

Psykatri

KAG Skizofreni Outcome book

2025

RHP-KAG Skizofreni outcome book er udarbejdet af:

Bjørn H. Ebdrup

Marianne Melau

Rikke Hilker

Sophia Aaboe Mikkelsen

Mie Sisse Konradsen

KAG Skizofreni har venligst fået tilladelse til at bruge et maleri af Anna Sørensen til forside illustration. Anna Sørensen (1968) er uddannet på Kunstakademiet i København. Originalen: Maleri uden titel, er malet i 2006, Olie og akryl på lærred og måler 170 x 200 cm. Maleriet tilhører og udstilles på Holstebro Kunstmuseum, erhvervet 2006.

Indhold

1. Introduktion af Kliniske Akademiske Grupper i Region Hovedstadens Psykiatri	4
1.1. Baggrund	4
1.2. Vision	4
1.3. Organisering af Kliniske Akademiske Grupper	4
1.4. Hvad er en outcome book?	5
2. Introduktion til KAG Skizofreni	6
2.1. Baggrund for KAG Skizofreni	6
2.2. KAG Skizofreni-ledelsen	6
2.3. Vision for KAG Skizofreni	9
2.4. Organisering af KAG Skizofreni	10
2.5. Snitflader mellem KAGs i RHP	11
3. Afgrænsning af KAGens målgruppe	12
4. Kortlægning af patienter med skizofrenispektrum lidelse i RHP	13
4.1. Metode og dataindsamling	13
4.2. Ambulante patienter med en skizofrenispektrum lidelse i RHP	14
4.3. Patienter som har fået en F20.x aktionsdiagnose på et år	23
4.4. Indlagte patienter med skizofrenispektrum lidelser i RHP	24
4.5. Medicin	25
5. Udfordringer indenfor KAGens område	26
5.1. Behandling	26
5.1.1. Evidensbaseret behandling vs. individualiseret behandling. Et paradoks?	26
5.1.2. Det kliniske billede	26
5.1.3. Overdødelighed – selvmord og somatisk komorbiditet	27
5.1.4. Interne overgange mellem behandlingsenheder i RHP	27
5.2. Undervisning og kompetenceudvikling	27
5.3. Formidling og implementering af forskningsresultater i klinikken	27
6. Aktuelle behandlingstilbud til patienter med skizofreni i RHP	28
7. Temaer i skizofreniforskning i RHP	29
8. KAG Skizofreni kick-off event	30
9. Tretrinsmodellen til diagnostik og behandling	31
10. Aktuelle indsatser i KAG Skizofreni	33
10.1. Akutbehandling vs. vedligeholdelsesbehandling – alternativer til olanzapin i akutpsykiatrien	33
10.2. Basis kompetencepakke til tværfagligt personale der arbejder med patienter med skizofrenispektrum lidelser.	33
10.3. Kursuskatalog	34
11. Fremtidige indsatser i KAG Skizofreni	35
12. Referencer	36

1. Introduktion af Kliniske Akademiske Grupper i Region Hovedstadens Psykiatri

1.1. Baggrund

I Region Hovedstadens Psykiatri er der etableret fire Kliniske Akademiske Grupper (KAGs) for henholdsvis bipolar lidelse, psykoterapi, skizofreni og dobbeltdiagnose. Det centrale omdrejningspunkt for de fire KAGs er at sikre en tættere integration mellem klinik, forskning og kompetenceudvikling og at fremme en evidensbaseret behandling af høj og ensartet kvalitet.

Formålet med KAGs er, at den kliniske kvalitet løftes, og at der sikres systematisk opsamling af ny viden. Ambitionen er, at nye forskningsresultater hurtigere omsættes til klinisk praksis, ligesom forskningen bygger på erfaringer fra klinikken. Konkret skal det ske ved, at KAGs skal stå i spidsen for udarbejdelsen af kliniske standarder for behandlingen inden for KAGens område i hele Region Hovedstadens Psykiatri, ligesom KAGs skal understøtte kompetenceløft inden for KAGens faglige område.

Med henblik på at sikre et fælles udgangspunkt og et pejlemærke, som alle medarbejdere arbejder hen imod, er der formuleret en vision for KAGs.

1.2. Vision

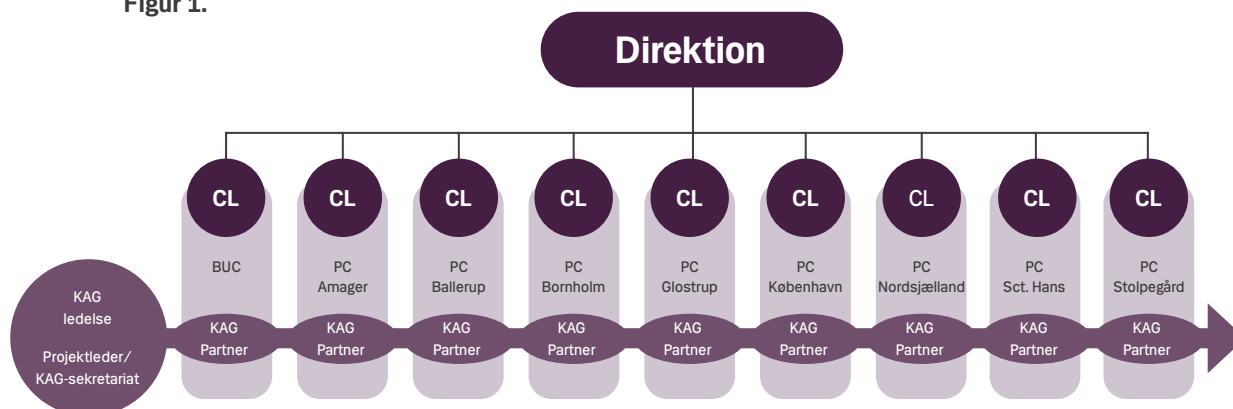
Med KAGs ønsker RHP at:

- Understøtte, at Region Hovedstadens Psykiatri tilbyder den bedste psykiatriske behandling i Danmark, der er specialiseret, af høj ensartet kvalitet og evidensbaseret, hvor vi udnytter de muligheder, der ligger i at være et specialehospital
- Samspillet mellem forskning, klinik og uddannelse bliver tættere integreret og kan berige hinanden, og tager udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken
- Drive forskning, som sætter internationale standarder inden for det psykiatriske forskningsfelt
- Opbygge endnu flere forskningsmiljøer, som er internationalt anerkendte og tiltrækker de stærkeste nationale og internationale samarbejdspartnere
- Øge den faglige stolthed blandt alle medarbejdere og skabe en klar faglig sammenhørighed på tværs af organisationen med henblik på at sikre øgede muligheder for rekruttering og fastholdelse af personale
- Alle medarbejdere til enhver tid har de nødvendige kompetencer i forhold til den tilbudte behandling

1.3. Organisering af Kliniske Akademiske Grupper

Med etableringen af KAGs er der dannet en matrixstruktur med den vertikale linjeledelse og KAG-ledelsen, som går på tværs (se figur 1). Snitfladerne i en matrixorganisation er mange, og opbygningen af konstruktive arbejdsrelationer er afgørende for at sikre engagement på tværs i organisationen.

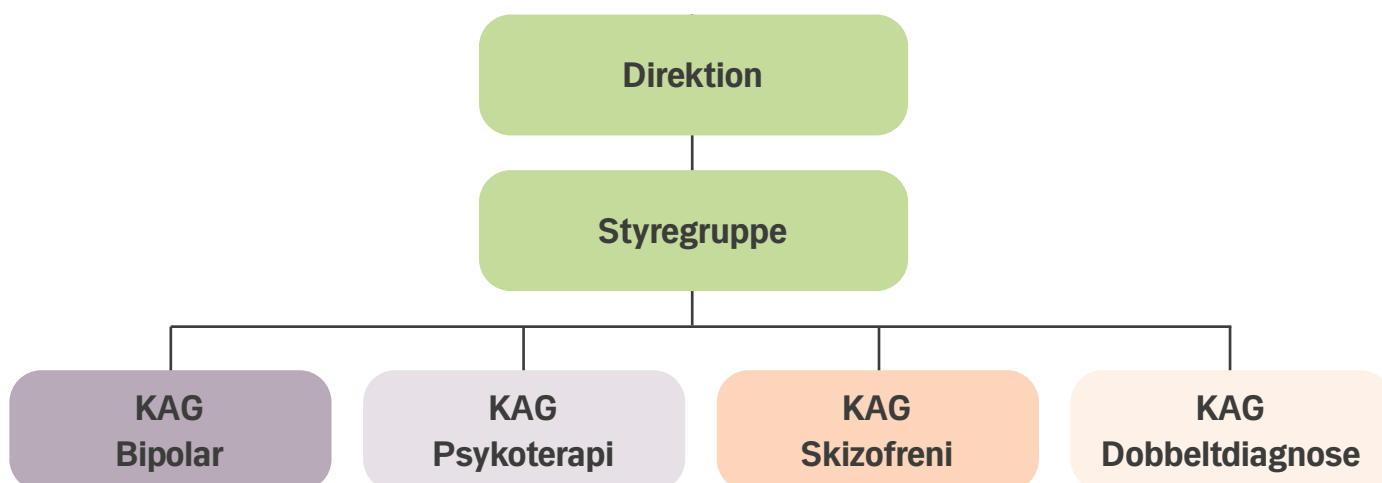
Figur 1.



For at kunne følge og understøtte arbejdet med KAGs, er der etableret en fælles ramme omkring arbejdet – se figur 2. Direktionen er overordnet ansvarlig for alle KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri. Under direktionen er der en styregruppe bestående af RHPs lægefaglige direktør, programejer, programleder og projektejerne i de fire KAGs. Betjeningen af styregruppen er forankret i Økonomi- og Organisationsafdelingen

Figur 2.

Organisering af Kliniske Akademiske Grupper i Region Hovedstadens Psykiatri



1.4. Hvad er en outcome book?

Alle KAGs udarbejder hvert år et outcome book. Bogen er den form for resultatbog, hvori KAGens mål og resultater fremlægges. I bogen præsenteres også KAGens vision, patientpopulation og udfordringer inden for KAGens område samt planlagte implementeringsindsatser.

2. Introduktion til KAG Skizofreni

2.1. Baggrund for KAG Skizofreni

KAG Skizofreni er en del af RHPs strategi for at fremme integrationen mellem klinik, forskning og kompetenceudvikling. Inspireret af de positive erfaringer med KAG Bipolar og KAG Psykoterapi og en grundig evaluering af implementeringsarbejdet, besluttede direktionen i RHP i 2022 at igangsætte og forberede to nye kliniske akademiske grupper, KAG Skizofreni og KAG Dobbeldiagnose. Ved at etablere nye KAGs på to store kliniske områder styrkes det faglige netværk yderligere på tværs af centre, hvilket bidrager til en evidensbaseret og mere ensartet behandling.

I løbet af 2023 blev der i hver af de nye KAGs etableret den tredelte KAG-ledelse, ansat en projektleder og samlet en KAG-partnergruppe på tværs af alle centre. En af de første opgaver for KAGen har været at definere visionen, kortlægge området og pege på konkrete indsatsområder.

2.2. KAG Skizofreni-ledelsen



Fra højre: Marianne Melau (KAG-leder), Bjørn H. Ebdrup (Overordnet KAG-leder), Rikke Hilker (KAG-leder), Sophia Aaboe Mikkelsen (Projektleder).

2.2. KAG Skizofreni-ledelsen



Bjørn H. Ebdrup

Overordnet leder af KAG Skizofreni. Bjørn er speciallæge i psykiatri, og ph.d. og overlæge ved Psykiatrisk Center Glostrup samt lærestolsprofessor ved Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet.

Bjørn er forskningsleder ved Center for Neuropsykiatrisk Skizofreniforskning, PCG, hvor det overordnede fokus er klinisk forskning af patienter med psykose og skizofreni. Specielt undersøges sårbarhed for psykisk sygdom, samt neurobiologien ved psykose og bivirkninger til antipsykotisk medicin. Kliniske undersøgelser omfatter kliniske forsøg med (nye) lægemidler, behandling og forebyggelse af metaboliske forstyrrelser. Undersøgelserne underbygges af grundige psykopatologiske vurderinger, kognitive tests, EEG samt billeddannende teknikker, fx MR og PET.

Bjørn har en bred forskningsportefølje og har været medforfatter til flere kliniske vejledninger, lærebogskapitler, og har stor undervisningserfaring. Bjørn har et forgrenet internationalt samarbejde, han har udgivet mere end 135 videnskabelige artikler og vejleder aktuelt mere end 10 ph.d.-studerende og post docs.

Klinisk har Bjørn arbejdet i flere forskellige enheder, som behandler patienter med skizofreni, og hovedparten af det kliniske arbejde har været i akutsykatrien. Aktuelt er Bjørn klinisk tilknyttet intensivt afsnit D3 på PCG.



Marianne Melau

Leder af KAG Skizofreni Marianne Melau, M.Sc. ph.d. og afsnitsleder i OPUS-PCK, har arbejdet med OPUS i 25 år inkl. OPUS YOUNG. Fokus har været på udvikling og forbedring af behandlingens kvalitet og effekt og gennem tiden har Marianne desuden medvirket til flere kvalitets- og udviklingsprojekter, ligesom hun har arbejdet med konsolidering af den evidensbaserede behandling af patienter med debuterende skizofreni. Mariannes indsats med at forbedre behandlingen af patienter i den tidlige sygdomsfase strækker sig over klinisk praksis, ledelse og forskning. Marianne har mere end 15 års forskningserfaring der omhandler bl.a. RCT-studierne, OPUS II og OPUS YOUNG samt et postdoc studie måling og kortlægning af fidelity (programtrofasthed) af OPUS-teams i Danmark. Senest har Marianne arbejdet som seniorforsker i Børne – og ungdomspsykiatriens forskningsenhed (BFOR) med udvikling af OPUS YOUNG protokol og etablering af det kliniske interventionsteam OPUS YOUNG. Hendes baggrund inkluderer også betydelig undervisningserfaring inden for psykometri, psykopatologi og psykosociale behandlingsmetoder samt strategisk kompetenceudvikling af tværfaglige medarbejdergrupper, med særligt fokus på, at medarbejdere har den nødvendige viden og færdigheder til at levere den bedst mulige behandling.

Marianne forbliver aktivt engageret i flere forskningsprojekter bl.a. som vejleder for ph.d.-studerende og bidrager til videnskabelige artikler og kapitler til lærebøger inden området.



Rikke Hilker

Rikke Hilker leder af KAG Skizofreni. Rikke er er speciallæge i psykiatri og ph.d. og ansat som ledende overlæge i OPUS, Psykiatrisk Center København samt som klinisk lektor i psykiatri ved Institut for Klinisk Medicin på Københavns Universitet.

Rikke har gennem et mangeårigt klinisk virke bred erfaring med behandling af patienter i hele skizofrenispektret, dette qua ansættelser på både åbne og lukkede sengeafsnit, FACT, i Enhed for kompliceret skizofreni (med regionsfunktion på området) og aktuelt i OPUS med de incidente patienter med en psykoselidelse. I enhed for kompliceret skizofreni omfattede arbejdet særligt second opinions ift. psykofarmakologisk behandling og diagnostisk afklaring af patienter med behandlingsresistent skizofreni, og regionsfunktion for gravide patienter med skizofreni, herunder psykofarmakologisk rådgivning, varetagelse af forløb, tværfagligt samarbejde med enheder for sårbare gravide.

Rikkens forskningsmæssige erfaring omfatter en ph.d. udgående fra Psykiatrisk Center Glostrup omhandlende den genetiske risiko for skizofreni baseret på danske registre samt en omfattende psykopatologisk og neuropsykiatrisk undersøgelse af danske tvillingepar med og uden skizofreni. Gennem sin ansættelse i Regionsfunktion for kompliceret skizofreni og oligofreni har hun også været tilknyttet forskningsprojekter vedr. særlig medicin nedtrapning samt identifikation af biomarkører for respons på behandling med clozapin. Rikkens særlige interesseområder er psykopatologi og diagnostik, kognitive deficits og betydning for det kliniske og psykopatologiske udtryk, sårbarhed for psykisk sygdom, tværfaglige og tværsektorielle indsatser, psykofarmakologi samt integration af forskning og klinik.

2.3. Vision for KAG Skizofreni

Vision, KAG Skizofreni

KAG Skizofreni arbejder for at alle patienter med skizofreni i Region Hovedstadens Psykiatri bliver grundigt udredt samt tilbydes evidensbaseret, integreret og individualiseret behandling.

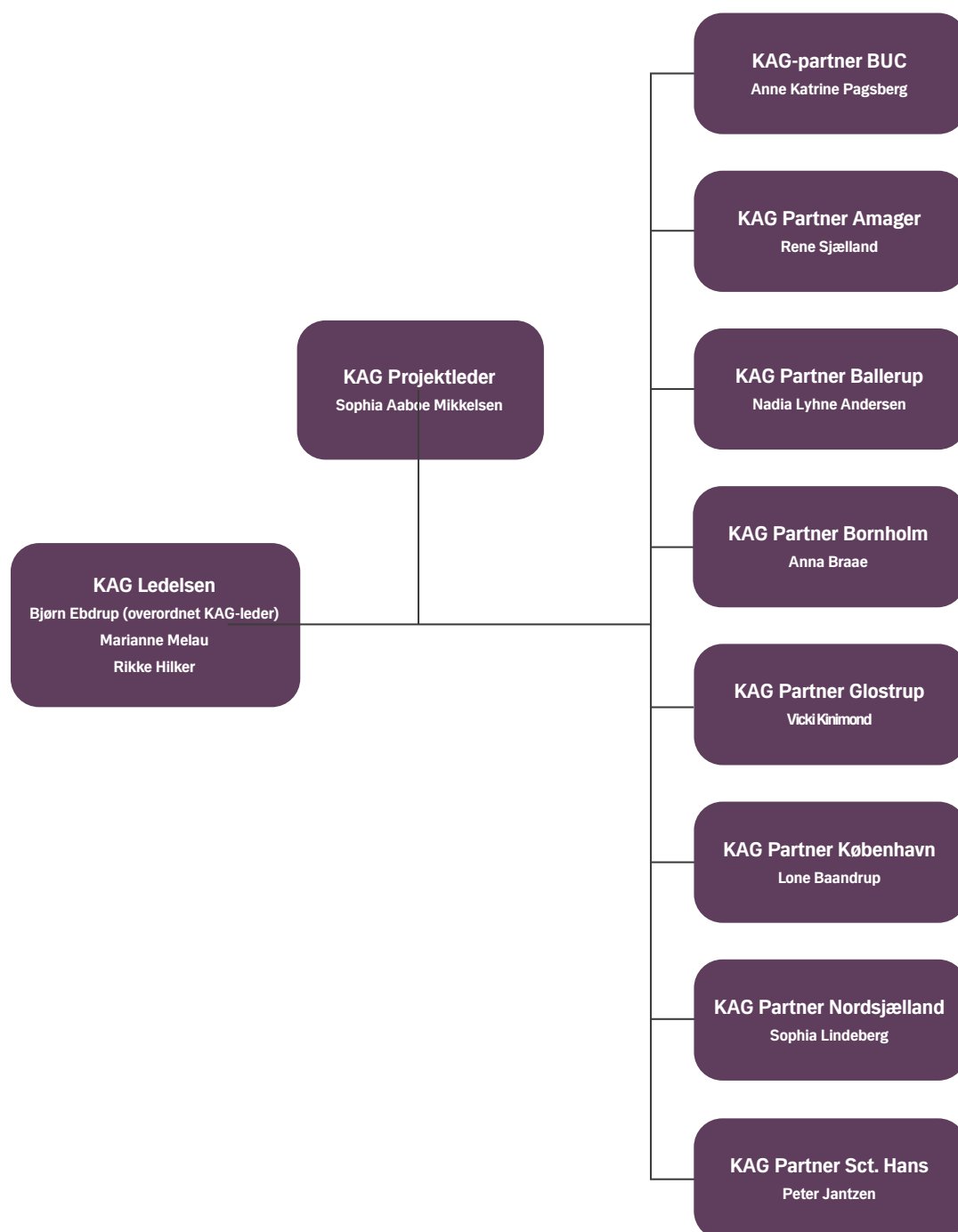
KAG Skizofreni illustreret i **Figur 3**.



Figur 3. KAG Skizofreni arbejder tematisk med skizofreni på tværs af centre i RHP, frem for at fokusere indsatsen i én lokal organisatorisk enhed. Det giver unik mulighed for at sætte retningen for skizofrenibehandlingens mange aspekter i hele Region Hovedstadens Psykiatri.

2.4. Organisering af KAG Skizofreni

Organisering af KAG Skizofreni illustreret i **figur 4**.



Figur 4. Organogram, KAG Skizofreni

2.5. Snitflader mellem KAGs i RHP

KAG Skizofreni er den tredje KAG ud af foreløbig fire KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri.

Fælles for alle KAGs er at de bevæger sig på tværs af organisatoriske søjleenheder i Region Hovedstadens Psykiatri. Dette unikke fællestræk giver grobund for et tæt samarbejde til vidensdeling og erfaringsudveksling.

KAG Skizofreni har naturlige snitflader til de andre KAGs. F.eks. er rusmiddelforbrug hos patienter med skizofreni er hyppigt forekommende, hvilket giver et overlap med KAG Dobbelt diagnose. Ligeledes kan patienter i med skizoaffektiv diagnose have visse overlap i forhold til kompetencer i KAG Bipolar. Samarbejde og erfaringsudveksling med KAG Psykoterapi er oplagt i forhold til kompetenceudvikling af medarbejdere og psykoteraeutisk tilbud til patienter med skizofreni.

For at sikre sammenhæng og klarhed over udvikling og implementering af nye KAG indsatser, bliver overlappende elementer og tiltag løbende diskuteret og koordineret ved regelmæssige KAG Styregruppemøder.

3. Afgrænsning af KAGens målgruppe

KAG Skizofreni dækker alle diagnosegrupper under F2 kapitlet i WHO's ICD-10 klassificerings-system. Kernegruppen er patienter med diagnosen skizofreni, F20.x. Dataindsamling og indsatser beskriver også hele spektret af lidelser indenfor skizofrenispektret, F2.x.

4. Kortlægning af patienter med skizofrenispektrum lidelse i RHP

Afsnittet indeholder en kortlægning af patienter med skizofrenispektrum lidelser, der har haft en kontakt med Region Hovedstadens Psykiatri på et år. Formålet med denne første outcome book fra KAG Skizofreni er at skabe et overblik over KAGens målgruppe. Kortlægningen vil fungere som en baseline for KAGens arbejde.

Afsnittet er opbygget på følgende måde: Indledningsvist beskrives dataindsamling og data-behandling, samt de begrænsninger der kan være i data. Herefter følger en kortlægning af ambulante patienter, herunder sociodemografiske data. Dernæst redegøres for diagnosticerede patienter, efterfulgt af en opgørelse over indlagte patienter. Afslutningsvist præsenteres medicindata.

4.1. Metode og dataindsamling

Sektion for Data og Analyse på Kristineberg har i samarbejde med KAGen udtrukket data i Sundhedsplatformen og lavet den primære databehandling.

Data er trukket for perioden 1. oktober 2022 til 30. september 2023, hvormed et kalenderår er afdækket. Kortlægningen skal ses som et øjebliksbillede af patienter med en skizofrenispektrum lidelse i RHP og kan give indicier på lokale forskelle mellem de psykiatriske centre i regionen.

Når der i de efterfølgende afsnit refereres til hele populationen eller patienter med en skizofrenispektrum lidelse i RHP, tales der om patienter som i perioden har haft en kontakt med RHP, hvor aktionsdiagnosen har været F2.x (F20-F29), medmindre andet er angivet. Der er dermed ikke tale om hele den prævalente population, da der kan være patienter der ikke har haft en kontakt med RHP i den valgte periode, men stadig har en af de førnævnte diagnoser.

- **Ambulante patienter** opgøres ved at patienten har haft en afsluttet ambulant behandlingskontakt i opgørelsesperioden. Datoen 30/09/2023 er sat fiktivt for aftaler, som ikke er afsluttet på tidspunktet for dataudtræk.
- **Indlagte patienter** opgøres ved at patienten har haft en afsluttet behandlingskontakt på over 12 timer, jævnfør Sundhedsdatastyrelsens definition. Datoen 30/09/2023 er sat fiktivt for aftaler, som ikke er afsluttet på tidspunktet for dataudtræk.
- **Diagnosticerede patienter** opgøres ved at patienten har fået tildelt en F20.x diagnose i perioden.
- **Medicin** opgøres månedligt, ved at patienten har en aktiv ordination på antipsykotika og hvis seneste behandlingskontakt inden opgørelsen var med aktionsdiagnosen F2.x.

Aktionsdiagnoser gives ved ambulante besøg, samt indlæggelser og referer til den diagnose der er den primære grund til kontakten. Ved data omhandlende medicin gives ikke en direkte diagnose. Her defineres patienter med en skizofrenispektrum lidelse, hvis deres seneste behandlingskontakt med RHP har udløst aktionsdiagnosen F2.x.

Data er opgjort på forskellige måder alt efter hvad kildedata har muliggjort og tal kan dermed ikke summeres eller sammenlignes på tværs af de forskellige figurer og tabeller. Ved behov, er metoden uddybet under hvert afsnit. Desuden skal det bemærkes at data kan være underlagt rettelser og efterregistreringer, samt kan differentiere ud fra metode og udtræksdato, hvorfor de følgende data kan derfor afvige fra andre opgørelser.

4.2 Ambulante patienter med skizofrenispektrum lidelse i RHP

I alt har 9.865 patienter haft en ambulant kontakt med aktionsdiagnosen F2.x i RHP i perioden.

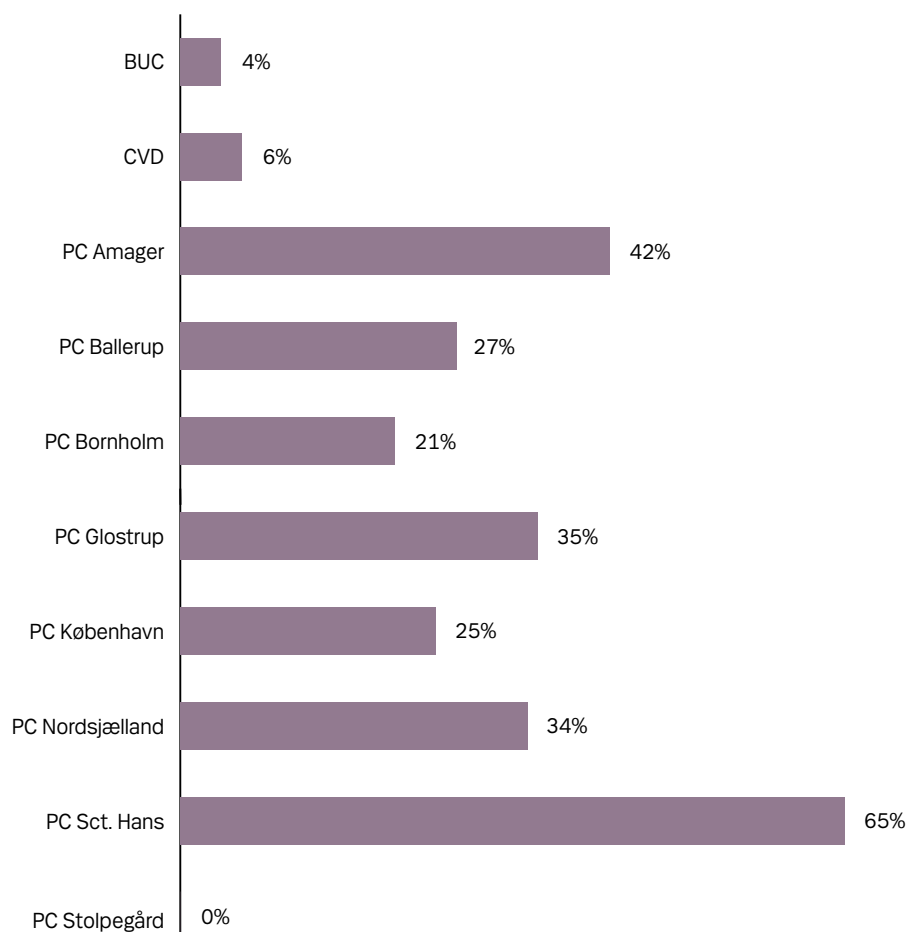
Tabel 1 og **Figur 5** viser andelen af ambulante patienter med skizofrenispektrum lidelse ud af det samlede antal ambulante patienter på de enkelte centre. Data er opgjort per center, hvilket gør at totalen er højere, da en patient kan optræde ved flere forskellige centre.

Tabel 1 Ambulante F2.x patienter sammenlignet med ambulante patienter i RHP

Psykiatrisk Center	Antal ambulante psykiatriske patienter i RHP	Antal ambulante F2.x patienter (%)
Børne -og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC)	11.945	466 (4%)
Center for Visitation og Diagnostik (CVD)	3.551	209 (6%)
Psykiatrisk Center Amager (PC Amager)	4.143	1.743 (42%)
Psykiatrisk Center Ballerup (PC Ballerup)	5.540	1.512 (27%)
Psykiatrisk Center Bornholm (PC Bornholm)	812	170 (21%)
Psykiatrisk Center Glostrup(PC Glostrup)	6.240	2.192 (35%)
Psykiatrisk Center København (PC København)	10.919	2.690 (25%)
Psykiatrisk Center Nordsjælland (PC Nordsjælland)	4.423	1.495 (34%)
Psykiatrisk Center Sct. Hans (PC Sct. Hans)	372	242 (65%)
Psykiatrisk Center Stolpegård (PC Stolpegård)	1.140	1 (0%)
Total	49.085	10.720 (22%)

Tabel note: Populationen er defineret ved antal unikke patienter med en F2.x aktionsdiagnose, som har haft ambulant tilknytning til RHP i perioden 01.10.2022 – 30.09.2023.

Omtrent hver femte ambulante patient i RHP har haft en ambulant kontakt under en skizofrenispektrum lidelse.

Figur 5. Ambulante F2.x patienter sammenlignet med ambulante patienter i RHP

Figur note: Populationen er defineret ved antal unikke patienter med en F2.x aktionsdiagnose, som har haft ambulant tilknytning til RHP i perioden 01.10.2022 – 30.09.2023.

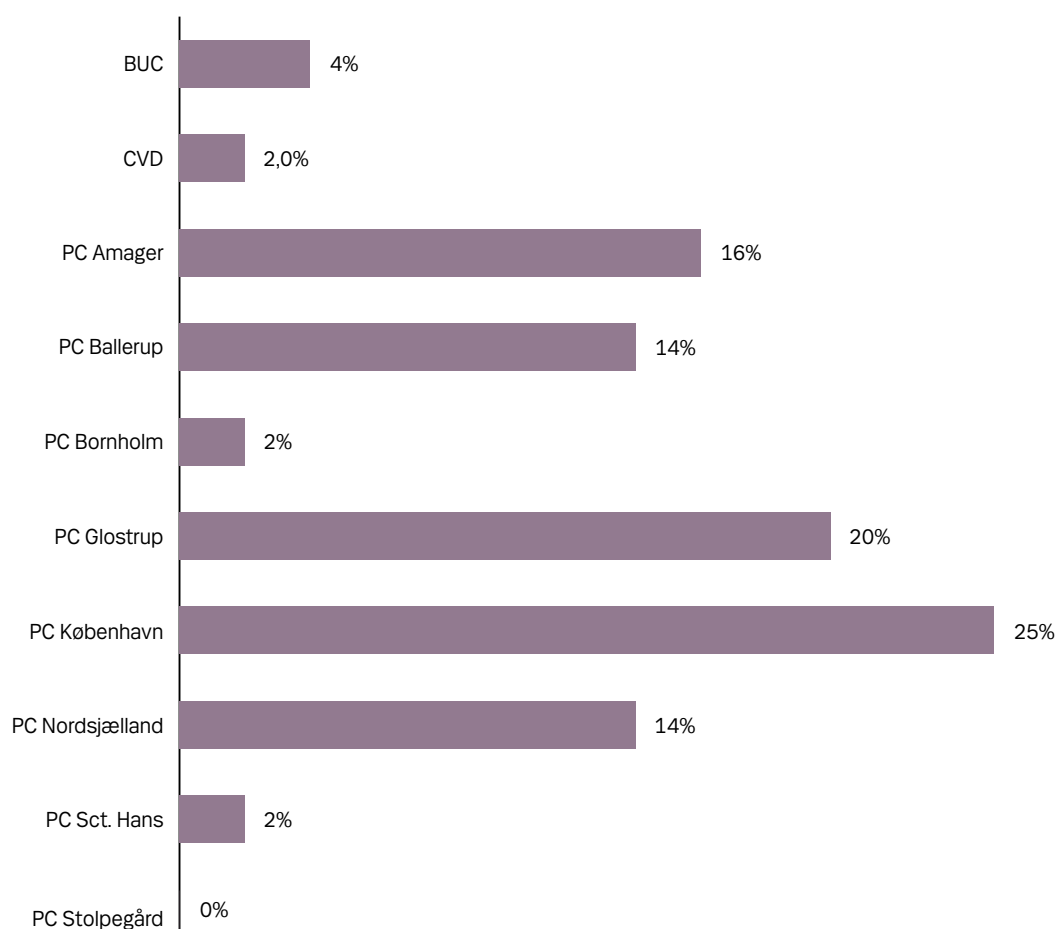
På PC Sct. Hans udgør ambulante patienter med en lidelse indenfor skizofrenispektret 65% af centrets samlede antal ambulante psykiatriske patienter. Sct. Hans har specialfunktionen for patienter med en psykiatrisk lidelse og svært behandlelig rusmiddelproblematik (dobbeltdiagnose) samt regionsfunktion for retspsykiatri i RHP.

Tabel 2 og **Figur 6** viser fordelingen af de ambulante patienter med en skizofrenispektrum lidelse i RHP fordelt på center.

Tabel 2 Ambulante F2.x patienter

Psykiatrisk Center	Antal (procentvis andel)
BUC	466 (4%)
CVD	209 (2%)
PC Amager	1.743 (16%)
PC Ballerup	1.512 (14%)
PC Bornholm	170 (2%)
PC Glostrup	2.192 (20%)
PC København	2.690 (25%)
PC Nordsjælland	1.495 (14%)
PC Sct. Hans	242 (2%)
PC Stolpegård	1 (0%)
Total	10.720 (100%)

Tabel note: Populationen er defineret ved antal unikke patienter med en F2.x aktionsdiagnose, som har haft ambulant tilknytning til RHP i perioden 01.10.2022 – 30.09.2023.

Figur 6 Ambulante F2.x patienter

Figur note: Populationen er defineret ved antal unikke patienter med en F2.x aktionsdiagnose, som har haft ambulant tilknytning til RHP i perioden 01.10.2022 – 30.09.2023.

Fordelingen af de ambulante patienter med en skizofrenispektrum lidelse i RHP afspejler generelt størrelsen på centrenes optageområder.

De følgende afsnit redegør for de sociodemografiske faktorer for de ambulante F2.x patienter. Sociodemografiske faktorer er opgjort ved patientens første behandlingskontakt i den udvalgte periode. Der er ikke fuld dækningsgrad på disse data, hvorfor nedenstående population dækker mellem 10.477 og 10.488 unikke patienter.

Tabel 3 viser andelen af voksne patienter med en lidelse i skizofrenispektret ud af det samlede antal personer over 18 år i optageområdet.

Tabel 3: F2.x patienter i forhold til optageområde

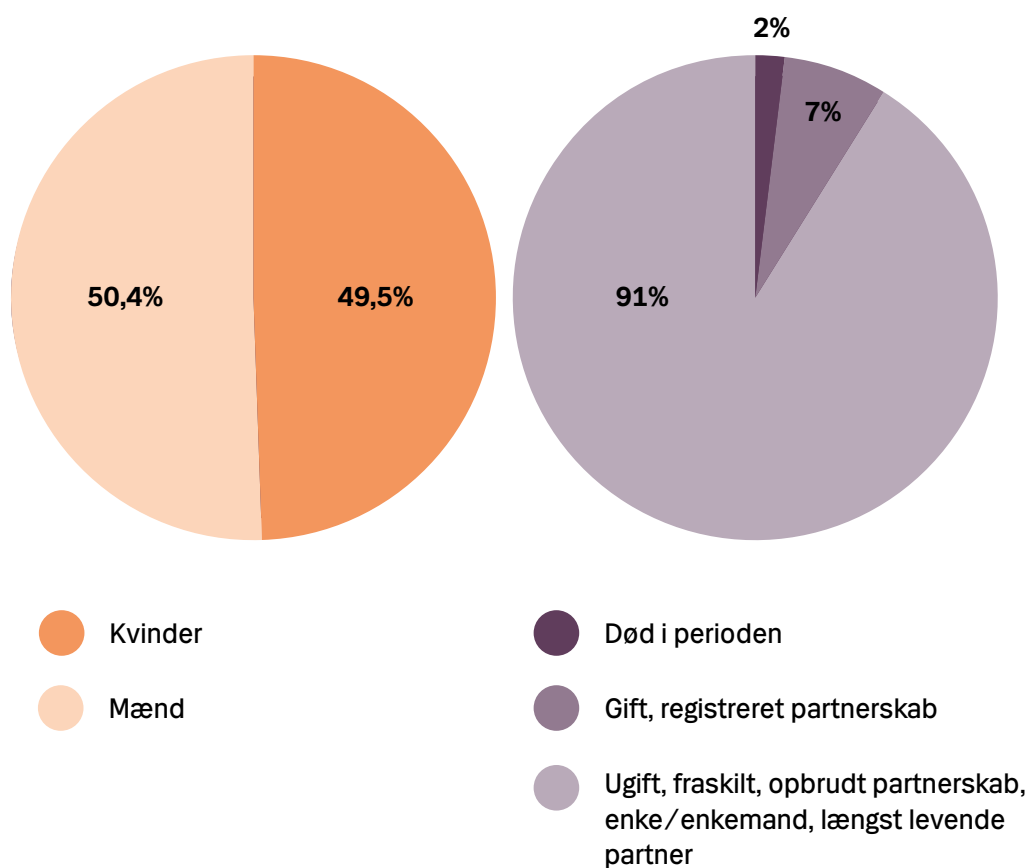
Psykiatrisk Center	Størrelse på optageområde	Antal ambulante F2.x patienter (%)
PC Amager	235.482	1.687 (0,7%)
PC Ballerup	288.829	1.350 (0,5%)
PC Bornholm	33.002	167 (0,5%)
PC Glostrup	275.973	2.004 (0,7%)
PC København	383.960	2.552 (0,7%)
PC Nordsjælland	308.826	1.414 (0,5%)
Total	1.526.072	9.174 (0,6%)

Tabel note: Størrelse på optageområde er defineret ved antal borgere over 18 år med registreret bopælsadresse i optageområdet. Befolkningsdata er trukket på kommuneniveau fra Danmarks Statistik og efterfølgende inddelt i optageområder iht. RHP's inddeling af optageområdet for voksenpsykiatriske centre: <https://www.psykiatregionh.dk/centre-og-social-tilbud/Optageomraader/Sider/default.aspx> CVD, BUC, PC Sct. Hans og PC Stolegård indgår ikke, da centrene optager patienter på tværs af optageområder.

0,6% ud af det samlede antal personer over 18 år i RHP's optageområde har modtaget ambulant behandling for en skizofrenispektrum lidelse i perioden.

Figur 7 viser kønsfordeling og civilstand for ambulante patienter med en skizofrenispektrum lidelse i RHP

Figur 7: Kønsfordeling og civilstand



Figur note: Populationen er defineret ved antal unikke patienter med en F2.x aktionsdiagnose, som har haft ambulant tilknytning til RHP i perioden 01.10.2022 – 30.09.2023 og som har registrerede sociodemografiske data. Køn er opgjort som det juridiske køn ved den første behandlingskontakt i perioden. Variablene gift og registreret partnerskab er samlet, da de afspejler at personen er gift. Variablene ugift, fraskilt, opbrudt partnerskab, enke/enkemand og længst levende partner er samlet, da de afspejler at personen ikke er gift.

Der er omtrent lige fordeling af kvinder og mænd med skizofrenispektrum lidelse i RHP.
Færre end 10% er gift eller i et registreret partnerskab.

Tabel 4 viser gennemsnitsalder og medianalder for ambulante patienter med skizofrenispektrum lidelser i RHP.

Tabel 4: Alder

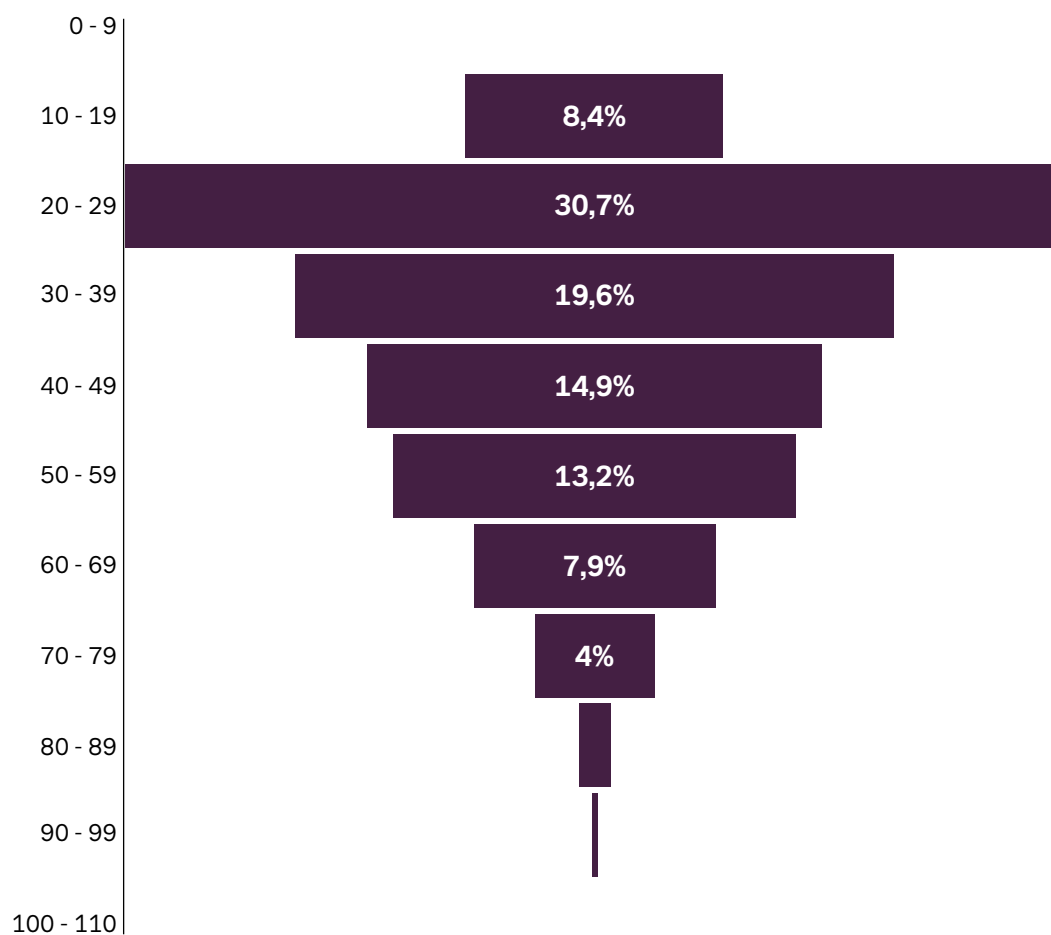
Psykiatrisk Center	Gennemsnitsalder	Medianalder
BUC	16,2	16
CVD	23,4	21
PC Amager	36,4	33
PC Ballerup	36,5	32
PC Bornholm	40,9	37
PC Glostrup	35,5	31
PC København	38,9	34
PC Nordsjælland	36,9	31
PC Sct. Hans	41,2	41
Total	36,4	32

Tabel note: Populationen er defineret ved antal unikke patienter med en F2.x aktionsdiagnose, som har haft ambulant tilknytning til RHP i perioden 01.10.2022 – 30.09.2023 og som har registrerede socio-demografiske data.

Patienter med skizofrenispektrum lidelse med tilknytning til RHP er i gennemsnit i midten af 30'erne.

Figur 8 viser aldersfordelingen i årtier af ambulante patienter med skizofrenispektrum lidelse i RHP.

Figur 8: Aldersfordeling



Figur note: Populationen er defineret ved antal unikke patienter med en F2.x aktionsdiagnose, som har haft ambulant tilknytning til RHP i perioden 01.10.2022 – 30.09.2023 og som har registrerede sociodemografiske data. Aldersfordeling vises i dekader.

Omtrent 60% af patienterne med en skizofrenispektrum lidelse i RHP er under 40 år.

4.3. Patienter som har fået en F20.x aktionsdiagnose på et år

Tabel 5 viser antallet af patienter i RHP, som har fået tildelt en F20.x aktionsdiagnose i Sundhedsplatformen på et år.

Tabel 5 Patienter som har fået en F20.x diagnose på et år

Diagnose	Antal
F20.x	756

Tabel note: Populationen er defineret ved antal unikke patienter i RHP der har fået tildelt en F20.x diagnose i perioden 01.10.2022 – 30.09.2023

756 patienter har fået en F20.x diagnose på et år i RHP.

4.4 Indlagte patienter med skizofrenispektrum lidelse i RHP

Afsnittet omhandler indlagte patienter. Diagnosen er opgjort ved den aktionsdiagnose der gives ved indlæggelsens tilhørende behandlingskontakt. En indlæggelse uden defineret sluttidspunkt er sat til 30.09.2023, som betyder at eventuelt ikke-afsluttede indlæggelser har fået en kortere indlæggelsesvarighed end der har været i praksis. Desuden gøres opmærksom på at indlæggelsen tæller for én sammenhængende indlæggelse, trods skifte af overafdeling, indenfor samme indlæggelse.

Tabel 6 viser antallet af indlæggelser og sengedage for patienter med en skizofrenispektrum lidelse i RHP. Tabellen er opgjort per center og er angivet ved procentvis andel ud af den totale sum.

Tabel 6 viser antal indlæggelser og sengedage for patienter med en skizofrenispektrum lidelse i RHP

Psykiatrisk Center	Antal indlæggelser (%)	Antal sengedage	Gns. varighed per indlæggelse i dage	Unikke antal patienter (%)	Gns. antal indlæggelser per patient
BUC	178 (2,5%)	4.153	23,3	103 (0,3%)	1,7
PC Amager	1.399 (19,9%)	26.049	18,6	672 (19,6%)	2,1
PC Ballerup	1.075 (15,3%)	23.897	22,2	503 (14,6%)	2,1
PC Bornholm	107 (1,5%)	2.001	18,7	52 (1,5%)	2,1
PC Glostrup	1.265 (18,0%)	32.026	25,3	596 (17,3%)	2,1
PC København	1.683 (23,9%)	43.841	26,0	864 (25,1%)	1,9
PC Nordsjælland	1.137 (16,2%)	27.455	24,1	539 (15,7%)	2,1
PC Sct. Hans	190 (2,7%)	14.693	77,3	108 (3,1%)	1,8
Total	7.034 (100%)	174.116	24,8	3.437 (100%)	2,0

Tabel note: En indlæggelse defineres som et tidsmæssigt sammenhængende ophold på et eller flere sygehuse (bestående af et eller flere fysiske fremmøder) og med en samlet varighed på 12 timer og derover (Sundhedsstyrelsen, 2021). Populationen er defineret ved antal unikke patienter med en F2.x aktionsdiagnose, som har været indlagt i RHP i perioden 01.10.2022 – 30.09.2023.

3.437 unikke patienter med en skizofrenispektrum lidelse har været indlagt i perioden. Disse patienter har i gennemsnit haft to indlæggelser på et år. Den gennemsnitlige varighed per indlæggelse er omkring 25 dage.

4.5. Medicin

Populationen består af ambulante patienter der har haft en aktiv ordination på antipsykotika (AP), og har haft en F2.x aktionsdiagnose ved seneste behandlingskontakt før hver månedlig opgørelse. I alt udgør populationen 8.704 patienter, som har været i antipsykotisk behandling.

Den antipsykotiske behandling er opgjort i følgende grupper:

1. **AP** angiver antal af unikke patienter der på minimum ét tidspunkt i perioden har haft en aktiv ordination på ét antipsykotikum (fast eller PN) og uden benzodiazepiner.
2. **AP poly** angiver antal af unikke patienter der på minimum ét tidspunkt i perioden har haft en aktiv ordination på mere end et antipsykotikum (Poly).
3. **AP + BZD (PN)** angiver antal af unikke patienter der på minimum ét tidspunkt i perioden har haft en aktiv ordination på både antipsykotika og benzodiazepiner (Kombi).
4. **AP + BZD (fast)** angiver antal af unikke patienter der på minimum ét tidspunkt i perioden har haft en aktiv ordination på både antipsykotika og benzodiazepiner uden PN (Kombi).

Grupperne er ikke gensidigt udelukkende, hvilket betyder at en patient kan optræde i flere grupper. Data kan dermed ikke summeres på tværs af behandlingsgrupper eller centre.

Tabel 7 viser antallet af patienter der minimum én gang i perioden har haft en aktiv ordination på den pågældende antipsykotiske behandling.

Tabel 7: antal unikke patienter der minimum én gang i perioden har fået den pågældende antipsykotiske behandling

Behandling	Antal unikke patienter	Procent af den samlede population
AP	6.142	71%
AP poly	1.826	21%
AP + BZD (PN)	2.389	27%
AP + BZD (fast)	950	11%

Tabel note: Populationen er defineret ved antal unikke ambulante patienter med en registreret F2.x aktionsdiagnose, som er i antipsykotisk behandling i perioden 01.10.2022 – 30.09.2023. Grupperne er ikke gensidigt udelukkende

Mere end to tredjedele af patienter med skizofrenispektrum lidelse i RHP har i perioden fået ordineret kun ét antipsykotikum og ingen benzodiazepiner (71%). 11% har været i kombinationsbehandling med fast benzodiazepin minimum én gang i perioden.

5. Udfordringer indenfor KAGens område

I afsnittet belyses en række udfordringer indenfor KAG Skizofrenis område.

5.1. Behandling

5.1.1. Evidensbaseret behandling vs. individualiseret behandling. Et paradoks?

God patientbehandling hviler på to overordnede principper:

- En behandling bør være evidensbaseret og af høj ensartet kvalitet.
- En behandling bør være fleksibel og individualiseret.

Det er vigtigt at have in mente, at for komplekse lidelser som skizofreni er symptomerne mangeartede, og derfor dækker god behandling også at individets oplevede vanskeligheder tilgodeses i behandlingen, samtidig med at overordnede retningslinjer følges.

5.1.2. Det kliniske billede

Skizofreni dækker over et heterogent sygdomsbillede og varierende prognose. Symptomdomænerne som ses ved skizofreni, er positive og negative symptomer, desorganisering, motoriske forstyrrelser, affektive symptomer, kognitive forstyrrelser, forstyrrelser af selv-oplevelsen og påvirket social funktion. Hos den enkelte patient kan de forskellige symptomer være til stede i varierende grad.*

Det er en udfordring, at antipsykotisk medicin fortrinsvis dæmper de positive symptomer, mens flere af de andre symptomdomæner typisk er uændrede af behandlingen, og faktisk kan nogle af dem forværres ved for intensiv medicinsk behandling. Symptomdomæner er derfor af stor betydning for patientens livskvalitet og prognose.

Langtidsprognosen med en skizofrenispektrum lidelse er helt overordnet:

- Omtrent to tredjedele af patienter med skizofrenispektrum lidelser har et episodisk sygdomsforløb med varierende grader af symptomer. Blandt disse opnår en femtedel klinisk recovery.
- En tredjedel af patienter med skizofrenispektrum lidelser har et mere kronisk forløb med vedvarende symptomer og behov for gentagne indlæggelser.**

I yderste konsekvens kan skizofreni lede til hjemløshed og det er velkendt at der blandt hjemløse er en overrepræsentation af mennesker med skizofreni.***

* Tandon et al., 2014

** Starzer et al., 2023, Molstrom et al., 2022

*** Nilsson et al., 2023 & Benjaminsen, 2023

5.1.3. Overdødelighed – selvmord og somatisk komorbiditet

Patienter med skizofreni lever i gennemsnit 15-20 år kortere end gennemsnitsbefolkningen i Danmark. Overdødeligheden kan i en vis grad forklares ved højere selvmordsrate hos patienter med skizofreni, men langt størstedelen kan forklares ved somatisk komorbiditet. Årsagerne til den somatiske komorbiditet er kompleks og omfatter både biologiske og genetiske faktorer, samt modificerbare livsstilsfaktorer som kost, rygning og motion.

Endelig er alle antipsykotiske præparater, men især -pin'erne (quetiapin, olanzapin og clozapin) forbundet med stor risiko for udvikling af overvægt, type-2 diabetes og dyslipidæmi.

5.1.4. Interne overgange mellem behandlingsenheder i RHP

Der er velkendte udfordringer i overgangene mellem behandlingsenhederne i Region Hovedstadens Psykiatri.

Tre overordnede overgange i RHP er:

- Børne -og ungdomspsykiatri → Voksenpsykiatri → Ældrepsykiatri
- Intensivafsnit ↔ Åbenafsnit ↔ Ambulant enhed
- Ambulant enhed ↔ Ambulant enhed

I overgangene mellem behandlingsenheder i RHP kan patienter med skizofrenispektrum lidelser opleve forværring af deres tilstand og behandlingsophør. Konsekvenserne heraf er selvsagt alvorlige. I alleryderste konsekvens kan ubehandlet psykose lede til personfarlig kriminalitet.

5.2. Undervisning og kompetenceudvikling

I RHP efterspørges mere klinisk undervisning i diagnosticering og behandling af patienter med skizofrenispektrum lidelser. Kompetenceudvikling er relevant for alle faggrupper og behandlingsenheder, som beskæftiger sig med patienter med F2.x lidelser.

5.3. Formidling og implementering af forskningsresultater i klinikken

Nye forskningsresultater på KAGens område formidles og implementeres på nuværende tidspunkt ikke struktureret i klinikken og ofte med betydelig forsinkelse. Derfor er der behov at formidle og applicere ny forskning hurtigere i den kliniske hverdag.

6. Aktuelle behandlingstilbud til patienter med skizofrenispektrum lidelse i RHP

I RHP tilbydes behandling under indlæggelse samt ambulant behandling til incidenter patienter fx OPUS og prævalente patienter fx F-ACT. Desuden tilbydes behandling i specialiserede teams fx enhed for kompliceret skizofreni, gadeplansteam og retspsykiatrisk ambulatorium m.fl.

7. Temaer i skizofreniforskning i RHP

Temaer indenfor skizofreniforskning i RHP:

- Psykopatologi
- Neurobiologi
- Somatisk Komorbiditet
- Interventionsforskning
 - Medikamentel
 - Psykosocial
- Registerforskning
- Recoveryforskning
- (Præklinisk forskning)

8. KAG Skizofreni kick-off event

KAG Skizofreni afholdte i november 2023 et kick-off event for KAG-partnere og repræsentanter fra alle centre i RHP.

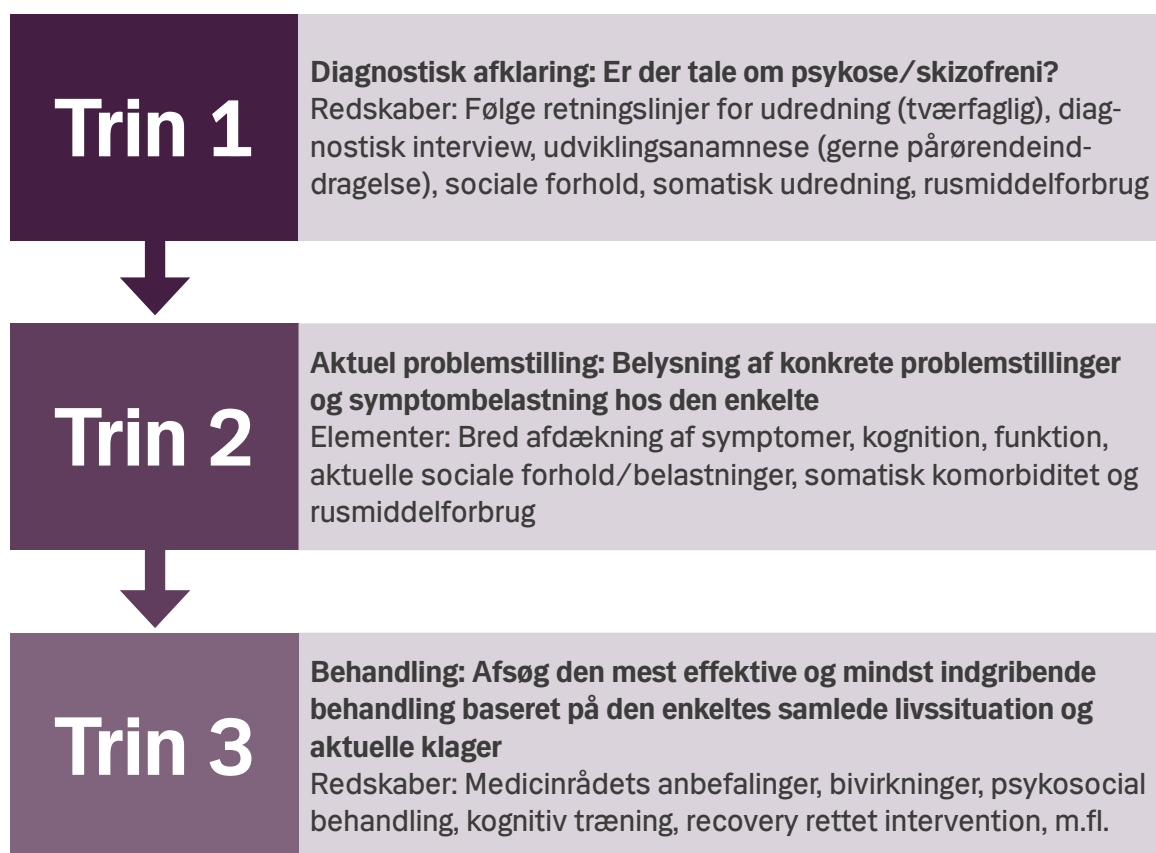
Overordnede temaer:

- Fokus på effekt af antipsykotisk behandling i forhold til bivirkninger.
- Fokus på somatisk komorbiditet i psykiatrien
- Fokus på overgangen mellem sektorer og interne behandlingsenheder i RHP
- Indtænke pårørende og patientinvolvering i udarbejdelsen af indsatser
- Skabe overblik over nationale retningslinjer og anbefalinger på skizofreniområdet, og bidrage til opfølgning af eksisterende retningslinjer.
- Kortlægning af eksisterende kompetenceudvikling på skizofreniområdet i RHP
- Sikre kompetenceudvikling på skizofreniområdet og definere grundlæggende kompetencer til behandling af skizofrenispektrum lidelser.

9. Tretrinsmodellen til diagnostik og behandling

KAG Skizofreni har udarbejdet en tretrinsmodel for diagnostik og behandling. Modellen afspejler KAGens tilgang til diagnosticering og behandling af patienter med skizofrenispektrum lidelse. Modellen kan anvendes i den daglige praksis.

Figur 9. De 3 trin til diagnostik og behandling



Trin 1: Diagnostisk afklaring: Er der mistanke om psykose/skizofreni?

- For at kunne afklare dette skal der forelægge en grundig psykosocial og udviklingsmæssig anamnese kombineret med diagnostisk interview f.eks. med PSE i henhold til gældende retningslinjer (krav til udredning er beskrevet både i DMPG-retningslinjen om skizofreni og andre primære psykoselidelser fra 2023, i Den nationale skizofrenidatabase under regionernes kvalitets udviklingsprogrammer, RKKP, samt i Sundhedsstyrelsens nylige forløbsbeskrivelser fra 2024, der omfatter anbefalinger til indsatser på tværs af sektorer dækkende både incidente og prævalente patienter med skizofreni). Krav til udredning omfatter også tilstrækkelig somatisk udredning (blodprøver, evt. MR-scanning, neurologisk undersøgelse og screening for rusmiddelforbrug, med henblik på at udelukke oplagt organisk årsag). Information fra pårørende og gennemlæsning af evt. tidligere journal hører også til udredningen.
- Det er væsentligt at skizofreni-diagnosen baseres på det globale billede af patientens symptomer i kombination med den psykosociale anamnese og øvrige information.

Trin 2: Aktuell problemstilling: Belysning af konkrete problemstillinger og symptombelastning hos den enkelte

- Hvilke symptomer er mest generende for patienten og/eller omgivelserne? Er der kognitive vanskeligheder? Hvordan er funktionsniveauet, har det været faldende? Er der særlige sociale aktuelle omstændigheder/belastninger eller somatisk komorbiditet? Er der et rusmiddelforbrug?

Trin 3: Behandling: Afsøg den mest effektive og mindst indgribende behandling baseret på den enkeltes samlede livssituation og aktuelle klager

- I udarbejdelsen af plan for behandling vurderes det, hvori den mest effektive, mindst indgribende behandling består. Her inddrages Medicinrådets anbefalinger, herunder afvejning af forventet effekt og potentielle bivirkninger (afsøg erfaringer fra tidligere medicinsk behandling og tilpas aktuelle medicinske tiltag herefter, både ift. effekt og bivirkninger), psykosociale behandling/indsats omfattende både støttende/terapeutiske samtaler, psykoedukation, inddragelse af netværk mm, med et generelt recovery orienteret sigte.

10. Aktuelle indsatser i KAG Skizofreni

10.1. Akutbehandling vs. vedligeholdelsesbehandling – alternativer til olanzapin i akutpsykiatrien

Mål:

At reducere vægtøgning og ledsagende metaboliske forstyrrelser hos patienter med skizofrenispektrum lidelse. Alle antipsykotika kan give anledning til metaboliske bivirkninger, men især 'pinerne (olanzapin, quetiapin og clozapin) giver risiko for vægtøgning.

Konkret fokuserer indsatsen på at reducere brugen af olanzapin (og quetiapin) som rutinemæssigt førstevalg ved akutte psykotiske tilstande.

Indhold:

- Dialog og case-baseret kompetenceudvikling til læger og tværfagligt personale – primært i akutpsykiatrien.
- At udbrede alternative operationelle strategier for brugen af olanzapin i akutpsykiatrien
- At formidle arbejdsgange for medicinskifte i overgangen mellem akutbehandlingen og til vedligeholdelsesbehandlingen i de tilfælde hvor olanzapin anvendes

Samarbejde med Klinisk Farmaci: KAG Skizofreni har indgået et samarbejde med Klinisk Farmaci om at farmaceuter på de enkelte psykiatriske centre understøtter KAGens arbejde.

Farmaceuter kan som anerkendt ressource bidrage til at opgradere kvaliteten af den farmakologiske behandling. Farmaceuternes tilstedeværelse ud på afsnittende er med til at bringe de faglige drøftelser helt ud i den daglige kliniske praksis.

Status:

KAG Skizofreni har holdt oplæg og dialogmøder om emnet i flere fora i RHP. KAG Skizofreni har indgået et samarbejde med Klinisk Farmaci om hjælp til kompetenceudvikling af læger og tværfagligt personale primært i akutsøjlen.

Implikation for de enkelte centre:

Indsatsen vil kræve en løbende opmærksomhed og dialog mellem læger og tværfaglige personale-grupper i akutsøjlen. Selve ændringen i arbejdsgangen i den akutte behandling vil ikke kræve øget tidsforbrug og ressourceforbrug for de enkelte centre. KAG Skizofreni vil løbende følge op på indsatsen.

Planer for 2025:

Fortsætte implementering på centrene. Opfølgning på om brugen af olanzapin i akutpsykiatrien er reduceret i forhold til baseline data.

10.2. Basis kompetencepakke til tværfagligt personale der arbejder med patienter med skizofrenispektrum lidelser.

Mål:

At udbyde en basis kompetencepakke til tværfagligt personale. Initialt målrettet kontaktpersoner i ambulante enheder, og på sigt personale på sengeafsnit.

Indhold:

Kompetencepakken vil bestå af individuelle kurser og uddannelser, som giver medarbejdere grundlæggende kompetencer i at arbejde med patienter med skizofrenispektrum lidelse.

Basiskompetencepakken vil som udgangspunkt bestå af kurser indenfor følgende områder:

- Kognitiv adfærdsterapi til psykose
- Psykopatologi
- Psykoedukation
- Pårørendesamarbejde

Status:

Tværfaglig grunduddannelse i KAT til psykose til kontaktpersoner i ambulante enheder i OPUS og F-ACT udbydes allerede. Kursus i psykopatologi er under udarbejdelse.

Implikation for de enkelte centre:

Basiskompetencepakken tilpasses behovet i samarbejde med F-ACT- og OPUS-ledelsen samt i relation til øvrig kompetenceudvikling i dobbeltdiagnosebehandling mv. Der vil være løbende dialog om kursers opstart og hyppighed.

Planer for 2025: Hold 3 til Tværfaglig grunduddannelse i kognitiv adfærdsterapi til psykose udbydes i foråret 2025. Oprettelse af psykopatologikursus og pilottest i F-ACT-team på PC København.

10.3. Kursuskatalog

Mål:

At skabe en oversigt over kurser og uddannelser til skizofrenispektrum lidelser, som udbydes i RHP. Medarbejdere med særlig interesse for patienter med skizofrenispektrum lidelser kan via kursuskataloget se videreuddannelsesmuligheder i regionen.

Indhold:

Lave et overblik over udbudte kurser til skizofrenispektrum lidelser i RHP.

Status:

KAG Skizofreni har i samarbejde med Sektion for Kompetenceudvikling gennemgået alle relevante kurser i Kursusportalen.

Implikation for de enkelte centre:

Ingen direkte implikation.

Planer for 2025:

Kataloget publiceres på KAGens intranetside.

Implementeringsplan og målsætninger for alle indsatser nævnt i punkt 10 er under udarbejdelse.

11. Fremtidige indsatser i KAG Skizofreni

Fremtidige indsatser i KAG Skizofreni:

- Vi ser frem mod at udbygge samarbejdet med direktionen, KAG-partnere, Klinisk Farmaci, F-ACT-ledelsen, KAGs m.fl. Mange tak for stor velvilje og interesse i KAG Skizofreni i hele organisationen.
- KAG Skizofreni følger udviklingen af strukturkommissionen nøje og afventer udmøntningen af strukturkommissionens anbefalinger.
- Undersøge mulighederne for traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi til psykose i samarbejde med Ditte Vernal og Torben Østergaard Christensen.
- Samle et overblik over nationale retningslinjer og anbefalinger på skizofreniområdet.
- Indsamle data over patienter med skizofrenispektrum lidelser og retslige foranstaltninger samt tvangsepisoder for patienter indenfor skizofrenispektret i RHP.
- Lave et KAG Skizofreni event

12. Referencer

Artikler

Molstrom IM, Nordgaard J, Urfer-Parnas A et al. The prognosis of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies. *Schizophr Res.* 2022;250:152-163.

Nilsson S F, Wimberley T, Speyer H, Hjorthøj C, Fazel S, Nordentoft M, Laursen T M (2023) "The bidirectional association between psychiatric disorders and sheltered homelessness". *Psychological Medicine*: 1-11.

Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen T H (2013) "Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden". *PLOS ONE* 8(1): 1-11.

Starzer M, Hansen HG, Hjorthøj C et al. 20-year trajectories of positive and negative symptoms after the first psychotic episode in patients with schizophrenia spectrum disorder: results from the OPUS study. *World Psychiatry.* 2023;22(3):424-432.

Tandon R, Nasrallah H, Akbarian S, Carpenter Jr. W T, DeLisi L E, Gaebel W, Green M F, Gur R E, Heckers S, Kane J M, Malaspina D, Meyer-Lindenberg A, Murray R, Owen M, Smoller J W p, Yassin W, Keshavan M (2023) "The schizophrenia syndrome, circa 2024: What we know and how that informs its nature". *Schizophrenia Research*: 1-28.

Relevante hjemmesider

Ahle, G. (2019) "Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? – En analyse med henblik på forebyggende tiltag". Rapport udgivet i januar 2019. Link: <https://www.regioner.dk/media/12261/rapporten-sammenhaeng-mellem-behandling-stoette-og-kriminalitet-30-01-2019.pdf>

Benjaminsen, L (2022) "Hjemløshed i Danmark 2022 – National kortlægning". Det Nationale Forsknings- og Analysecenter For Velfærd. Rapport udgivet 2. september 2022. Link: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/hjemloeshed-i-danmark-2022-ozokjnv/>

Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) (2023) "Skizofreni og andre primære psykoselidelser – diagnostik udredning af børn, unge og voksne". Kliniske retningslinjer godkendt 13. november 2023. Link: <https://www.dmpg.dk/siteassets/02-kliniske-retningslinjer/dmpg-retningslinjer/psykoser/dmpg-skizofreni-diagnostisk-udredning-af-born-unge-og-voksne-v1.02.pdf>

Medicinrådet (2020) Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende antipsykotika til behandling af psykotiske tilstande hos voksne. Versions nr.: 1.0. Udgivet 3. juli 2023. Link: https://medicinraadet.dk/media/agfcugdi/medicnr%C3%A5dets_behandlingsvejledning_vedr_antipsykotika_til_voksne_-_vers_-_1-0-adlegacy.pdf

Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) (2023) Den Nationale Skizofrenidatabase Årsrapport 2023. Udgivet december 2023. Link: https://www.sundhed.dk/content/cms/6/4706_aarsrapport_skizo_2023.pdf

Sundhedsstyrelsen 1 (2024) Beskrivelse af forløb for børn og unge med psykoselidelser – anbefalinger til tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser. Udgivet juni 2024. Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/Psykoselidelser/FORLOEBSBESKRIVELSE_BOERN_OG_UNGE.ashx

Sundhedsstyrelsen 2 (2024) Beskrivelse af forløb for voksne med psykoselidelser – anbefalinger til tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser. Udgivet juni 2024. Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/Psykoselidelser/FORLOEBSBESKRIVELSE_VOKSNE.ashx



Psykiatri

Kontaktoplysninger

Bjørn H. Ebdrup, bjoern.ebdrup@regionh.dk

Marianne Melau, marianne.melau@regionh.dk

Rikke Hilker, rikke.hilker@regionh.dk

Sophia Aaboe Mikkelsen, sophia.aaboe.mikkelsen@regionh.dk

KAG Skizofreni fælles postkasse, kagskizofreni.region-hovedstadens-psykiatri@regionh.dk