



Fagområder psykiatri.

Rapport fra ad hoc arbejdsgruppe i Dansk Psykiatrisk Selskab

Forord

Dansk Psykiatrisk Selskab nedsatte i juni 2002 en arbejdsgruppe vedr. fagområder i psykiatri. Arbejdsgruppen har nu færdiggjort deres rapport, der har været drøftet i Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse den 13. januar 2003.

Rapportens forslag har været drøftet på selskabets generalforsamling den 28. februar 2003.

Søren Bredkjær
Formand for Dansk Psykiatrisk Selskab
Den 15. april 2003.

Baggrund og kommissorium

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har i 2002 drøftet den overordnede forståelse af fagområdebegrebet. De har i et oplæg anbefalet:

- at et fagområde afgrænser et særligt interesse- eller kompetenceområde, som enten ikke er dækket af et godkendt speciale eller udgør en mindre del heraf.
- at fagområder ikke kan opnå eller tildeles godkendelse eller autorisation af sundhedsmyndighederne. Heraf følger, at et fagområde ikke kan defineres ved formelle målbeskrivelser eller uddannelsesbestemmelser, men at kompetence indenfor et fagområde alene vurderes i forhold til et konkret stillingsopslag til speciallæge i sundhedsvæsenet.
- at for ansættelser i sundhedsvæsenet som overlæge/ledende læge, gælder lægelovens § 14. I det omfang, der ved ansættelse af en overlæge stilles særlige krav udover speciallægeautorisationen, skal dette fremgå af stillingsopslaget. Sundhedsstyrelsens bestemmelser om § 14 bedømmelse, suppleret med de videnskabelige selskabers vejledende retningslinier til uddannelse indenfor fagområder eller særlige kompetenceområder, vil være grundlag for såvel bedømmelse af ansøgere som vejledning for ”uddannelsessøgende”.

Dansk Medicinsk Selskab (DMS) har argumenteret for, at det er de specialebærende selskaber, der melder fagområder ind til en koordinerende enhed, for eksempel DMS. Fordelen ved DMS som koordinerende enhed kunne være, at selskabet kan have overblik over fagområder på tværs af specialer og sikre, at alle relevante parter bliver hørt.

Dansk Psykiatrisk Selskab har tidligere meldt retspsykiatri, gerontopsykiatri, sexologi og psykoterapi ind som fagområder inden for voksenpsykiatri, men jf. drøftelser på workshop på Dansk Psykiatrisk Selskabs årsmøde 2002 vedr. fremtidige fagområder inden for psykiatri var bestyrelsen enig i, at der var behov for at arbejde videre med området i en særlig arbejdsgruppe.

Formålet med nedsættelse af en ad hoc arbejdsgruppe har været at beskrive mulige fagområder inden for psykiatri og give forslag til, hvordan Dansk Psykiatrisk Selskab i fremtiden skal godkende fagområder.



Kommissorium

1. at beskrive mulige fagområder inden for psykiatri
2. at beskrive mulige organisatoriske og andre konsekvenser ved oprettelse af fagområder
3. at give forslag til en procedure for hvordan Dansk Psykiatrisk Selskab skal godkende fagområder i fremtiden
4. at anbefale hvilke fagområder Dansk Psykiatrisk Selskab bør godkende

Arbejdsgruppens sammensætning

Ledende overlæge og medlem af DPS bestyrelse Ole Bjørn Skausig, Vestsjællands Amt (formand)
Ledende overlæge dr.med. Pia Rubin, Københavns Amt
Overlæge Runa Sturlason, Århus Amt
Overlæge Steffen Høy Pedersen, Fyns Amt
Praktiserende psykiater Kristian Lauridsen, Skive

Arbejdsgruppen har afholdt 3 møder samt et medlemsmøde sammen med bestyrelsen den 25. november 2002.

Bestyrelsen har 2 gange i forløbet haft den foreløbige rapport forelagt.

Generelle overvejelser

Det Nationale Råd har beskrevet, at et fagområde ikke defineres ved formelle målbeskrivelser eller uddannelses bestemmelser, men ved kompetence vurderet i forhold til et konkret stillingsopslag i funktionsbeskrivelse.

Der er således tale om en individuel kompetencevurdering.

Det har været foreslået af Dansk Medicinsk Selskab, at man skulle iværksætte egentlige formelle målbeskrivelser og uddannelsesbestemmelser med henblik på en § 14. kvalifikation, men Det Nationale Råd har truffet ovenstående beslutning.

Der findes ikke § 14. regler i de øvrige nordiske eller vestlige lande vi kan sammenligne os med.

DMS skriver i formandsberetning 2002:

“Det er konsekvensen af denne beslutning, at man ved faglig bedømmelse af ansøgere i forbindelse med besættelse af overlægestillinger i sygehusvæsenet, hvis der efterspørges kvalifikationer ud over speciallægeanerkendelse, skal medinddrage dette som grundlag for bedømmelsen. I det omfang den ansættende myndighed efterspørger kompetence i et område, som af de lægevidenskabelige selskaber er beskrevet som et fagområde, skal opnåelse af de af selskaberne beskrevne kompetenceområder lægges til grund. Det er indstillet til Sundhedsstyrelsen at dette indarbejdes i den kommende bekendtgørelse om faglig bedømmelse (§14).

DMS har tilsluttet sig denne placering af fagområderne i forventning om, at fagområdebeskrivelserne vil blive anvendt i den faglige bedømmelse i det omfang de er hensigtsmæssige og anvendelige. Bestyrelsen ser desuden fagområdebeskrivelserne som gode retningslinier for fremtidige uddannelsessøgende. De videnskabelige selskaber vil med denne placering få gode muligheder for at præge den lægefaglige udvikling.

Bestyrelsen er tilfreds med at fagområdebegrebet ligger hos de lægevidenskabelige selskaber, og den har den ambition at en *fortegnelse over fagområderne og deres beskrivelser* med fordel kan offentliggøres og vedligeholdes af DMS.”



Psykiatrifaglige overvejelser

Der er mulige fagområder, der umiddelbart byder sig til. Visse områder indenfor psykiatri er så specialiserede, at alle umiddelbart ved, at ingen kan rumme såvel den fulde almenpsykiatri som et specialområde, og alle ved, at et specialområde ikke kan fungere uden en betydelig mængde almenpsykiatrisk uddannelse. Som eksempel på dette kan nævnes de to nuværende ekspertområder, rets- og gerontopsykiatri. Begge forudsætter en gedigen almenpsykiatrisk uddannelse samt en ekstra viden om et snævrere område, der gør, at man kan beherske specialområdet.

Andre specialområder går på tværs af almenpsykiatri, idet de kræver viden om alle dele af psykiatrien, men forankret i en særlig viden om specialområdet. Der tænkes her på emner som psykofarmakologi og psykoterapi. Begge kræver en specifik viden, der går på tværs af alle diagnostiske grupper, og de handler primært om den teoretiske viden og anvendelsen af denne viden i disse grupper. Andre igen er diagnostiske specialområder, idet de rummer en diagnosegruppe og alle de videns- og færdighedsområder der knytter sig til denne. Som et eksempel herpå kan nævnes specialviden om skizofreni, hvortil der udover almenpsykiatri også kræves viden og færdighed indenfor alle de aktiviteter, som er specielle for netop denne diagnosegruppe, og hvor viden om almenpsykiatri er en forudsætning for at se forskellene til specialrådets aktiviteter. Man kan således tale om ”vandrette” specialområder hvor viden og funktion rummer mange diagnostiske tilstande, eksempelvis psykoterapi og psykofarmakologi, og ”lodrette” specialområder hvor viden og funktion omkring en diagnostisk gruppe rummer mange forskellige områder som diagnostik, familiebehandling, psykoedukation etc. (eksempel skizofreni).

Gerontopsykiatri hører nærmest til denne gruppe, idet det centrale er viden om alderens indflydelse på psyken og specialviden om organisk betingede psykiske lidelser med dertil knyttet specialviden om håndtering af disse tilstande. Ad hoc gruppen har i øvrigt i det efterfølgende tilladt sig at ændre navnet gerontopsykiatri til det mere mundrette og mere danske ældrepsykiatri, bl.a. for at skabe symmetri med børne-ungdomspsykiatri.

Det findes væsentligt at etablere et system, der er parat til ændringer i psykiatrisk organisation, således som denne kan foregå enten ved geografisk opdeling eller ved en diagnosegruppeopdeling.

I Danmark er der på nuværende tidspunkt startet enkelte specialafsnit til specielle diagnostiske grupper, såvel ved hospitalsafdelinger som ved ambulatorier.

Opnåelse af fagområdekompetence kan erhverves ved speciallægeanerkendelsen, hvortil der stilles specifikke krav til såvel uddannelsesgivende afd. som uddannelsessøgende læge og ved yderligere uddannelse derefter, svarende til § 14. kvalifikation. Fagområdet kan altså bestå i almenpsykiatri, samt ekstra kompetence, eller en vis fælles almenpsykiatrisk del, som ikke svarer til § 14. kvalifikation i almenpsykiatri samt ekstra fagområde- specifik viden og kompetence.

Indenfor kirurgien gælder figur I, hvor CT står for fælles uddannelse, i skemaet kaldet Common Trunk.

Indenfor fx kirurgi gælder at § 14. kvalifikation er betinget af en vis fællesuddannelse, hvortil lægges yderligere subspecialer. Dette kan tilsammen gøre en kirurg § 14. kvalificeret indenfor subspecialer eller i almenkirurgi.

Fig. I.

Alm. kirurg	GI	Urologi	Kar	Plastik kirurgi	Thorax
CT	CT	CT	CT	CT	CT

Indenfor psykiatri er almenpsykiatri kvalificerende til § 14. kvalifikation. Man kan forestille sig kompetence ved § 14. kvalifikation som i figur II. Heraf fremgår, at man kan være § 14. kvalificeret i almenpsykiatri, men ikke i fagområde, medens et fagområde ikke nødvendigvis giver kvalifikation i almenpsykiatri.

Eksempelvis:

Hvis man har erhvervet sin § 14. kvalifikation ved hjælp af en vis del fællesuddannelse, almen uddannelse og et fagområde, er man ikke kvalificeret til at påtage sig en rent almenpsykiatrisk stilling, men må supplere med almenpsykiatri, man kan heller ikke gå direkte fra retspsykiatri til ældrepsykiatri etc. etc.

Alm. psykiatri	Gerontopsyk	Retspsykiatri	Sexologi	Spiseforstyr.	Skizofreni
CT	CT	CT	CT	CT	CT

Figur II

Erhvervelse af fagområde kompetence

En fagområdeekspert forventes at have viden om og færdighed indenfor et fagområde. Dette kan erhverves ved

- anvendt tid (således som man hidtil har erhvervet sig kvalifikation).
- ved beviste præstationer (fx ph.d., disputats, artikler, kurser).

Det fremgår af ovenstående, at der i fremtiden vil være behov for at registrere opnåede fagområde færdigheder indenfor et fagområde, såvel hvad angår ansættelser som ved bevist deltagelse i kurser, ph.d., disputats eller artikler. Det forventes, at der vil blive forhandlet løn, ansvar og kompetence mellem arbejdsgiver og arbejdstager i forbindelse med iværksættelse af fagområdeansættelse.

Afgrænsning af fagområder

I forbindelse med afgrænsning af fagområder er der skønnet behov for, at et fagområde kan deles med andre specialer, f.eks. kan man i fremtiden etablere fagområdet

Demens fælles for neurologi, geriatri og psykiatri.

Spiseforstyrrelse fælles for psykiatri, børne-ungdomspsykiatri og pædiatri.

Sexologi fælles for urologi, gynækologi og psykiatri.

Neuropsykiatri fælles mellem neurologi og psykiatri.

Generelle forudsætninger for fagområde

Forudsætningerne for at etablere et fagområde er generelt:

- tilstrækkeligt antal patienter indenfor området
- tilstrækkeligt med arbejdende speciallæger indenfor området
- tilstrækkeligt med uddannelsesmuligheder indenfor området
- tilstrækkeligt sikker afgrænsning af området.

Omfang af fagområde.

Generelle forventninger til fagområderne (÷ undtagen psykofarmakologi og psykoterapi):

En fagområdeekspert forventes i forhold til sit fagområde at have erhvervet særlig viden og kompetence vedrørende epidemiologi, ætiologi, psykopatologi, diagnostik, forløbsformer, psykodynamiske forhold, psykoterapi, psykofarmakologisk behandling, familiebehandling, sociale interventioner, tidlig intervention, forskning, kvalitetsudvikling og supervision.

Følger af etablering af fagområde

Fagområde eksperten forventes at kunne varetage

- organisering af fagområdet
- guidelines for fagområdet
- uddannelse indenfor fagområdet
- konsulentfunktion indenfor fagområdet
- supervisorfunktion indenfor fagområdet
- behandlerfunktion indenfor fagområdet
- evt. udøvelse af ledelse indenfor fagområdet.

Forslag til fagområder

Ud fra ovennævnte kriterier foreslås:

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

etableret som fagområder.



Sexologi foreslås etableret som fagområde, fordi der ved Rigshospitalet er mulighed for uddannelse indenfor fagområdet, til trods for at der er få arbejdende speciallæger indenfor området.

Oligofrenipsykiatri er ikke medtaget som fagområde, idet der ganske vist er mange patienter og endnu en del arbejdende speciallæger indenfor området og tilstrækkelig sikker afgrænsning af området, men ikke tilstrækkeligt med uddannelsesmuligheder indenfor området. Såfremt disse etableres ville oligofrenipsykiatri kunne foreslås etableret som fagområde.

I ad hoc gruppen har man drøftet intensiv psykiatri som fagområde, men ved medlemsdebatten på medlemsmødet har været tilkendegivet en ængstelse ved at opdele den ikke fagområdespecifikke almenpsykiatri.

Til inspiration som fremtidige mulige emner er foreslået transkulturel psykiatri, demens, liaisonpsykiatri og oligofrenipsykiatri.

Konsekvenser af indførelse af fagområder

I forbindelse med psykiatriens udvikling er der set en stedse stigende vidensmængde indenfor hvert enkelt område. På nuværende tidspunkt vil ingen psykiater kunne vide alt om specialet almenpsykiatri, og ingen psykiater vil længere alene kunne skrive en lærebog, der dækker hele specialet. Denne vidensforøgelse nødvendiggør en tiltagende specialisering, og fagområderne må anses for at være en del af denne nødvendige specialisering indenfor feltet. Som beskrevet anses det for væsentligt, at alle psykiatere deler en vis fælles uddannelse, ligesom der stadig er mulighed for, at man kan fastholde specialet almenpsykiatri, hvis dette anvendes som bærende grundlag for en distriktspsykiatrisk organisation.

Der vil imidlertid i fremtiden med betydelig sikkerhed blive behov for en tiltagende specialisering af arbejdsområder indenfor enkelte fagområder, hvilket både kan ske ved at centralisere sengeafsnit for at opnå et tilstrækkeligt antal patienter på disse, således at fagområdeekspertisen kan holdes vedlige og udvikles, og foretage en specialisering af disse sengeafsnit for at yde patienten den bedst mulige behandling. Det samme gælder for specialiserede ambulatorier.

Det væsentligste problem ved fagområdespecialisering er visitation til fagområder. Det er en kendt sag, at psykiatrisk diagnostik indebærer en betydelig fejlmargen, specielt ved første indlæggelse og der er derfor behov for en god og hurtig vurdering med henblik på at allokere patienten til det område, hvor de bedst muligt og mest effektivt kan blive behandlet for deres psykiske lidelse. Forudsætningen for at fagområdespecialisering kan være en gevinst for patienten er en effektiv, hurtig og diagnostisk sikker visitationsprocedure, samt mulighed for at omvisitere patienten, såfremt den første visitation viser sig fejlagtig senere hen i forløbet.

Forudsætningen for, at dette kan ske, er, at alle psykiatere bibeholder en almenpsykiatrisk del af uddannelsen med henblik på at have den brede oversigt over psykiatriens vidensfelter, der muliggør omvisitering til korrekt placering.

I takt med at antallet af speciallæger i psykiatrien falder, må det forudses, at man af simple vagtmæssige årsager er nødt til at samle patienterne på stedse færre geografiske lokaliteter, dette vil fremme udviklingen mod en fagområdespecifik psykiatri og sikre en høj grad af diagnostisk og terapeutisk sikkerhed i kontakten med patienten



Altså kan indførelse af fagområder medvirke til en:

- centralisering af sengeafsnit
- specialisering af sengeafsnit og ambulatorier

Procedure for godkendelse

Det foreslås, at følgende procedure anvendes ved etablering af fagområder:

1. Medlemmer af Dansk Psykiatrisk Selskab ønsker etablering af et fagområde.
2. Der foreligger generelle forudsætninger som tidligere beskrevet.
3. Det indstilles til bestyrelsen af Dansk Psykiatrisk Selskab at etablere et fagområde.
4. Bestyrelsen forelægger medlemskredsen forslaget f.eks. ved høring ved generalforsamlingen.
5. Bestyrelsen har mulighed for skriftligt at høre medlemmerne af Dansk Psykiatrisk Selskab om deres holdning til etablering af et nyt fagområde.
6. Beslutning om indstilling til DMS tillægges bestyrelsen.
7. Det foreslås, at alle fagområder tages op til vurdering med regelmæssigt mellemrum f.eks. hvert 5 år med henblik på nyvurdering eller drøftelse med medlemskredsen f.eks. skriftligt eller ved generalforsamlingen.
8. Bestyrelsen kan herefter vælge at nyindstille et fagområde eller indstille til bestyrelsen for Dansk Medicinsk Selskab, at et fagområde nedlægges.

De enkelte fagområder

Vedrørende forslag til nye fagområder har ad hoc gruppen kort beskrevet disse, se vedlagte bilag.

Fagområderne er beskrevet ud fra deres tilknytning til ICD 10 kapitler, såfremt dette er muligt, samt ud fra et forsøg på afgrænsning af området i forhold til andre grupper og andre områder og almenpsykiatri. Enten i form af en beskrivelse af arbejdsområdet eller i form af afgrænsning i ICD 10.

Psykofarmakologi og psykoterapi er beskrevet ud fra en faglig argumentation for området, samt tilknytning til Dansk Psykiatrisk Selskabs nuværende krav til psykoterapiuddannelse

Sexologi er endnu ikke beskrevet.



Bilag 1 - Fagområde misbrugspsykiatri

Fagområdet misbrugspsykiatri afgrænses på baggrund af diagnoserne ICD 10, F 10 kapitlet.

Psykiatere indenfor fagområdet forventes at have erhvervet særlig viden og kunnen vedrørende fagområdet.

Området er karakteriseret ved, at der er mange patienter i behandling. Området dækker såvel primært misbrug, som misbrug i relation til anden psykisk lidelse, fx ved dobbeltdiagnose.

Funktionen er ofte konsultativ.

Den kan også rummes indenfor egentlige psykiatriske sengeafsnit eller i særlige ambulatorier. Området er karakteriseret ved, at der er mange patienter i behandling, men behandlingen er organiseret overordentlig forskelligt landet over. En del af området er således beliggende indenfor det sociale felt. Der er mange speciallæger beskæftiget indenfor området, og der er mulighed for kompetencetilegnelse.

Der er forskning og kvalitetsudvikling indenfor området. Området kan deles med andre specialer, f.eks. børne- ungdomspsykiatri og intern medicin.



Bilag 2 - Fagområde psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter.

Fagområdet psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter falder indenfor ICD 10 kapitlerne 10, 30, 40, 50 og 60.

Fagområdet psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter omfatter lette til moderat svære affektive tilstande, nervøse og stressrelaterede tilstande, herunder somatoforme tilstande, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og misbrug af alkohol og stoffer.

Psykiatere indenfor fagområdet forventes at have særlig viden og interesse for behandling indenfor området, hvad angår differentialdiagnostik, og behandling, såvel psykofarmakologisk som psykoterapeutisk. Området er karakteriseret ved, at der er mange patienter indenfor området, hvoraf mange behandles i psykiatriske speciallægepraksis. Der er flere steder etableret centre med henblik på behandling og forskning.



Bilag 3 - Fagområde psykofarmakologi

Fagområde psykofarmakologi indebærer viden om psykoaktive stoffer, deres farmakokinetik, deres virkninger og bivirkninger.

Dette indebærer viden om de psykoaktive stoffers kemi, hvorledes man finder psykoaktive stoffer og afprøver disse, tilrettelægger psykofarmakologiske undersøgelser og uddannelse i at kunne bedømme sådanne undersøgelser. Til psykofarmakologi kræves viden om neurobiologi, molekylærbiologi, lægemiddelmetabolisme, samt interaktioner.

De fleste psykiatriske patienter modtager psykofarmakologisk behandling. Alle psykiatere skal have psykofarmakologisk kompetence, men ikke på ekspert niveau. Aktuelt findes mulighed for at uddanne sig indenfor specialet klinisk farmakologi, men fagområdet psykofarmakologi kan erhverves ved siden af dette egentlige speciale. Der er ingen umiddelbart tilgængelige uddannelsespladser, men kompetence kan erhverves ved videnskabeligt arbejde, ansættelse i medicinalindustrien og ved ansættelse på klinisk farmakologisk afdeling eller klinisk psykofarmakologisk enhed.

Den psykofarmakologiske fagområdespecialist skal kunne fungere som supervisor og konsulent for kolleger indenfor tilgrænsende fagområder og almenpsykiatri.



Bilag 4 - Fagområde psykoterapi

Psykoterapi er en psykologisk behandlingsform, som er virksom indenfor psykiatriens behandlingsområde.

Der findes flere forskellige teoretiske retninger. Indenfor de senere år er der udviklet målrettede og i et vist omfang manualiserede behandlingsformer til flere diagnostiske grupper.

Psykoterapi bør indgå i behandling af langt de fleste psykiatriske sygdomme.

Det kræver en særlig uddannelse og ekspertise at kunne udføre psykoterapi og uddanne kommende psykiatere. Alle psykiatere skal have en vis psykoteraeutisk kompetence men ikke på ekspert niveau.

Mange psykiatere har uddannet sig psykoteraeutisk og bruger behandling i større eller mindre udstrækning i det kliniske arbejde.

Organisatorisk vil dette fagområde have sin plads på tværs af organisation i næsten alle enheder.

Forudsætninger:

- Uddannelse som supervisor i h.h.t. DPS' psykoterapibetænkning
- Teoretisk kendskab til en række forskellige psykoteraeutiske retninger.

Evt. forskningsmæssig viden og erfaring vedr. psykoterapi



Bilag 5 - Fagområde retspsykiatri

Fagområde retspsykiatri erstatter det hidtidige ekspertområde retspsykiatri.

Retspsykiatrien omhandler den egentlige strafferetspsykiatri i alle faser af denne, både under mentalobs., udredning og behandling af behandlingsdømte og behandlingsanbragte indenfor hospitalspsykiatrien, og indenfor særlig definerede institutioner, f.eks. anstalten ved Herstedvester Sikringsanstalten.

Retspsykiatriske afdelinger kan samtidig have en konsultativ funktion i forhold til behandling af ikke dømte, særligt vanskelige patienter.

Der er ansat et tilstrækkeligt antal speciallæger indenfor området, til at kompetence kan opnås ved ansættelse på retspsykiatriske afdelinger eller klinikker.

Psykiatere indenfor fagområdet skal have erhvervet sig en særlig viden om håndteringen af de lovmæssige forhold i relation til psykiatri samt have kendskab til retspsykiatri i andre lande.



Bilag 6 - Fagområde skizofreni:

Fagområdet skizofreni afgrænses på baggrund af diagnoserne i ICD10, F 20 kapitlet

Området er karakteriseret ved, at det udgør en væsentlig del af de psykiatriske patienters og distriktpspsykiatriske centres patientklientel. Mange speciallæger er beskæftiget med skizofrenibehandling. Der er flere steder i landet etableret særlige enheder for skizofrenibehandling, såvel i form af egentlige skizofreniafsnit, langtidsafsnit med særlig henblik på psykose og skizofrenibehandling, og etableret særlige enheder med henblik på tidlig intervention ved psykose, såvel ved indlæggelse i særlige afsnit og ved særlig ambulant indsats. Forsknings- og kvalitetsudviklingsmæssigt er det et væsentligt afsnit af psykiatrien.



Bilag 7 - Fagområde spiseforstyrrelser:

Fagområde spiseforstyrrelser afgrænses på baggrund af diagnoserne i ICD 10, F 50 kapitlet.

Området er karakteriseret ved, at der er tilstrækkeligt med patienter indenfor børne- ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Fagområdet er fælles for børne- ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Indenfor fagområdet forventes samarbejde mellem børne- ungdomspsykiatrispecialet og voksenpsykiatrispecialet og eventuel fælles organisation. Også andre specialer må forventes at kunne indgå i fagområdet fx intern medicin og pædiatri.

Der er flere steder i landet etableret centre for behandling af spiseforstyrrelser, og det skønnes, at flere sådanne vil komme i fremtiden. Der er en tilstrækkelig stillingsmasse til, at kompetencetilegnelse kan opnås.



Bilag 8 - Fagområde ældrepsykiatri:

Fagområde ældrepsykiatri erstatter det hidtidige ekspertområde gerontopsykiatri.

Ældrepsykiatri beskæftiger sig med aldersspecifikke psykiske lidelser hos gamle og med særlige forhold hos gamle i forbindelse med psykiske lidelser. Indenfor ældrepsykiatrien falder demenssygdomme i alderdommen.

Organisatorisk falder en del forvirrings tilstande efter traumer og intracerebrale blødninger ofte indenfor ældrepsykiatri, som følge af de neuropsykiatriske symptomer. Området dækker også organisk betingede psykiske sygdomme i alderdommen, fx følger efter apopleksi og hjernedegeneration, ligesom det dækker depressioner, mani, paranoide psykoser og skizofreni-lignende psykoser hos gamle mennesker.

Der er mange patienter indenfor fagområdet. Der er mange speciallæger ansat indenfor området såvel ved ældrepsykiatriske enheder som ved ambulant virksomhed.

Ældrepsykiatri kræver en særlig viden og kunnen indenfor neuropsykologi, neuroradiologi, neurofysiologi, neurologi, geriatri.



Bilag 9 - Fagområde affektive sindslidelser:

Fagområde affektive sindslidelser afgrænses på baggrund af diagnoserne i ICD 10, F 30 kapitlet.

Området er karakteriseret ved, at der er mange patienter i behandling, og at mange speciallæger er beskæftiget med behandling indenfor såvel sygehusene som ambulante psykiatri inkl. speciallægepraksis. Der er enkelte steder i landet etableret særlige enheder for behandling af affektive sindslidelser. Der er indenfor området tilstrækkeligt antal stillinger til at kompetencetilegnelse kan finde sted, og der foregår betydelig forskning og kvalitetsudvikling.

Området er kvantitetsmæssigt så stort, at en betydelig del af behandlingen foregår i almenpraksis og supervisorfunktion er en væsentlig del af fagområdet i forhold til andre specialer, almenpraksis i særdeleshed.