedste behandling. Dertil kan gode fysiske tidsvarende rammer gøre patienterne bedre tilpas, fremme deres helbredelse og modvirke infektioner. Gode fysiske rammer er også vigtige for et godt arbejdsmiljø, der skal medvirke til fastholdelse og rekruttering i de kommende år. Der er på regionens hospitaler et stort behov for grundlæggende vedligeholdelse, og der er behov for markant bedre fysiske rammer, hvis vi skal leve op til fremtidens krav. Nye investeringer giver i nogle tilfælde mulighed for at tilrettelægge behandlingen mere effektivt. I andre tilfælde giver investeringen større kvalitet og service for patienterne. Det er derfor vigtigt at se de kommende års genopretning og forbedring af de fysiske rammer først og fremmest som et nødvendigt bidrag til de kvalitetsforbedringer, som fremtidens patienter forventer. Investeringerne er en forudsætning for, at de offentlige hospitaler kan løse de opgaver borgerne forventer.

Det er også nødvendigt at investere i uddannelse, ledelses- og medarbejderudvikling samt arbejdsmiljø – af hensyn til kvaliteten for fremtidens patienter, og for at sikre fastholdelse og rekruttering af medarbejdere. Der stilles store krav til ledelse og medarbejdere på Region Hovedstadens hospitaler. Regionens økonomiske grundlag får som forudsætning fortsatte produktivitetforbedringer, kortere liggetider, dagkirurgi og stadig flere patienter. Derfor er det nødvendigt at sætte fokus på og arbejde aktivt med at sikre et godt arbejdsmiljø, ligesom det er nødvendigt, at ledere og medarbejdere er veluddannede, har de rette kompetencer og er i stand til at omstille sig.

Psykiatrien varetager behandlingen af en stor og sammensat patientgruppe med varierende og forskellige behandlingsbehov. Fælles for patienterne er behovet for, at der er en klar sammenhæng i behandlingsforløbet, hvad enten det er af kortere eller længere varighed.

Sindslidende skal have den nødvendige, og samtidig mindst indgribende hjælp, så de kan leve en så normal tilværelse som muligt. Den sindslidende skal opleve sammenhæng i behandlingen – og sammenhæng med den socialpsykiatriske indsats. Derfor må de psykiatriske tilbud fungere så tæt på patienterne som fagligt muligt. For nogle sindslidende er der behov for specialiserede tilbud.

Det er muligt helt eller delvist at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser. Kontakten mellem patient og behandler skal være præget af den synsvinkel. Samtidig skal indsatsen kunne rumme dem, der har et årelangt behov for hjælp, og hvor samspillet mellem kommunernes sociale tilbud og regionens behandlingstilbud er særlig vigtigt.

Regionens tilbud skal videreudvikles mod nærhed og tilgængelighed gennem en veludbygget distriktspsykiatri med Opsøgende Psykiatriske Team. Åbningstiden i de distriktspsykiatriske centre skal vurderes med henblik på at finde den optimale balance mellem indsatsen i bl.a. distriktspsykiatrien, Opsøgende Psykiatriske Team, de psykiatriske skadestuer og den psykiatriske

udrykningstjeneste. Målet er, at indsatsen over for den enkelte sindslidende bliver bedre og mere sammenhængende, så behovet for akut hjælp på de psykiatriske skadestuer og akut indlæggelse bliver mindre. Der skal fortsat være mulighed for hjælp hele døgnet.

Under indlæggelse skal der være mulighed for en målrettet intensiv behandling og rehabilitering, når der er behov for det, og der skal være tilbud om aktiviteter og motion, så de sindslidende kan udnytte deres resurser bedst muligt.

Brugere og pårørende er vigtige samarbejdspartnere, der skal inddrages i regionens tilbud til psykisk syge. En patient- og pårørendepolitik skal udgøre den overordnede ramme for indsatsen.

Patienterne og de pårørende, som patienterne ønsker inddraget, skal almindeligvis tages med på råd i tilrettelæggelsen af den konkrete indsats. Også børn af psykisk syge har brug for særlig opmærksomhed.

Viden om psykisk sygdom er væsentlig for både patienter, pårørende og den øvrige befolkning. Derfor skal informationsindsatsen om psykisk sygdom styrkes. I samarbejde med kommunerne og repræsentanter for brugere og pårørende søges etableret et Psyk. Info.

Partierne A, C, B, F, O og Ø er derfor enige om, at forslag til hospitalsplan og forslag til psykiatriplan gennemføres med følgende præciseringer og ændringer:

1. De fire planlægningsområder i forslag til hospitalsplan og forslag til psykiatriplan er grundlag for den fremtidige behandlingsindsats. I alle og inden for hvert planlægningsområde skal borgerne sikres et ensartet højt kvalitets- og serviceniveau.
2. Hvidovre Hospital, Herlev Hospital, Bispebjerg Hospital og Nordsjællands Hospital i Hillerød bliver områdehospitaler med fælles akutmodtagelse på de nuværende matrikler. Gode og moderne fysiske rammer sikres gennem nye bygninger og renoveringer på matriklerne i forbindelse med de planlagte ændringer i hospitalernes opgaver.
3. Amager Hospital, Glostrup Hospital, Frederiksberg Hospital, Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital i Helsingør og Frederikssund bliver nærhospitaler. Bornholms Hospital bevarer sine funktioner i et tæt samarbejde med Rigshospitalet. Gode bygningsmæssige rammer sikres også på nærhospitalerne med renoveringer og nybyggeri.
4. Rigshospitalet bevarer og styrker sin særstilling som landets førende hospital med høj kvalitet og højt specialiserede funktioner. Hospitalet skal have de nødvendige fysiske rammer til sikring heraf samt muligheder for udvidelse til nye fremtidige opgaver. Tand-, mund- og kæbekirurgi samles på Rigshospitalet, og hospitalet dækker planlægningsområde Byen med pædiatri og fødsler. Dette sammen med hospitalsplanens øvrige ændringer nødvendiggør nybyggeri af en Nordfløj og en række renoveringer.
5. Thoraxkirurgi samles på Rigshospitalet som forudsat i forslag til hospitalsplan.
6. Karkirurgi samles på Rigshospitalet som forudsat i forslag til hospitalsplan. Der etableres en spydspidsfunktion i form af en elektiv udefunktion vedrørende højt specialiserede kirurgiske behandlinger af venøse lidelser på Gentofte Hospital.
7. Dermatologi fra Hørsholm og Bispebjerg Hospital samles på Bispebjerg Hospital. På Gentofte Hospital bevares den dermatologiske afdeling og videnscenter for allergi. De to selvstændige dermatologiske afdelinger samarbejder tæt.
8. Fødestederne samles som forudsat i forslaget til hospitalsplan. For at sikre trygge rammer for familierne indrettes fødestederne på Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Herlev Hospital

- og Nordsjællands Hospital i Hillerød med mindre miljøer. Fødeafdelingen på Bornholms Hospital bevares uændret.
9. Funktionerne på Esbønderup flyttes til Nordsjællands Hospital i Frederikssund, og matriklen i Esbønderup søges solgt.
 10. Klinik for rygmarvsskadede i Hornbæk flyttes til Glostrup som forudsat i forslag til hospitalsplan, og matriklen i Hornbæk søges solgt
 11. De eksisterende idrætsklinikker bevares.
 12. Der skabes mulighed for, at der kan bygges et nyt hospital på Amager, fx. gennem option på en grund i Ørestaden.
 13. Rigshospitalets traumecenter tager imod meget svære skader for hele hovedstadsregionen. I hvert område har områdehospitalerne døgnåbent, så man hele døgnet kan henvende sig og få behandlet akut opståede skader. Ingen borger skal have problemer med at få den rigtige hjælp. Derfor har alle nærhospitalerne døgnåbne skadestuer for selvhenvendere. Her vil langt det meste kunne klares.
 14. Med henblik på at udvikle en moderne betjening på det akutte område, hvor borgernes behov for tryghed og akut hjælp sikres samtidig med, at begrænsede personaleresurser i videst muligt omfang udnyttes optimalt, forsøges nye samarbejdsformer med de praktiserende læger, telefonrådgivning af borgerne, øget brug af telemedicin og en styrkelse af den præhospitale indsats.
 15. Kapaciteten på Sct. Hans Hospital målrettes til de behandlingsopgaver, Region Hovedstaden skal varetage. Der indledes drøftelser med Københavns Kommune om, hvordan kommunen hurtigt kan etablere de nødvendige tilbud til færdigbehandlede patienter indlagt på Sct. Hans Hospital og regionens øvrige afdelinger. Sengekapaciteten på Sct. Hans Hospital til patienter med dobbeltdiagnoser reduceres ikke. Retspsykiatrien samles som forudsat i forslag til psykiatriplan på Sct. Hans Hospital. Behandlingsindsatsen organiseres på en sådan måde, at patienterne får tryghed gennem behandling i overskuelige miljøer.
 16. Den ungdomspsykiatriske sengekapacitet i Hillerød bevares, og den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling betjener planlægningsområde Nord. Den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling på Bispebjerg Hospital betjener Københavns Kommune, mens børne- og ungdomspsykiatrisk center i Glostrup betjener planlægningsområde Midt og de dele af planlægningsområde Syd, der ikke er en del af Københavns Kommune. Optageområderne for børne- og ungdomspsykiatrien kan senere blive justeret i lyset af behov og kapacitet.
 17. De psykiatriske senge i Frederikssund bevares.
 18. Det psykiatriske center i Gentofte flyttes til Hørsholm for at skabe ordentlige fysiske rammer. Borgere fra Hørsholm Kommune kan inden for lovgivningens rammer for frit sygehusvalg søge psykiatrisk behandling i Hørsholm.
 19. Den ortopædkirurgiske funktion på Hørsholm flyttes samlet til Helsingør for at sikre funktionens videreførelse i gode fysiske rammer. Mammakirurgien flyttes til Herlev Hospital. De øvrige nuværende funktioner på Hørsholm flyttes til andre hospitaler i overensstemmelse med forslag til hospitalsplan.
 20. Opsøgende Psykose Team ændrer navn til Opsøgende Psykiatriske Team. Der findes et andet navn til Psykiatrivirksomheden efter drøftelse med denne.

Partierne er indstillet på at realisere planerne så hurtigt som muligt. Planernes realisering er afhængige af at regering og folketing tilfører nye økonomiske midler hertil. Partierne vil udarbejde

prioriterede handlingsplaner, der tager det størst mulige hensyn til, at patienterne også her og nu har behandlingsbehov, som Region Hovedstaden skal løse. Ved økonomiforhandlingerne mellem regeringen og regionerne er det nødvendigt at afsætte tilstrækkelige midler til bl.a. renoveringer, nybyggeri og apparatur, ikke blot i et 5-årigt forløb, men også i årene herefter.

Hillerød, den 30. april 2007

For partierne:


SOCIALDEMOKRATERNE


DET KONSERVATIVE FOLKEPARTI


DET RADIKALE VENSTRE


SOCIALISTISK FOLKEPARTI


DANSK FOLKEPARTI


ENHEDSLISTEN