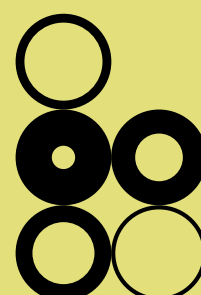


# Specialisering og faglig bæredygtighed inden for psykiatrien

DANSKE  
REGIONER



**Specialisering og faglig bæredygtighed  
inden for psykiatrien**



# Indhold

1.	Indledning .....	5
2.	Sammenfatning af arbejdsgruppens overvejelser og arbejdsgruppens anbefalinger	6
3.	Afgrænsning af opgaven .....	8
	og arbejdsgruppens fremgangsmåde	
4.	Andres overvejelser om specialisering .....	9
5.	Afgrænsning af genstandsfeltet .....	10
6.	Begrebsafklaring .....	12
7.	Udviklingstendenser .....	13
8.	Forudsætninger for yderligere .....	15
	specialisering inden for psykiatrien	
9.	Model for specialisering .....	19
10.	Arbejdsgruppens anbefalinger .....	25
	Bilag 1: Andres overvejelser om specialisering .....	26



# 1. Indledning

## Baggrund

Psykiatrichefkredsen nedsatte i februar 2005 en arbejdsgruppe med henblik på at udarbejde et oplæg til psykiatrichefkredsen med en holdning til specialisering inden for psykiatrien.

## Kommissorium

### *Baggrund*

Behovet for yderligere specialisering i psykiatrien har været genstand for debat i de senere år.

Baggrunden er bl.a., at Dansk Psykiatrisk Selskab har foreslået en modernisering af specialet, således at det i fremtiden er muligt at gennemføre en øget specialisering.

Psykiatrichefkredsen har flere gange drøftet specialisering bl.a. med udgangspunkt i Dansk Psykiatrisk Selskabs rapport "Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer 2004 – 2010". Emnet har også været drøftet med Dansk Psykiatrisk Selskab.

På den baggrund besluttede psykiatrichefkredsen på sit møde 09-02-2005 at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på at indkredse psykiatrichefkredsens holdning til specialisering i psykiatrien.

### *Opgaven*

Arbejdsgruppen har haft til opgave at udarbejde;

- en beskrivelse af fordele og ulemper ved en yderligere specialisering i psykiatrien, og
- modeller for hvordan specialisering kan organiseres.

Oplægget skal bl.a. bruges til en videredrøftelse med Dansk Psykiatrisk Selskab om specialisering i psykiatrien.

### *Tidsfrist*

Arbejdsgruppens forslag skal forelægges på det først kommende psykiatrichefmøde i 2006.

### *Arbejdsgruppens medlemmer*

- Vicedirektør Martin Lund, Københavns Amt/Region Hovedstaden (formand).
- Psykiatrioverlæge Kristen Kistrup, H:S/Region Hovedstaden.
- Psykiatrifaglig vicedirektør Annette Gjerris, Københavns Amt/Region Hovedstaden.
- Sekretariatschef Jakob Bjerre, Vestsjællands Amt/Region Sjælland.
- Psykiatrichef Anders Meinert Pedersen, Ribe Amt/Region Syddanmark.
- Psykiatrichef Claus Graversen, Viborg Amt/Region Midtjylland.
- Psykiatrichef Per Lund Sørensen, Nordjyllands Amt/Region Nordjylland.
- Kontorchef Tommy Kjelsgaard, Amtsrådsforeningen.

### *Sekretariat*

Chefkonsulent Lotte Pihl Andersen, Amtsrådsforeningen.

Arbejdsgruppen har holdt 4 møder.

## 2. Sammenfatning af arbejdsgruppens overvejelser og arbejdsgruppens anbefalinger

Med afsæt i den allerede igangværende specialiseringsdebat har arbejdsgruppen valgt at fokusere på følgende hovedproblemstilling: Hvordan sikres en model for specialisering, som hviler på de rette faglige kompetencer, og som samtidig sikrer den rette balance mellem specialisering og nærhedsprincippet, samt fastholder volumen i almenpsykiatrien.

Arbejdsgruppens tilgang har været først at identificere de generelle forudsætninger, som skal være til stede for at sikre en specialisering, som er i overensstemmelse med kompetencekravene og kravet om balance mellem specialisering og nærhed. Arbejdsgruppen opfatter i den forbindelse nærhed, som ensbetydende med, at behandlingen foregår i geografisk afgrænsede optageområder, dvs. behandling på en almenpsykiatrisk enhed, herunder også behandling i distriktpsikiatrisk center, er udtryk for behandling i nærmiljøet. Optageområdets geografiske udstrækning og befolkningsunderlag kan variere.

Herefter præsenteres en mulig model for den fremtidige specialisering inden for psykiatrien.

Det er overordnet arbejdsgruppens opfattelse at nærhedsprincippet fortsat skal tillægges stor vægt i behandlingspsykiatrien. Det er samtidig arbejdsgruppens vurdering, at specialisering og nærhedsprincippet ikke nødvendigvis er to modsætninger.

I forlængelse heraf præsenterer arbejdsgruppen en generel kompetencecentermodel, som forener behovet for specialisering og nærhedsprincippet. Kompetencecentre for forskellige målgrupper vil fungere som faglige flagskibe i forhold til de pågældende målgrupper, og vil i den forstand være katalysatoren for udviklingen af ekspertise og evidensbaseret "best practice".

Samtidig skal kompetencecentrene forpligtiges til at formidle denne viden ud i behandlingssystemet, herunder til basisniveauet. Kompetencecentrenes understøttelse og supervision af behandlingen på basisniveauet betyder, at behandlingen på basisniveauet vil blive mere specialiseret og på et højere fagligt niveau.

Med kompetencecentre, der understøtter indsatsen i optageområderne, sker der således en forening af behovet for specialisering af indsatsen og ønsket om behandling i nærmiljøet.

Arbejdsgruppen lægger endvidere vægt på, at basisniveauets mulighed for at trække på kompetencecentrenes ekspertise samtidig vil forbedre basisfunktionernes muligheder for at supervisere og understøtte de praktiserende læger. Dermed vil der være skabt et endnu bedre grundlag for samarbejdet mellem almenpsykiatrien og praksissektoren om konkrete patientforløb ("shared care" modellen).

Arbejdsgruppen mener, at etablering af et kompetencecenter er særligt relevant når én eller flere af følgende betingelser er opfyldt: (i) der er tale om en sjælden sygdom, (ii) der er tale om meget komplekse sygdomme, (iii) der er et stort udviklingspotentiale i forhold til den pågældende målgruppe.

Kompetencecentermodellen er en generel model, men det er samtidig arbejdsgruppens opfattelse, at der er tale om en fleksibel model, som kan have forskellige udtryksformer og derfor kan tilpasses forskellige forhold. Det er i forlængelse heraf arbejdsgruppens opfattelse, at der i definitionen af kompetencecentre kan sondres mellem en række karakteristika, som skal være til stede for at man kan tale om et kompetencecenter, og en række karakteristika som i højere grad er kontekstafhængige og derfor kan variere.

De karakteristika, som skal være til stede, er behandling af patienter, en forsknings- og udviklingsforpligtigelse, en formidlings- og koordinationsforpligtigelse samt en rimelig ressourcetildeling. De kontekstafhængige karakteristika, som kan variere, er behandlingsopgavens omfang, behandlingsformen, organiseringen, visitationen og uddannelsesforpligtigelsen.

Det er endvidere arbejdsgruppen opfattelse, at den generelle kompetencecentermodel – ud over at være afsættet for yderligere specialisering i psykiatrien – kan breddes ud over og inkorporere den struktur vi kender i dag, herunder de eksisterende specialfunktioner.

Endelig er det arbejdsgruppens overbevisning, at en frugtbar specialisering forudsætter, at specialiseringsprocessen i højere grad bliver ledelsesstyret – der har i nogen grad været en tendens til at specialiseringen i dag er drevet frem af individuelle interesser. Det er arbejdsgruppens klare holdning, at den nødvendige koordinering af specialiseringen inden for den enkelte målgruppe og på tværs af målgrupper kun kan sikres ved en ledelsesstyret specialiseringsproces, som tager udgangspunkt i en koordineret, helhedsorienteret og langsigtet specialeplanlægning.

Sammenfattende *anbefaler* arbejdsgruppen:

- At der sker en yderligere specialisering i psykiatrien,
- at der på en række fagområder uddannes flere personer,
- at der sker en organisatorisk forankring af specialisering i form af oprettelse af specialfunktioner,
- at specialiseringen sker på baggrund af samlet og koordineret specialeplanlægning som grundlag for en ledelsesstyret specialiseringsproces,
- at etableringen af specialfunktioner tager afsæt i en kompetencecentermodel, som forener specialisering med nærhedsprincippet, og bevarer volumen i basispsykiatrien,
- at den fortsatte udvikling af psykiatrien tager højde for behovet for tæt samspil med somatikken,
- at de kommende regioner anvender rapporten og dens anbefalinger i de aktuelle overvejelser om organisering af psykiatrien.



### 3. Afgrænsning af opgaven og arbejdsgruppens fremgangsmåde

Arbejdsgruppen ser rapporten som et bidrag til formuleringen af psykiatrichefkredsens holdning til spørgsmålet om specialisering i psykiatrien. Til det formål har arbejdsgruppen fundet det afgørende at bidrage til:

- En stillingtagen til om specialisering i psykiatrien er godt,
- En nuancering af specialiseringsbegrebet,
- En skitsering af de vilkår og forudsætninger, der skal være til stede i forbindelse med etablering af specialfunktioner, og
- Udviklingen af en model for specialisering.

Specialiseringsdebatten indeholder mange forskellige aspekter og kan anskues fra forskellige vinkler. Det er derfor arbejdsgruppens opfattelse, at rapportens overvejelser om specialisering må sættes ind i en bredere kontekst.

Arbejdsgruppen vil derfor indledningsvist sammenfatte en række interessenters syn på specialisering.

Efter en nærmere afgrænsning af genstandsfeltet og begrebsafklaring vil arbejdsgruppen redegøre for udviklingstendenser i forbindelse med specialisering i psykiatrien.

Arbejdsgruppen vil herefter beskrive, hvilke forudsætninger der skal være opfyldt i forbindelse med en yderligere specialisering, herunder hvilke hensyn der skal varetages i en specialiseringsproces.

Herefter vil arbejdsgruppen præsentere en model for specialisering. Denne model søger at indfange og balancere de forskellige hensyn, der skal varetages i forbindelse med specialiseringen.

Endelig vil arbejdsgruppens overvejelser og anbefalinger kort blive opsummeret.

## 4. Andres overvejelser om specialisering

Der fokuseres her særligt på Sundhedsstyrelsens vejledning for specialeplanlægning, Dansk Psykiatrisk Selskabs rapporter "Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer 2004-2010" fra 2004 og "Fagområder psykiatri" fra 2003 samt tilkendegivelser fra Dansk Psykolog Forening og Den Faglige Sammenslutning af Psykiatriske Sygeplejersker – FS11. Endelig inddrages også internationale erfaringer.

Der er mellem de nævnte parter enighed om, at der skal ske en specialisering i psykiatrien i forhold til særlige målgrupper. Fælles for synspunkterne er endvidere, at specialiseringen forudsætter tilstedeværelsen af de rette kompetencer, og der fokuseres derfor generelt på kompetenceudvikling, uddannelse, efter- og videreuddannelse, supervision mv. som et fundament for specialiseringen.

Herudover er et af de primære fokusområder i forbindelse med specialiseringsdebatten spørgsmålet om specialisering vs. nærhedsprincippet. Dansk Psykiatrisk Selskab fremhæver, at nærhed og kontinuitet indtil nu har været højt prioriteret i den organisatoriske og faglige udvikling. Selskabet anbefaler imidlertid, at psykiatrien i højere grad end hidtil suppleres med specialiserede og centraliserede enheder. Selskabet er dog samtidig opmærksom på, at der bør ske en styrkelse af samarbejdet mellem psykiatrien og praksissektoren omkring indsatsen overfor patienterne.

I tilkendegivelserne fra andre parter, herunder særligt fra Den Faglige Sammenslutning af Psykiatriske Sygeplejersker, lægges der vægt på, at specialisering ikke må ske på bekostning af nærhedsprincippet. I forlæn-

gelse heraf udtrykkes bekymring for, at den lægefaglige specialisering fører til at almenpsykiatrien bliver et lavstatusområde, med alt hvad dette medfører af manglende udvikling og forskning samt rekrutterings- og fastholdelsesproblemstillinger. Det kan frygtes, at den lægefaglige specialisering bliver styrende for psykiatriens organisering på bekostning af patientens behov for støtte, kontinuitet og helhed

Sammenfattende kan siges, at der er enighed om, at yderligere specialisering er nødvendig, og at dette kræver udvikling af de rette kompetencer. Samtidig synes der at være lidt forskellige opfattelser af, hvor vægten skal ligges i forhold til balancen mellem specialisering og nærhedsprincippet.

Også internationale publikationer omhandler vigtigheden af, at opnå den rette balance mellem specialisering og nærhed. Graham Thornicroft og Michele Tansella bruges af mange som eksperter på området. De har bl.a. skrevet en artikel, hvor de samler de internationale erfaringer med hensyn til komponenterne i moderne psykiatriske behandlingstilbud – og understreger, at det er muligt at finde en pragmatisk balance mellem specialisering og nærhed, og at den moderne psykiatri i ressourcerstærke lande bør omfatte både specialiserede tilbud og tilbud i nærmiljøet (*The British Journal of Psychiatry nr. 185 (2004), "Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care"*).

For nærmere uddybning af andres overvejelser om specialisering henvises til bilag 1.

## 5. Afgrænsning af genstandsfeltet

Psykiatriområdet er karakteriseret ved en bred vifte af tilbud til sindslidende. Den psykiatriske indsats foregår typisk i:

- behandlingspsykiatrien, hvor omdrejningspunktet er den egentlige lægefaglige behandling samt den tilhørende pleje og omsorg,
- socialpsykiatrien, hvor fokus er på pleje, omsorg, social rehabilitering af psykisk syge mennesker, og
- opsøgende teams - som typisk er forankret i behandlingspsykiatrien - hvor indsatsen kombinerer elementer af behandling, social indsats og rehabilitering.

Endelig varetager også praksissektoren en række opgaver i forhold til sindslidende.

I dette afsnit afgrænses det felt, som arbejdsgruppen har koncentreret sig om.

### Voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri

Arbejdsgruppen har valgt at beskæftige sig alene med voksenpsykiatrien. Begrundelsen for ikke at medtage børne- og ungdomspsykiatrien skal findes i to overordnede forhold.

For det første er børne- og ungdomspsykiatrien allerede i dag kendetegnet ved, at behandlingen er samlet på få steder. I hvert amt er der således kun én børne- og ungdomspsykiatrisk enhed.

For det andet er børne- og ungdomspsykiatrien inde i en udvikling, hvor selve genstandsfeltet for børne- og ungdomspsykiatrien er ved at blive redefineret. På tværs af landet er der et massivt pres på børne- og ungdomspsykiatrien. Den stigende efterspørgsel betyder, at det må forventes, at børne- og ungdomspsykiatrien inden for en årrække vil behandle samme andel af børne- og ungepopulationen, som det er tilfældet på det voksenpsykiatriske område. I forlængelse heraf må det forventes, at der skal ske en række tilpasninger af de økonomiske og organisatoriske vilkår.

Hvorledes specialet børne- og ungdomspsykiatri tilpasser sig de nye vilkår og krav vil være afgørende for tilgangen til specialisering inden for børne- og ungdomspsykiatrien. En egentlig rapport om specialisering inden for børne- og ungdomspsykiatrien kan derfor med fordel afvente en nærmere afgrænsning af børne- og ungdomspsykiatriens genstandsfelt, herunder kerneydelser og metoder samt de ydre rammer for indsatsen, såsom ressourceanvendelse og organisering.

### Voksenpsykiatri og tilgrænsende områder

Det forhold, at arbejdsgruppen har valgt at koncentrere overvejelserne om specialisering til voksenpsykiatrien, betyder ikke, at arbejdsgruppen dermed har vurderet, at der ikke er behov for specialisering på tilgrænsende områder. Den voksenpsykiatriske indsats i behandlingspsykiatrien sker således i tilknytning til andre indsatsområder, og en vellykket behandlingspsykiatrisk indsats forudsætter i en række tilfælde samarbejde med disse områder.

De vigtigste tilgrænsende områder er:

- socialområdet,
- somatikken, og
- almen praksis.

### ***Socialområdet***

En lang række patienter vil have behov for, at der iværksættes en social indsats. Der kan være f.eks. være tale om behov for en almen social indsats, hvor patienterne modtager tilbud om et kommunalt socialpsykiatrisk botilbud eller værested.

Patienter, der vil have vanskeligt ved at få en hverdag til at fungere i eget hjem vil have behov for at modtage et specialiseret botilbud i socialpsykiatrien med henblik på en fortsættelse af den rehabiliteringsproces, som er påbegyndt i behandlingspsykiatrien. Hovedparten af denne gruppe udgøres af de dårligst fungerende patienter med skizofreni eller andre skizofrenilignende tilstande.

Hvad enten der er tale om et alment socialpsykiatrisk tilbud eller et specialiseret socialpsykiatrisk tilbud, kræver det et samarbejde mellem den behandlende psykiatri og den kommune, patienten bor i.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en velfungerende specialiseret socialpsykiatrisk indsats er en forudsætning for yderligere specialisering i psykiatrien.

### ***Somatikken***

For så vidt angår somatikken er der særligt på det neurologiske område en sammenhæng mellem den psykiatriske og den somatiske indsats. Det gælder i forhold til mennesker med demens og til en række andre tilstande, hvor somatiske lidelser kommer til udtryk som psykisk sygdom og omvendt. Desuden er samtidig forekomst af psykisk og somatisk sygdom (co-morbiditet) et hyppigt fænomen. Disse forhold betyder, at man i en specialiseringsammenhæng skal sikre, at behovet for samspil mellem psykiatri og somatik tilgodeses.

### ***Almen praksis***

For de ikke-psykotiske patienter (f.eks. patienter med angst, depression mv.) vil indsatsen ofte foregå i praksissektoren. Særligt i forhold til denne patientgruppe vil der være behov for at styrke samarbejdet mellem den almene voksenpsykiatri og praksissektoren, herunder basisniveauets supervision og understøttelse af praksissektoren.

## 6. Begrebsafklaring

I afgrænsningen af behandlingspsykiatrien har arbejdsgruppen lagt sig op af bemærkningerne til Sundhedsloven og således defineret den behandlede psykiatri som omfattende stationær og ambulante behandling, distriktspsykiatri, opsøgende psykoseteams og andre udgående /opsøgende psykiatriske teams.

Derudover har arbejdsgruppen vurderet, at det er nødvendigt at afklare en række begreber for at undgå unødigt uklarhed i specialiseringsdebatten.

Det skal indledningsvist nævnes, at der med etableringen af psykiatri som lægefagligt speciale allerede er sket en afgrænsning af behandlingsindsatsen. Begrebet specialisering anvendes derfor som et overordnet udtryk for at indsatsen målrettes i forhold til bestemte målgrupper inden for psykiatrien. I den forbindelse er det relevant at sondre mellem begreberne fagområder, subspecialisering og specialfunktioner.

Med henblik på at undgå unødigt begrebsforvirring vil der i denne rapport ikke blive sondret mellem specialisering og subspecialisering. Begge begreber retter sig imod en specialisering af indsatsen og begrebet specialisering vil blive anvendt som samlebetegnelse.

Arbejdsgruppen har i forlængelse heraf valgt at definere *specialisering* i forhold til behandlingsindsatsen, dvs. at det først er på det tidspunkt at specialviden anvendes i selve behandlingsindsatsen, at der er tale om egentlig specialisering. Jf. ovenfor er behandlingsindsatsen rettet mod såvel indlæggelse som ambulante behandling, herunder distriktspsykiatri, opsøgende psykoseteams mv.

Arbejdsgruppen ser *fagområder* som områder, inden for hvilke enkeltpersoner kan tilegne sig særlige faglige kompetencer. Et fagområde er derfor også i vid udstrækning defineret i tilknytning til individuelle personlige kompetencer. Arbejdsgruppen ser de fagområdespecifikke kompetencer som en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig betingelse for at kunne tale om specialisering. Det er en nødvendig betingelse i den forstand at en specialisering af indsatsen forudsætter, at der er personer, som har ekspertviden på de forskellige områder. Det er dog ikke en tilstrækkelig betingelse, da man kan forestille at en person med ekspertviden inden for et bestemt område ikke aktuelt arbejder inden for dette område. Skal der være tale om en egentlig specialisering, skal personens ekspertviden anvendes direkte i behandlingsindsatsen.

Arbejdsgruppen mener på det grundlag, at den direkte anvendelse af ekspertviden i behandlingen – det vil sige specialisering – overordnet kan ske på to måder:

- En specialisering af indsatsen kan således ske ved at ekspertviden anvendes uformelt i behandlingen, dvs. personen anvender sine særlige kompetencer i sit daglige arbejde på den psykiatriske afdeling/center.
- Specialiseringen kan dog også have et organisatorisk udtryk. Dette er tilfældet, når de særlige kompetencer forankres i en formel organisationsstruktur, f.eks. et særligt sengeafsnit, et specialambulatorium eller et samarbejdsforum. Der er her tale om at specialiseringen kommer til udtryk i etableringen af en egentlig specialfunktion, eventuelt som et selvstændigt ledelsesområde.

## 7. Udviklingstendenser

### Specialisering i dag

Psykiatrien er i modsætning til en række andre store lægevidenskabelige specialer ikke grenspecialiseret, dvs. der eksisterer ikke formaliseret uddannelse på grenspecialiseret niveau. Alle psykiatere har en almen psykiatrisk speciallægeuddannelse og specialiseringer er ofte opstået som følge af særlige interesser eller behov.

En stor del af den voksenpsykiatriske indsats tager i dag udgangspunkt i patientens geografiske tilhørsforhold, dvs. at det enkelte optageområde i vid udstrækning skal kunne behandle en meget bred vifte af sygdomsbilleder. Denne organisering forudsætter, at behandlings- og plejepersonalet kan fungere som faglige generalister, der kan håndtere en lang række psykiatriske sygdomstyper.

Aktuelt er psykiatrien organiseret i følgende niveauer:

- Landsfunktion.
- Landsdelsfunktion.
- Amtsfunktion.
- Optageområder.

Som *landsfunktioner* varetages i dag:

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

Som *landsdelsfunktioner* varetages:

- Svære seksuelle forstyrrelser (somatiske handicappede med seksuelle problemer, problemer i forbindelse med

vold, incest, og visse sædelighedskriminelle).

- Svære komplicerede spiseforstyrrelser.

Herudover er der som *amtsfunktioner* en række mere specialiserede tilbud, f.eks. til patienter med:

- Oligofreni.
- Spiseforstyrrelser.
- Personlighedsforstyrrelser.
- Dobbelt diagnoser.
- Affektive lidelser.
- Anden etnisk baggrund.
- Ældre patienter.
- Kriminalitet foruden sindslidelse.
- Demens.

Hertil kommer en række behandlingstilbud, som sigter på:

- Selvmordsforebyggelse.
- Psykoterapeutisk behandling.
- Intensiv langtidsrehabilitering af psykotiske patienter.
- Specialtilbud til yngre debuterende voksne med psykoser.
- Opsøgende psykoseteams.
- Specialbehandling af hjerneskadede.
- Ambulant specialtilbud til patienter med svære psykoser, hyppige genindlæggelser og vanskelige sociale forhold.
- Liaison-psykiatri.

Det er ikke alle amter, der har disse amtsfunktioner.

*Optageområderne* er basisniveau for behandlingen af sindslidende, og varetager som udgangspunkt al behandling af sindslidende.

## Tendenser

Igennem de senere år har psykiatrien i Danmark været præget af et værdisæt, som i hovedtræk går ud på, at

- patienten eller brugeren skal være i centrum - sindslidende skal have mulighed for at leve et så normalt liv som muligt,
- omlægning fra sengebehandling til ambulans behandling - behandlingen af sindslidende skal foregå så tæt på den sindslidendes nærmiljø som muligt,
- sindslidende skal tilbydes sammenhængende og koordinerede patientforløb.

Arbejdsgruppen mener, at disse tendenser og værdier også bør ligge til grund for arbejdet i psykiatrien fremover.

## 8. Forudsætninger for yderligere specialisering inden for psykiatrien

Som det fremgår af ovenstående, er der allerede sket en vis specialisering inden for psykiatrien. Det er imidlertid arbejdsgruppens opfattelse, at der ikke er foregået nogen betydende koordinering af specialiseringen på tværs af landet, ligesom også specialiseringen inden for det enkelte amt i nogen grad har været drevet af individuelle interesser.

Samtidig er det arbejdsgruppens vurdering, at en yderligere specialisering forudsætter, at specialiseringen er i stand til at tage højde for og varetage en række hensyn. Der vil i kapitel 9 blive foreslået en egentlig model for specialiseringen, mens der for nærværende vil blive fokuseret på de forudsætninger, som bør inddrages i overvejelserne omkring den videre specialisering. Det er i den forbindelse arbejdsgruppens opfattelse, at mindst fem forudsætninger bør overvejes nøje i forbindelse med yderligere specialisering:

1. Det faglige udgangspunkt for specialisering, herunder sikring og udvikling af de rette kompetencer.
2. Overordnede fordele og ulemper ved specialisering.
3. Krydsfeltet mellem specialisering og nærhedsprincippet.
4. Sammenhæng mellem behandlingspsykiatrien og praksissektoren.
5. Rammerne for den fortsatte specialisering.

### Det faglige udgangspunkt for specialisering

Dansk Psykiatrisk Selskab foreslår i rapporten "Hvidbog – Psykiatriens kerneopgaver

og udfordringer 2004 - 2021" fra 2004, at der specialiseres inden for følgende 10 fagområder:

- Skizofreni.
- Affektive sygdomme.
- Ikke-psykotiske tilstande.
- Spiseforstyrrelser.
- Ældrepsykiatri.
- Retspsykiatri.
- Sexologi.
- Misbrugspsykiatri.
- Psykoterapi.
- Psykofarmakologi.

Herudover lægges der i rapporten op til, at oligofrenipsykiatri og neuropsykiatri på et tidspunkt kan etableres som fagområder.

De fagområder, som Selskabet foreslår, kan kategoriseres i:

- sygdomsspecifikke områder – f.eks. skizofreni og affektive tilstande mv.
- udrednings- og behandlingsmetoder - f.eks. psykoterapi, psykofarmakologi og neuropsykiatri,
- indsats rettet mod afgrænsede befolkningsgrupper med særlige problemstillinger - f.eks. ældrepsykiatri, retspsykiatri, oligofreni mv.,
- indsats, hvor fagområder deles med andre specialer - f.eks. demens, spiseforstyrrelser, sexologi mv.

Arbejdsgruppen er i enig i, at det er væsentlige områder inden for psykiatrien, som selskabet peger på, og at en yderligere specialisering kan tage afsæt i disse fagområder.

Arbejdsgruppen er imidlertid ikke enig i, at alle de foreslåede fagområder nødvendigvis skal gøres til genstand for en specialisering, hvis det betyder, at en stor del af behand-



lingsopgaven løftes ud af basisniveauet. F.eks. er affektive lidelser og skizofreni så udbredte lidelser, at de skal kunne varetages på basisniveauet. Efter arbejdsgruppens opfattelse udelukker dette imidlertid ikke, at der kan specialiseres i forhold til disse målgrupper, men det kræver at specialiseringen tager højde for, at en stor del af behandlingen stadig skal foregå ude i optageområderne.

En yderligere specialisering inden for psykiatrien forudsætter samtidig, at de nødvendige faglige kompetencer er til stede i psykiatrien. Specialisering forudsætter en sikring af, at der er udviklet de nødvendige specialkompetencer, samt at disse kompetencer anvendes hensigtsmæssigt. Det betyder, at der kan være behov for, at der fokuseres endnu mere på kompetenceudvikling i forhold til medarbejdere, som så kan indtage nøglepositioner i forhold til specialiseringen.

Arbejdsgruppen anbefaler, at vilkårene for udvikling af personbårne faglige kompetencer inden for fagområderne understøttes/optimeres med henblik på at sikre fremdrift i specialiseringen.

## **Overordnede fordele og ulemper ved specialisering**

Nedenfor redegøres for en række af de overordnede fordele og ulemper, som specialisering kan medføre.

### **Fordele**

Der er mange fordele forbundet med specialisering inden for psykiatrien. De vigtigste er:

- Patienterne får en højt kvalificeret behandling, og dermed en bedre behandling.

- Specialisering med de øgede muligheder for faglig udvikling, forskning mv. vil have en tiltrækkende effekt i forbindelse med specialevalg, og dermed øge rekrutteringen til specialet.

### **Ulemper**

En specialisering inden for psykiatrien vil imidlertid også indebære en række ulemper. De væsentligste er:

- Der er risiko for, at en fokusering på specialisering medfører at basisniveauet, der som udgangspunkt leverer de brede almenpsykiatriske ydelser, bliver et lav-prestigeområde, som vil få svært ved at besætte ledige stillinger.
- Specialiserede fagområder kan afvise at behandle patienter, som skønnes at falde uden for målgruppen. Derved er der risiko for, at patienter med multiple lidelser falder mellem to stole og dermed ikke får relevant behandling.

I forhold til en fortsat specialisering er det naturligvis opgaven at udnytte det positive potentiale, der ligger i specialisering, samtidig med at ulemperne begrænses.

## **Krydsfeltet mellem specialisering og nærhedsprincippet**

Dansk Psykiatrisk Selskab lægger op til, at specialisering af indsatsen kan/bør ske ved at centralisere behandlingsfunktioner.

Det fremgår af selskabets rapport, at nærhed og kontinuitet indtil nu har været højt prioritet i den organisatoriske og faglige udvikling. Dette har bevirket, at psykiatrisk specialisering er næsten ikke-eksisterende. Specialisering og centralisering er ifølge selskabet vejen frem.

På den baggrund anbefaler Dansk Psykiatrisk Selskab, at psykiatrien i højere grad end hidtil suppleres med specialiserede og centraliserede enheder.

Arbejdsgruppen opfatter denne anbefaling som et udtryk for, at specialisering pr. definition står i modsætning til nærhed.

Arbejdsgruppen går ind for specialisering inden for psykiatrien og mener samtidig, at en specialisering inden for psykiatrien godt kan forenes med princippet om, at patienter - der kan profitere af det - skal behandles så tæt på eget miljø som muligt. Dette underbygges i en international oversigtsartikel, som anbefaler en balance mellem specialiserede ydelser og nærhedsprincippet, jf. kapitel 4.

Problemstillingen vil blive taget op i kapitel 9, hvor en egentlig model for specialisering præsenteres, og det skal her blot nævnes, at etablering af centrale kompetencecentre kan være en måde, hvorpå man kan forene ønsket om specialisering med nærhedsprincippet. Som specialfunktion vil en af kompetencecentrenes primære opgaver således være at supervisere og rådgive basisniveauet, som skal varetage en stor del af selve behandlingsopgaven. Dette vil betyde, at flere sindslidende vil kunne få en mere specialiseret ydelse i deres nærmiljø.

Arbejdsgruppen mener endvidere, at særlige centraliserede behandlingsfunktioner, herunder sengeafsnit, ikke er en forudsætning for specialisering. I henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier defineres et fagområde som en kompetence, der vurderes i forhold til eksempelvis en funktionsbeskrivelse til et konkret stillingsopslag. Ovennævnte kompetencecentre skal være sammensat af personer med særlige kompe-

tencer på relevante fagområder, men disse kompetencecentre er ikke nødvendigvis tilknyttet en bestemt afdeling eller en særlig faggruppe. Specialiseringen kan derfor også være murstensløs.

Endelig er det arbejdsgruppens opfattelse, at det er overordentligt vigtigt, at basisniveauet ikke tømmes for de mere udfordrende behandlingsopgaver, ligesom der på basisniveauet fortsat skal være særlige kompetencer til stede. Basisniveauet er således fundamentet for al psykiatrisk behandling, og det er med henblik på fortsat rekruttering afgørende, at almenpsykiatrien ikke opfattes som en uattraktiv arbejdsplads, som er tømt for spændende behandlingsopgaver og udviklingspotentialer.

### **Sammenhæng mellem behandlingspsykiatrien og praksissektoren**

Som nævnt i kapitel 5 vil et opfølgingsforløb for særligt ikke-psykotiske patienter ofte foregå i praksissektoren. Samtidig med at der sættes fokus på specialiseringen af den behandlingspsykiatriske indsats, er det derfor vigtigt, at behandlingspsykiatrien ikke skaber afstand til praksissektoren. Som det fremgår af kapitel 9 vil et samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og de praktiserende læger om patientforløb kunne forankres i den såkaldte "shared care" model.

### **Rammerne for den fortsatte specialisering**

Ovenfor er der nævnt en række hensyn, som bør varetages og balanceres i forhold til en fortsatte specialisering. Det er i den forbindelse arbejdsgruppens holdning, at det er helt afgørende, at den fortsatte specialisering er ledelsesstyret. Specialiseringen skal også være koordineret i forhold til, hvilke målgrupper der skal have specialtilbud samt

i forhold til de tværgående hensyn, som knytter sig til specialiseringen.

Risikoen ved en ukoordineret specialisering, som ikke er forankret i ledelsesmæssige beslutninger, er således, at specialiseringen vil dække en snæver kreds af målgrupper, ligesom aspekter som uddannelse og kompetenceudvikling, specialisering og nærhed, samarbejde med praksissektoren mv. ikke nødvendigvis vil blive systematisk inddraget i overvejelserne om specialisering. Dette kan i værste fald føre til en specialisering, som i forhold til det samlede patientforløb – og herunder samarbejdet med de områder der grænser op til behandlingspsykiatrien – kan have uheldige effekter.

Det er endvidere arbejdsgruppens opfattelse, at en ledelsesstyret specialiseringsproces bør tage afsæt i en koordineret, helhedsorienteret og langsigtet specialeplanlægning. Dette vil dels skabe en fælles forståelse for baggrunden for og de politiske målsætninger med specialiseringen, dels skabe de bedste forudsætninger for et frugtbart samarbejde mellem de forskellige ledelsesniveauer på tværs af forvaltning og driftsenheder.

## Opsummering

Arbejdsgruppen mener, at der skal ske en specialisering inden for behandlingspsykiatrien, og at denne specialisering kan tage afsæt i fagområderne.

Det er endvidere arbejdsgruppens vurdering at også nærhed er vigtigt i forhold til den samlede psykiatriske indsats. Dette gælder både i forhold til den behandlingspsykiatriske indsats og i forhold til samarbejdet med særligt praksissektoren og kommunerne.

Det er samtidig arbejdsgruppens holdning, at det er muligt at gå på to ben, dvs. at sikre

en fortsat specialisering samtidig med at behandlingen primært foregår i nærmiljøet.

Skal specialiseringen imødekomme krydsfeltet mellem specialisering og nærhed kræver det dog, at der designes en model for specialisering, der er robust på længere sigt, og som tilgodeser såvel målsætningerne om specialisering og ønsket om nærhed i behandlingen. Dette forudsætter igen, at udviklingen og udmøntningen af en specialiseringsmodel sker på baggrund af en ledelsesstyret proces, som tager afsæt i en samlet strategi for specialeplanlægning.

I kapitel 9 har arbejdsgruppen beskrevet en mulig model for den fortsatte specialisering.

## 9. Model for specialisering

I dette afsnit beskriver arbejdsgruppen en model for specialisering inden for psykiatrien. Arbejdsgruppen har valgt at beskrive én model, idet der er tale om en meget fleksibel model, som kan anvendes på flere niveauer.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at yderligere specialisering i psykiatrien med fordel kan ske inden for rammerne af en generel kompetencecentermodel, hvor der etableres kompetencecentre for forskellige målgrupper. Et kompetencecenter vil fungere som et fagligt flagskib i forhold til behandlingen af den pågældende målgruppe, og kompetencecentre vil således være katalysatoren for udvikling af ekspertise og evidensbaseret "best practice".

Med en forpligtigelse til at formidle denne viden og "best practice" ud i behandlingssystemet, herunder til basisniveauet, vil kompetencecentre medvirke til, at indsatsen på basisniveau bliver mere specialiseret. Det er således en klar målsætning med kompetencecentre, at forene og bygge bro imellem behovet for specialisering og behovet for behandling i nærmiljøet.

Neden for redegøres der nærmere for kompetencecentermodellen.

### Kompetencecentrenes relevans

Etablering af kompetencecentre, herunder udvikling og formidling af viden, er udtryk for en specialisering af indsatsen. Som sådan kan der argumenteres for at etablering af kompetencecentre er relevant til alle tider og i forhold til alle målgrupper.

Arbejdsgruppen mener dog, at der kan opstilles en række betingelser, og at det i udgangspunktet kun er relevant at etablere et

kompetencecenter, når én eller flere af disse betingelser er opfyldt.

#### 1. *Sjælden sygdom*

Det kan være relevant at etablere et kompetencecenter, når der er tale om en målgruppe med et relativt lille patientgrundlag. Alene det forhold, at der er få patienter inden for målgruppen betyder, at den nødvendige ekspertise og fremdrift i udviklingen kun kan ske ved at samle funktionen ét sted.

#### 2. *Meget komplekse sygdomme*

Er der tale om en sygdom eller målgruppe, der er meget kompleks, og derfor kan være vanskelig at behandle, kan det være relevant at etablere et kompetencecenter, som vil kunne medvirke til en målrettet udvikling af ekspertise i forhold til den pågældende målgruppe.

#### 3. *Stort udviklingspotentiale*

For nogle målgrupper kan der være et stort udviklingspotentiale i forhold til behandlingsindsatsen. Dette kan bl.a. gøre sig gældende i forhold til målgrupper, hvor tilgangen til behandlingen ikke har ændret sig i mange år, og hvor der er et klart behov for udvikling, eller i forhold til målgrupper, hvor forskningsresultater indikerer at der er et betydeligt forbedringspotentiale. I disse tilfælde kan et kompetencecenter være en drivkraft i forhold til at udnytte et udviklingspotentiale.

De nævnte betingelser, herunder eventuelt en kombination af betingelserne, kan for regionerne være retningsgivende for, hvornår det kan være relevant at etablere et kompetencecenter. I forhold til konkrete overvejelser om at etablere et kompetencecenter, må der dog ske en konkret vurdering af, hvorvidt etablering af et kompetencecenter er

det rigtige middel til at opnå den ønskede effekt.

### **Definition af et kompetencecenter**

Det er arbejdsgruppens vurdering, at kompetencecentermodellen er fleksibel, og kan tilpasses forskellige forhold. Det er i forlængelse heraf arbejdsgruppens opfattelse, at der i definitionen af kompetencecentre kan sondres mellem en række karakteristika, som skal være til stede for at man kan tale om et kompetencecenter, og en række karakteristika som i højere grad er kontekstafhængige og derfor kan variere.

### **Karakteristika, der skal være til stede**

Neden for redegøres for en række karakteristika, som arbejdsgruppen mener skal være til stede for at man kan tale om et kompetencecenter.

#### **1. Behandling af patienter**

Det fagpersonale, som indgår i et kompetencecenter, skal i udgangspunktet have direkte patientkontakt, herunder varetage behandling. Jf. nedenfor vil behandlingen ofte primært blive varetaget af de almenpsykiatriske afdelinger, men der skal i udgangspunktet være en behandlingsopgave tilknyttet kompetencecentret. Jf. senere kan omfanget af denne behandlingsopgave variere, men af hensyn til udvikling af ekspertise er det vigtigt, at der er en sammenhæng mellem udviklingsopgaven og klinisk praksis.

Dette betyder også, at videnscentre uden en egentlig behandlingsopgave kun skal forekomme undtagelsesvist. Eksempelvis som en midlertidig funktion, som led i en undersøgelse af, om der er grundlag for etablering af et egentligt kompetencecenter.

#### **2. Forsknings- og udviklingsforpligtigelse**

Baggrunden for at etablere kompetencecentre er netop at udvikle ny viden og være fagligt flagskib i forhold til behandlingen af den pågældende målgruppe, og kompetencecentre skal derfor tillægges en formel forpligtigelse til at forske og udvikle metoder, herunder evidensbaseret "best practice", at opsamle erfaringer mv. i forhold til den pågældende målgruppe.

#### **3. Formidlings- og koordinationsforpligtigelse**

Kompetencecentrene skal have en formel forpligtigelse til at formidle ny viden og "best practice" til basisniveauet, og herunder til at supervisere de almenpsykiatriske afdelinger. Kompetencecentrenes understøttelse af behandlingen på de almenpsykiatriske afdelinger, vil samtidig betyde, at behandlingen på de almenpsykiatriske afdelinger bliver mere specialiseret. Dette er baggrunden for, at kompetencecentermodellen efter arbejdsgruppens mening forener behovet for specialisering og nærhedsprincippet.

Herudover har det enkelte kompetencecenter en forpligtigelse til at formidle og koordinere udviklingen af ny viden med dels tilsvarende (eller på anden vis relevante) funktioner i de øvrige regioner, dels relevante tilbud i tilgrænsende sektorer, herunder i det somatiske sygehusvæsen og det sociale område.

#### **4. Rimelig ressourcetildeling**

De nævnte karakteristika, der skal være til stede for at man kan tale om et kompetencecenter, pålægger kompetencecentrene en række forpligtigelser. En forudsætning for, at disse forpligtigelser kan løftes er, at der er de fornødne ressourcer til rådighed. Det er vanskeligt at definere, hvad der udgør

en rimelig ressourcetildeling, men kompetencecenterfunktionen skal ledelsesmæssigt prioriteres, hvilket også indebærer, at ressourcetildelingen står mål med målsætningerne.

### ***Kontekstafhængige karakteristika***

Som nævnt tidligere anser arbejdsgruppen kompetencecentermodellen for at være en fleksibel model. Udover de nævnte karakteristika, som skal være til stede for at man kan tale om et kompetencecenter, er der således en række karakteristika, som kan variere fra kompetencecenter til kompetencecenter. Det forhold, at disse karakteristika kan kombineres på mange forskellige måder betyder, at den generelle kompetencecentermodel kan have forskellige udtryksformer – udtryksformer som afhænger af konteksten og de konkrete behov.

### ***1. Behandlingsopgavens omfang***

Som nævnt oven for skal der være en behandlingsopgave tilknyttet kompetencecentret. Omganget af denne behandlingsopgave kan dog variere. I forhold til målgrupper med et meget lille patientgrundlag kan det være relevant at kompetencecentret forstår det meste af behandlingen, og dermed kun understøtter de almenpsykiatriske afdelinger i de få tilfælde hvor patienter inden for målgruppen behandles på en almenpsykiatriske afdeling. Dette kan f.eks. være relevant i forhold til de målgrupper som behandles i landsfunktioner.

For målgrupper med et større patientgrundlag kan det være mere relevant, at kompetencecentret behandler enten de mest alvorlige tilfælde eller et "repræsentativt" udsnit af målgruppen. I disse tilfælde vil størstedelen af behandlingen i forhold til den samlede målgruppe foregå ude i de enkelte optageområder.

## ***2. Behandlingsform***

Udover at omfanget af behandlingsopgaven kan variere kan behandlingsformen også variere. Kompetencecentret kan således yde ambulant behandling, udgående behandling og/eller sengebehandling. Dette afhænger i høj grad af målgruppen, og de behov der knytter sig hertil. Kompetencecentrets behandling kan f.eks. være ambulant i forhold til affektive lidelser, mens den kan være udgående/opsøgende i forhold til f.eks. debuterende psykoser. Sengebehandling kan f.eks. være relevant i forhold til de mest alvorlige tilfælde af spiseforstyrrelser. Kompetencecentrets behandling kan endvidere være en kombination af disse behandlingsformer afhængig af behov og andre tilbud i øvrigt.

## ***3. Organisering***

Organiseringen af kompetencecentre afhænger bl.a. af behandlingsopgavens omfang og behandlingsformen, jf. ovenfor, og kompetencecentre kan således organiseres forskelligt. I nogle tilfælde vil det være relevant at etablere kompetencecentre i selvstændige bygninger, mens det i andre tilfælde vil være relevant at placere kompetencecentret i tilknytning til en almenpsykiatriske afdeling (i sidst nævnte tilfælde vil kompetencecentret stadig have en supervisionsforpligtigelse over for de øvrige almenpsykiatriske afdelinger).

Endelig kan det i nogle tilfælde være relevant med en organisering, der tager højde for, at en specialisering af behandlingen kommer til udtryk ved, at behandlingen fysisk er spredt ud over flere almenpsykiatriske afdelinger. Dette kan være relevant når en målgruppe underopdeles og behandlingen de forskellige steder målrettes de forskellige dele af målgruppen (og hvor behandlingsformen eventuelt er forskellig for de

forskellige dele af målgruppen). Dette kan f.eks. være relevant i forhold til spiseforstyrrelser, hvor behandlingen kan foregå på forskellige lokaliteter alt efter spiseforstyrrelsens sværhedsgrad.

Endelig vil den eksisterende bygningsmasse også være et hensyn i forhold til den konkrete organisering af et kompetencecenter.

#### **4. Visitation**

I udgangspunktet vil visitationen typisk være uændret i forhold til i dag, dvs. at den praktiserende læge typisk vil henvise til en almenpsykiatrisk afdeling. Den pågældende afdeling må herefter vurdere, om der er behov for at drøfte med det relevante kompetencecenter, om der er grundlag for at patienten behandles i kompetencecentret. Såfremt det besluttet, at behandlingen kan foregå på den almenpsykiatriske afdeling, vil disse drøftelser mellem den almenpsykiatriske afdeling og kompetencecentret under alle omstændigheder være et godt udgangspunkt for kompetencecentrets supervision af behandlingen i den almenpsykiatriske afdeling.

I enkelte tilfælde kan det dog være relevant at kompetencecentret forestår en fælles visitation for målgruppen. Det kunne eksempelvis være relevant i ovennævnte tilfælde, hvor der sker en målrettet behandling af forskellige dele af målgruppen på forskellige lokaliteter. I disse tilfælde kan det være relevant at samle visitationen i kompetencecentret for den pågældende målgruppe.

#### **5. Uddannelsesforpligtigelse**

Der må i det konkrete tilfælde tages stilling til, om det er relevant at tildele kompetencecentret nogle uddannelsesforpligtigelser. Dette skal bl.a. ses i sammenhæng med kompetencecentrets størrelse.

### **Kompetencecentermodellen og den nuværende struktur**

Med etablering af regionerne vil der på det behandlingspsykiatriske område være behov for at overveje, om de større geografiske enheder med det større patientgrundlag giver anledning til at øge specialiseringsgraden, og i forlængelse heraf, at ændre på inddelingen af behandlingsfunktioner.

Fremover forventes niveauerne at blive reduceret til 3, nemlig:

- Landsfunktion.
- Regionsfunktion.
- Optageområder.

Neden for redegøres kort for hvert af de tre niveauer, som forventes fremover med særligt fokus på specialisering af indsatsen.

#### **Landsfunktioner**

For så vidt angår landsfunktioner er det arbejdsgruppens vurdering, at disse kan indgå i en generel kompetencecentermodel. Der er i dag landsfunktioner i døvepsykiatri, katastrofepsykiatri og den del af sexologi, som vedrører svære sexologiske lidelser, herunder kønsskiftevurdering af transseksuelle.

Landsfunktionerne bør tillægges en egentlig forsknings- og udviklingsforpligtigelse og en forpligtigelse til at formidle ny viden til relevante behandlingsenheder i regionerne og på tværs af regionerne. Sker dette, vil landsfunktionerne umiddelbart kunne fungere som kompetencecentre.

#### **Regionsfunktioner**

Efter overgangen til regioner vil de nuværende landsdelsfunktioner i udgangspunktet overgå til at være regionsfunktioner. Samtidig forventes en række nuværende

amtsfunktioner at overgå til at være regionsfunktioner.

I forhold til en række målgrupper, herunder f.eks. retspsykiatri, affektive lidelser etc. er der allerede i dag etableret specialfunktioner. Det er vurderingen af de forskellige amters specialfunktioner rent organisatorisk kan samles under et regionalt kompetencecenter. Dette indebærer dog, at de eksisterende specialfunktioner samlet set tillægges de forsknings- og udviklingsforpligtigelser samt de formidlings- og koordinationsforpligtigelser, som skal være til stede, for at man kan tale om et kompetencecenter.

Det er arbejdsgruppens vurdering at specialfunktioner allerede i vid udstrækning superviserer de almenpsykiatriske afdelinger. Som eksempel kan nævnes de retspsykiatriske specialfunktioners supervision af almenpsykiatriske afdelinger, som ofte også behandler retspsykiatriske patienter. I de tilfælde hvor dette ikke allerede er tilfældet skal specialfunktionerne – som del af et kompetencecenter – forpligtiges til at supervisere almenpsykiatrien. Herudover skal forpligtigelsen til at forske og udvikle området generelt styrkes og formaliseres med henblik på at skabe fremdrift og fortsat udvikling på det pågældende område.

Udover de eksisterende specialfunktioner, kan det være relevant at specialisere indsatsen i forhold til en række andre målgrupper, herunder f.eks. skizofrene, debuterende psykoser, oligofrene, gerontopsykiatriske patienter mv. For denne række af målgrupper ser arbejdsgruppen etablering af kompetencecentre som en hensigtsmæssig indgang til en (yderligere) specialisering af indsatsen. Overvejelserne om etablering af konkrete kompetencecentre kan tage udgangs-

punkt i de parametre, der er beskrevet i afsnittet om kompetencecentrenes relevans.

### **Optageområder**

Basisfunktionerne med hver deres optageområde vil overordnet fungere som i dag, og herunder også i udgangspunktet løfte behandlingsopgaven i forhold til de samme målgrupper som i dag.

Basisfunktionerne vil kunne trække på de regionalt baserede kompetencecentre, og i forlængelse heraf vil basisfunktionernes behandling af de pågældende målgrupper blive mere specialiseret.

Med etableringen af kompetencecentre på regionsniveau vil der således kunne ske en yderligere specialisering af indsatsen, herunder opsamling af erfaringer og udvikling af "best practice" på tværs af optageområderne.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at kompetencecentrenes supervision af behandlingen i optageområderne vil være med til at sikre en mere ensartet behandling på tværs af optageområderne, således at samme behov behandles på sammen måde.

Det forhold, at optageområderne kan trække på de regionale kompetencecentre vil endvidere kunne smitte positivt af på samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og praksissektoren.

Basisfunktionernes mulighed for at trække på kompetencecentre vil således skabe bedre forudsætninger for indførelsen af nye samarbejdsformer i forhold til praksisniveauet, f.eks. "shared care" modellen (integreret tværsektorielt samarbejde om patientforløb).



I "shared care" modellen har basisfunktionerne i optageområderne og de praktiserende læger et fælles ansvar for at hjælpe personer med psykiske problemer, idet basisfunktionerne varetager en specialistfunktion i forhold til praksissektoren. Basisfunktionernes mulighed for at varetage denne specialistfunktion i forhold til praksissektoren vil blive væsentligt forbedret, når basisfunktionerne kan trække på kompetencecentre.

## Opsummering

Med etableringen af regionerne er der behov for at overveje den fremtidige inddeling af funktioner, og herunder overveje behovet for specialisering.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at yderligere specialisering i psykiatrien med fordel kan tage afsæt i en generel kompetencecentermodel. Arbejdsgruppen betragter samtidig kompetencecentermodellen som en fleksibel model med mange mulige udtryksformer. Med udgangspunkt i en generel kompetencecentermodel er der således rum for - og ofte også behov for - at de konkrete kompetencecentre udformes under hensyntagen til den kontekst og de behov, som gør sig gældende for de respektive målgrupper. Det er i den forbindelse afgørende for arbejdsgruppen, at den enkelte patient ikke modtager en behandling, der er mere specialiseret end der reelt er behov for i forhold til patientens lidelse.

Det er endvidere arbejdsgruppens opfattelse, at kompetencecentermodellen fordrer en ledelsesstyret specialplanlægning, som sikrer den fornødne koordinering af specialiseringen, samtidig med, at kompetencecentermodellen tilgodeser behovet for

ensartethed i behandlingen af samme målgruppe.

Arbejdsgruppen vurderer, at den generelle kompetencecentermodel - udover at være afsættet for yderligere specialisering i psykiatrien – kan breddes ud over og inkorporere den struktur, og herunder de specialfunktioner, vi kender i dag.

## 10. Arbejdsgruppens anbefalinger

Nærværende rapport skal ses som et indlæg i specialiseringsdebatten. Rapporten giver ikke alle svarene, men det er arbejdsgruppens opfattelse, at den kan og bør indgå i grundlaget for de kommende drøftelser om specialisering inden for voksenpsykiatrien.

Til brug for de videre drøftelser anbefaler arbejdsgruppen:

- At der sker en yderligere specialisering i psykiatrien,
- at der på en række fagområder uddannes flere personer,
- at der sker en organisatorisk forankring af specialisering i form af oprettelse af specialfunktioner,
- at specialiseringen sker på baggrund af samlet og koordineret specialeplanlægning som grundlag for en ledelsesstyret specialiseringsproces,
- at etableringen af specialfunktioner tager afsæt i en kompetencecentermodel, som forener specialisering med nærhedsprincippet, og bevarer volumen i basispsykiatrien,
- at den fortsatte udvikling af psykiatrien tager højde for behovet for tæt samspil med somatikken,
- at de kommende regioner anvender rapporten og dens anbefalinger i de aktuelle overvejelser om organisering af psykiatrien.

# Bilag 1: Andres overvejelser om specialisering

## Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har i Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet - 2001 fremsat en række betragtninger i relation til specialisering inden for psykiatrien.

Generelt vurderer Sundhedsstyrelsen, at der i de kommende år er behov for:

- en yderligere udbygning af distriktspsykiatrien i "dybden", eventuelt udbygget med opsøgende psykoseteams,
- gerontopsykiatriske funktioner,
- en specialiseret demensfunktion,
- udbygning af retspsykiatrien,
- videreudvikling af tilbuddene til svære komplicerede spiseforstyrrelser.

Herudover skønner Sundhedsstyrelsen, at der vil være behov for at udvikle og etablere nye eller særlige psykiatriske tilbud til grupper med specielle behov. Det drejer sig om patienter med:

- debuterende psykoser,
- misbrug,
- demens,
- ikke-psykotiske personer, der har forsoget selvmord eller er selvdestruktive,
- patienter med OCD og ikke-psykotiske angsttilstande,
- patienter med svære sexologiske lidelser,
- udviklingshæmmede med psykiske lidelser,
- patienter fra fremmede kulturer.

Der er i disse år opmærksomhed om behandlingen af komplicerede affektive lidelser og

det må forventes, at der vil ske en udvikling i tilbuddene til denne patientgruppe. Neuropsykiatri er ligeledes et område i hastig forskningsmæssig udvikling, i et samarbejde mellem psykiatere, neurologer, neuropsykologer m.fl.

For hovedparten af disse områder vil det dreje sig om udvikling af amtslige eller evt. tværamtslige tilbud. På enkelte områder kan der være behov for udvikling af særlig ekspertise på landsdelsniveau.

Disse områder kan være:

- Katastrofepsykiatri.
- Døve psykiatriske patienter.
- Svære seksuelle forstyrrelser.
- Svære komplicerede spiseforstyrrelser.

## Dansk Psykiatrisk Selskab

Dansk Psykiatrisk Selskab har i rapport om "Fagområder psykiatri" fra 2003 og i publikationen "Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer 2004 – 2010" fra 2004 forholdt sig til specialisering inden for psykiatrien.

Formålet var at beskrive mulige fagområder inden for psykiatrien. Selskabet skønner, at der er behov for, at et fagområde kan deles med andre specialer.

F.eks. kan man i fremtiden etablere fagområdet:

- Demens - fælles for neurologi, geriatri og psykiatri.
- Spiseforstyrrelse - fælles for psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri og pædiatri.

De generelle forudsætninger for fagområder er tilstrækkeligt med patienter, tilstrækkeligt arbejdende speciallæger, tilstrækkeligt

ge uddannelsesmuligheder og tilstrækkelig sikker afgrænsning af området.

Omfanget af fagområdet skal ses i forhold til, at en fagområdeekspert i forhold til sit fagområde forventes at have erhvervet særlig viden og kompetence vedrørende en række forhold inden for området. Et fagområde defineres i forhold til individuelle kompetencer.

Efter etablering af fagområde forventes ekspertten at kunne varetage en række funktioner, herunder organisering af fagområdet, udarbejdelse af guidelines, uddannelses- og konsulentfunktioner, supervisions- og behandlerfunktioner mv.

Dansk Psykiatrisk Selskab foreslår etablering af en række fagområder, som er nævnt i kapitel 8.

Det fremgår af rapporten, at nærhed og kontinuitet til nu har været højt prioriteret i den organisatoriske og faglige udvikling. Til forskel fra andre sundhedsfag er psykiatrisk specialisering derfor næsten ikke-eksisterende.

Selskabet mener imidlertid, at specialisering og centralisering imidlertid er vejen frem. Små og isolerede enheder med generalistopgaver er ikke garant for fagudvikling, og der er behov for en kritisk analyse af de organisatoriske ændringers betydning for psykisk syge.

Det anbefales, at psykiatrien i højere grad end hidtil suppleres med specialiserede og regionale (centraliserede) enheder. En sådan specialisering vil især være relevant for regionerne/universitetshospitalerne, og skal primært sigte på psykiatriske patienter med sjældne problemstillinger og på patienter

med vanskelige udrednings- og behandlingsforhold.

## Dansk Psykolog Forening

Dansk Psykolog Forening har deltaget i et møde med arbejdsgruppen drøftet foreningens syn på specialisering inden for psykiatrien. Foreningen har gjort sig følgende overvejelser:

Spørgsmålet om decentralisering og specialisering bygger på to grundlæggende hensyn. For det første skal der tilvejebringes en geografisk nærhed til både patientens bopæl og eventuelle sociale foranstaltninger. For det andet er der kravet om den mest kvalificerede behandling, og den kan ikke altid opfyldes på almenpsykiatriske afdelinger, fordi de ikke hver for sig har tilstrækkeligt patientgrundlag eller kompetence til at udvikle specialfunktionerne.

Hidtil har man imødegået dette behov ved to foranstaltninger, nemlig specialisering på basisniveau eller specialisering på amtsniveau. En specialisering skønnes under alle omstændigheder nødvendig, men der er fordele og ulemper ved alle modeller.

Subspecialisering på basisniveau øger den faglige viden inden for det almene psykiatriske center og tilgodeser patienternes forskelligartede behandlingsbehov, men der er risiko for at underminere centrets integrative – og dermed dynamiske og fagligt gensidigt udviklende - funktion. Økonomiske midler, forskningsinteresse og fagligt dygtige, ambitiøse medarbejdere kan allokeres i en sådan udstrækning til specialenhederne, at energien ophobes der og skaber en brudflade i centrets organisatoriske og faglige opbygning. For at imødegå dette kræves høj intern vidensudveksling, respekt

for alle indsatsområder og en bestandig ledelsesmæssig interesse over for alle grene af organisationen.

Specialisering på amtligt/regionalt niveau vil igen højne det faglige kvalitetstilbud – denne gang over for en større patientgruppe – men sådanne specialcentre kan nemt resultere i en eksklusiv og lidt snæver behandlingsideologi og et indsnævret opmærksomhedsfelt. Udefrakommende synspunkter vil være nødvendige for at undgå faglig stagnation, og et af midlerne kunne være ekstern supervision og offentlige statuskonferencer.

Specialisering nødvendiggør øget faglig dygtighed og øget tværfagligt samarbejde mellem en række faggrupper. Det er derfor påkrævet, at der gives mulighed for efter- og videreuddannelser, specialkurser, men at arbejdsstedet også byder på en rig undervisnings- og supervisionskultur. Tværfaglig tilgang – og dermed tværfaglig løsning af behandlingsopgaverne – har stor nytteværdi og bør opprioriteres.

Forskning giver ligeledes en nødvendig forøgelse af dygtighed og viden, både for den almene psykiatri og specialområderne. Også forskningen bør have et tværfagligt sigte, således at alle faggrupper opbygger en nysgerrighedskultur.

Foreningen mener, at psykologer har en vigtig funktion både inden for den almene psykiatri og specialiseringen.

### **Den Faglige Sammenslutning af Psykiatriske Sygeplejersker – FS11**

Den Faglige Sammenslutning af Psykiatriske Sygeplejersker har overfor arbejdsgruppen

redegjort for deres holdning til specialisering inden for psykiatrien:

En forudsætning for et moderne og effektivt psykiatrisk tilbud er, at psykiatrien betragtes som et tværfagligt og tværvideenskabeligt speciale. De psykiatriske problemstillinger er komplekse, og derfor skal det psykiatriske behandlingstilbud også afspejle denne kompleksitet.

Hvis psykiatrien skal udvikles i retning af øget specialisering, så skal forskningen og vidensudviklingen være funderet i en tværfaglig og tværvideenskabelig tilgang.

- To af den psykiatriske sygeplejers vigtigste kerneydelser, er at opbygge relationer og i samarbejde med patienten, at lære denne mestringsstrategier, således at de bliver i stand til at leve et så vel fungerende liv som muligt på trods af deres problemstillinger. I mange tilfælde vil nærhedsprincippet være væsentligt i dette arbejde.

Derfor må en øget specialisering inden for psykiatrien ikke ske på bekostning af nærhedsprincippet.

I specialiseringstænkningen er det diagnosticeringen der er retningsgivende i forhold til hvilket specialtilbud den enkelte patient skal tilbydes. Det er vigtigt at være opmærksom på, at diagnosticeringen i nogle tilfælde er forsimplet i forhold til komplekse psykiatriske problemstillinger. Meget forskellige symptombilleder og dermed diagnoser kan udspringe fra samme problemstillinger, og dermed kræve samme behandlingsfokus. Depression, hallucinationer, anoreksi og selvskadende adfærd er f.eks. alle symptomer, som kan være opstået på baggrund

af seksuelle overgreb. Omvendt indeholder diagnosegruppen skizofreni en gruppe mennesker med så forskellige problemstillinger og funktionsniveauer at det er modsætningsfyldt at tale om specialisering.

Sammenslutningen af psykiatriske sygeplejersker er i den forbindelse bekymrede for, at diagnosticeringen ikke er tilstrækkelig retningsgivende for behandlingsindsatsen eller at patienten kan have flere komplekse eller konkurrerende problemstillinger, som betyder at de ikke matcher et enkelt speciale. Konsekvensen bliver at specialiseringen fører til eksklusion af patienter som falder mellem to stole.

De er også bekymrede for, at den lægefaglige specialisering fører til at basispsykiatri bliver et lavstatusområde, med alt hvad dette medfører af manglende udvikling og forskning samt rekrutterings- og fastholdelsesproblemstillinger. Det kan frygtes, at den lægefaglige specialisering bliver styrende for psykiatriens organisering på bekostning af patientens behov for støtte, kontinuitet og helhed.

## **Internationale erfaringer**

### **WHO**

WHO har en "pakke" af publikationer, som omhandler planlægning af "Mental Health services". Publikationerne har karakter af håndbøger, der kan hjælpe planlæggere, politikere og fagpersoner, når de står over for at skulle planlægge en psykiatrisk service.

Publikationerne er overordnede og brede og henvender sig primært til lande med dårligt udviklet Mental Health System. Der foreligger ingen publikationer, der er mere specifikke hvad angår specialisering.

## **Graham Thornicroft and Michele Tansella**

Professor Graham Thornicroft er ansat i The Health Services Research Department, Institute of psychiatry, Kings College, London, UK og professor Michele Tansella er ansat ved Department of Medicine and Public Health, Section of Psychiatry, University of Verona, Italien. De har arbejdet sammen igennem mange år og bruges af mange som eksperter på området. De har bl.a. skrevet en oversigt (overview of systematic evidence), hvor de samler de internationale erfaringer med hensyn til komponenterne i moderne psykiatriske behandlingstilbud – og understreger den pragmatiske balance mellem distriktspsykiatri og hospitalsbaserede tilbud. De introducerer også deres egen "stepped care" – model, som vurderer forskellige samfund og muligheden for psykiatriske ydelser på baggrund af en ressourcevurdering:

- I områder med få ressourcer bør der fokuseres på at optimere den primære behandling med specialist back-up.
- I områder med flere ressourcer suppleres dette tilbud med f.eks. ambulante klinikker, distriktspsykiatriske klinikker, akut-funktioner, boformer og beskæftigelsestilbud.
- I områder med mange ressourcer suppleres ovennævnte tilbud med f.eks. specialiserede ambulante funktioner, op-søgende psykoseteams, tidlig indsats over for debuterende psykotiske, alternativer til akut indlæggelsesfunktion, samt alternative bo- og beskæftigelsesformer.

Danmark er et land med mange ressourcer, og hører derfor til i den sidste pind.

# DANSKE REGIONER



Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35298100  
F 35298300  
E [arf@arf.dk](mailto:arf@arf.dk)  
[www.arf.dk](http://www.arf.dk)

Danske Regioner, april 2006  
Redaktion: Arbejdsgruppen om specialisering og  
faglig bæredygtighed inden for psykiatrien

Grafik: Kristine Wulff  
Tryk: Amtsrådsforeningen  
ISBN: Trykt udgave 87-7723-435-9  
ISBN: Elektronisk udgave 87-7723-434-0