

2. høringsgrundlag

Fremtidens psykiatri



Høringsperiode 5. november - 1. december 2007

Psykiatriplanen i Region Syddanmark



Region Syddanmark

Forord

Region Syddanmark igangsatte i efteråret 2006 arbejdet med en psykiatriplan. Planen skal sikre etablering af ét samlet regionalt psykiatriområde og udnyttelse af de muligheder, som et større befolkningsunderlag og dermed større fagligt og økonomisk råderum giver, til at styrke kvaliteten af behandlingen af mennesker med sindslidelser. Psykiatriplanen skal sætte rammerne for fremtidens behandlingspsykiatri i Region Syddanmark.

Psykiatriplanen omhandler de regionale behandlingstilbud til mennesker med sindslidelser i alle aldre, og skal fastlægge den overordnede struktur for og tilrettelæggelse af behandlingstilbuddene. Den fremtidige psykiatriske driftsorganisation er ikke et tema i planen, men skal, når planen er vedtaget i december, efterfølgende afklares og fastlægges.

Det første oplæg til psykiatriplan, der var i høring i perioden 25. juni til 3. september, blev altovervejende positivt modtaget. Der var en generel opbakning til forslagene, især til den foreslåede styrkelse og udvidelse af den ambulante funktion og fastholdelse af nuværende sengekapacitet.

Høringsgrundlaget er nu blevet revideret i forhold til indkomne høringssvar, tilkendegivelser fra de fire borgermøder der blev afviklet i høringsperioden og det politiske forlig af 2. november 2007 omkring den geografiske placering af døgnfunktioner. Der er endvidere foretaget en konkretisering af børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, gerontopsykiatri, retspsykiatri og akuttilbud.

2. Høringsoplæg er suppleret med forslag til en politik for patient- og pårørendeinddragelse, regionalisering af Psykiatrisk Informationscenter, behandling af traumatiserede flygtninge og torturofre, videns- og kompetenceudvikling og forskning.

Det politiske forlig lægger op til, at der i høringen indgår 2 modeller for den fremtidige retspsykiatri og 2 modeller for placering af børnepsykiatriske døgnpladser.

For at lette læsningen er de reviderede og nye input i høringsgrundlaget fremhævet med **fed og kursiv skrift**.

Anden høringsrunde finder sted fra den 5. november til den 1. december 2007.

På baggrund af denne høring udarbejdes endeligt forslag til psykiatriplan for Fremtidens psykiatri. Dette forslag forelægges til politisk behandling på regionsrådsmødet den 20. december 2007.

Indholdsfortegnelse

1. INTRODUKTION	4
1.1 RESUMÉ.....	4
1.2 POLITISKE HENSIGTSEKLERINGER FOR PSYKIATRIPLANLÆGNINGEN.....	7
1.3 FØRLIG OM PSYKIATRISTRUKTUREN I REGION SYDDANMARK.....	8
1.4 PSYKIATRIENS LANDKORT 2007	8
2 PRÆMISSER FOR PLANLÆGNINGEN.....	10
2.1 ADGANG TIL PSYKIATRIEN.....	10
2.2 PATIENTENS FRIE VALG	10
2.3 PERSONALE	10
2.4 SAMARBEJDE MED PRAKTISERENDE LÆGER OG KOMMUNER.....	10
2.5 PRAKTISERENDE SPECIALLÆGER	11
2.6 PLANLÆGNING UD FRA EKSISTERENDE RAMME FOR DØGNPLADSER	11
2.7 SAMLING AF DØGNFUNKTION	11
2.8 SIKRING AF SAMMENHÆNG TIL SOMATIKKEN	11
2.9 FREMTIDSPERSPEKTIVER	11
3. FYSISKE RAMMER	13
4. FREMTIDENS PSYKIATRI – DEN ORGANISATORISKE RAMME.....	15
4.1 VOKSENPSYKIATRIEN	15
4.1.1 Målgruppe.....	15
4.1.2 Tilrettelæggelse.....	15
4.1.3 Lokalpsykiatriske centre for ambulante behandling.....	17
4.1.4 Døgnfunktioner.....	18
4.2 BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN	19
4.2.1 Målgruppe.....	19
4.2.2 Tilrettelæggelse.....	20
4.2.3 Ambulant funktion.....	21
4.2.4 Døgnfunktion	21
4.3 GERONTOPSYKIATRIEN	21
4.3.1 Målgruppen.....	21
4.3.2 Tilrettelæggelse.....	21
4.3.3 Ambulant funktion.....	23
4.3.4 Døgnfunktion	23
4.4 REGIONALE SPECIALFUNKTIONER FOR DET PSYKIATRISKE OMRÅDE.....	24
4.4.1 Retspsykiatri	24
4.4.2 Oligofrenipsykiatri.....	26
4.5 KOMPETENCECENTRE	26
4.6 TILRETTELÆGGELSE AF AKUT-TILBUD.....	27
4.7 BEHANDLING AF TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE OG TORTUROFRE.....	28
4.8 PSYKIATRISK INFORMATIONSCENTER	28
5. PATIENTER OG PÅRØRENDE.....	30
5.1 PATIENT – OG PÅRØRENDEPOLITIK	30
5.2 SAMARBEJDE MED PSYKIATRISKE BRUGER-, PATIENT- OG PÅRØRENDEORGANISATIONER	32

5.3 PATIENT- OG PÅRØRENDEUNDERVISNING	32
6. MEDARBEJDERNE I PSYKIATRIEN.....	33
6.1 PERSONALE, REKRUTTERING OG UDDANNELSE	33
6.1.1 Ledelsesforhold.....	33
6.1.2 Rekruttering og fastholdelse	33
6.1.3 Uddannelse	34
6.2 KOMPETENCEUDVIKLING.....	34
7. FORSKNING	37
8. SAMARBEJDSPARTER.....	42
8.1 KOMMUNER	42
8.2 PRAKSISSEKTOR	42
8.3 SAMARBEJDE MED SOMATIKKEN	43
9. MODEL FOR FREMTIDENS PSYKIATRI	45
9.1. FORUDSÆTNING FOR MODELLEN	45
9.1.1. Vestjylland	45
9.1.2. Sønderjylland.....	45
9.1.3. Lillebælt.....	46
9.1.4. Fyn.....	46
9.2. KAPACITET	46
9.2.1. Døgnpladser	46
9.2.2. Ambulante funktioner.....	47
9.2.3. Akut tilbud.....	48
9.3 KONSEKVENSER VED MODELLEN	48
9.3.1 Øget ambulant behandling.....	48
9.3.2 Udbygning af lokalpsykiatri.....	48
9.3.3 Udbygning af børne- og ungdomspsykiatri.....	48
9.3.4 Fremtidig døgnpladskapacitet	49
9.3.5 Færre døgnmatrikler.....	49
9.3.6 Færre vagttag	49
9.4. FINANSIERINGSMULIGHEDER	49
9.4.1. Drift	49
9.4.2. Anlæg.....	50

1. Introduktion

1.1 Resumé

Rammen for høringsgrundlaget tager afsæt i de politiske hensigtserklæringer og præmisser for planlægningen.

Høringsgrundlaget for fremtidens psykiatri er blevet revideret i forhold til indkomne høringsvar, tilkendegivelser fra de fire borgermøder og det politiske forlig af 2. november 2007. Der er endvidere udarbejdet en konkretisering af børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien, gerontopsykiatrien samt specialfunktioner, herunder retspsykiatrien, akuttilbud og fysisk rammer.

Nye input, som patient- og pårørendeinddragelse, psykiatrisk informationscenter, behandling af traumatiserede flygtninge og torturofre, videns- og kompetenceudvikling og forskning, er indarbejdet i høringsgrundlaget.

I nedenstående beskrives kort de konkrete tiltag i fremtidens psykiatri. Forslagene uddybes i de tilhørende kapitler.

Kapitel 3. Fysiske rammer

- *De fysiske rammer har stor betydning for både patienter, pårørende og medarbejdere. Derfor skal de fysiske rammer have en central rolle i den videre planlægning af fremtidens psykiatri.*
- *Der opstilles overordnede kriterier for indretningen af de fysiske rammer i psykiatrien*
 - *Enestuer*
 - *Fleksibilitet, der tillader opdeling af patientgruppen i mindre (skærmede) enheder*
 - *Den fornødne plads til terapeutiske og rekreative aktiviteter*
 - *Tilstrækkelig plads i patienternes enestuer og fællesarealer*
 - *Let adgang til udemiljø*
 - *Miljøet skal være så bo-lignende som muligt.*
- *I forbindelse med ny- og ombygning af psykiatriske afdelinger rundt om i landet, er der arbejdet ud fra nedenstående principper, som tager udgangspunkt i erfaringer med tilrettelæggelsen af terapeutiske miljøer for den psykiatriske patientgruppe. Erfaringerne tilsiger, at:*
 - *Det er vigtigt at opdele afdelingen/afsnittet i mindre enheder for at patienter og personale kan opleve overskuelighed i miljøet.*
 - *Det er vigtigt, at der er opholdsarealer i varierende størrelse placeret flere steder i afdelingen/afsnittet, således at patienterne kan opleve en tryghed ved at befinde sig i et tæt nært miljø. Der bør således være opholdsarealer tæt ved indgangen til afdelingen/afsnittet og tæt ved afdelingens/afsnittets kontor.*
 - *Der bør være et tilstrækkeligt antal rum til samtaler i det enkelte afsnit.*
 - *Psykiatriske døgnfunktioner bør som udgangspunkt placeres som tæt lavt byggeri for at sikre patienterne umiddelbar adgang til udemiljø, ligesom det af sikkerhedsmæssige grunde er at foretrække.*
- *Der arbejdes med nogle vejledende standarder i forbindelse med nybyggeri indenfor psykiatrien, som betyder, at en døgnplads kræver ca. 150-200 m². Omtrent 70 % af dette areal anvendes til direkte patienthenførbare områder - selve sengestuen med toilet og bad, fælles arealer, ophold, aktivitet, terapi, behandling. De resterende ca. 30 % af arealet anvendes til øvrige faciliteter; depot, teknik, køkken m.v.*

Kapitel 4. Fremtidens psykiatri – den organisatoriske ramme

- *Alle patienter skal have en lige adgang til alle tilbud – akutte såvel som specialiserede – uanset alder. Tilrettelæggelsen af tilbudene dimensioneres ud fra vejledende aldersgrænser.*
- **Voksenpsykiatrien**
 - *Målgruppen er som udgangspunkt de 20 - 69 årige med psykotiske eller affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser samt særligt komplekse tilstande indenfor nervøse, stressrelaterede og tvangsbetonede lidelser.*
 - *Der skal etableres 4 hovedfunktioner med ambulant- og døgnfunktion.*
 - *En hovedfunktion skal ses som en organisatorisk enhed bestående af et tilbud om ambulant/distriktspsykiatrisk behandling i lokalpsykiatrien understøttet af tilbud om døgnbehandling.*
 - *Lokalpsykiatrien er indgangsporten. Det betyder, at alle henvisninger fra de henvisende instanser går til lokalpsykiatrien.*
- **Børne- og ungdomspsykiatrien**
 - *Målgruppen er som udgangspunkt børn og unge mellem 0 og 19 år.*
 - *Der skal etableres 4 hovedfunktioner med ambulant- og døgnfunktion – følger voksenpsykiatriens geografiske optageområde.*
 - *En hovedfunktion skal ses som en organisatorisk enhed bestående af et tilbud om ambulant behandling understøttet af tilbud om døgnbehandling.*
 - *Døgnpladser til børn placeres samlet i en af hovedfunktionerne og er regionsdækkende.*
 - *Sundhedsstyrelsen anbefaler at kapaciteten skal kunne håndtere 1-2 % af børne- og ungdomspopulationen. Kapacitetsudvidelsen svarer til en forøgelse på ca. 30 % af den ambulante aktivitet. Der forventes kun marginal udvidelse af døgnkapaciteten.*
 - *Der skal tages stilling til, om de seks 5-døgnssenge børnesenge skal placeres i Vejle eller i Odense.*
- **Gerontopsykiatrien**
 - *Målgruppen er som udgangspunkt de 70+ årige.*
 - *Der skal være 4 hovedfunktioner med ambulant- og døgnfunktion.*
 - *En hovedfunktion skal ses som en organisatorisk enhed bestående af et tilbud om ambulant behandling understøttet af tilbud om døgnbehandling.*
 - *Dimensioneringen af døgnfunktionen sker ud fra forbrug i 2006, svarende til 66 døgnpladser.*
 - *Et analysearbejde i 2008 skal fastlægge den fremtidige dimensionering af døgnpladser.*
 - *Der skal etableres en specialiseret demenslinik.*
- **Regionale specialfunktioner**
 - **Retspsykiatri**
 - *Udvidelse af den samlede kapacitet fra de nuværende 30 til 70 døgnpladser.*
 - *Der vil være en regionsdækkende retspsykiatrisk distriktspsykiatri i samarbejde med de lokalpsykiatriske centre.*
 - *Det skal undersøges nærmere, om det er muligt at etablere et specialiseret retspsykiatrisk tilbud til unge i samarbejde med Region Nordjylland og Region Midt.*
 - *Der skal tages stilling til, om der skal være én eller to retspsykiatriske funktioner i regionen.*

- **Oligofrenipsykiatri**
 - *Et oligofreniteam i hver hovedfunktion suppleret med et regionsdækkende kompetencecenter.*
- **Akuttilbud**
 - *I tilrettelæggelse af det akutte tilbud skal alle borgere i regionen sikres adgang til et døgnåbent uvisiteret akuttilbud.*
 - *Akuttilbuddets indhold skal være ensartet på tværs af regionen, men organiseringen af tilbuddet skal tage hensyn til de lokale forhold.*
 - *De døgnåbne uvisiterede skadestuer i Odense og Esbjerg opretholdes. I det sønderjyske område og i lillebæltsområdet etableres der en uvisiteret skadestuefunktion med organisatorisk base i lokalpsykiatrien, og med fysisk placering i tilknytning til en døgnfunktion.*
 - *Herudover arbejdes videre med etablering af andre akuttilbud, såsom telefonisk hotline for kendte brugere og overnatningsmuligheder i socialpsykiatrien.*
- **Behandling af traumatiserede flygtninge og torturofre**
 - *Ventelister udgør et stadigt stigende problem for de tre rehabiliteringscentre i regionen. Der var ved overgangen til Region Syddanmark mellem 1 og op til 3 års ventetid på at komme i behandling.*
 - *I forlængelse af vedtagelse af budgettet for 2008 vil der blive udarbejdet en analyse af hele området med henblik på iværksættelse af initiativer til nedbringelse af ventetiderne.*
- **Psykiatrisk Informationscenter**
 - *Psykiatrisk Informationscenter skal være regionsdækkende. Der skal etableres satellitter i hver døgnfunktion, og i de tilfælde det skønnes muligt i lokalpsykiatrien med henblik på samarbejde med kommunerne om bl.a. forebyggelsesinitiativer.*
 - *Det regionale psykiatriske informationscenter skal indeholde bibliotek, møde- og undervisningsfaciliteter og en central stab, der kan varetage undervisnings- og uddannelsesfunktioner såvel centralt som lokalt, oplysningsvirksomhed, rådgivning, konsulentbistand ect.*
 - *Satellitterne skal indeholde et mindre bibliotek med it-udstyr, og en Psykiatrisk Informationskonsulent, der lokalt kan varetage rådgivning, oplysningsvirksomhed og konsulentbistand samt medvirke til planlægning af temaarrangementer i samarbejde med de lokale afdelinger.*

Kapitel 5. Patienter og pårørende

- *Der er udarbejdet forslag til en patient- og pårørendepolitik af temagruppen for patient- og pårørendeinddragelse.*
- *Samarbejde om strategiske emner skal foregå på regionalt niveau, mens samarbejdet på det praktiske niveau skal foregå lokalt.*
- *Samarbejdet mellem psykiatrien og bruger- og pårørendeorganisationer er centralt, det foreslås at der etableres et psykiatrisk dialogforum med repræsentanter fra regionsrådet, bruger- og pårørendeorganisationer og psykiatrien.*
- *Der skal tilbydes målrettet undervisning til patienter, pårørende og netværk. Undervisningen skal være relateret til aktuelt behandlingsforløb.*

Kapitel 6. Medarbejderne i psykiatrien

- *Der er aktuelt 2.100 fuldtidsstillinger i psykiatrien i Region Syddanmark. Dette vurderes at svare til ca. 2.500 medarbejder. En stor del af de ansatte vil blive berørt af de omstruktureringer, der lægges op til i psykiatriplanen.*
- *Medarbejderne er den vigtigste ressource for psykiatrien. Derfor skal kontinuerlig kompetenceudvikling dels facilitere og sikre vidensdeling og dels skabe vilkår for udvikling, fastholdelse og rekruttering af medarbejdere i psykiatrien.*
- *På baggrund af de politiske hensigtserklæringer er der peget på en række indsatsområder for kompetenceudvikling for psykiatrien.*
- *Der skal etableres et videns- og kompetenceudviklingscenter i psykiatrien, som skal udvikle og koordinere tilbud indenfor kompetenceudvikling.*

Kapitel 7. Forskning

- *Forskning er af afgørende betydning for udviklingen af fremtidens psykiatri både regionalt, nationalt og internationalt. Samtidig er forskning en væsentlig forudsætning for, at patienterne kan få en højt kvalificeret udredning og behandling.*
- *Der skal etableres en specifik psykiatrisk forskningsorganisation, som dels skal sikre et attraktivt forskningsmiljø og dels skal styrke, og understøtte den regionale psykiatriske forskning og samtidigt sikre sammenhængen til det somatiske forskningsområde.*

Kapitel 8. Samarbejdsparter

- *Fremtidens psykiatri er en strukturplan for den regionale behandlingspsykiatri. De konkrete initiativer vil have afsmittende effekt på samarbejdet med kommunerne og praksissektoren. I implementeringsfasen vil tiltagene blive yderligere beskrevet og drøftet i samarbejde med kommuner og praksissektor.*

Kapitel 9. Model for fremtidens psykiatri

- *I modellen arbejdes der ud fra, at regionen opdeles i 4 hovedfunktionsområder.*
 - *Vestjylland: Esbjerg, Fanø, Varde, Vejen og Billund kommuner (235.000 indbyggere) Døgnfunktionerne placeres i Esbjerg.*
 - *Sønderjylland: Tønder, Aabenraa, Haderslev og Sønderborg kommuner (233.000 indbyggere) Døgnfunktionerne placeres i Aabenraa.*
 - *Lillebælt: Vejle, Kolding, Fredericia, Middelfart, Nordfyn og Assens kommuner (349.000 indbyggere) Døgnfunktionerne placeres i Vejle og Middelfart.*
 - *Fyn: Odense, Kerteminde, Nyborg, Faaborg-Midtfyn, Ærø, Langeland og Svendborg (373.000 indbyggere) Døgnfunktionerne placeres i Odense og Svendborg.*

1.2 Politiske hensigtserklæringer for psykiatriplanlægningen

De politiske hensigtserklæringer er blevet godkendt af Regionsrådet i Region Syddanmark den 5. marts 2007. Psykiatriplanlægningen tager afsæt i de politiske hensigtserklæringer, som er følgende:

- *Den sindslidende skal opleve sammenhæng i behandlingen – og sammenhæng med den socialpsykiatriske indsats. Sindslidende skal have den nødvendige, men samtidig mindst indgribende hjælp, så de kan leve en så normal tilværelse som muligt.*
- *Regionens tilbud skal udvikles mod endnu højere grad af tilgængelighed. Tilgængelighed er meget andet end en fysisk tilgængelighed, det kan også være gennem forskellige kommunikationsplatforme. Langt de fleste sindslidende, der har brug for et behandlingstilbud i regionen, skal have det i psykiatriens*

basisenhed – det lokale distriktspsykiatriske/ambulante tilbud eller den nærmeste almenpsykiatriske afdeling. Der skal samtidig være den nødvendige og tilstrækkelige specialisering af det psykiatriske behandlingstilbud.

- Der skal sættes større fokus på kvalitet i den samlede indsats for sindslidende.
- En indsats af høj faglig kvalitet og med nærvær i relationen til de sindslidende forudsætter et velkvalificeret og motiveret personale alle steder, hvor der arbejdes med psykisk syge.
- Patienter og pårørende er vigtige samarbejdspartnere, der skal inddrages i regionens tilbud og tilrettelæggelse og udvikling af disse. Adgang til viden om psykisk sygdom er centralt. Respekt og synlighed om psykiatrien og de sindslidende i forhold til befolkningen/borgerne er centralt for både de sindslidendes livsbetingelser og psykiatriens arbejdsvilkår.
- Psykiatrien ønsker at være en vidensskabende organisation gennem styrket fokus på nytænkning og forskning indenfor regionens egen psykiatri. Sammen med inddragelse og spredning af den nyeste viden, der er samlet udenfor regionen skal det sikres, at den psykiatriske behandling og støtte baseres på den nyeste evidens.
- Region Syddanmarks samlede forbrug på psykiatriområdet er lavt, sengetallet er lavt og produktiviteten er samlet set høj sammenlignet med resten af landet. Indenfor regionen er der dog en stor variation på disse områder. Psykiatrien skal selv bidrage til finansiering af udviklings- og forskningsaktiviteter gennem løbende fokus på effektiv ressourceudnyttelse i driften.

1.3 Forlig om psykiatristrukturen i Region Syddanmark

Partierne i regionsrådet har den 2. november 2007 indgået et forlig om den fremtidige struktur på sundhedsområdet.

Konsekvenserne af forliget er indarbejdet i dette høringsgrundlag, der henvises til bilag 1 for forligsteksten.

1.4 Psykiatriens landkort 2007

Tilbuddene bl.a. i distriktspsykiatrien og den øvrige ambulante virksomhed i regionen er meget forskelligt udbygget både i bredden (hvor mange forskellige tilbud) og i dybden (intensiteten i tilbuddene). I børne- og ungdomspsykiatrien arbejdes der med forskellige afgrænsninger af aldersgruppen.

I Region Syddanmark er der aktuelt 9 steder med stationære funktioner med i alt 582 psykiatriske døgnpladser, som fordeler sig som vist nedenfor. Udover de her nævnte senge er der tilkøbt tre retspsykiatriske pladser i Risskov.

Figur 1. Psykiatriske døgnpladser i Region Syddanmark

Placering	Normeret døgnpladser (budget 2007)					
	Voksen	Retspsykiatri	Geronto	Børn	Unge ¹	I alt
Esbjerg	48				12	60
Hviding	33	12				45
Augustenborg	65		10		8	83
Haderslev	32		10			42
Kolding	55			6 ²	14	75
Vejle	40					40
Middelfart	34	18	8			60
Svendborg	54					54
Odense	87		16		20 ²	123
I alt	460	30	44	5	43	582

Note 1: I Esbjerg og Augustenborg går aldersgrænsen for ungdomspsykiatrien til og med 20 år. I Kolding er aldersgrænsen til og med 19 år. I Odense er aldersgrænsen til og med 17 år. 2: 12 af de ungdomspsykiatriske pladser er placeret i tilknytning til voksenpsykiatrien. Aldersgrænsen for dette afsnit er 18-23 år.

Note 2: Børnedøgnpladserne i Kolding er 5-døgnpladser.

Alle 9 steder er der akut modtagelse døgnet rundt. I Kolding, Odense og Esbjerg er der en døgnåben uvisiteret skadestue.

I Haderslev, Kolding, Vejle, Svendborg og Odense ligger den psykiatriske stationære funktion på samme matrikel som det somatiske sygehus. I Middelfart, Esbjerg og Augustenborg ligger den psykiatriske stationære funktion tæt på det somatiske sygehus, mens funktionerne i Hviding ligger for sig selv.

Af specialfunktioner, der enten har været amtslige specialfunktioner eller lands- og landsdelstilbud kan nævnes børne- og ungdomspsykiatri, retspsykiatri, gerontopsykiatri, oligofreni-psykiatri (udgående fra Odense, Haderslev, Esbjerg og Vejle), sengeafsnit for spiseforstyrrede (Odense), sexologiske forstyrrelser (Odense), specialiseret demens-klinik (Odense) og spædbørnspsykiatri (Odense).

I Region Syddanmark er der 19 psykiatriske speciallægepraksis med i alt 30 speciallæger. Langt hovedparten er placeret på Fyn.

2 Præmisser for planlægningen

Nedenfor redegøres for de væsentlige præmisser, som sætter rammen for, hvordan det psykiatriske behandlingstilbud i Region Syddanmark tilrettelægges fremover.

Forslaget til strukturen for fremtidens psykiatri bygger ikke på videnskabelig evidens, idet de foreliggende undersøgelser ikke giver entydige svar på, hvordan den mest hensigtsmæssige struktur ser ud.

Præmisserne tager derfor dels afsæt i de politiske hensigtserklæringer og dels i de faglige anbefalinger, som de faglige temagrupper i foråret 2007 har afgivet i rapporterne om børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og gerontopsykiatri. Temagruppernes anbefalinger er suppleret med andre relevante anbefalinger fra regionalt og nationalt hold, f.eks. fra den nationale psykiatriaftale for 2007-2010, indgået mellem regeringen og Danske Regioner.

2.1 Adgang til psykiatrien

En grundlæggende præmis for den fremtidige tilrettelæggelse af psykiatrien i Region Syddanmark er, at borgerne oplever en lettere adgang til de psykiatriske tilbud. Adgang tænkes her som både adgang lokalt og som adgang i form af udvidede behandlingstilbud, udvidede åbningstider m.v.

2.2 Patientens frie valg

Psykiatriske patienter har med enkelte begrænsninger frit sygehusvalg, men er endnu ikke omfattet af det udvidede frie sygehusvalg eller behandlingsgaranti. Patienterne skal sikres information om det frie valg. Det frie sygehusvalg benyttes i dag i meget begrænset omfang af psykiatriske patienter. De vælger i alt overvejende grad det lokale ambulante psykiatritilbud eller døgnfunktion som behandlingssted.

Beskrivelserne og dimensioneringen i forslaget tager derfor udgangspunkt i den forudsætning, at det lokale tilbud vælges. Der er dog i planlægningen taget højde for, at enkelte patienter vælger et andet tilbud end det lokale.

Psykiatriske patienter vil på lidt længere sigt også blive omfattet af en form for behandlingsgaranti. Det forventes dog ikke, at det generelt vil afføde en markant brug af muligheden for at benytte andre tilbud end det lokale. Behandlingsforløb for psykiatriske patienter er ofte meget langvarige – både ambulant og under indlæggelse – og der er ofte behov for tæt samarbejde med det lokale netværk, hjemkommune m.v. Derfor giver det fortsat god mening at planlægge optageområder ud fra kommunegrænser, sådan som det sker i planen.

2.3 Personale

Rekruttering og fastholdelse af fagligt kompetent personale tegner til at blive en af de store udfordringer, også for psykiatrien.

Psykiatriplanlægningen skal fremme mulighederne for fastholdelse og rekruttering af personale, samtidig med at der fokuseres på fortsat kompetenceudvikling og opgaveglidning.

2.4 Samarbejde med praktiserende læger og kommuner

For at sikre koordination og sammenhæng i patientforløbene, skal samarbejdet mellem den regionale behandlingspsykiatri, praktiserende læger og kommunerne være koordineret og veludbygget. Der skal sikres et stabilt og velfungerende samarbejds miljø, hvor alle parter tilgodeses. Det sikres bl.a. gennem sundhedsaftalerne.

2.5 Praktiserende speciallæger

Samarbejdet med de praktiserende speciallæger får stadig større betydning p.g.a. manglen på speciallæger. Det er vigtigt, at samarbejdet etableres i et miljø, hvor de samlede behandlingsressourcer udnyttes bedst muligt til gavn for borgerne.

2.6 Planlægning ud fra eksisterende ramme for døgnpladser

Psykiatriaftalen for 2007-10 slår fast, at den samlede kapacitet i psykiatrien på landsplan ikke bør reduceres yderligere, men at det på sigt, ud fra faglige kriterier, kan være muligt at omlægge dele af behandlingen til ambulante behandling

I Region Syddanmark er der aktuel 582 psykiatriske døgnpladser inkl. retspsykiatri, fordelt på 9 lokaliteter. Udgangspunktet for den videre planlægning er, at der arbejdes ud fra en kapacitet svarende til den nuværende.

2.7 Samling af døgnfunktion

Planlægningen tager afsæt i, at de eksisterende døgnfunktioner samles, således at der etableres bæredygtige og robuste funktioner, med mulighed for faglig specialisering.

2.8 Sikring af sammenhæng til somatikken

Planlægningen af fremtidens psykiatri sker sideløbende med akutplanlægningen på det somatiske område. Der er faglige og bygningsmæssige sammenhænge mellem de to områder, som gør det oplagt, at planlægningen og implementering af nye initiativer koordineres.

2.9 Fremtidsperspektiver

Der er mange faktorer, der bevirker, at der i årene fremover vil være et øget pres på behandlingsskapaciteten i psykiatrien. Disse faktorer og tendenser skal der tages højde for i planlægningen.

I øjeblikket foregår der en diskussion af behovet for flere døgnpladser og ambulante tilbud i retspsykiatrien. Fra såvel politisk som faglig side er der en erkendelse af, at der er et øget behov for tilbud målrettet denne gruppe.

Den nationale psykiatriaftale 2007 – 2010 lægger op til en styrkelse af de ambulante tilbud til specifikke grupper, så der bliver landsdækkende tilbud om opsøgende psykoseteam og tidlig interventionsteam (målrettet unge skizofrene).

Med psykiatriaftalen indføres der fra 2010 en behandlingsgaranti på 2 måneder for alle psykiatriske lidelser. Danske Regioner har beregnet, at dette kan kræve en udvidelse af behandlingsskapaciteten på 20-25 %. Denne udbygning vil primært finde sted inden for de ambulante behandlingstilbud.

Gruppen af ikke-psykotiske patienter vil også blive omfattet af behandlingsgarantien, hvilket betyder, at behandlingsskapaciteten overfor denne målgruppe skal udvides. På nuværende tidspunkt er der ikke taget stilling til, om denne kapacitetsudvidelse skal ske i almenpraksis, speciallægepraksis eller i den regionale behandlingspsykiatri.

På det børne- og ungdomspsykiatriske område foreligger der anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om, at kapaciteten skal kunne håndtere 1- 2 % af børne- og ungdomspopulationen. Det anbefales, at kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark dimensioneres, så 1,5 % af aldersgruppen 0-16 år og 2 %

af aldersgruppen 17-19 år kan håndteres. Med den nuværende kapacitet kan regionen håndtere ca. 1,1 % af den samlede gruppe. Kapacitetsudvidelsen svarer til en forøgelse på ca. 30 %. Kapacitetsudvidelsen skal desuden kunne imødekomme en fremtidig behandlingsgaranti, som udmeldt af Sundhedsstyrelsen. Hovedparten af kapacitetsudvidelsen skal ske på det ambulante område og vil forventeligt kun berøre døgnpladserne marginalt.

Den demografiske udvikling i regionen viser, at aldersgruppen af 70 + årige stiger med 9 % frem til 2011, og at gruppen i 2016 vil være 29 % større end i dag. Denne udvikling modsvarer ikke af et tilsvarende fald i aldersgrupperne for børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.

Der vil således være et øget pres på den gerontopsykiatriske behandlingskapacitet qua den demografiske udvikling.

Samlet set betyder alle disse faktorer et øget pres på kapaciteten. Ved dimensioneringen af de fremtidige funktioner skal der i den igangværende planlægning tages højde for denne udvikling.

3. Fysiske rammer

De fysiske rammer har stor betydning for både patienter, pårørende og medarbejdere. Derfor spiller de fysiske rammer en central rolle i tilrettelæggelsen af fremtidens psykiatri.

Psykiatriloven udstikker anbefalinger for de fysiske rammer i psykiatrien:

"Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.¹

"Det er kendt, at det fysiske miljøes udformning har en væsentlig betydning for anvendelsen af magt i en psykiatrisk afdeling. Ved tilstrækkelige og tidssvarende fysiske rammer ses således en reduktion i anvendelsen af tvang."²

God psykiatrisk sygehusstandard er ikke præcist defineret, men de fysiske rammer bør leve op til god nutidig byggestandard, hvilket indebærer, at der skal være lys, luft og plads til den enkelte patient samt gode fællesarealer både ude og inde.

Psykiatrien er karakteriseret ved, at patienternes behandling så vidt muligt foregår ambulant. Først når de ambulante indsatsmuligheder er udtømte, vil patienten blive tilbudt indlæggelse. En indlæggelse vil ofte strække sig over længere tid.

Psykiatrien i Region Syddanmark har, inspireret af ovenstående, primo 2007 opstillet nogle overordnede kriterier for indretningen af de fysiske rammer i psykiatrien.

- *Enestuer*
- *Fleksibilitet, der tillader opdeling af patientgruppen i mindre (skærmede)enheder*
- *Den fornødne plads til terapeutiske og rekreative aktiviteter*
- *Tilstrækkelig plads i patienternes enestuer og fællesarealer*
- *Let adgang til udemiljø*
- *Miljøet skal være så bo-lignende som muligt.*

I forbindelse med senere års ny- og ombygning af psykiatriske afdelinger rundt om i landet, har rådgivere med erfaring på området arbejdet ud fra et princip om en tre-delning af en afdeling, således at der er offentlige rum (indgangsområde, fællesarealer), semi-offentlige rum (ophold i afdelingen, terapier m.v.) samt private rum (patientstuen). Princippet tager udgangspunkt i erfaringer om den psykiatriske patientgruppe. Erfaringerne tilsiger, at:

- *Det er vigtigt at opdele afdelingen/afsnittet i mindre enheder for, at patienter og personale kan opleve overskuelighed i miljøet.*
- *Det er vigtigt, at der er opholdsarealer i varierende størrelse placeret flere steder i afdelingen/afsnittet, således at patienterne kan opleve en tryghed ved at befinde sig i et tæt nært miljø. Der bør således være opholdsarealer tæt ved indgangen til afdelingen/afsnittet og tæt ved afdelingens/afsnittets kontor.*
- *Indretningen skal give mulighed for fysisk udfoldelse, fysioterapi til beskæftigelse og for fritidsaktiviteter.*

¹ Lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven), af 1. januar 1999., med ændringsloven blev § 2 sålydende som overfor citeret.

² Sundhedsstyrelsen 1995. Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien.

- *Der bør være et tilstrækkeligt antal rum til samtaler i det enkelte afsnit.*
- *Psykiatriske døgnfunktioner bør som udgangspunkt placeres som tæt lavt byggeri for at sikre patienterne umiddelbar adgang til udemiljø, ligesom det af sikkerhedsmæssige grunde er at foretrække.*

Der arbejdes med nogle vejledende arealstandarder i forbindelse med nybyggeri indenfor psykiatrien, som betyder, at en døgnplads kræver ca. 150-200 m². Omtrent 70 % af dette areal anvendes til direkte patienthenførbare områder - selve sengestuen med toilet og bad, fælles arealer, ophold, aktivitet, terapi, behandlingsrum. De resterende ca. 30 % af arealet anvendes til øvrige faciliteter; depot, teknik, køkken m.v.

Hovedparten af de nuværende psykiatriske døgnfunktioner i Region Syddanmark lever op til de ovenfor nævnte principper for god psykiatrisk sygehusstandard.

4. Fremtidens psykiatri – den organisatoriske ramme

Indenfor den ramme præmisserne for planlægningen sætter, beskrives i dette kapitel de grundlæggende elementer - organisatorisk og fagligt - der tilsammen danner fremtidens psykiatritilbud i Region Syddanmark. Beskrivelsen er på et overordnet niveau, og omsættes til en konkret model for tilrettelæggelse af psykiatriindsatsen i Region Syddanmark i kapitel 9.

I planlægningen af fremtidens psykiatri er det en overordnet målsætning, at alle patienter skal have en lige adgang til alle tilbud – akutte såvel som almene og specialiserede – uanset alder. I tilrettelæggelsen af tilbudene dimensioneres ud fra vejledende aldersgrænser. Ved vejledende forstås en fleksibel aldersgrænse, hvor det ikke kun er alder men også den psykiatriske problemstilling, der afgør hvor patienten tilbydes behandling. Denne vurdering finder sted i en intern vurdering mellem de relevante behandlingsansvarlige.

De steder i kapitlet, hvor der er angivet en aldersafgrænsning, er alderen inklusiv den alder der er nævnt, f.eks. inkluderer 20-69 år både de 20 årige og de 69 årige.

4.1 Voksenpsykiatrien

4.1.1 Målgruppe

Målgruppen for voksenpsykiatrien er som udgangspunkt de 20-69 årige med psykotiske eller affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser samt særligt komplekse tilstande indenfor nervøse, stressrelaterede og tvangsbetonede lidelser.

Unge på 18 og 19 år behandles som udgangspunkt i børne- og ungdomspsykiatrien. Hvis det vurderes hensigtsmæssigt ud fra livssituation/netværk, udviklingsmæssig modenhed, forventelig diagnose samt tilstedeværende ekspertise på området, kan denne gruppe behandles i voksenpsykiatrien.

Fremadrettet vil målgruppen for voksenpsykiatrien blive udvidet til at omfatte en større andel af personer med ikke-psykotiske lidelser, jf. den nationale psykiatriaftale. Der er endnu ikke taget stilling til, hvor denne behandling skal ske. Opgaven vil skulle løftes i et samarbejde mellem regionens behandlingspsykiatri og kommuner, praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer og psykiatere.

4.1.2 Tilrettelæggelse

Tilrettelæggelsen af det voksenpsykiatriske område skal afbalancere 2 væsentlige hensyn:

- Hensynet til at langvarige behandlingsforløb lægges så tæt på borgerne som muligt og
- hensynet til den faglige kvalitet, der tilsiger samling af ekspertisen færre steder i regionen i specialiserede tilbud.

Det foreslås, at det sker ved at inddele regionen i et mindre antal geografiske områder – hovedfunktioner. I hovedfunktionen vil det være muligt at tilbyde en så bred vifte af almene og mere specialiserede behandlingstilbud (ambulante og døgn), at kun meget få vil få brug for regionale specialfunktioner (se afsnit 4.4 for beskrivelse af disse). Konkret er det kravet, at det indenfor hovedfunktionen skal være muligt at dække ca. 90 % af borgernes behandlingsbehov³.

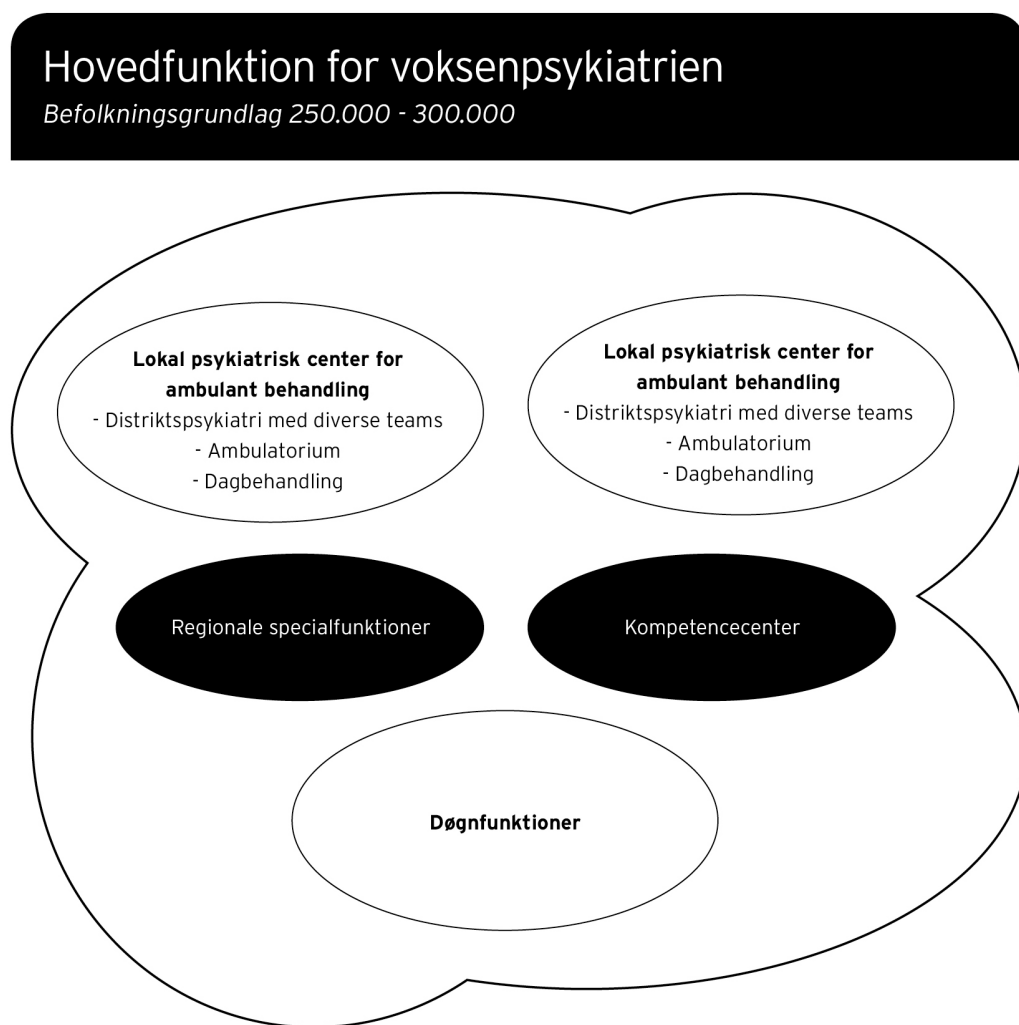
³ En hovedfunktion defineres jf. Sundhedsstyrelsen som en funktion, der omfatter "ca. 90 % af al aktiviteten indeholdende forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor såvel sygdom som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, hvor ydelserne er af begrænset kompleksitet, og hvor ressourceforbruget ikke tilsiger en samling af ydelserne"

En hovedfunktion skal ses som en samlet organisatorisk enhed bestående af et tilbud om ambulante behandling i lokalpsykiatrien understøttet af tilbud om døgnbehandling.

Lokalpsykiatrien består af mange forskellige ambulante behandlingstilbud, hvoraf nogle forefindes flere steder lokalt i hovedfunktionens optageområde, mens andre mere komplekse/specialiserede behandlingstilbud kun findes et sted i optageområdet

Afhængigt af lokale og geografiske forhold, vil behandlingstilbuddene i hovedfunktionerne kunne organiseres forskelligt.

Figur 2. Voksenpsykiatrisk hovedfunktion



Antallet af lokale psykiatrisk centre kan variere fra hovedfunktion til hovedfunktion.

Befolkningsgrundlag min. 55.000 - 60.000.

For at hovedfunktionen skal kunne varetage ambulante og stationære opgaver med den fornødne faglige kvalitet, specialiseringsgrad og bæredygtighed foreslås et befolkningsgrundlag på 250.000-300.000 borgere pr. hovedfunktion. Med en sådan størrelse forventes hovedfunktionen at være i stand til at rekruttere og fastholde det nødvendige personale.

I hver hovedfunktion skal der være et antal lokalpsykiatriske centre. Det er vigtigt, at centrene har en vis størrelse for at sikre, at så stor en andel som muligt af den psykiatriske behandling varetages tæt på den enkelte borgers lokale miljø. Samtidigt kan der etableres et fagligt bæredygtigt og udviklende miljø, der kan medvirke til at rekruttere læger og andet psykiatrifagligt personale. Det ønskelige befolkningsunderlag for et lokalpsykiatrisk center er ca. 55-60.000 borgere.

Størrelsen og antallet af de lokalpsykiatriske centre bør tilpasses kommunegrænser og øvrige lokale forhold. I meget store kommuner kan der oprettes flere lokalpsykiatriske centre indenfor kommunen. Et lokalpsykiatrisk center bør være placeret centralt i sit optageområde.

4.1.3 Lokalpsykiatriske centre for ambulant behandling

De lokalpsykiatriske centre er indgangsporten til al behandling i voksenpsykiatrien i hver hovedfunktion i Region Syddanmark og centrum for samarbejdet med kommunerne og praksissektoren. ***Det betyder, at alle henvisninger fra de henvisende instanser – praktiserende læger og speciallæger – går til lokalpsykiatrien.***

Der kan henvises til lokalpsykiatrien med henblik på vurdering, ambulant behandling eller indlæggelse. Visitationen til de enkelte behandlingstilbud foretages i lokalpsykiatrien.

De lokalpsykiatriske centres åbningstider bør indrettes, så de også tager højde for patienters og pårørendes behov for kontakt udenfor normal arbejdstid (efter kl. 16). Ligeledes bør der ses på muligheder for en telefonisk hotline-funktion for personer i ambulant behandling i centret.

Det lokalpsykiatriske center vil som basistilbud indeholde distriktspsykiatriske behandlingstilbud⁴, almene ambulatorietilbud⁵ og dagbehandling⁶, der vil dække de fleste patienters behandlingsbehov. Herudover vil der i forskelligt omfang være specialiserede dag- og ambulatorietilbud i centret samt udgående funktioner.

Det enkelte lokalpsykiatriske center skal som minimum tilbyde følgende behandlingstilbud.

- ***Udredning – omfattende speciallægeledet diagnostisk udredning, mulighed for psykologisk undersøgelse, social vurdering, ergoterapeutisk vurdering og eventuel fysioterapeutisk udredning***

⁴ Distriktspsykiatri er ambulant behandling med lokal forankring og med fokus på patientens sociale omgivelser, social inklusion, sociale behov, netværksarbejde og forebyggelse i lokalsamfundet. Den distriktspsykiatriske behandling er rettet mod de patienter, der har behov for en mere vedvarende og tværsektoriel behandling.

⁵ Ambulatorierne varetager ambulant behandling ud fra en anden interventionstankegang end den der kendetegner distriktspsykiatrien. De patienter, som kan benytte ambulatoriet, vil ikke have behov for den fokus på de sociale funktioner, som kendetegner indsatsen i distriktspsykiatrien. Udover almene funktioner til den brede målgruppe vil de enkelte lokalpsykiatrier i forskellig udstrækning have mere specialiserede klinikker målrettet en bestemt lidelse.

⁶ Dagtilbud er fuldtids aktiv behandling og strækker sig typisk over en afgrænset periode på uger til måneder. Behandlingen er lægeligt ledet og tilrettelagt og kan foregå i grupper og/eller individuelt.

- **Akut behandling af indvisiterede patienter – indenfor centrets åbningstid kan alle indvisiterede patienter få kontakt til behandlere med kendskab til patienten.**
- **Mulighed for subakut vurdering og behandling af ikke indvisiterede inden for 48 timer på hverdage. Ved tilbagehenvielse til egen læge vejledes lægen i fortsat behandling af patienten.**
- **Opsøgende funktion – der skal i centret være mulighed for at yde en opsøgende indsats m.h.p. at fastholde patienten i behandling. Der skal også være mulighed for at tilbyde behandling i eget hjem (f.eks. patienter med affektive lidelser og opsøgende psykoseteam).**
- **Intensiv ambulant behandling via opsøgende psykoseteam, akut/mobil team - det skal i lokalpsykiatrien være muligt at variere behandlingsintensiteten efter patientens behov. Kortvarig intensiv indsats kan være medvirkende til at forhindre indlæggelse.**
- **Behandling af mindre komplekse tilfælde blandt andet:**
 - **Psykotiske lidelser**
 - **Affektive lidelser**
 - **Personlighedsforstyrrelser**
 - **Angst**
 - **OCD (Obsessive-kompulsive tilstande)**
 - **Spiseforstyrrelser**

For de mere sjældne lidelser samt for de komplekse sygdomsforløb skal der i hovedfunktionens lokalpsykiatrier være opbygget specialfunktioner. Specialfunktionerne tager over, når patientens behandlingsbehov ikke dækkes indenfor det enkelte lokalpsykiatriske centers vifte af behandlingstilbud. Den enkelte specialfunktion findes ét sted i hovedfunktionen. Hver hovedfunktion har følgende specialfunktioner:

- **Tidlig intervention ved debuterende psykoser**
- **Oligofrenipsykiatri (se endvidere afsnit 4.4.2)**
- **Selvordsforebyggelse hos ikke-psykotiske i tæt samarbejde med det regionale kompetencecenter**
- **Specialiserede behandlingstilbud til ikke-psykotiske, herunder psykoterapeutiske behandlingstilbud**
- **Behandling af komplekse tilfælde i tæt samarbejde med det respektive regionale kompetencecenter:**
 - **Psykoser**
 - **Affektive/bipolare lidelser**
 - **Personlighedsforstyrrelser**
 - **OCD**
 - **Angst**
 - **Spiseforstyrrelser**

Medarbejderstaben i de lokalpsykiatriske centre vil være tværfagligt sammensat. **Der skal som minimum være 2 speciallæger i hvert lokalpsykiatrisk center og derudover minimum 14-15 medarbejdere fra øvrige relevante faggrupper for, at der kan dannes et stabilt tværfagligt team. Derudover skal det lokalpsykiatriske center bemannes med behandlere til løsning af de behandlingsopgaver, der er relateret til de udgående funktioner, såsom opsøgende psykoseteam, specialfunktioner m.v.**

4.1.4 Døgnfunktioner

For at den ambulante psykiatri kan være velfungerende, forudsættes det, at der er adgang til døgnfunktioner med mulighed for skærmning, når behovet herfor opstår. Døgnfunktionen er bagland for den ambulante funktion

og overtager behandlingen, hvor dennes tilbud ikke rækker, eller hvor en indlæggelse kan skabe den ro om patienten, som er nødvendig for det videre behandlingsforløb.

Behandlingen i døgnfunktionen skal være en aktiv intensiv behandling, som i overensstemmelse med den ambulante behandling, involverer biologiske, psykologiske og sociale elementer, med henblik på at sikre sammenhæng i det samlede behandlingsforløb.

Det skal være muligt at skærme de patienter, som har behov for dette, samtidig med at der opretholdes et åbent miljø for de øvrige patienter. Dimensioner ingen af døgnfunktionen skal tage højde for, at målgruppen for voksenpsykiatrien er bred og forskelligartet. Patienterne skal tilbydes en differentieret behandling, som hele tiden matcher den enkelte patients aktuelle tilstand.

Døgnfunktionen skal have en størrelse, der både giver mulighed for en vis specialisering indenfor funktionen og sikrer sengeafsnit af en hensigtsmæssig størrelse. **De fremtidige døgnfunktioner i regionen vil være på mellem 79 og 134 døgnpladser. Hver døgnfunktion opbygges af et antal sengeafsnit med ca. 16-18 pladser.**

Alle døgnfunktionerne opbygges som integrerede åbne/lukkede afsnit. Integrerede åbne/lukkede afsnit giver mulighed for såvel den personalemæssige som rent fysiske skærmning af patienten, som kan være nødvendig i visse perioder af indlæggelsen. Samtidigt gives der mulighed for, at relationerne mellem kontaktperson og patient i videst muligt omfang opretholdes under hele indlæggelsen, da patienten ikke skal flyttes mellem åbne og lukkede sengeafsnit.

Via et integreret åbent/lukket afsnit opnås den bedst mulige undersøgelse, behandling og pleje på det mindst indgribende niveau over for borgere med psykiske lidelser.

Døgnfunktionen skal endvidere i forskellig udstrækning kunne varetage regionale specialfunktioner og være kompetencecenter.

4.2 Børne- og ungdomspsykiatrien

Den regionale børne- og ungdomspsykiatri har to primære opgaver; udredning og behandling. For en meget stor del af de børn, der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien drejer det sig om at få barnet udredt. For en mindre del af børnene samt størsteparten af ungegruppen vil der være tale om både udredning og behandling.

4.2.1 Målgruppe

Målgruppen for regionens børne- og ungdomspsykiatri defineres som børn og unge mellem **0 og 19 år. Der skal i hvert enkelt tilfælde lægges vægt på den enkelte patients livssituation, netværk og udviklingsmæssig modenhed, og dermed kommer der en fleksibel overgang mellem børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatrien.**

Hvad angår diagnoser tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition af tilstande, der kræver undersøgelse af børne- og ungdomspsykiatrisk speciallæge. Det vil sige en specialiseret psykiatrisk indsats. Det bør overvejes – efter kommunalt ønske – at supplere med tilbud om udredning af børn og unge med tilknytningsforstyrrelser.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at mellem 1 og 2 % af børne- og ungegruppen årligt vil få brug for en specialiseret psykiatrisk indsats i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. Med en beregning, der tager højde for en tyngde hos de 0-16-årige på 1,5 % og hos de 17-19-årige på 2 % vil det svare til en udvidelse på op mod 30 % i forhold til aktiviteten i 2006, svarende til 4700 patienter. Det forventes, at denne udvidelse primært vil ske på det ambulante område, og at udvidelsen kan rummes indenfor den nuværende sengekapacitet.

4.2.2 Tilrettelæggelse

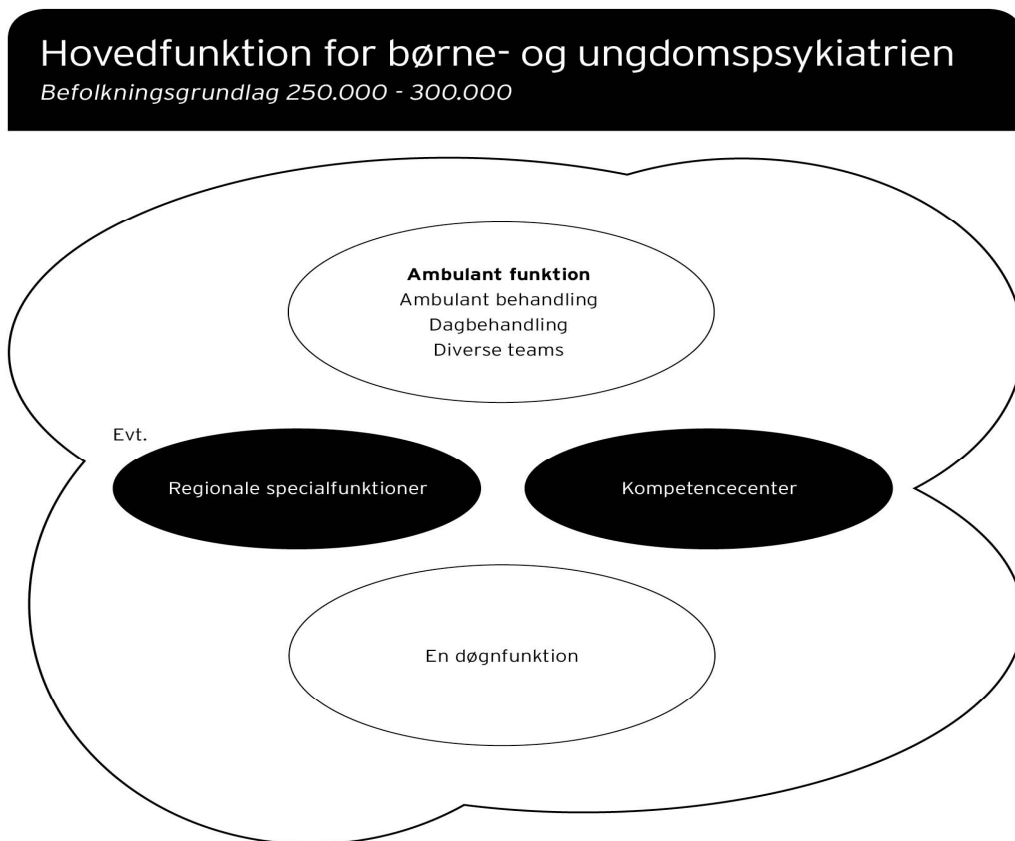
Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark skal ligesom voksenpsykiatrien bygges op omkring en hovedfunktion. En børne- og ungdomspsykiatrisk hovedfunktion indeholder et ambulante tilbud og et døgntilbud. Hovedfunktionen skal kunne dække 90 % af behovet for børne- og ungdomspsykiatrisk udredning og behandling inden for det geografiske optageområde.

Hovedfunktionen skal i forskellig udstrækning kunne varetage opgaver omkring regionale specialfunktioner og som kompetencecenter.

For at børne- og ungdomspsykiatrien skal kunne varetage ambulante opgaver med den fornødne faglige kvalitet, specialiseringsgrad og bærerdugtighed og dermed være i stand til at rekruttere og fastholde personale, foreslås et befolkningsgrundlag på 250.000-300.000 borgere pr. hovedfunktion.

Hovedfunktionerne for børne- og ungdomspsykiatrien følger samme geografi som hovedfunktionerne for voksenpsykiatrien.

Figur 3. Børne- og ungdomspsykiatrisk hovedfunktion



4.2.3 Ambulant funktion

Den ambulante funktion er i børne- og ungdomspsykiatrien indgangsporten til den specialiserede psykiatri. Henvendelse sker efter en forudgående visitation enten via praktiserende læge, vagtlæge eller relevant kommunal instans.

Det ambulante børne- og ungdomspsykiatriske tilbud omfatter ambulante udredning og behandling, dagtilbud over en kortere eller længere periode og udgående behandling/distriktspsykiatri.

Medarbejderstaben vil være tværfagligt sammensat af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, psykologer, pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker og fysioterapeuter. Herudover kan der være andre faggrupper tilknyttet ud fra individuelle kompetencer fx ergoterapeuter, diætister og social- og sundhedsassistenter.

4.2.4. Døgnfunktion

For at imødekomme de politiske hensigtserklæringer om nærhed, tilgængelighed og sammenhæng i behandlingen skal der i børne- og ungdomspsykiatrien være 4 døgnfunktioner placeret i fysisk tilknytning til en voksenpsykiatrisk døgnfunktion.

Der peges på, at der etableres seks 5-døgns pladser til børn (under 13 år) i én af hovedfunktionerne. Døgnpladser skal fungere som et kvalitativt redskab i primært udredning og diagnostik af børn med psykiatriske lidelser. Døgnpladserne placeres i Vejle eller Odense.

4.3 Gerontopsykiatrien

4.3.1 Målgruppen

Målgruppen for gerontopsykiatrien er borgere på 70 år og derover med behov for den specialiserede udredning, diagnostik og behandling, som gerontopsykiatrien kan tilbyde. Diagnosegrupperne svarer til voksenpsykiatriens – dog med særlig vægt på:

- Demente med adfærdsforstyrrelser
- Unipolær depression
- Bipolære lidelser
- Skizofreni og andre paranoide tilstande

I det daglige arbejde vil der være forløb, der kræver en pragmatisk tilgang til målgruppedefinitionen, f.eks. patienter med langt forløb i distriktspsykiatrien, hvor det vurderes mest hensigtsmæssigt, at patienten fortsætter sit forløb der, selvom vedkommende er over 69 år. Ligeledes vil udredning af yngre for demens, Alzheimers sygdom m.v. kunne involvere gerontopsykiatrien.

Samtidig skal det bemærkes, at mindst 25 % af alle 70+årige patienter indlagt på de somatiske sygehuse, har depressioner i større eller mindre grad. Dette er medvirkende til, at der er en stor gerontopsykiatrisk tilsynsvirksomhed på de somatiske afdelinger.

4.3.2 Tilrettelæggelse

Gerontopsykiatrien følger voksenpsykiatrien med hensyn til grundlag for tilrettelæggelse og definitionen af en hovedfunktion. Der henvises til beskrivelsen i kapitel 4.1.2.

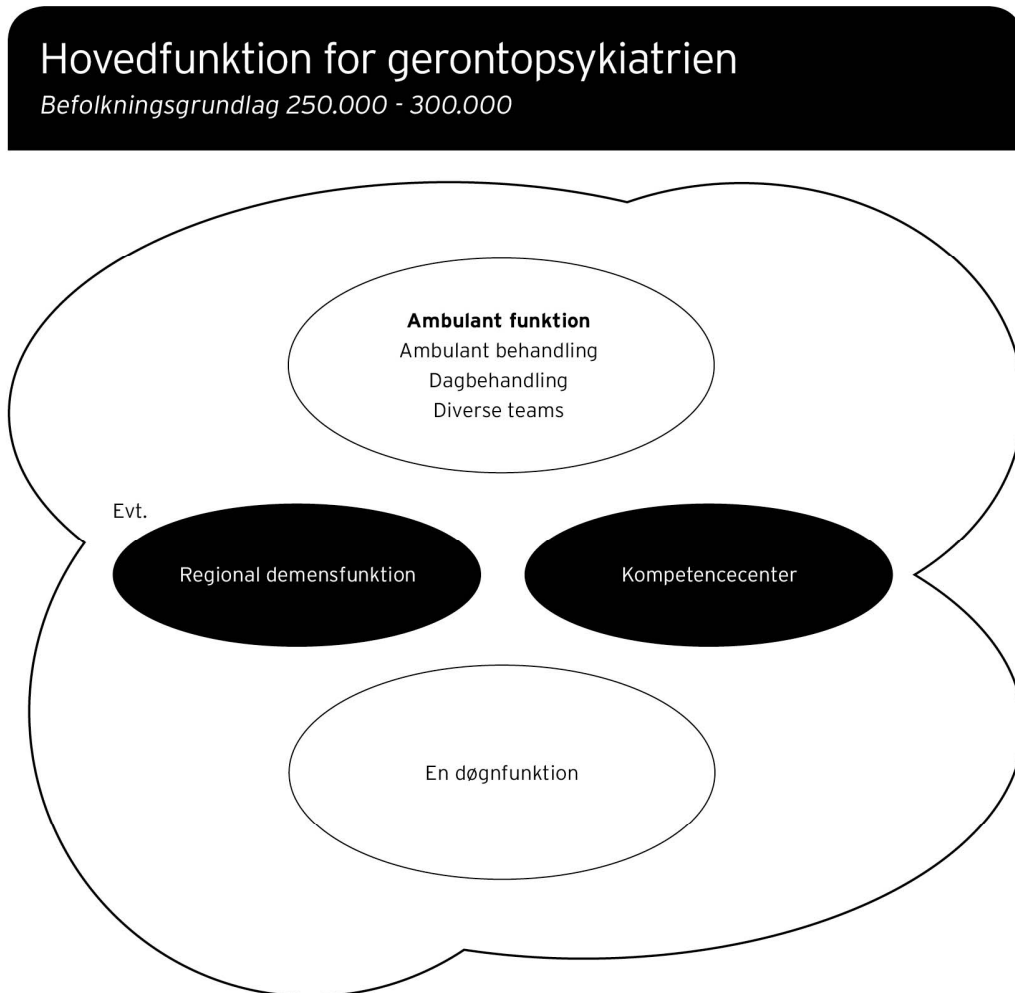
Med målgruppen 70+ årige vil diagnosespektret blive udvidet i forhold til det typiske mønster i gerontopsykiatrien i dag. Gerontopsykiatrien vil reelt skulle være i stand til at udrede, diagnosticere og behandle de samme

diagnosegrupper som voksenpsykiatrien, og samtidig kunne varetage de særlige opgaver, der knytter sig til gerontopsykiatrien.

Gerontopsykiatriens hovedfunktionsområde vil geografisk være identisk med voksenpsykiatriens, og vil være placeret samme sted. Der skal etableres gerontopsykiatrisk døgnfunktion i hvert hovedfunktionsområde, og den ambulante gerontopsykiatriske funktion vil være placeret i tilknytning til døgnfunktionen.

Personalegruppen skal være tværfagligt sammensat, og som minimum bestå af læger (gerontopsykiatere), psykologer, distriktssygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt give mulighed for at kunne trække på fysio- og ergoterapeuter, neurologer, geriatere og socialrådgivere.

Figur 4. Gerontopsykiatrisk hovedfunktion



4.3.3 Ambulant funktion

Den ambulante funktion organiseres i tilknytning til døgnfunktionen. Tilknytningen til døgnfunktionen er væsentlig, idet den sikrer personalet et stærkt fagligt miljø, der samtidig giver bedre mulighed for rekruttering og fastholdelse af medarbejdere. Samtidig er det vigtigt, at den ambulante funktion ikke bliver for lille, da det vil give øget sårbarhed ved sygdom eller personaleskift.

Der skal etableres fire ambulante gerontopsykiatriske funktioner, som vil være indgangen til gerontopsykiatrien.

Den ambulante funktion vil tilbyde udgående virksomhed. Dette vil forordre og befordre samarbejdet med de kommunale samarbejdspartnere og praktiserende læger.

I forhold til den ambulante udgående funktion, skal der tages hensyn til transporttid for behandleren, og samtidig sikres nem adgang for patienten.

I det omfang det er relevant og muligt lokalt, kan der etableres udeambulatorier i forbindelse med lokalpsykiatrien. Organisatorisk vil udeambulatoriet være tilknyttet gerontopsykiatrisk hovedfunktion for at skabe uddannelsesmiljø samt sikre faglighed og rekruttering.

Som minimum findes der i hver hovedfunktion ambulante behandlingstilbud for:

- *Affektive lidelser - tilbudet tager afsæt i referenceprogrammet for Unipolær depression*
- *Paranoia / skizofreni*
- *Øvrige diagnoser*
- *Demens, hvor gerontopsykiatrien i samarbejde med geriatri og neurologi foretager ambulante demensudredning og behandling. De lokale enheder varetager de "almindelige" udredninger og suppleres med én yderligere specialiseret enhed til at varetage udredningen af de vanskeligst diagnosticerbare demente.*

Demens er en kronisk sygdom, der kræver en bred tværfaglig og tværsektoriel indsats, der involverer egen læge, kommunale instanser, somatiske læger og psykiatriske læger i udredning, behandling og pleje / støtte.

For at sikre koordination og samarbejde i forbindelse med behandlingsforløbet anbefales det, at der etableres et demensråd.

Demensrådet skal følge den videnskabelige udvikling indenfor demens og udvikle samarbejdet omkring den demente patient.

Rådet skal bestå af repræsentanter fra somatikken, psykiatrien / gerontopsykiatrien, almenpraksis, kommuner og patientforeninger.

4.3.4 Døgnfunktion

Hovedopgaven for døgnfunktionen er at varetage behandlingen, hvor en ambulante indsats ikke er tilstrækkelig. En indlæggelse kan yderligere skabe den skærmning omkring patienten, der er nødvendig for at opnå et godt behandlingsforløb. Døgnfunktionen muliggør endvidere observationer af patienten gennem en længere periode, end det er muligt i en ambulante funktion. Det er en fordel med tæt kontakt til somatiske afdelinger, da patienten ofte også har somatiske sygdomme.

Der skal etableres gerontopsykiatrisk døgnfunktion i hver hovedfunktion. Døgnfunktionen skal placeres sammen med voksenpsykiatrien, for at tilgodese samarbejdet med voksenpsykiatrien og mindske funktionens sårbarhed i forbindelse med personalemangel, samt skabe et fagligt netværk.

Udgangspunktet for antallet af gerontopsykiatriske døgnpladser er antallet af forbrugte senge i 2006 til målgruppen. Ved en 90 % belægning er der samlet for Region Syddanmark forbrugt 66 gerontopsykiatriske døgnpladser.

I løbet af 2008 vil der blive udarbejdet et forslag til det fremtidige behov for døgnpladser ud fra en analyse af væksten i den gerontopsykiatriske målgruppe.

4.4 Regionale specialfunktioner for det psykiatriske område

Behovet for en specialfunktion defineres af sjældenheden og kompleksiteten i relation til behandlingen af den pågældende lidelse. Sundhedsstyrelsen definerer en regionsfunktion/specialfunktion som *"omfattende diagnostik, behandling og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser forekommer relativt sjældent, og/eller hvor ydelserne er af betydelig kompleksitet, og/eller hvor ressourceforbruget tilsiger en vis samling af ydelserne."*

Specialfunktionen for en specifik målgruppe/lidelse samles, således at hver funktion kun findes et sted i regionen.

Specialfunktionerne bør tænkes ind som et tilbud, der er knyttet til et lokalpsykiatrisk center eller en døgnfunktion, hvorfra ekspertisen tilbydes på stedet, og/eller rekvireres fra øvrige funktioner i regionen til bl.a. udredning, second opinion, supervision, vidensdeling m.v.

Afhængigt af målgruppen vil specialfunktionen derfor kunne tilbyde en bred vifte af tilbud lige fra koordination, supervision, konsulentfunktion over ambulant tilbud til tilbud om indlæggelse.

I Region Syddanmark findes der i dag specialfunktioner indenfor:

- Retspsykiatri
- Spiseforstyrrelser – lands-landsdelsfunktion i Odense
- Demensklínik
- Oligofrenipsykiatri
- Seksuelle forstyrrelser
- Spædbarnspsykiatri

Udgangspunktet er, at ovenstående funktioner bevares og videreudvikles i regionalt regi.

Dertil kommer en specialfunktion til behandling af seksuelt forstyrrede kriminelle. Funktionen er finansieret som et projekt under Justitsministeriet.

På områderne døvepsykiatri, katastrofe- og militærpsykiatri samt transkulturel psykiatri vil Region Syddanmark fortsat benytte sig af de eksisterende landsfunktioner.

Etableringen og fastholdelsen af specialfunktioner/kompetencecentre er uafhængig af strukturen i psykiatrien. Planlægning og placering af specialfunktioner/kompetencecentre vil blive inddraget på et senere stadium i processen. Dog indgår retspsykiatri og oligofrenipsykiatri som en del af den nuværende planlægning, idet områderne er udredt i et tidligere arbejde.

4.4.1 Retspsykiatri

Målgruppen for retspsykiatri er:

- Anbringelsesdømte
- Varetægtssurrogatfængslede

- Almindelige arrestanter, der har brug for psykiatrisk behandling/indlæggelse
- Strafafsonere, der har brug for psykiatrisk behandling/indlæggelse
- § 78 afsonere, der har vilkår som anbringelsesdømte
- Personer der skal mentalobserveres under indlæggelse
- Personer med behandlingsdomme
- Personer til anticiperet afsoning
- Prøveløsladte med vilkår om psykiatrisk behandling i prøvetiden.

Afgrænsningen af målgruppen tager udgangspunkt i rapporten om afgrænsning af retspsykiatriens målgruppe fra 2006. Kapaciteten regionalt skal tilrettelægges, så retspsykiatrien er gearret til at tage ansvaret for hele målgruppen. Ansvaret for retspsykiatrisk behandling defineres ved, at den patient, der har brug for et retspsykiatrisk behandlingstilbud altid skal kunne modtages til indlæggelse i en retspsykiatrisk afdeling. Dette vil være relevant for ca. 90 % af målgruppen. Definitionen forudsætter, at der altid vil være ledige døgnpladser til akutmodtagelse i en retspsykiatrisk funktion.

Det anbefales derfor, at den samlede kapacitet indenfor retspsykiatrien udbygges fra de nuværende 30 til 70 døgnpladser. Dette for at kunne rumme de patienter i målgruppen, der hidtil har været indlagt på de almene voksenpsykiatriske afdelinger.

I retspsykiatrien bør der være en tæt kobling mellem det stationære og ambulante område af hensyn til behandlingens effektivitet, faglig udvikling, forskning og driftssikkerhed.

Den retspsykiatriske distriktspsykiatri tilrettelægges, så der er mulighed for betjening af alle 4 hovedfunktionsområder i et tæt samarbejde med de lokalpsykiatriske centre. Samarbejdet vil udmønte sig i forhold til de retspsykiatriske problemstillinger hos fællespatienter – f. eks. i de opsøgende psykoseteams. En anden væsentlig opgave for retspsykiatrien er udslusning af patienter til lokalpsykiatrien og kommunale tilbud, gennem deltagelse i længerevarende udslningsforløb.

Retspsykiatrien kan tilrettelægges som en samlet regional funktion eller som to selvstændige ligestillede funktioner.

Model 1 er én regional specialfunktion med ansvar for den retspsykiatriske behandling i hele regionen, hvor alle døgnpladser er samlet ét sted. Den retspsykiatriske distriktspsykiatri udgår fra døgnfunktionen, men tilrettelægges således, at distriktspsykiatrien i sin udgående form betjener hvert af de 4 hovedfunktionsområder.

Den retspsykiatriske funktion knyttes an til en voksenpsykiatrisk hovedfunktion af hensyn til uddannelse af læger samt sikkerhedsnormeringer, således, at der er voksenpsykiatriske døgnpladser i umiddelbar sammenhæng med den retspsykiatriske funktion

Model 2 er to selvstændige, ligestillede retspsykiatriske funktioner med ansvar for den retspsykiatriske behandling i et afgrænset geografisk område. Den ene funktion dækker Fyn og Lillebælts området (med ca. 750.000 borgere) og den anden funktion dækker Vest- og Sønderjylland (med ca. 470.000 borgere). Døgnpladserne fordeles ud fra befolkningsandelen, således at funktionen dækkende Fyn og Lillebælt har 43 døgnpladser og funktionen i Vest- og Sønderjylland har 27 døgnpladser. Den retspsykiatriske distriktspsykiatri udgår fra de to døgnfunktioner og tilrettelægges, så den betjener de respektive hovedfunktioner.

Den retspsykiatriske funktion knyttes an til en voksenpsykiatrisk hovedfunktion af hensyn til uddannelse af læger samt sikkerhedsnormeringer, således, at der er voksenpsykiatriske døgnpladser i umiddelbar sammenhæng med den retspsykiatriske funktion

Det skal undersøges nærmere, om det er muligt at etablere et specialiseret retspsykiatrisk tilbud for unge. Funktionen bør i så fald etableres i samarbejde med Region Midt og Region Nordjylland

4.4.2 Oligofrenipsykiatri

Det vurderes, at ca. 1 % af befolkningen har en IQ lig med eller under 70. Ca. 50 % af mennesker, der er udviklingshæmmede har en psykiatrisk problematik, der kræver specialistbehandling. Det antages, at kun halvdelen af denne gruppe er kendt af de sociale myndigheder.

For Region Syddanmark vurderes, at der er ca. 3.000 kendte udviklingshæmmede med en psykisk lidelse.

Oligofrenipsykiatri omfatter behandling af udviklingshæmmede (oligofrene) med samtidig psykiatrisk lidelse. Behandlingen foregår som udgangspunkt i borgerens eget hjem eller botilbud.

I den videre planlægning arbejdes der hen imod, at oligofrenipsykiatrien opbygges, så der er et oligofreniteam i hver hovedfunktion suppleret med et regionsdækkende kompetencecenter.

4.5 Kompetencecentre

Et kompetencecenter er en organisatorisk enhed, der har som formål at sikre, at specialviden inden for et bestemt område formidles og anvendes på tværs af regionen. Kompetencecentret er et fagligt flagskib for udvikling, formidling og forskning i forbindelse med behandlingen af særlige målgrupper såsom sjældne og/eller meget komplekse sygdomme, hvor det vurderes, at der er et stort udviklingspotentiale.

Kompetencecentrets opgaver omfatter - udover egentlig patientbehandling - også forsknings- og uddannelsesforpligtelse og formidlings- og koordinationsforpligtelse overfor regionens hovedfunktioner, praktiserende læger og speciallæger i relation til den konkrete målgruppe.

Opbygningen og organiseringen af et kompetencecenter varierer i forhold til den enkelte patientgruppe ligesom omfanget af egentlig patientbehandling vil være forskellig.

I forbindelse med implementering af den endelige psykiatriplan vil der blive arbejdet videre med en detaljeret beskrivelse af kompetencecenter for nedenstående patientgrupper inden for behandlingspsykiatrien.

Figur 5. Kompetencecentre

	Voksenpsykiatri	Børne- og ungdomspsykiatri
Ambulant	<ul style="list-style-type: none"> • Misbrugspsykiatri • Psykofarmakologi • Svære psykotiske lidelser • Patienter med svære personlighedsforstyrrelser • Affektive lidelser af kompleks karakter • Psykoterapi • Rehabilitering • Neuropsykiatri • Svært adfærdsforstyrrede • Konsultationsliaisonpsykiatri • Oligofrenipsykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> • Misbrugspsykiatri • Psykofarmakologi • Skizofreni og psykoser • Multiple Complex Development Disorder (grænsepsykoser) • Tilknytnings- og personlighedsforstyrrelser • Opmærksomhedsforstyrrelser • Oligofreni og infantil autisme • Angst- og depressionstilstande
Døgnfunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Spiseforstyrrelser 	

4.6 Tilrettelæggelse af akut-tilbud

Målet med fremtidens psykiatri er at tilrettelægge tilbuddene, så behovet for en akut indsats udenfor dagtid minimeres. Et tilstrækkeligt udbygget og intensivt lokalpsykiatrisk tilbud i dagtimerne vil kunne forebygge mange akutte situationer. Men med de store udsving i tilstanden hos psykiatriens målgruppe er det dog umuligt at undgå, at der opstår behov for akut hjælp.

Akuttilbudsviften består af mange forskellige tilbud på forskellige niveauer; ens for tilbuddene er dog, at formålet er:

- At skabe tryghed hos psykiatriens brugere og pårørende
- At forebygge en mulig forværring af sindstilstanden
- At mindske behovet for akutte indlæggelser aften og nat.

Målgruppen for den akutte psykiatri er både patienter, der allerede er kendte i psykiatrien og nye patienter. Målgruppen omfatter endvidere pårørende og øvrige i kontakt med mennesker med en sindslidelse. Akutpsykiatri handler også om at "stille indgange" til rådighed for de fagpersoner, der møder de psykiatriske patienter; det være sig praktiserende læger, vagtlæger, personale på institutioner, skoler m.v.

I tilrettelæggelsen af det akutte tilbud skal alle borgere i regionen uanset alder sikres adgang til et døgnåbent uvisiteret akuttilbud med et kvalificeret beredskab til at løfte de diagnostiske opgaver, som dækker borgerens behov for umiddelbar assistance.

Akuttilbuddets indhold skal være ensartet på tværs af regionen, men organiseringen af tilbuddet skal tage hensyn til de lokale forhold, herunder befolkningsunderlag og afstande.

Det foreslås, at de døgnåbne uvisiterede skadestuer i Odense og Esbjerg opretholdes, da det vil være et relevant tilbud p.g.a. det geografiske og befolkningsmæssige underlag kombineret med de sociodemografiske forhold i de 2 byer.

I de mere tyndtbefolkede områder af regionen er det mere hensigtsmæssigt at vælge en anden organisering af akuttilbuddet. Det foreslås, at der etableres en uvisiteret skadestuefunktion med organisatorisk base i lokalpsykiatrien men med fysisk placering i tilknytning til døgnfunktionen.

Herudover arbejdes der videre med etablering af andre akuttilbud, såsom telefonisk hotline for kendte brugere og overnatningsmuligheder i socialpsykiatrien.

Herunder skal det undersøges nærmere, om der er behov for at opretholde den særskilte børne- og ungdomspsykiatriske skadestue i Odense.

4.7 Behandling af traumatiserede flygtninge og torturofre

Fra 1. januar 2007 er ansvaret for behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge og torturofre blevet en del af behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark.

Behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge og torturofre i Region Syddanmark varetages af 3 behandlings- og rehabiliteringscentre for traume- og torturoverleverere: CETT i Vejle, RCT Fyn i Odense og det selvejende RCT-Jylland i Haderslev, som har driftsoverenskomst med regionen.

Overordnet er målgruppen karakteriseret ved at være voksne fra flygtningelande, der har været udsat for traumer og/eller tortur i forbindelse med krig, etnisk udrensning eller anden organiseret vold. Der skal som minimum være opnået asyl for at kunne modtage offentlig behandling. Børn og unge under 18 år vil indgå i behandlingen af den ene eller begge forældre. Der vil være tilfælde, hvor børn og unge behandles særskilt (RCT-Jylland og CETT), og tilfælde hvor familiebehandling vil indgå som en del af behandlingen (RCT Fyn), ligesom der er et tilbud til danskere med traumer påført i andet land i forbindelse med krig m.v. (RCT- Jylland).

Foruden behandling tilbyder centrene uddannelsesaktiviteter, foredrag, rådgivning, metodeudvikling, forskning m.v. I forhold til disse aktiviteter er målgruppen primært fagfolk i bl.a. kommuner, skoler og daginstitutioner og praktiserende læger.

Der er i Region Syddanmark pr. 1. januar 2007 knap 60.000 flygtninge, indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande. Hvis Region Syddanmark følger udviklingen i resten af landet, vil der ikke ske et fald i befolkningsgruppen, tværtimod forventes en jævn stigning.

Ventelister udgør et stadig stigende problem for de tre rehabiliteringscentre i regionen. Der var ved overgangen til Region Syddanmark mellem 1 og 3 års ventetid på at komme i behandling.

Der vil i forlængelse af vedtagelsen af budgettet for 2008 blive udarbejdet en analyse af hele området med henblik på iværksættelse af initiativer til nedbringelse af ventetiderne.

4.8 Psykiatrisk Informationscenter

Informationsniveauet og hermed inddragelsen af både patienter og pårørende i behandlingen, har en væsentlig betydning for behandlingsforløbet.

Psykiatrien i Region Syddanmark har i dag et Psykiatrisk Informationscenter (Psyk Info) placeret i Vejle. Centret er et rådgivnings- og informationstilbud til patienter, pårørende og netværk.

Psyk Info har til formål at indsamle og formidle viden om psykiatri gennem rådgivning, bibliotek, gruppetilbud, kurser og arrangementer.

Psyk Info samarbejder med den regionale og kommunale psykiatri og lokale bruger- og pårørendeforeninger. Desuden er der netværk med andre regionale psykiatriske informationscentre.

Der er i et vist omfang allerede psykiatrisk informationsvirksomhed ude i de enkelte afdelinger i dag.

Der peges på, at Psyk Info skal være regionsdækkende og ensartet. Der skal etableres en Psyk Info – satellit i hver døgnfunktion, og i de tilfælde det skønnes muligt i lokalpsykiatrien. Satellitterne skal fungere som en integreret del af behandlingstilbudene.

Den regionale Psyk Info skal tilbyde bibliotek, møde- og undervisningsfaciliteter og en central stab, der kan varetage undervisnings- og uddannelsesfunktioner såvel centralt som lokalt, oplysningsvirksomhed, rådgivning, konsulentbistand ect.

Satellitterne skal indeholde et mindre bibliotek med it-udstyr, og en Psyk Info-konsulent, der i samarbejde med de lokale afdelinger kan varetage rådgivning, oplysningsvirksomhed og konsulentbistand samt medvirke til planlægning af temaarrangementer i samarbejde med de lokale afdelinger.

5. Patienter og pårørende

Der har været forskellige traditioner og praksis for samarbejdet med patienter og pårørende i de tidligere amter. Derfor har der været nedsat en temagruppe til beskrivelse af samspil mellem patienter, pårørende og sundhedspersonale. Temagruppen bestod af repræsentanter fra psykiatrien og bruger- og pårørendeorganisationer. Temagruppens rapport kan findes på www.regionsyddanmark.dk

5.1 Patient – og pårørendepolitik

Psykiatriens kerneydelser er at udrede, diagnosticere og behandle mennesker med en psykisk lidelse. En forudsætning for en vellykket behandling er, at patienten er parat til at indgå i et samarbejde med det psykiatrifaglige personale og patienten ligeledes er åben for, at netværk med fordel kan inddrages i behandlingen.

Relationen mellem psykiatrifagligt personale, patienter og pårørende i Region Syddanmark skal være kendetegnet ved en række etiske værdier, som psykiatrien til stadighed skal synliggøre og udvikle. Patient og pårørende kan i alle møder med psykiatrien forvente at blive mødt med værdierne respekt, faglighed, ansvar, empati, åbenhed, tydelighed og lydhørhed. Dialogen skal altid være central.

Det anbefales, at politikken i forbindelse med samarbejde med praktiserende læger, kommuner og andre samarbejdsparter vil blive formidlet til alle, der har kontakt med personer med en psykisk lidelse og deres pårørende.

Patient- og pårørendepolitikken gælder for alle regionale psykiatriske tilbud uanset alder og målgruppe.

Værdierne skal naturligvis omsættes til handlinger i hverdagen. Nedenstående skema beskriver konkret hvad patient og nærmeste pårørende kan forvente.

Figur 6. Patient- og pårørendepolitikken

	Patienter kan forvente:	Nærmeste pårørende kan forvente:
Generelt	<ul style="list-style-type: none"> • Skriftlig information om stedet • Lokalt tilpasset udgave af regionens patient-/pårørende-politik • Tydelig information om husorden • Tilbud om undervisningsaktiviteter • Orientering om regional patientvejleder 	<ul style="list-style-type: none"> • Information om sygdom og behandlingsmuligheder • Information om behandlingsforløb, hvis patienten giver sin tilladelse • Lokalt tilpasset udgave af regionens patient-/pårørende-politik • Tilbud om undervisningsaktiviteter • Information om relevante foreninger
Specifikt	<ul style="list-style-type: none"> • Hurtig og klar information om, hvad der skal ske, og hvornår. • Personlig kontaktperson • Lydhørhed og imødekommenhed ved alle henvendelser/spørgsmål (at blive lyttet til) • Påbegyndelse af behandlings-/handle-plan • Inddragelse af ønsker og forventninger omkring behandling og dagligdag/forhold på stedet • Overensstemmelse mellem hvad der siges og hvad der sker • Afdækning af behov for støtte til evt. børn, ægtefæller eller andre nære pårørende • Fokus på håb og muligheder • Netværksrelateret behandling • Start af udskrivningsfasen med fokus på samarbejde med netværket 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt og tilbud om samtale hurtigst muligt efter indlæggelse • Inddragelse i det omfang, brugeren/patienten ønsker det • Personlig kontaktperson • At viden og erfaringer bliver hørt • Respekt og imødekommenhed • Opmærksomhed på, at pårørende kan være i krise • Personalet er opsøgende og tager initiativet til kontakt, såfremt patienten/brugeren har givet tilladelse. • Personalet tænker i netværksrelationer • Gode fysiske rammer for besøg og samtaler • Samarbejde omkring udskrivning med inddragelse af netværket. • Afdækning af behov for støtte til evt. børn, ægtefæller eller andre nære pårørende • Afklaring af, hvilken rolle den pårørende kan og vil påtage sig i den aktuelle situation

Den overordnede patient- og pårørendepolitik skal suppleres af lokalt udarbejdede beskrivelser af, hvordan det konkret sikres, at patient – og pårørendepolitikken omsættes i praksis.

5.2 Samarbejde med psykiatriske bruger-, patient- og pårørendeorganisationer

Det overordnede samarbejde om strategiske emner skal foregå på regionalt niveau, mens samarbejdet på det praktiske niveau skal foregå lokalt.

Imellem disse to niveauer har hovedfunktionen ansvaret for at binde beslutninger på det strategiske niveau sammen med den praktiske udførelse på det lokale niveau. Ligeledes er det hovedfunktionens ansvar, at erfaringer, forslag ect. af strategisk relevans, der fremkommer på det lokale niveau, kanaliseres til regionalt niveau.

Da samarbejdet mellem psykiatrien og bruger- og pårørendeorganisationer er centralt, anbefales det, at der etableres et psykiatrisk dialogforum.

Dialogforum skal sikre samspillet mellem psykiatrien, patienter og pårørende, inddragelse af patienter og pårørende, og forholde sig til patient- og pårørendepolitikken. Dialogforumet skal sammensættes af repræsentanter fra regionsrådet, bruger- og pårørendeorganisationer og psykiatrien.

5.3 Patient- og pårørendeundervisning

Der skal tilbydes målrettet undervisning til patienter og pårørende. Undervisningen skal være relateret til det aktuelle behandlingsforløb.

Undervisningskataloget skal løbende udvikles og vurderes, så det tilgodeser flest ønsker og opfanger nye behov.

Undervisningen skal være tilgængelig og tilbydes med jævne intervaller. Indholdet skal være af højt fagligt niveau og skal inddrage bruger- og pårørendeerfaringer.

Rammerne for den regionalt udbudte undervisning er i henhold til sundhedsloven, at den skal være relateret til aktuelle behandlingsforløb.

Det betyder, at regionen vil tilbyde:

- *Målrettet undervisning til brugere og patienter i et behandlingsforløb*
- *Målrettet undervisning til pårørende til brugere og patienter i et behandlingsforløb*
- *Målrettet undervisning til personale – meget gerne sammen med brugere/patienter og pårørende – om ny viden og nye metoder*
- *Målrettet undervisning til netværk omkring brugere og patienter. Eksempelvis til lærere, pædagoger m.fl., der udgør et netværk omkring et barn i et psykiatrisk behandlingsforløb.*

Der peges på følgende overordnede områder for undervisning:

- *Den konkrete psykiske lidelse*
- *Behandling og støttemuligheder bredt*
- *Personlig mestring – såvel hos den syge som pårørende og netværket*
- *Økonomiske, sociale og arbejdsmæssige konsekvenser af sygdommen*

Andre hovedområder, der afdækkes gennem tilfredshedsundersøgelser mm.

6. Medarbejderne i psykiatrien

6.1 Personale, rekruttering og uddannelse

Der er aktuelt 2.100 fuldtidsstillinger i psykiatrien i Region Syddanmark svarende til ca. 2.500 medarbejdere. En stor del af de ansatte vil blive berørt af de omstruktureringer, der lægges op til i psykiatriplanen.

Ændringerne kan berøre personalet enten i form af ændringer i nuværende arbejdsopgaver eller i form af flytning af arbejdssted. Der skal tages stilling til, hvordan disse flytninger kan finde sted, så kompetencerne i videst muligt omfang bevares i regionens psykiatri.

Allerede i planlægningsfasen vil den fremtidige tilrettelæggelse af psykiatrien kunne påvirke driften af de psykiatriske funktioner, idet man kan risikere, at personalet på de afdelinger, der i materialet foreslås lukket, begynder at orientere sig mod andre jobmuligheder. Dette forhold vil indgå i den videre planlægning.

6.1.1 Ledelsesforhold

Konstruktionen med en hovedfunktion bestående af lokalpsykiatriske centre med distriktskykiatri, ambulatorier, dagtilbud og teams samt døgnfunktion, fordrer en stærk, samlende ledelsesfunktion. Ledelsen skal udover at sikre de mest optimale patientforløb, den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne og den nødvendige løbende tilpasning af ressourcerne indenfor hovedfunktionen, også sikre et fagligt udviklende og tilfredsstillende arbejdsmiljø. Hvilken driftsorganisation, der vælges for de foreslåede hovedfunktionsområder, afklares i forlængelse af godkendelse af psykiatriplanen.

6.1.2 Rekruttering og fastholdelse

En af de kendte udfordringer er rekruttering af speciallæger. Prognoser fra Sundhedsstyrelsen peger i retning af, at der, med den nuværende alderssammensætning for psykiatere, i 2020 på landsplan vil være 40 % færre psykiatriske speciallæger i voksen- og gerontopsykiatrien end i dag.

For børne- og ungdomspsykiatrien ser det anderledes ud. Der forventes en stigning i antallet af speciallæger over de næste 10 år.

Især indsatsen i voksenpsykiatrien må derfor tilrettelægges, så de eksisterende ressourcer anvendes bedst muligt. Dette gøres ved at etablere funktioner, der er så robuste, at de kan modstå udsving i forhold til speciallægedækningen. Det betyder, at flest mulige lægerressourcer skal anvendes til dagarbejde ved at reducere antallet af akutte beredskaber og vagtberedskaber i døgnfunktionerne. Samtidig skal der arbejdes målrettet med videreuddannelse af ikke-lægefagligt personale, for at understøtte den nødvendige opgaveglidning mellem faggrupperne.

Det er imidlertid ikke kun i forhold til speciallæger, at der vil opleves personalemangel. Også sygeplejersker og andet plejepersonale tegner til at blive en knap ressource. Det er derfor vigtigt, at psykiatrien i Region Syddanmark generelt bliver et attraktivt arbejdssted, der byder på faglige udfordringer og udvikling, samt attraktive arbejdsforhold generelt.

Hvorvidt den geografiske placering af funktionerne spiller en rolle, er meget individafhængigt. En del medarbejdere er villige til enten at flytte eller køre efter en attraktiv arbejdsplads, mens nærheden til arbejdspladsen for andre er en del af de attraktive arbejdsvilkår. Det kan derfor ikke udelukkes, at flytning af eksisterende funktioner vil betyde, at nogle af medarbejderne vil søge nye udfordringer i lokalområdet.

6.1.3 Uddannelse

Psykiatrien varetager en vigtig funktion som praktik- og uddannelsessted for de sundhedsfaglige uddannelser. Denne funktion skal tænkes ind i implementeringen af den nye struktur, således at de muligheder, den nye struktur giver i uddannelsesmæssig sammenhæng, udnyttes.

Positive og gode erfaringer med arbejdsmiljø og faglige udviklingsmuligheder, erhvervet gennem et uddannelsesforløb, vil ofte indgå som et parameter, når den fremtidige arbejdsplads skal vælges.

Uddannelsesmiljøet og en interessant vifte af efter- og videreuddannelses tilbud bliver dermed også et element i den fremtidige rekruttering af arbejdskraft til psykiatrien.

6.2 Kompetenceudvikling

Medarbejderne er den vigtigste ressource for psykiatrien. Derfor skal kompetenceudvikling dels facilitere og sikre kvaliteten i vidensdelingen og dels skabe vilkår for udvikling, optimal fastholdelse og rekruttering af medarbejdere i psykiatrien.

Kompetenceudviklingen skal være fremtidsorienteret og skabe et fundament for varetagelse af psykiatriens opgaver. Efteruddannelses tilbuddene skal målrettes den opgaverelaterede kompetenceudvikling.

Det er et ledelsesansvar at vurdere medarbejderens kompetencer i forhold til opgaven og funktionen og efterfølgende målrette kompetenceudviklingen af den enkelte medarbejder. Det er en ledelsesopgave at understøtte, motivere og fastholde nuværende personale samt skabe vilkår for rekruttering af nye medarbejdere. Dette betyder, at lederne skal skabe rum til opgaveløsning og læring, hvor opgaverne løses med plads til kreativitet, gejst og personlig udvikling, så den enkelte medarbejder trives.

Medarbejdere med ny tillært viden skal anvende det i praksis, og erfaringsudveksle med kollegerne, så patienterne får behandling af høj faglig kvalitet.

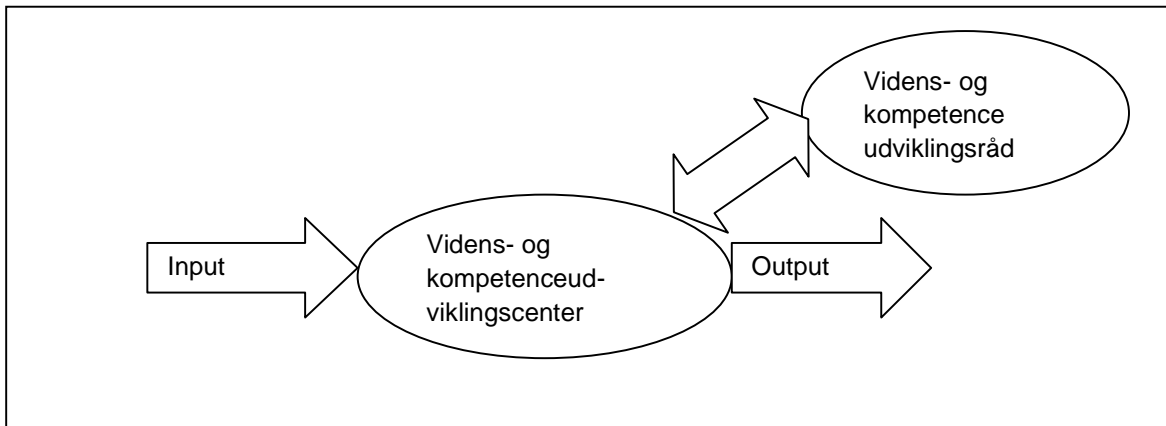
På baggrund af de politiske hensigtserklæringer er der valgt følgende indsatsområder for kompetenceudvikling af medarbejderne i psykiatrien:

- Lokopsykiatri
- Den specialiserede psykiatri
- Relationer
- Opgaveglidning
- Ledelse
- Den Danske Kvalitets Model
- Ressourceoptimering
- Forskning

Indsatsområderne skal være aktuelle og vurderes med jævne mellemrum.

En videns- og kompetenceudviklingsorganisation skal sikre, at de overordnede målsætninger for kompetenceudvikling og målene for indsatsområderne nås. For at nå målene anbefales det at etablere et videns- og kompetenceudviklingsråd samt et videns- og kompetenceudviklingscenter for psykiatrien. Videns- og kompetenceudviklingsorganisationen indgår i et formelt samarbejde med psykiatriens forskning, Akademiet Uddannelse og Udvikling i Region Syddanmark. For at styrke den strategiske og faglige indsats placeres specialuddannelsen for psykiatriske sygeplejersker i fysisk tilknytning til centret, ligesom der etableres tæt samarbejde med den lægelige efter- og videreuddannelse. Videns- og kompetenceudviklingsorganisationen refererer til en ledelse med regionalt ansvar.

Figur 7. Organisationsdiagram over videns- og kompetenceudviklingsorganisation



Videns- og kompetenceudviklingsrådet er todelt. En del af rådet er styregruppe for videns- og kompetenceudviklingscenteret. Styregruppen træffer overordnede beslutninger om, hvilke aktiviteter videns- og kompetenceudviklingscenteret skal beskæftige sig med på baggrund af rådets anbefalinger. Én leder med regionalt ansvar er formand for gruppen og lederen af videns- og kompetenceudviklingscenteret er fast medlem af styregruppen.

Det fulde råd på 30-40 medlemmer er et rådgivende organ, hvor medlemmerne er ambassadører for centeret. Som ambassadører er medlemmerne videns- og kompetenceudviklingsrådets forbindelsesled ud til praksis. De er med til at sikre den faglige udvikling i psykiatrien ved at være et videnssamlende organ, der ud fra den kliniske psykiatris videns- og kompetenceudviklingsbehov kommer med ideer og forslag til centerets aktiviteter.

Rådet sammensættes med en bred repræsentation af faggrupper, både basispersonale og ledere. Patienter og pårørende repræsenteres ved en konsekvens ekspert, der er udpeget af patient/bruger/pårørende-organisationerne. Sammensætningen af rådet sikrer en bred forankring i psykiatrien og betyder, at den enkelte medarbejder føler sig ansvarlig for kompetenceudviklingen. Rådet kan medinddrages i varierende omfang. For eksempel gennem ad hoc grupper eller som rådgivende faglige specialegrupper, der er aktive ved behov. Derudover er følgende repræsenteret i rådet; psykiatristaben, forskningsdelen for psykiatrien, koordinatoren for specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje, Akademiet – Uddannelse og Udvikling i Region Syddanmark og Psyk. Info.

Styregruppen for videns- og kompetenceudviklingscenteret afstikker rammerne for videns- og kompetenceudviklingscenterets aktiviteter i henhold til de overordnede målsætninger for kompetenceudvikling og mål for indsatsområderne. Centeret refererer til en ledelse med regionalt ansvar og fungerer som et selvstyrende team.

Centeret har sekretariatsfunktion for videns- og kompetenceudviklingsrådet.

Centeret vil ved at tage udgangspunkt i den eksisterende faglige viden om psykiatri skabe mulighed for at supplere, sortere og udvikle ny viden, der formidles til medarbejderne via vidensdeling og kompetenceudvikling.

Videns- og kompetenceudviklingscenteret arbejder målrettet med kompetenceudvikling på det psykiatriske område og har følgende arbejdsopgaver i forhold til de rammer, der udstikkes af styregruppen:

- **Centeret foranlediger psykiatrifaglig vidensopsamling**
- **Centeret giver psykiatriens medarbejdere mulighed for at udvikle ny viden via en systematisk og struktureret erfaringsopsamling**
- **Centeret planlægger, koordinerer og udvikler kompetenceudviklingstilbud til medarbejderne i psykiatrien i Region Syddanmark**
- **Centeret synliggør løbende centerets tilbud for det kommende halve år**
- **Centeret opstiller mål for de enkelte kompetenceudviklingstiltag i psykiatrien i Region Syddanmark og foranlediger, at der udarbejdes en strategi for implementeringen**
- **Centeret formidler redskaber til afdelingsledelserne, så kompetenceudviklingsindsatsen kan evalueres**
- **Centeret foranlediger årlig evaluering af den regionale kompetenceudvikling.**

Videns- og kompetenceudviklingscenteret samarbejder med andre uddannelsesafdelinger/institutioner omkring kompetenceudvikling af psykiatriens medarbejdere.

Relevante samarbejdsrelationer kan være Center for Kvalitet i Region Syddanmark, Akademiet Uddannelse og Udvikling i Region Syddanmark, CVU'er, Region Midtjylland, Region Nordjylland og Syddansk Universitet.

7. Forskning

Forskning er af afgørende betydning for udviklingen af fremtidens psykiatri både regionalt, nationalt og internationalt. Samtidig er forskning en af de væsentligste forudsætninger for, at patienterne kan få en højt kvalificeret udredning og behandling.

Eller som professor Niels Reisby udtrykker det i artiklen "Psykiatri – videnskab eller et håndværk" fra 1980 "Psykiatrien er således både videnskab og håndværk, det vil sige en klinisk praksis. Og man kunne sige, at psykiatriens kunst er at fastholde den dialektiske bevægelse mellem to funktioner. Hvis vi ikke stiller de videnskabelige spørgsmål, kan vi behandle os ind i en hovedløs rutine, og hvis vi glemmer at tage højde for vores praktiske erfaringer, kan vi ende i golde teoretiske ekstremer".

Det overordnede mål for den psykiatriske forskning er at forbedre behandlingen og øge viden om de psykiske sygdommes årsagsforhold, udvikling, hyppighed, udbredelse, sociale konsekvenser, forebyggelsesmuligheder og omkostninger.

Det er målet, at psykiatrien i Region Syddanmark også i fremtiden er en aktiv og respekteret medspiller i regionale, nationale og internationale forskningssammenhænge.

De overordnede målsætninger for en forskningsstrategi inden for psykiatrien er:

- *At styrke den psykiatriske forskning og skabe rammerne for forskning i psykiatrien således at denne kan omsættes til gavn for borgerne og samfund*
- *At psykiatriens ydelser skal bygge på en forskningskultur, hvor personalet bidrager aktivt til den psykiatriske forskning*
- *At psykiatrien har fokus på implementeringsforskning, det vil sige omsætter ny viden til klinisk behandlingspraksis*
- *At den psykiatriske forskning udvikles i tæt samarbejde med Syddansk Universitet*
- *At der udvikles stærke forskningsmiljøer på Odense Universitetshospital og sygehusene og at dette sker i et samarbejde med Syddansk Universitet i regi af Klinisk Institut og Institut for Regional Sundhedstjenesteforskning*
- *At skabe sammenhæng i den psykiatriske forskning og udnytte potentialet/synergien i et samarbejde om fælles projekter på tværs af sygehusene for at kunne få del i de nationale strategiske midler til programforskning*
- *At den psykiatriske forskning på Odense Universitetshospital har en styrke som aktivt skal anvendes som drivkraft for psykiatrisk forskning i Region Syddanmark*
- *At skabe åbenhed omkring forskning i psykiatrien så patienter og samfund har indsigt i forskningsresultater og deres betydning for patientbehandlingen*
- *At fremme forskningssamarbejdet med nationale og internationale virksomheder, herunder støtte den regionale erhvervsudvikling*
- *At fremme forskningssamarbejde med det somatiske og primærkommunale sundhedsvæsen*
- *At kunne samarbejde med nationale og internationale forskningsinstitutioner*
- *At infrastrukturen for den psykiatriske forskning synliggøres og fortsat udvikles*

Indsatsområder

Psykiatrien i Region Syddanmark ønsker med forskningsstrategien i højere grad at sætte forskning på dagsordenen. Samtidig lægger strategien op til en koordineret indsats og samarbejde på forskningsområdet på tværs af regionen og på tværs af faggrupper og specialer.

Psykiatrien i Region Syddanmark har over en årrække opbygget særlige forskningskompetencer inden for områderne:

- **Epidemiologi**
- **Psykometri**
- **Biologisk forskning**
- **Interventionsforskning**

Disse forskningsområder vil fortsat have fokus. Derudover anbefales det, at prioritere områder som:

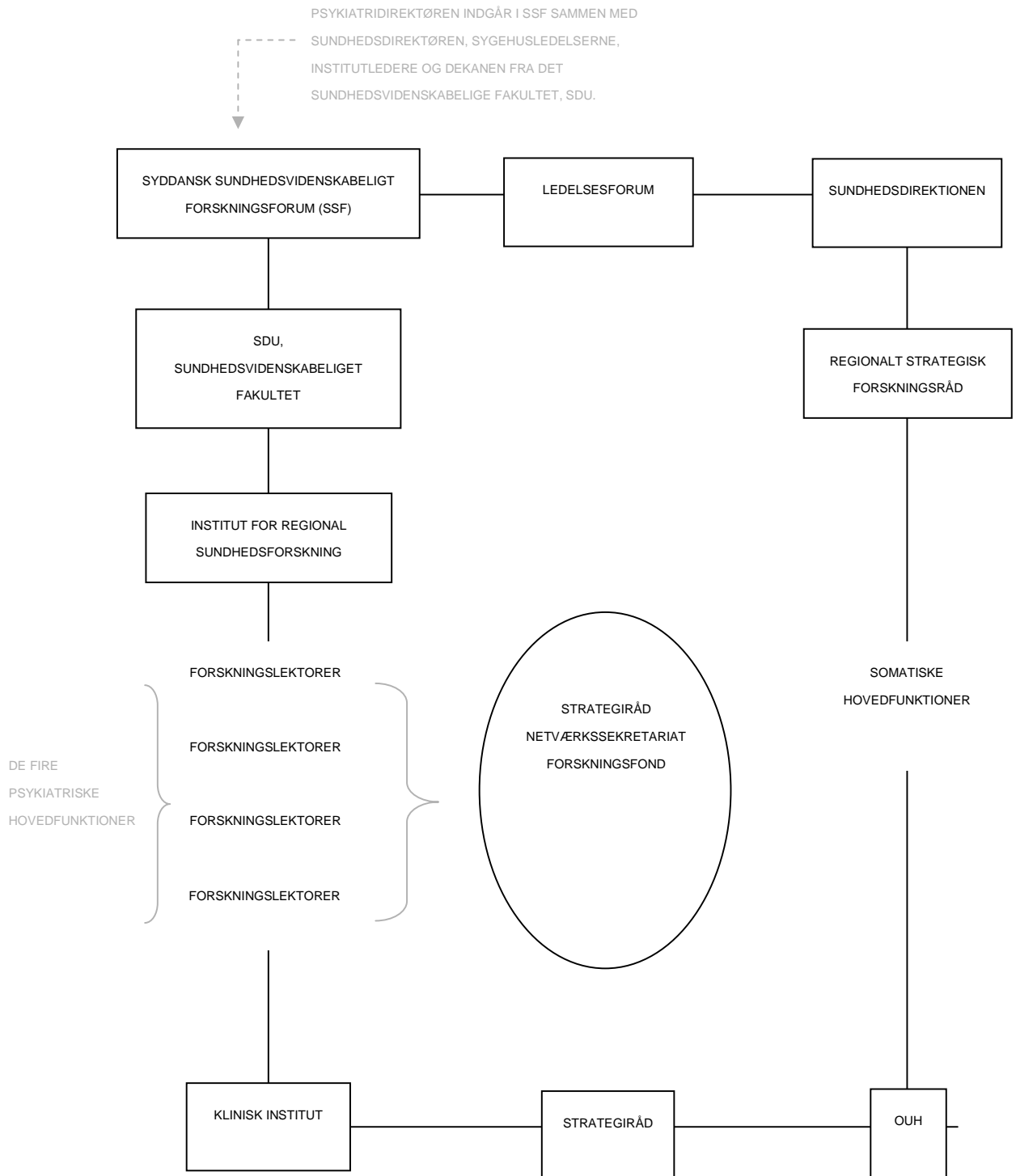
- **Transgenerational forskning:**
- **Translational forskning, herunder implementeringsforskning og sundhedstjenesteforskning**

Det anbefales, at strategien jævnligt justeres, så psykiatrien i Region Syddanmark hele tiden er opmærksom på de udfordringer og forskningsbehov som samfundet skaber – både nationalt som internationalt

Organisering af den psykiatriske forskning i Region Syddanmark

For at understøtte den regionale forskning på det psykiatriske område samt sikre et attraktivt forskningsmiljø anbefales det, at der etableres en organisation, der kan sikre et tæt samarbejde til det somatiske område og en tæt relation til Syddansk Universitet, herunder Klinisk Institut og Institut for Regional Sundhedsforskning.

Figur 8. Diagram for forskningsorganisationen



Den regionale forskning knyttes op om de fire geografiske hovedfunktionsområder.

Som omdrejningspunkt i modellen anbefales det, at der oprettes en centerfunktion bestående af et strategiråd, et netværkssekretariat og en forskningsfond. Det anbefales, at centerfunktionen placeres i Odense for at sikre den tætte kontakt til forskningsenhederne og universitetet.

Strategirådets hovedopgave er at forestå den overordnede strategiske planlægning og koordination af forskningen i Region Syddanmark samt rådgive Regionsrådet i forskningspolitiske spørgsmål inden for det psykiatriske område. Strategirådet skal herunder være drivkraft i forhold til blandt andet forskeruddannelse, rekruttering og videreuddannelse. Derudover skal rådet sikre, at resultaterne af den regionale psykiatriske forskning synliggøres og formidles. Endelig skal strategirådet foretage en systematisk evaluering af den psykiatriske forskning i regionen.

Rådet skal desuden sikre relationer til relevante interessenter og tilknytningen til Syddansk Universitet, herunder de forskningsrelevante institutter. Strategirådet har endvidere til opgave at følge med initiativer fra politisk hold og på landsplan. Psykiatriens forskningsfond administreres af rådet, der også har til opgave at sikre en målrettet fundraising.

Medlemmer af strategirådet er psykiatridirektøren, forskningslederne fra henholdsvis Forskningsenheden for psykiatri og Forskningsenheden ved Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus og de otte forskningslektorer fra de fire hovedfunktioner. Derudover tilknyttes andet forskningspersonale efter behov. Formandsskabet for strategirådet ligger hos en af forskningslederne for Forskningsenheden for psykiatri eller Forskningsenheden ved Det Børne- og ungdomspsykiatriske Hus.

Netværkssekretariatets funktion er at synliggøre, sammenkæde og videreudvikle forskningen i Region Syddanmark.

Sekretariatets hovedopgave er at sikre koordination og synergi mellem forskningslektorerne i de fire hovedfunktioner. Dertil kommer opgaver som etableringen af netværk og samarbejdsrelationer, der er relevante for nuværende og fremtidige forskningsprojekter. Sekretariatet er bindeled til de universitære funktioner på SDU. Endelig varetager netværkssekretariatet sekretariatsfunktionen i forhold til strategirådet og forskningsfonden. Det er også sekretariatets opgave at yde bistand i forhold til fundraising.

Netværkssekretariatet placeres fysisk i Odense på OUH. Medarbejderne i netværkssekretariatet refererer til forskningslederne fra Forskningsenheden for psykiatri og Forskningsenheden ved Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus.

Forskningsfond

Forskningsfonden administreres af strategirådet. Det er endnu ikke fastlagt, hvordan forskningsfonden bygges op.

Finansiering

For at drive forskning på højt niveau er det væsentligt, at der tilføres ressourcer til opbygning og fortsat fastholdelse af en forsknings- og organisationsstruktur, der kan styrke forskningen i regionen. Ud over den statslige finansiering via samarbejdet med Syddansk Universitet og centrale midler fra den psykiatriske forskningsfond anbefales det, at de psykiatriske afdelinger selv allokere midler til egen forskning. Der er endnu ikke taget stilling til hvor mange midler, der skal målrettes forskning.

Samarbejde

Psykiatrisk forskning er i vid udstrækning en tværvidenskabelig aktivitet med deltagelse af eksperter fra mange fagområder. Dette afspejler sig allerede i den aktuelle forskning. Det anbefales derfor, at nuværende og fremtidige samarbejdsrelationer med relevante samarbejdspartnere indenfor og udenfor den regionale behandlingspsykiatri bevares og styrkes.

Rekruttering og forskeruddannelse

Det vurderes, at forskning kan være ét af flere parametre, der kan styrke den fremtidige rekruttering af speciallæger, sygeplejersker og andet plejepersonale. Det er endnu ikke fastlagt, hvilke tiltag der skal tages i forhold til rekruttering af medarbejdere, der er dedikerede til forskning.

Formidling af forskningsresultater

Det skal være tydeligt for alle, at det drives psykiatrisk forskning af høj international standard i Region Syddanmark. Patienter, brugere og pårørende skal vide, at der arbejdes målrettet med at udvikle nye udrednings- og behandlingsmetoder.

8. Samarbejdsparter

Fremtidens psykiatri er en strukturplan for den regionale behandlingspsykiatri. De konkrete initiativer vil have afsmittende effekt på samarbejdet med kommuner og praksissektoren.

I implementeringsfasen vil tiltagene blive yderligere beskrevet og drøftet i samarbejde med kommuner og praksissektor.

Modellen for organisering og tilrettelæggelse af indsatsen i psykiatrien skal sikre bedst mulig koordinering med mindst mulig ressourceindsats på følgende områder:

- Sammenhæng mellem behandlingspsykiatrien og primær-/praksissektoren (fokus på shared care, vidensoverførsel, relevante samarbejdsfora, praksiskonsulenter, efteruddannelse).
- Sammenhæng mellem behandlingspsykiatrien og kommunerne (fokus på de nødvendige og tilstrækkelige samarbejdsstrukturer lige fra patient/brugerniveau til regionalt niveau, som fremmer koordinering af indsatsen og opnåelse af gensidig indsigt og forståelse).
- Sammenhæng mellem behandlingspsykiatrien og det somatiske sygehusvæsen (fokus på liaisonpsykiatrien).

Rammen skal være samarbejdsaftaler – generelle og mere målgruppespecifikke – og de skal forankres i sundhedsaftaler regi. For praksissektor og kommuner bør bl.a. følgende karakterisere samarbejdet:

- Tilbage melding på henvisninger
- Højt kommunikationsniveau på tværs af sektorer, herunder også mellem det kommunale system og praksissektoren
- Arbejdsdeling tager udgangspunkt i LEON-principperne (Lavest Effektive Omsorgs Niveau).

8.1 Kommuner

Samarbejdet mellem psykiatrien og kommunerne er forankret i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og kommunerne. I aftalerne for 2007 er de eksisterende samarbejdsaftaler, der var gældende i de tidligere amter justeret og videreført. Fra 2008 skal der udarbejdes en fælles samarbejdsaftale for samtlige kommuner og regionen. Kommuner og psykiatriske hovedfunktioner vil herefter i forhold til kommunikation, varsling, konkret arbejdsdeling, samarbejdsstrukturer m.v., samarbejde på et overordnet, ensartet grundlag.

Kommunens primære samarbejdspartner i fremtidens psykiatri vil være den hovedfunktion, der betjener kommunen og ikke mindst det lokalpsykiatriske center i kommunen.

Der skal på baggrund af den vedtagne fremtidige struktur for psykiatrien udarbejdes nærmere retningslinjer for henvisnings- og visitationsprocedurer, og opbygges den nødvendige og tilstrækkelige samarbejdsstruktur.

8.2 Praksissektor

Den praktiserende læge varetager behandlingen af personer med lettere psykiske lidelser, ligesom almen praksis varetager rollen som visitator og henviser til speciallæger og den regionale behandlingspsykiatri i det omfang, den sandsynligvis har behov herfor.

Derudover er den praktiserende læge en vigtig samspilspartner i forhold til distriktspsykiatrien og de øvrige ambulante tilbud, hvor den praktiserende læge i et samarbejde kan gå ind og varetage hele eller dele af behandlingen (shared care).

Speciallægepraksis udreder og behandler personer med en psykiatrisk lidelse, som alene har behov for et speciallægetilbud og som ikke har behov for den tværfaglige indsats, der bl.a. kendetegner distriktspsykiatrien. Det vil være hensigtsmæssigt, at samarbejdet mellem speciallægepraksis og voksenpsykiatrien udbygges via en overordnet samarbejdsstruktur.

For almenpraksis og speciallægepraksis er det af betydning for samarbejdet med den regionale behandlingspsykiatri:

- At der er en høj grad af tilgængelighed til psykiatrien i forhold til henvisning, udredning, supervision, second opinion samt opfølgning og tilbagemelding i f.t. de patienter, som har været indlagt eller tilknyttet et ambulært tilbud.
- At der tilbydes let tilgængelig information om de enkelte behandlingstilbud indenfor hovedfunktionen
- At der forefindes klare og velbeskrevne henvisningsregler
- At der er en enkel visitationsprocedure i forbindelse med akutte situationer – klare regler for, hvordan psykiatrien modtager patienten
- At der findes opdaterede forløbs-/samarbejdsbeskrivelser, der er udarbejdet i tværfagligt og tværsektorielt regi.

Det anbefales, at samarbejdet med almenpraksis udbygges med henblik på, at almen praksis i et samarbejde med den regionale psykiatri, kan varetage hele eller dele af behandlingen. Det anbefales endvidere at speciallægepraksis i stigende omfang indgår i samarbejdet om varetagelse af hele eller dele af behandlingen for definerede grupper.

Fremadrettet bør der arbejdes hen imod en øget "shared care", således at egen læge integreres i den behandling, patienten modtager og varetager en større del af den, i samarbejde med behandlingspsykiatrien.

8.3 Samarbejde med somatikken

Psykiatrien finder det hensigtsmæssigt, at de psykiatriske døgnfunktioner som udgangspunkt placeres i sammenhæng med somatiske akutsygehuse alternativt parysygehuse. Det vigtigste er her, at psykiatrien placeres i tilknytning til de somatiske specialer, hvor der er det tætteste og mest udbyggede samarbejde. Det drejer sig ikke mindst om specialerne neurologi, pædiatri og geriatri, men også i høj grad de øvrige medicinske specialer. Det er dog ikke således, at psykiatrien ikke kan drives uafhængigt af somatikken, men der er en række fordele ved at placere de to områder sammen.

Fordelene begrundes i muligheden for at skabe faglige miljøer og samarbejde på tværs af psykiatri og somatik. Ligeledes vil der være patientforløb, der går på tværs af psykiatri og somatik, f.eks. demensudredning. Der kan også være tværgående forløb mellem børne- og ungdomspsykiatri og pædiatri, samt voksenpsykiatri og medicinske specialer. Endvidere har både psykiatri og somatik behov for gensidige tilsyn.

En fælles placering af psykiatri og somatik vil kunne medvirke til at udbygge samarbejdet om patientforløbene også for nye patientkategorier, f.eks. somatiserende patienter.

Ligeledes vil det psykiatriske speciale alt andet lige have faglige fordele af en placering tæt på somatikken i forhold til nærhed til og samarbejde med udviklings- og forskningsmiljøer.

Også i relation til de kliniske serviceafdelinger og øvrige servicefunktioner vil en placering af psykiatrien i sammenhæng med somatikken være hensigtsmæssig. Det gælder adgangen til klinisk biokemiske afdelinger, adgang til scannerkapacitet samt anæstesiologisk bistand i forbindelse med ECT-behandling.

I forhold til øvrige servicefunktioner vil der alt andet lige være stordriftsfordele ved en placering af funktionerne i sammenhæng.

Af hensyn til at bevare og udbygge samarbejdet med de ovenfor nævnte somatiske specialer vil det være hensigtsmæssigt, at psykiatrien inddrages og indtænkes i den fremtidige specialeplanlægning indenfor medicin, neurologi, gynækologi/obstetrik, pædiatri og anæstesiologi.

Samarbejdet med somatikken bør baseres på konkrete samarbejdsaftaler. Med henblik på udvikling af samarbejdet bør der også indgå elementer i regi af et kompetencecenter, der sikrer uddannelse af somatiske læger i psykiatriske problemstillinger - liaisonpsykiatricenter.

Det anbefales, at der fremadrettet sker en tæt koordination mellem specialeplanlægningen på det somatiske og det psykiatriske område som en forudsætning for, at snitfladerne til og samarbejdet med somatikken løbende udvikles.

Særligt på det gerontopsykiatriske område er der en betydelig samarbejdsflade mellem psykiatrien og somatikken. For at den gerontopsykiatriske patient oplever sammenhæng i behandlingen, vil det derfor være hensigtsmæssigt at afdække snitfladerne til geriatri og øvrige medicinske specialer, samt beskrive den overordnede ansvarsfordeling og samarbejdsrelationer mellem områderne.

En klar arbejdsdeling er med til at sikre korrekt visitation af patienten, således at afdelingernes specialiserede kompetencer kommer patienten til gavn fra behandlingsforløbets begyndelse.

Samarbejdet mellem gerontopsykiatri, geriatri og øvrige medicinske specialer skal også styrke fokus på nytænkning, forskning og vidensdeling, så det sikres, at den gerontopsykiatriske behandling og støtte baseres på den nyeste evidens.

I det enkelte udredningsforløb kan der endvidere sikres smidige forløb, hvor patienten undgår ventetid og evt. transport, ved at sikre nærhed til og samarbejde med billeddiagnostik og laboratoriefunktioner.

9. Model for fremtidens psykiatri

I dette kapitel præsenteres modellen for fremtidens psykiatri, med angivelse af den geografiske placering.

Indledningsvis skitseres modellen med funktioner. Herefter beskrives dimensioneringen af de enkelte funktioner og afslutningsvis anføres konsekvenserne af modellen både i forhold til drift og anlæg.

9.1. Forudsætning for modellen

I den fremtidige struktur på psykiatriområdet opdeles Region Syddanmark i 4 hovedfunktionsområder. Hver hovedfunktion bygges op omkring et antal kommuner, således at befolkningsunderlaget for hver hovedfunktion kan sikre bæredygtighed. De 4 hovedfunktionsområder er:

- *Vestjylland: Esbjerg, Fanø, Varde, Vejen og Billund kommuner (235.000 indb.)*
- *Sønderjylland: Tønder, Aabenraa, Haderslev og Sønderborg kommuner (233.000 indb.)*
- *Lillebælt: Vejle, Kolding og Fredericia, Middelfart, Nordfyn og Assens kommuner (349.000 indb.)*
- *Fyn: Odense, Kerteminde, Nyborg, Faaborg-Midtfyn, Ærø, Langeland og Svendborg kommuner (373.000 indb.)*

I hver hovedfunktion vil der være ambulante og stationære funktioner indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og gerontopsykiatrien. Endvidere ambulante tilbud indenfor oligofreni-psykiatrien. Strukturen for den fremtidige psykiatri vil tage højde for, at borgerne i hvert hovedfunktionsområde sikres adgang til et døgnåbent uvisiteret akuttilbud.

9.1.1. Vestjylland

På børn og ungeområdet vil der være en ambulante og stationære funktion i tilknytning til den voksenpsykiatriske døgnfunktion. Det samme gør sig gældende for gerontopsykiatrien. Døgnfunktionen placeres i Esbjerg.

I voksenpsykiatrien vil der være lokalpsykiatriske centre for ambulante behandling i Esbjerg/Fanø kommuner, Varde kommune og Vejen/Billund kommuner.

Et sted i hovedfunktionen vil der være et ambulante oligofreniteam.

I tilknytning til døgnfunktion er der en døgnåben uvisiteret skadestue, der betjener alle borgere i hovedfunktionen uanset alder.

9.1.2. Sønderjylland

På børn og ungeområdet vil der være en ambulante og stationære funktion i tilknytning til den voksenpsykiatriske døgnfunktion. Det samme gør sig gældende for gerontopsykiatrien. Døgnfunktionen placeres i Aabenraa.

I voksenpsykiatrien vil der være lokalpsykiatriske centre for ambulante behandling i Tønder, Aabenraa, Haderslev og Sønderborg Kommuner.

Et sted i hovedfunktionen vil der være et ambulante oligofreniteam.

Der etableres en uvisiteret skadestuefunktion forankret i lokalpsykiatrien og med placering i tilknytning til den voksenpsykiatriske døgnfunktion. Akuttilbuddet skal dække alle aldersgrupper.

9.1.3. Lillebælt

På børn og ungeområdet vil der være en ambulant og stationær funktion i tilknytning til den voksenpsykiatriske døgnfunktion. Det samme gør sig gældende for gerontopsykiatrien. Døgnfunktionen placeres i Vejle.

Optageområdets størrelse på 349.000 borgere betyder, at den voksenpsykiatriske døgnfunktion placeres i henholdsvis Vejle og Middelfart..

Udover døgnfunktionen vil der i voksenpsykiatrien være lokalpsykiatriske centre i Vejle, Kolding, Fredericia, Middelfart/Nordfyns og Assens Kommuner.

Et sted i hovedfunktionen vil der være et ambulant oligofreniteam.

Der etableres en uvisiteret skadestuefunktion forankret i lokalpsykiatrien og med placering i tilknytning til den ene af døgnfunktionens matrikler. Akuttilbuddet skal dække alle aldersgrupper.

9.1.4. Fyn

På børn og ungeområdet vil der være en ambulant og stationær funktion i tilknytning til den voksenpsykiatriske døgnfunktion. Det samme gør sig gældende for gerontopsykiatrien. Døgnfunktionen placeres i Odense.

Optageområdets størrelse på 373.000 borgere betyder, at den voksenpsykiatriske døgnfunktion placeres i henholdsvis Odense og Svendborg.

På Fyn vil der være lokalpsykiatriske centre i Odense, Kerteminde/Nyborg, Faaborg-Midtfyn og Ærø/Langeland/Svendborg kommuner.

Et sted i hovedfunktionen vil der være et ambulant oligofreniteam.

I tilknytning til den ene af døgnfunktionens matrikler er der en døgnåben uvisiteret skadestue, der betjener alle borgere i hovedfunktionen uanset alder.

9.2. Kapacitet

9.2.1. Døgnpladser

Fordelingen af døgnpladser tager afsæt i den eksisterende kapacitet og har som udgangspunkt, at behovet for døgnpladser dækkes inden for den nuværende ramme udover mindre udbygninger i antallet af døgnsejle i børne- og ungdomspsykiatrien og rets psykiatrien.

Figur 9. Nuværende antal døgnpladser fordelt på område

Børn og unge	Voksen	Geronto	Retspsykiatri	Risskov	I alt
48	460	44	30	3	585

Den geografiske fordeling af døgnpladser i fremtidens psykiatri dimensioneres efter befolkningsandel blandt målgruppen inden for områderne børne- og ungdoms- (0-19 år), almen voksen- (20-69 år), samt gerontopsykiatri (70+), hvorved serviceniveauet udjævnes på tværs af tidligere amtsgrænser, og mellem de fremtidige hovedfunktionsområder.

På denne baggrund, samt med afsæt i de særlige forudsætninger for de enkelte områder, er der foretaget en samlet dimensionering af behovet for døgnpladser i Region Syddanmark.

Figur 10. Fremtidens psykiatri: antal døgnpladser fordelt på hovedfunktionsområde

2012	Børn og unge psykiatri	Voksen psykiatri	Geronto psykiatri	Retspsykiatri	I alt
Sønderjylland	9	79	14	-	102
Vestjylland	9	81	13	-	103
Fyn	16 ¹	134	21	-	171
Lillebælt	14	122	18	-	154
I regionen	6 ²			70	76
I alt	54	416	66	70	606
Forskell fra i dag	+6	-44	+22	+37	+21

Note 1: De 16 senge er inkl. 3 senge til lands-landsdelsfunktionen.

Note 2 Børnepladserne er 5-døgnsenge.

Note 3: Til det samlede sengeantal kommer herudover 2-4 senge til ungdomsretspsykiatri i en fælles vest-dansk løsning.

Der er lagt følgende forudsætninger til grund for fordelingen af døgnpladser:

- Fordelingen af pladser tager udgangspunkt i befolkningstallet for 2012
- Den ændrede aldersafgrænsning i børne- og ungdomspsykiatrien til og med 19 år betyder, at der sker en justering af antallet af pladser i børne- og ungdomspsykiatrien, som samlet set betyder, at der flyttes 10 normerede døgnpladser fra voksen- til børne- og ungdomspsykiatrien. Herfra skal trækkes fire senge, da det forventes at Region Midtjylland vil ophøre med at benytte afdelingen i Vejle.
- I de 54 børne- og ungdomspsykiatriske pladser er indregnet 3 døgnpladser i Odense til lands-landsdelsfunktioner, 6 døgnpladser til børnepsykiatri hvis placering skal afklares og herudover kapacitet svarende til 2-4 ungdomsretspsykiatriske pladser i en fælles vest-dansk løsning.
- Gerontopsykiatrien dimensioneres som udgangspunkt ud fra forbruget for aldersgrupperne over 69 i 2006. Det betyder, at der flyttes svarende til 22 normerede døgnpladser fra voksenpsykiatrien til gerontopsykiatrien.
- I løbet af 2008 vil der blive udarbejdet et forslag til det fremtidige behov for døgnpladser i gerontopsykiatrien, der tager højde for udviklingen i aldersgruppen
- Den nuværende retspsykiatriske kapacitet udbygges med 30 pladser, heraf er der en konvertering af 12 normerede døgnpladser fra voksenpsykiatrien samt hjemtagning af 3 pladser fra Region Midt. De resterende 15 pladser vil kræve udvidelse af den samlede kapacitet.

9.2.2. Ambulante funktioner

Dimensioneringen af den ambulante kapacitet i voksenpsykiatrien indgår som et element i implementeringen af psykiatriplanen. I hvert hovedfunktionsområde skal der være et antal lokalpsykiatriske centre, der betjener borgerne i kommunerne i området, således at borgerne i hver kommune er tilknyttet et center.

I hvert lokalpsykiatrisk center skal der være et opsøgende psykoseteam samt et akut/mobil team. Indenfor hver hovedfunktion skal der herudover som minimum være et tidligt interventionsteam, samt et oligofreniteam.

For børne- og ungdomspsykiatrien og gerontopsykiatrien vil den ambulante funktion være placeret i relation til døgnfunktionen for derigennem at give mulighed for en fleksibel udnyttelse af ressourcerne. En nærmere konkretisering og beskrivelse af dette vil indgå i implementering af psykiatriplanen.

I retspsykiatrien vil der være retspsykiatrisk distriktspsykiatri, der betjener hele regionen. Distriktspsykiatrien vil blive opdelt svarende til hovedfunktionsområder.

9.2.3. Akut tilbud

Det er intentionen, at alle borgere i regionen skal tilbydes ét ensartet døgnåbent uvisiteret akuttilbud. Organiseringen af tilbuddet vil tage hensyn til lokale forhold, herunder det geografiske og befolkningsmæssige underlag, kombineret med områdets sociodemografiske forhold.

Som udgangspunkt vil der være uvisiterede skadestuer i hovedfunktionsområderne på Fyn og i Vestjylland. I de 2 øvrige områder vil der blive etableret en uvisiteret skadestuefunktion,, som tager højde for områdernes geografiske og befolkningsmæssige størrelse.

Der arbejdes videre med etablering af telefonisk hotline for kendte brugere og overnatningsmuligheder i socialpsykiatrien.

9.3 Konsekvenser ved modellen

9.3.1 Øget ambulante behandling

I den nuværende psykiatriaftale 2007 – 2010 lægges der op til, at der indføres en form for behandlingsgaranti fra 2010 for hele det psykiatriske område. Det vil sætte psykiatrien under pres på ikke mindst det ambulante område for alle aldersgrupper. Den styrkede ambulante og herunder distriktspsykiatriske indsats, som planen beskriver, bygger også på en forventning om, at der via bl.a. meraktivitetspuljer kan skabes finansieringsmæssigt grundlag for denne styrkelse. Det forudsætter, at psykiatriens tilbud bringes i en situation, hvor de er gearret til at udnytte de muligheder.

9.3.2 Udbygning af lokalpsykiatrien

En udbygning i bredden af de ambulante tilbud indenfor rammerne af det lokalpsykiatriske center vil grundlæggende indebære, at flere patienter vil få behandling i lokalområdet. En intensivering og øget målrettedhed i det distriktspsykiatriske tilbud (opsøgende psykoseteam, tidlig interventionsteam) vil alt andet lige medføre mindre behov for indlæggelser.

Da de lokalpsykiatriske centre vil fungere som en lokalt baseret, klart defineret indgangsdør til psykiatrien, bliver det mere enkelt og mere synligt for patienter, pårørende og samarbejdsparter, hvor de skal henvende sig – det skal øge psykiatriens tilgængelighed, oftest inden for egen kommune. Øget tilgængelighed sikres også gennem udvidede åbningstider, hotline-funktion og tilbud om sub-akutte vurderinger. Hvorvidt den enkelte patient, kommune eller praktiserende læge vil opfatte det som større eller mindre grad af tilgængelighed, afhænger af den nuværende udbygningsgrad af distriktspsykiatrien i kommunen og placering i forhold til de kommende lokalpsykiatriske centre.

9.3.3 Udbygning af børne- og ungdomspsykiatri

På sigt bør børne- og ungdomspsykiatrien kunne tilbyde behandling til en større andel af børne- og ungdomsårgangene, end det sker i dag. Det forventes ikke at afføde et mærkbart større pres på

sengekapaciteten, men vil kræve en forøgelse af den nuværende ambulante kapacitet med ca. 30 %. Denne udvidelse skal ske sideløbende med den forventede indførelse af behandlingsgaranti i psykiatrien. Det forventes derfor også, at den meraktivitetspulje, der følger med indførelse af behandlingsgarantien vil være en delvis finansieringskilde til denne udvidelse. Det skal bemærkes, at en væsentlig del af den nuværende kapacitet er finansieret af statslige puljer, der udløber de kommende år.

9.3.4 Fremtidig døgnpladskapacitet

Et fald på 1 procent i antallet af indlagte patienter i psykiatrien frem mod 2015 vil alt andet lige frigøre kapacitet som sammen med øget fokus på produktivitet og liggetider vil bidrage til, at den samlede ramme for døgnpladser vil kunne finansiere en del af den udvidelse indenfor geronto- og børne- og ungdomspsykiatrien, som planen lægger op til på baggrund af befolkningsudviklingen

9.3.5 Færre døgnmatrikler

Psykiatriplanen medfører, at matrikler helt frigøres for psykiatriske funktioner. Det vil alt andet lige frigøre et beløb svarende til de nuværende matrikelafhængige udgifter på disse steder. Der er endnu ikke lavet en konkret vurdering af de økonomiske konsekvenser. Eventuelle frigjorte midler prioriteres senere, eksempelvis i forbindelse med den nødvendige udvidelse af bebyggelsen på andre psykiatrimatrikler.

Ved flytning af en psykiatrisk funktion fra én sygehusmatrikel til en anden forventes de matrikelafhængige udgifter at balancere.

Etablering af de foreslåede lokalpsykiatriske centre kan indebære en forøgelse af antallet af matrikler i forhold til i dag. Det er ikke på nuværende tidspunkt muligt at sige noget om, hvor mange flere det medfører, da placeringen af de lokalpsykiatriske centre ikke er fastlagt. Alt andet lige må der dog forventes øgede matrikelafhængige udgifter til gennemførelse af denne del af planen. Det skal nærmere konkretiseres i den videre planlægningsproces.

9.3.6 Færre vagtlag

En samling af døgnfunktionerne til færre og større enheder medfører et fald i antal ansatte i aften- og nattevagt. Det gælder både læger og andet personale. Omfanget af de frigjorte ressourcer er afhængig af bl.a. de fremtidige afsnits størrelser, bygningsmæssige forhold, fremtidig normeringsniveau på sammenlagte afdelinger m.v. Der arbejdes videre med en nærmere konkretisering af de driftsøkonomiske effekter af de større døgnfunktioner.

De frigjorte ressourcer er til senere prioritering til eksempelvis øget ambulant aktivitet, intensivering af behandlingsindsatsen i døgnseengene m.v.

9.4. Finansieringsmuligheder

9.4.1. Drift

Der er på nuværende tidspunkt ikke klarhed over de samlede driftsøkonomiske konsekvenser ved implementering af psykiatriplanen for Region Syddanmark.

Det forventes, at en del af planens elementer kan realiseres inden for psykiatriens nuværende ramme. Men det forudses, at der vil være behov for tilførsel af ressourcer for at kunne gennemføre planen fuldt ud.

Udbygningen forventes at kunne ske over en årrække i takt med forventet øgede statslige bevillinger til psykiatriområdet (i form af bloktilskud, psykiatripuljer og meraktivitetspuljer), rekruttering af læger og gennemførelse af sammenlægning af døgnfunktioner, som bl.a. også har til hensigt at frigøre lægerressourcer til øget aktivitet i dagtimerne og løbende driftsoptimering i psykiatrien.

Ud over de midler, som Region Syddanmark har prioriteret til psykiatrien i relation til budgetforliget for 2008, er der på nuværende tidspunkt via regeringens SATS-pulje-midler i forbindelse med psykiatriaftalen ansøgt om og bevilliget midler til:

- opsøgende psykoseteam i Augustenborg og Aabenraa.
- tidlig interventionsteam i Esbjerg.
- teams for affektive lidelser i Odense og Esbjerg.
- regionsdækkende retspsykiatrisk distriktspsykiatri
- udvidet udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien.

Ud over de kendte finansieringskilder har regeringen i forslag til finanslov for 2008 bebudet tilførsel af midler til psykiatrien. Region Syddanmarks andel heraf anslås til 25 mio. kr. i 2008. Heri indgår finansiering af udvidet udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien.

Regeringen sigter i "Mod nye mål – Danmark 2015" efter en årlig realvækst i udgifterne til borger nær offentlig service på 1,25 % i perioden 2009-2012, 1 % fra 2013 til 2014 og 0,75 % i 2015. Hvis disse mål lægges til grund for planlægningen af psykiatrien i Region Syddanmark kan de årlige driftsudgifter i 2015 øges med omkring 100 mio. kr.

Samlet set vil kombinationen af kendte og forventede tilførsler alt andet lige betyde en forøgelse af budgettet til psykiatrien med 140 mio. kr. fra 2007 til 2015, svarende til 13 %. Hvis man samtidigt øger den årlige vækst i produktiviteten med 1 % bliver det muligt at øge behandlingen af patienterne med over 20 %.

9.4.2. Anlæg

Gennemførelsen af psykiatriplanen med samling af døgnfunktioner på færre matrikler vil afføde et behov for tilpasning af de bygningsmæssige rammer de steder, som skal huse de fremtidige døgnfunktioner. Der vil blive tale om omfattende om- og nybygninger, for at de fysiske rammer kan leve op til kravene om en velfungerende og fremtidssikret psykiatri.

Regionens Bygningsafdeling har lavet et foreløbigt løst estimat over konsekvenserne af udbygning af døgnfunktionerne.

Placering af døgnfunktion i Esbjerg medfører, at der skal udbygges i forhold til voksen og gerontopsykiatrien. Omkostningerne estimeres til ca. 112. mio. kr.

Nybygning af døgnfunktion i Vejle estimeres til ca. 336. mio. kr. En ombygning af det somatiske sygehus i Aabenraa til psykiatri estimeres til ca. 160 mio. kr. I Odense vil børne- og ungdomspsykiatrien skulle udbygges svarende til 12-15 mio. kr.

Estimaterne vil skulle konkretiseres nærmere i forbindelse med implementering af psykiatriplanen.

I forbindelse med etablering af et nyt universitetshospital i Odense indgår psykiatrien som en del af projektet.

Afhængig af valg af model for placering af retspsykiatrien og placering af funktionen er de anlægsmæssige konsekvenser estimeret til fra 170-210 mio. kr.

Endvidere vil udbygningen af lokalpsykiatrien også afføde udbygninger og tilpasninger. De anlægsmæssige konsekvenser heraf er ikke opgjort på nuværende tidspunkt, men vil indgå som element i det videre arbejde.

Bilag 1 Forlig om sygehusstrukturen i Region Syddanmark

Partierne i regionsrådet er enige om, at bygge fremtidens sygehusvæsen i Region Syddanmark på følgende grundlag:

Visionen for den nye sygehusstruktur er at sikre højest mulig kvalitet i modtagelse, udredning og behandling af akutte patienter. Borgerne skal kunne regne med dette høje kvalitetsniveau uanset, om man indlægges dag, aften, nat eller weekend.

Det betyder, at der etableres fælles akutmodtagelser på 5 sygehusmatrikler i regionen, hvor der i den akutte modtagelse vil være flere specialister i tjeneste døgnet rundt. Samlingen af akutmodtagelserne betyder også, at mange borgere vil få længere til akutmodtagelsen end i dag – idet der satses på kvalitet frem for nærhed.

Det er helt afgørende, at den længere afstand ikke fører til ringere behandling af syge eller tilskadekomne i den allerførste fase. Samlingen af akutmodtagelserne må heller ikke føre til generel utryghed for borgerne. Der skal derfor ske en oprustning af den præhospitale indsats i regionen, således at der bliver en regionsdækkende indsats med lægebiler (bemandet med anæstesiologer eller speciallæger med særlig præhospital uddannelse) og akutbiler (bemandet med evt. traumesygeplejersker eller paramedicinere), som kan sikre hurtig behandlingsindsats af akut syge og tilskadekomne overalt i regionen.

Det er endvidere visionen at sikre fastholdelse og udvikling af et stærkt universitetssygehus i regionen, der kan levere højtspecialiseret behandling til regionens borgere og gøre sig fagligt gældende nationalt og internationalt.

Det nye sygehusvæsen i Region Syddanmark kan ikke etableres uden store anlægsinvesteringer. Der skal investeres i renoveringer, udbygninger og nybygning af sygehuse:

For at sikre den ønskede udvikling af regionens universitetssygehus skal der ske en nybygning af universitetssygehuset ved Syddansk Universitet i Odense nær ved motorvejen.

I Sønderjylland skal der nybygges et akutsygehus med en central placering i forhold til befolkningscentrene i landsdelen og ved den nye motorvejsstrækning mod Sønderborg. Det nye sygehus erstatter sygehuse i Aabenraa og Sønderborg

Der træffes ikke endelig beslutning om anvendelsen af de sygehuse, som ikke er udpeget til akutsygehuse eller specialsygehuse. På baggrund af den stærkt stigende ambulante aktivitet skal det undersøges, i hvilken udstrækning disse sygehuse kan omdannes til sammedagssygehuse.

Der er med dette forlig ikke taget stilling til alle spørgsmål om det fremtidige sygehusvæsen. Der skal derfor efterfølgende udarbejdes en nærmere implementeringsplan. Denne plan skal udarbejdes med omfattende inddragelse af ledere og fagpersoner og ikke mindst de nyetablerede sygehusledelser. Der forelægges på regionsrådsmødet 20. december 2007 en plan for processen frem til implementeringsplanen.

Forligsparterne er enige om, at der hermed skabes grundlag for et bæredygtigt, fremtidssikret og effektivt sygehusvæsen i Region Syddanmark. Der er derudover tale om en velafbalanceret struktur med sygehusenheder af en passende størrelse, som sikrer ligeværdighed og mulighed for sund kappestrid sygehuse imellem.

Planen for sygehusstrukturen skal ses som et element i den samlede sundhedsplanlægning i regionen, der tillige omfatter den øvrige specialeplanlægning, praksisplanlægning, planlægning vedr. kommunesamarbejdet m.v.

De nærmere punkter i forliget er følgende:

Akutsygehuse

- Der etableres 5 akutsygehuse i Region Syddanmark: Esbjerg Sygehus, Kolding Sygehus, Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus samt et nyt akutsygehus i Sønderjylland.
- Sygehuset i Sønderjylland bygges ved den nye motorvejsstrækning til Sønderborg.
- Sønderborg Sygehus og Aabenraa Sygehus nedlægges på længere sigt som somatiske sygehuse.
- De 5 akutsygehuse organiseres i 4 sygehusenheder med hver sin sygehusledelse. De 4 sygehusenheder er: *Sydvestjysk Sygehus*: Esbjerg, Grindsted, Varde og Brørup. *Sygehus Sønderjylland*: Tønder, Sønderborg, Aabenraa og Haderslev samt nyt sønderjysk akutsygehus. *Sygehus i trekantsområdet*: Kolding, Vejle, Middelfart og Fredericia. *Universitetshospital*: Odense Universitetshospital med tilknytning af Nyborg, Svendborg, Faaborg Ærø samt Ringe. På sygehuset i trekantsområdet etableres en fusionsledelse - i en overgangsperiode med 4 medlemmer - 2 fra hver sygehusenhed. På OUH/Svendborg etableres også en fusionsledelse udvalgt fra de to sygehusledelser og fra centerchefniveauet på OUH. Den fælles ledelse/direktion kommer til at bestå af en adm. direktør og 5 direktører.
- Odense Universitetshospital er uændret regionens universitetshospital med modtagelse af patienter på højt specialiseret niveau fra hele regionen, herunder traumecenter
- For at sikre den fortsatte udvikling af regionens universitetshospital nybygges der et syddansk universitetshospital tæt ved Syddansk Universitet og med let adgang fra motorvejene.
- De 5 akutsygehuse modtager akutte patienter inden for områderne intern medicin, herunder kardiologi, kirurgi og ortopædkirurgi og indrettes med en fælles akut modtagelse. Akutsygehusene etableres med beredskab og faciliteter som anbefalet af Sundhedsstyrelsen for hhv. fælles akutmodtagelser og traumecenter.
- Akutsygehusene i Esbjerg, Kolding, Sønderjylland og Odense modtager endvidere akutte patienter inden for øre – næse – halsområdet, neurologi, gynækologi/obstetrik (fødeafdeling) og pædiatri (herunder neonatal funktion). Der er ikke taget stilling til, hvorvidt Svendborg på langt sigt skal have en gynækologisk/obstetrisk afdeling.
- Der er uvisiteret skadestue på de 5 akutsygehuse.
- For at sikre Odense Universitetshospital fortsat mulighed for udvikling af de højt specialiserede funktioner sker der en udveksling af basispatienter mellem Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus, således at Svendborg Sygehus får et befolkningsunderlaget for akutmodtagelsen på 200.000 indb. Fordelingen af akutte patienter kommer således ikke til at følge princippet om "nærmeste sygehus". Dette gælder dog ikke 112-patienter (kørsel 1 med blink og horn), der altid køres til nærmeste akutsygehus. De to fynske akutsygehuse får således delvist overlappende optageområder, hvilket stiller særlige krav til samarbejde og koordinering, som sikres via den fælles sygehusledelse.
- Befolkningsunderlaget⁷ for de 5 akutsygehuse er ca. følgende:

○ Esbjerg Sygehus:	219.000
○ Kolding Sygehus	299.000
○ Nyt akutsygehus i Sønderjylland	230.000
○ Odense Universitetssygehus/Svendborg	429.000

⁷ Jf. side 42 i høringsgrundlag. Befolkningsunderlaget på 230.000 for det nye akutsygehus i Sønderjylland er skønnet med udgangspunkt i et befolkningsunderlag på 245.000 til et akutsygehus i Aabenraa. Forskellen på 15.000 er tillagt Kolding. Skønnet er baseret på en vestlig placering på strækningen mellem Kliplev og Sønderborg.

Specialsygehuse

- Vejle Sygehus skal på baggrund af de særlige kompetencer på sygehuset være specialsygehus med særlig vægt på kræftbehandling:
 - Udredning af kræft
 - Kirurgisk behandling af bryst og tarm kræft
 - Onkologi: Kemo- og strålebehandling
 - Hæmatologi m.v.
- Der skal derudover være en stor og bredt dækkende medicinsk afdeling på Vejle Sygehus. I kraft af det høje beredskabsniveau, som der vil være på sygehuset (intensiv, anæstesi, organkirurgi og radiologi), samt på baggrund af optageområdets størrelse vil Vejle Sygehus kunne modtage stort set samtlige intern medicinske patienter. Derudover får Vejle Sygehus funktioner som specialsygehus for elektiv ortopædkirurgi, ambulat kirurgisk og medicinsk behandling inden for en række områder.
- I den videre specialeplanlægning skal undersøges, hvordan regionale funktioner kan placeres på Vejle Sygehus.
- Der søges indgået aftale med Region Midtjylland om, at Vejle Sygehus betjener den sydlige del af Region Midtjylland inden for de nævnte kræftfunktioner samt andre relevant områder
- Der etableres en skadeklinik på Vejle Sygehus
- Grindsted Sygehus varetager indtil videre modtagelse af akutte selekterede intern medicinske patienter samt udvalgte elektive behandlinger inden for kirurgiske specialer
- Skadeklinikken på Grindsted Sygehus videreføres
- Friklinikken i Give skal udvikles i takt med behovet for fleksibel behandlingskapacitet bl.a. på baggrund af det udvidede frie sygehusvalg. Det forventes, at aktiviteterne på Friklinikken gradvist vil fylde hele Give Sygehus
- Der etableres et regionsdækkende rygpsygehus for medicinsk og kirurgisk rygbehandling på Middelfart Sygehus. Den højtspecialiserede rygbehandling fortsætter på Odense Universitetshospital. På Middelfart Sygehus vil der endvidere være sammedagsbehandling inden for andre områder samt skadeklinik
- Der gennemføres et udredningsarbejde vedr. neurorehabiliteringen i Region Syddanmark bl.a. med henblik på afklaring af funktionerne på Ringe Sygehus

Sammedagssygehuse

- På baggrund af den stærke stigning i det ambulante område, skal grundlaget for på sigt at omdanne sygehusene i Brørup, Tønder, Haderslev, Fredericia, Faaborg og Nyborg til sammedagssygehuse med ambulat medicinsk behandling og sammedagskirurgi nærmere vurderes.
- Skadeklinikkerne i Tønder og Haderslev videreføres.

Ø-sygehus

- Ærø Sygehus' status som ø-sygehus er uændret.

Øvrige funktioner

- Planlægningen af placeringen af øvrige funktioner, herunder de tidligere amtsspecialer afventer Sundhedsstyrelsens specialeudmelding.

Det præhospitalt område

- Det præhospitalt område skal styrkes, således at der i hele Region Syddanmark er en supplerende præhospital indsats ud over ambulanceberedskabet.
- Det betyder, at der skal ske en udbygning med lægebiler og akutbiler. Den nærmere placering fremgår af bilaget.
- Lægebilen i Aabenraa flyttes til det nye akutsygehus.
- Dækningen med ambulanceberedskaber i Region Syddanmark fastlægges i forbindelse med udbuddet af ambulancetjenesten.

Psykiatri

Visionen for fremtidens psykiatri er at sikre højest mulig kvalitet, sammenhæng og tilgængelighed i behandlingen af mennesker med sindslidelser.

Det skal overordnet ske ved dels at satse på en udbygget lokalpsykiatri tæt på borgerne med en større vifte af specialiserede ambulante tilbud, og dels ske ved at samle døgnbehandlingen på færre steder for at sikre høj kvalitet, mulighed for specialisering og bedre udnyttelse af psykiatriens højt specialiserede medarbejdere.

I hovedtræk indeholder forliget følgende funktioner og placeringer:

Hovedfunktioner:

- Der etableres følgende geografiske hovedfunktionsområder i psykiatrien gældende for alle patientgrupper (børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien, gerontopsykiatrien og oligofrenipsykiatrien):
 - Vestjylland: Esbjerg, Fanø, Varde, Billund og Vejen kommuner (235.000 indb.)
 - Sønderjylland: Tønder, Aabenrå, Haderslev og Sønderborg kommuner (233.000 indb.)
 - Lillebælt: Vejle, Kolding, Fredericia, Middelfart, Nordfyn og Assens (349.000 indb)
 - Fyn: Odense, Kerteminde, Nyborg, Faaborg-Midtfyn, Svendborg, Langeland og Ærø (373.000 indb)
- Der skal være psykiatridøgnfunktioner indeholdende ungdomspsykiatriske, voksenpsykiatriske og gerontopsykiatriske senge i Vejle (nybyggeri), Aabenra (i det nuværende somatiske sygehus), Esbjerg (udbygning af eksisterende funktion) og Odense (en del af det nye universitetssygehus).
- I Lillebæltsområdet skal der udover Vejle være en psykiatridøgnfunktion i Middelfart med voksenpsykiatriske senge, der skal dække behovet for almenpsykiatrisk døgnbehandling for borgere i Middelfart, Assens og Nordfyns kommuner
- I Fyns-området skal der udover Odense være en døgnfunktion i Svendborg med voksenpsykiatriske senge til almenpsykiatrisk døgnbehandling i det Sydfynske område.
- Der skal etableres lokalpsykiatriske centre, der mht. optageområde følger kommunegrænserne og med et optageområde på minimum 50.-60.000 indb. Det skal nærmere afklares hvor mange der skal være og hvor de skal placeres.
- For at sikre at flere kan behandles ambulant på et højt fagligt niveau, skal der arbejdes på at sikre regionsdækkende opfølgende ambulante tilbud til sindslidende med en længerevarende sygdom i form af Opsøgende psykoseteams, målrettet og tidlig indsats over for nydebuterede skizofrene i form af Tidlig Interventionsteam og straksindsats for indlæggelsestruede depressive i form af akutteams
- Skadestuerne i Odense og Esbjerg videreføres og der etableres en skadestuefunktion i hhv. Vejle og Aabenraa.

Specialfunktioner:

- Center for spiseforstyrrelse i Odense fortsætter
- Den specialiserede Demensklínik i Odense fortsætter
- Senge til døgnbehandling af børn (0-12 årige) placeres 1 sted i regionen. På baggrund af høringsrunden træffes beslutning om de skal placeres i Odense eller i Vejle
- De retspsykiatriske sengepladser udbygges fra nuværende 30 til 70 sengepladser og samles 1-2 steder. På baggrund af 2. høringsrunde besluttet antal og placering af de retspsykiatriske senge.
- På oligofreniområdet skal der være et oligofreniteam i hver hovedfunktionsområde suppleret med et regionalt kompetencecenter
- Der arbejdes videre med etablering og placering af kompetencecenter på udvalgte væsentlige specialiserede områder for at sikre og udvikle den faglige kvalitet.

Der henvises i øvrigt til det samlede forlig for psykiatristrukturen for yderligere uddybninger.

Det videre forløb

- Inden 1. april 2008 udarbejdes en implementeringsplan for fremtidens sygehusstruktur i Region Syddanmark. Den nærmere planlægning og gennemførelse af den nye sygehusstruktur vil kræve inddragelse af en række ledere og fagpersoner på sygehusene herunder ikke mindst de nye sygehusledelser.
- I forbindelse med den endelige vedtagelse af sygehusplanen i december 2007 vedtages en plan for processen frem til vedtagelsen af gennemførelsesplanen. Procesplanen skal bl.a. angive, hvorledes relevante fagpersoner m.v. inddrages i planlægningen.
- Gennemførelsen må forventes at strække sig over 5 til 10 år. De nuværende funktioner vil derfor i vid udstrækning skulle videreføres i en årrække på de forskellige sygehuse.
- Der vedtages en plan med personalepolitiske tiltag, der kan medvirke til at fastholde personalet i interimsperioden.