SUNDHEDS- ÆLDREMINISTERIET

Akutpakke
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W www.sum.dk

Dato: 4. april 2016
Enhed: Sygehuspolitik
Sagsbeh.: SUMKKO
Sagsnr.: 1602414
Dok. nr.: 23491

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

Udmøntning af midler fra Aftale om Finansloven for 2016 til regionale indsatser i akutpakke mod overbelægning

Baggrund
Der er med Finansloven for 2016 afsat midler til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, herunder en akutpakke målrettet nedbringelse af overbelægning på sygehusene. Partierne bag Finansloven indgik den 2. februar 2016 aftale om indholdet af akutpakken mod overbelægning.

Med akutpakken sættes ind med virkemidler primært på sygehusene, der allerede på kort sigt kan reducere problemer med overbelægning og patienter på gangene, herunder særligt ældre og svækkede medicinske patienter. Konkret tilføres regionerne midler til:

- Trygt og godt patientflow
- Øget kapacitet i form af mere personale
- Lokale værktøjer

Mio. kr.	2016	2017	2018	2019	Varigt
Trygt og godt patientflow	50	23	15	-	-
Øget kapacitet i form af mere personale	100	50	50	50	50
Lokale værktøjer	10	5	-	-	-

Indsatserne uddybes nedenfor.

Trygt og godt patientflow
Der er afsat i alt 88 mio. kr. til i en treårig periode at medfinansiere regionernes arbejde med udbredelse og videreudvikling af de gode erfaringer med redskaberne fra projekt "Sikkert Patientflow" til alle landets akutsygehuse.

Initiativet forventes at forløbe i to spor, eftersom 12 af akutsygehusene har deltaget i "Sikkert Patientflow" og således allerede anvender redskaberne. På disse sygehuse vil fokus dermed formentlig primært være at fastholde de nye strukturer fra "Sikkert Patientflow" og arbejde på fortsatte forbedringer. Heroverfor vil indsatsen på de øvrige akutsygehuse i højere grad være at få indarbejdet metoderne i relevante arbejdsgange med afsæt i erfaringerne fra projektet. Det er forventningen, at regionerne selv forestår den nødvendige tværregionale koordination og videndeling.

Midlerne kan anvendes til at medfinansiere:

- Ansættelse af flowkoordinatorer på sygehusene
- Kompetenceudvikling hos medarbejdere
- Implementering af redskaberne i alle relevante arbejdsgange

- Indkøb og opsætning af it-værktøjer, som understøtter akutsygehusenes arbejde med effektivt patientflow
- Etablering af relevante målinger til løbende måling af og opfølgning på patientflow og kapacitetsanvendelse

Det forudsættes, at evt. indkøb af it-værktøjer og etablering af målinger sammentænkes med og integreres i regionernes arbejde med og implementering af it-systemer i forhold til kapacitet generelt, herunder vedr. personale, sengepladser, operationsstuer mv.

Tidshorisont
Det forudsættes, at alle akutsygehusene tager redskaberne i brug i 2016, samt at redskaberne senest ultimo 2017 er indarbejdet i alle de relevante arbejdsgange og også efter projektperiodens udløb fortsætter med at bidrage til gode og trygge patientforløb.

Monitorering og evaluering
Der gennemføres ved ekstern konsulentbistand en ensartet opfølgning på regionernes arbejde med at sikre gode, trygge og effektive patientforløb, herunder en reduktion i antallet af patienter, der oplever at ligge på gangene. Konsulenterne udarbejder en status hhv. primo 2017 og primo 2018, og gennemfører en generel evaluering af regionernes indsatser og resultater ultimo 2018. Udbud mv. gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde med Danske Regioner.

Opfølgningen skal ses i sammenhæng med det arbejde for at etablere en mere ensartet og retvisende monitorering af belægningen, herunder bl.a. i forhold til sengebegrebet, på tværs af sygehuse og afdelinger, som gennemføres i 2016 med ekstern konsulentbistand finansieret af Sundheds- og Ældreministeriet. Regionerne inddrages i arbejdet.

Udmøntning
Midlerne udmøntes via bloktilskudsaktstykket i sommeren 2016.

Mio. kr.	2016	2017	2018	2019	Varigt
Trygt og godt patientflow	50	23	15	-	-

Øget kapacitet i form af mere personale
Med akutpakken løftes sygehusenes kapacitet med 100 mio. kr. i 2016, og fra 2017 og frem med 50 mio. kr. årligt.

Midlerne skal anvendes til at ansætte mere personale.

Dette løft skal ses i sammenhæng med prioriteringen af midler til øget kapacitet på de medicinske og geriatriske afdelinger, som er udmøntet med *Aftale om regionernes økonomi for 2016*. Her er der prioriteret 100 mio. kr. i 2016 og fra 2017 og frem 150 mio. kr. årligt til at løfte kapaciteten på de medicinske og geriatriske afdelinger.

Samlet set er der således tale om et årligt kapacitetsløft på 200 mio. kr. fra 2016 og frem.

Opfølgning
Regionerne anmodes om at indsende status på anvendelsen af de samlede midler til øget kapacitet i april 2017.

Denne status skal for hver region angive:

- hvor meget nyt personale, der er ansat for midlerne, opgjort på relevante faggrupper og afdelinger
- foreløbig effekt
- forventet effekt

Udmøntning
Midlerne i akutpakken udmøntes via bloktilskudsaktstykket i sommeren 2016.

Mio. kr.	2016	2017	2018	2019	Varigt
Øget kapacitet i form af mere personale	100	50	50	50	50

Lokale værktøjer
Der er afsat i alt 15 mio. kr. over 2 år til at (videre)udvikle og udbrede lokale værktøjer, der kan styrke sygehusenes overblik over belægningssituationen og understøtte en bedre udnyttelse af senge og personale mv.

Det kan eksempelvis være elektroniske oversigtstavler og klinisk logistik, der giver et opdateret her-og-nu overblik over patienter, ressourcer, behandlingsplaner og opgaver eller simuleringsværktøjer.

Det forudsættes, at indkøb af it-værktøjer sammentænkes med og integreres i regionernes arbejde med og implementering af it-systemer i forhold til kapacitet generelt, herunder vedr. personale, sengepladser, operationsstuer mv.

Udmøntning
Midlerne udmøntes på baggrund af en regional ansøgning, der beskriver:

- hvilke(t) sygehus(e) og værktøj(er) der søges om midler til
- budget
- forventet effekt

Pengene udmøntes herefter til de enkelte regioner.

Der vil i forbindelse med tilsagn om midler blive stillet krav om afrapportering og regnskab.

Frist for ansøgning mv. vil fremgå af særskilt puljeopslag, som forventes sendt til regionerne i begyndelsen af april 2016.

Mio. kr.	2016	2017	2018	2019	Varigt
Lokale værktøjer	10	5	-	-	-

Med venlig hilsen

Kirstine Korsager

Region Hovedstaden

Sekretariatet

Politikerservice

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 38 66 50 00
Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 14. juni 2016

NOTAT

Til: **Regionsrådets møde den 14. juni 2016 – pkt. 7 – Udmøntning af midler til ældre medicinske patienter (Akutpakken mod overbelægning)**

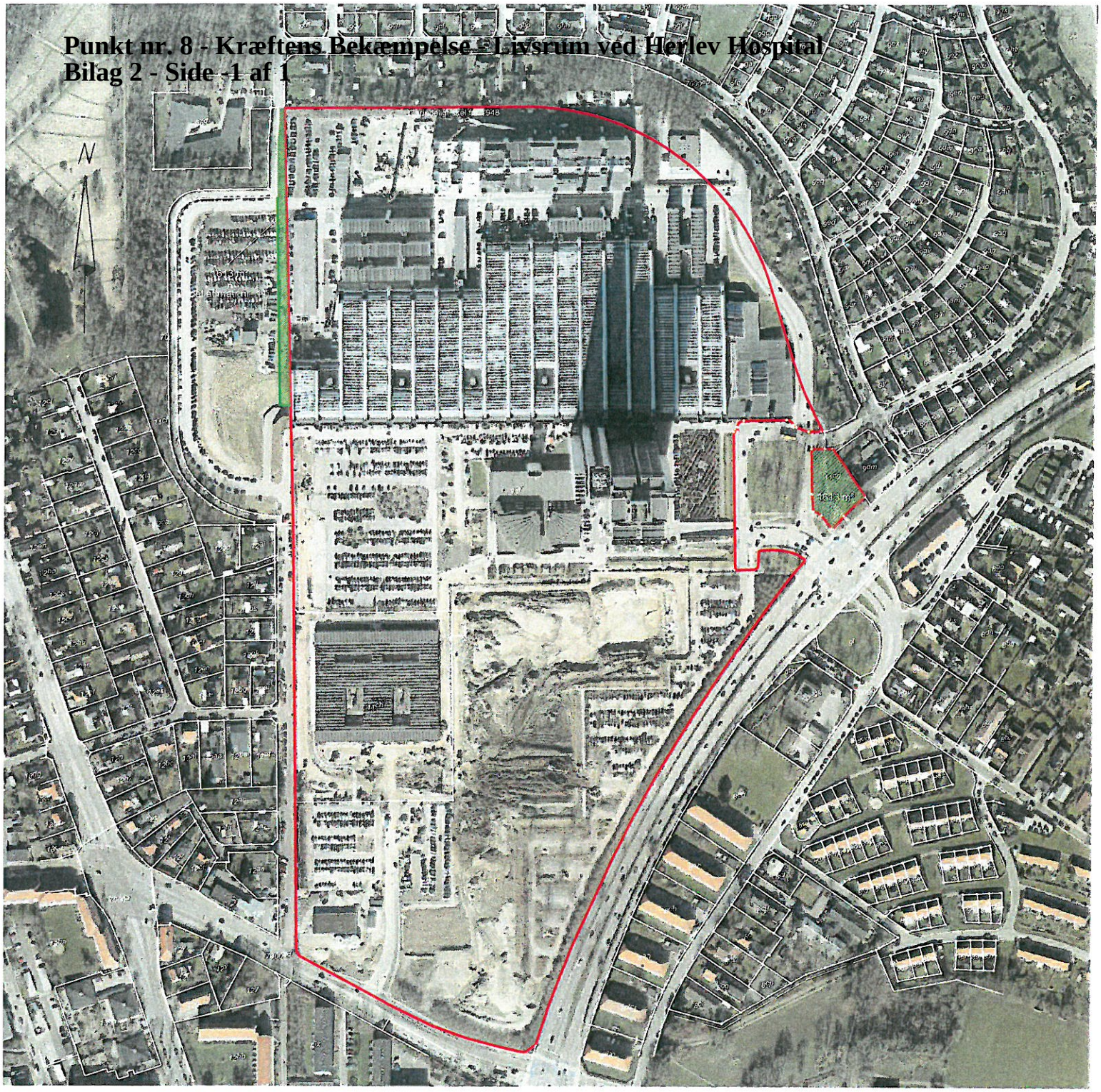
Ændringsforslag til pkt. 7 - Udmøntning af midler til ældre medicinske patienter (Akutpakken mod overbelægning)

Stillet af Annie Hagel fra Enhedslisten.

Indstillingen foreslås ændret til følgende:

- **at** indstillingspunkt 1 fjernes og
- **at** beløbene i punkt 2 opjusteres til 47,4 mio i 2016 og 23,1 i 2017 og frem samt 4,7 mio i 2018.

Hækmosen
Hunddyssen
Byrkelsmose
Stordyssen
Dyssestien
Døllevangen
Hellekisten
Barkkæret
Ardfuren
Nøkkedalen
Herlev Ringvej
6
4
2
3
1
5
7
8
9
A
B
forklaring:
Delområder
e 1: Udbygningsområde syd
r det eksisterende hospital.
de 2: Det eksisterende
de 3: Arealet mel-
talets hovedindgang og
de 4: Det nord for hospitalet
le bygninger
ygning og kapel.
de 5: Arkaden - administra-
ing.
de 6 + 9: Tjenesteboliger i
østlige forkant af hospitalet.
de 7: Areal ved Tornerosevej.
de 8: 20 kV-arealudlæg til
de 9: Vejarealer udenfor
s område.
OWI - © Kort og matrikelstyrelsen



Det bekræftes, at der er overensstemmelse mellem rids og fremsendt GML-fil.

eRids A

udfærdiget i forbindelse med tinglysning af servitut.

Signaturforklaring:
Servituttens geografiske udtrækning på dateringstidspunkt, excl. udskilte offentlige vejarealer

Matr.nr.:	11i og 11ch
Ejerlav:	Herlev
Kommune:	Herlev
Beliggende:	Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev
Dato:	3. maj 2016

Målforhold 1: 4000 J. NR.: 112024 Sign. Jesper B. Stisen

MØLBAK
Landinspektører A/S
Tlf.: 702 00 883 - Fax: 702 00 884
www.molbak.dk - molbak@molbak.dk

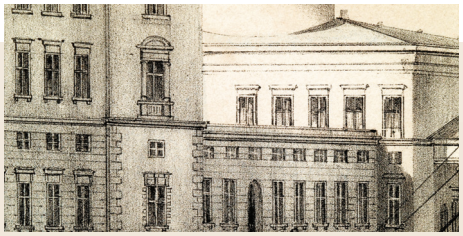
- Ledreborg Allé 130A, 4000 Roskilde
- Greveager 7, 2670 Greve
- Galoche Alle 15, 4600 Køge
- Østerbrogade 125, 1. sal, 2100 København Ø

Filnavn : ...\DGN\20160503_eRidsA_112024.dgn Plotdato : 03-05-2016

15/2015

STATSREVISORERNE

Beretning om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser



Beretning om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2016

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:
Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.
Sundheds- og ældreministeren afgiver en redegørelse til beretningen.
Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.
På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i september 2016.
Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2015, som afgives i februar 2017.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls.dk
Hjemmeside: www.rosendahls.dk

ISSN 2245-3008
ISBN 978-87-7434-490-0

Statsrevisorernes bemærkning

Statsrevisorerne,
den 30. marts 2016

Peder Larsen
Henrik Thorup)*
Klaus Frandsen
Lennart Damsbo-Andersen
Lars Barfoed
Søren Gade

**) Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.*

BERETNING OM REGIONERNES STYRING AF AMBULANT BEHANDLING AF VOKSNE PATIENTER MED PSYKISKE LIDELSER

Mange danskere rammes af en psykisk lidelse som fx angst og depression på et tidspunkt i deres liv. Ca. 20 % af den danske befolkning vil i løbet af et år have symptomer, der svarer til kriterierne for én eller flere psykiske lidelser. Alle regioner har i perioden 2012-2015 oplevet en stigende efterspørgsel på behandling i hospitalspsykiatrien og i praksissektoren (egen læge, psykiatere og psykologer). Den stigende efterspørgsel udfordrer regionernes styring af kapaciteten.

Statsrevisorerne finder det positivt, at regionernes fokus på styring og brug af kapaciteten i hospitalspsykiatrien har resulteret i øget produktivitet og højnet kvalitet, dvs. at der visiteres flere patienter, og de behandles hurtigere. Der er fx indført en mere ensartet central visitation og indført pakkeforløb, så ventetiden til første besøg er nedbragt fra 43 dage i 2013 til 27 dage i 2015.

Statsrevisorerne bemærker dog også, at regionerne kan forbedre styringen af den samlede kapacitet i hospitalspsykiatrien og i praksissektoren. I modsætning til hospitalspsykiatrien, hvor regionerne har vide muligheder for at styre, har regionerne udfordringer i forhold til praksissektoren. Statsrevisorerne er således opmærksomme på regionernes forskellige rammebetingelser, bl.a. problemer med at rekruttere praktiserende læger og psykiatere og problemer med at indgå lokalaftaler, hvilket i varierende grad har hæmmet regionernes muligheder for at øge og styrke kapaciteten. Statsrevisorerne bemærker i den forbindelse:

- At ingen af regionerne har tilstrækkelig viden om effekterne og omkostningerne ved behandlingsforløb i henholdsvis hospitalspsykiatrien og praksissektoren. Det betyder, at regionerne ikke kan vurdere, om kapaciteten bruges på en omkostningseffektiv måde, og om en patient behandles bedst og billigst i hospitalspsykiatrien og/eller i praksissektoren.
- At 2 ud af de 3 undersøgte regioner ikke anvender konkrete retningslinjer til at understøtte, at patienter visiteres ens i hospitalspsykiatrien i den enkelte region.*)
- At kun én ud af de 3 undersøgte regioner – Region Hovedstaden – følger op på, om patienterne er visiteret korrekt, og om patienter, der fejler det samme, får ens behandling i hospitalspsykiatrien.*)

*) Undersøgelsen er afgrænset til Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark. Region Sjælland og Region Midtjylland indgår dog også i undersøgelsen af praksissektoren.

Punkt nr. 9 - Statsrevisorernes beretning om Rigsrevisionens undersøgelse af styring af ambulant kapacitet i psykiatrien
Bilag 1 - Side -5 af 41

Statsrevisorerne finder det relevant, at Sundheds- og Ældreministeriet i 2016 igangsætter et arbejde om den overordnede styring af psykiatrien. Statsrevisorerne skal i den forbindelse pege på, at der er uudnyttede muligheder for at finde frem til bedste praksis ved at sammenligne regionernes styring. Disse muligheder bør forfølges.

RIGSREVISIONEN

Beretning til Statsrevisorerne om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012. Beretningen vedrører finanslovens § 16. Sundheds- og Ældreministeriet.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og konklusion 1
1.1. Formål og konklusion 1
1.2. Baggrund 3
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning 7

2. Regionernes styring af visitationen og kapaciteten i hospitalspsykiatrien 9
2.1. Regionernes visitation af patienter 10
2.2. Regionernes målstyring af aktiviteter 15

3. Regionernes styring af kapaciteten i praksissektoren 20
3.1. Regionernes brug af kapaciteten i praksissektoren 21
3.2. Regionernes indgåelse af lokale aftaler 24

Bilag 1. Metodisk tilgang 29
Bilag 2. Region Hovedstadens og Region Nordjyllands retningslinjer for visitation 31
Bilag 3. Ordliste 33

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Sundheds- og Ældreministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Astrid Krag Kristensen: oktober 2011 - februar 2014
Nick Hækkerup: februar 2014 - juni 2015
Sofie Løhde Jacobsen: juni 2015 -

Beretningen har i udkast været forelagt Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om, hvordan regionerne styrer den ambulante kapacitet til at behandle patienter med psykiske lidelser i den regionale hospitalspsykiatri (herefter hospitalspsykiatrien) og i praksissektoren. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i marts 2015.

2. Baggrunden for undersøgelsen er, at patienter med psykiske lidelser i en årrække i markant stigende grad har efterspurgt behandling. Det udfordrer den tilgængelige behandlingskapacitet i både hospitalspsykiatrien og praksissektoren. Hospitalspsykiatrien er bedst til at behandle nogle patienter, mens praktiserende læger, psykiatere og psykologer i praksissektoren med fordel kan behandle andre. Med en begrænset kapacitet og en stigende efterspørgsel er det væsentligt, at regionerne bruger den samlede behandlingskapacitet effektivt, så patienterne får den behandling, de har behov for, billigst muligt.

3. Ifølge Statens Institut for Folkesundhed vil ca. 20 % af den danske befolkning i løbet af et år have symptomer, der svarer til kriterierne for én eller flere psykiske lidelser. Det svarer til 700.000-800.000 voksne danskere, og langt fra alle diagnosticeres eller behandles. Det antages desuden, at psykiske lidelser er årsag til 35-45 % af sygefraværet på arbejdspladser. Sygefravær har store omkostninger for samfundet og for den sygemeldte. Ifølge Sundhedsstyrelsen er psykiske lidelser årsag til 50 % af alle langtidssygemeldinger og 48 % af alle førtidspensioner.

4. Regionerne har i både hospitalspsykiatrien og praksissektoren ansvaret for, at borgerne får den behandling, de har behov for. Regionerne kan i vid udstrækning selv styre, hvordan de bruger kapaciteten i hospitalspsykiatrien. Her har patienterne ret til at blive udredt inden for 30 dage, og det skal regionerne tage højde for i styringen. I praksissektoren kan regionerne kun regulere brugen af kapaciteten gennem aftaler med sektorens parter, som i vores undersøgelse omfatter de praktiserende læger, psykiatere og psykologer. Der er altså tale om et forhandlingsområde, hvor regionernes muligheder for at styre afhænger af de aftaler, som regionerne kan indgå. I praksissektoren har patienterne ret til at komme til egen læge inden for 5 dage, men ingen rettigheder i forhold til at blive udredt og behandlet inden for en given tidsfrist.

Der er også forskel på behandlingen og omkostningerne i hospitalspsykiatrien og i praksissektoren. Generelt er hospitalspsykiatrien det højeste behandlingsniveau og den dyreste behandlingsform, mens behandlingen i almen praksis er det laveste niveau og den billigste behandlingsform.

Den ambulante behandlingskapacitet *er udtryk for, hvor mange patienter en behandlingsenhed kan behandle med de medarbejdere, enheden råder over.*

Hospitalspsykiatrien *er den hospitalsbaserede psykiatri, som omfatter både indlæggelser og ambulant behandling.*

Denne beretning handler om den ambulante behandling.

Praksissektoren *omfatter 8 områder. I denne beretning er fokus på almen praksis, speciallægepraksis i psykiatri og praktiserende psykologer.*

5. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionernes styring af kapaciteten til behandling i både hospitalspsykiatrien og praksissektoren understøtter, at patienter, der fejler det samme, får samme adgang til behandling, og at regionerne bruger kapaciteten omkostningseffektivt. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

***Visitation** er en vurdering af patientens behov for udredning og behandling og en vurdering af, hvem der bør tilbyde udredningen og behandlingen.*

- Understøtter regionernes styring af hospitalspsykiatrien ens visitation af patienter med psykiske lidelser til ambulant behandling og en omkostningseffektiv brug af kapaciteten?
- Understøtter regionernes styring af kapaciteten i praksissektoren en omkostningseffektiv behandling af patienter med psykiske lidelser?

3 regioner indgår i undersøgelsen af, om regionernes styring af hospitalspsykiatrien understøtter ens visitation af patienter med psykiske lidelser til ambulant behandling og en omkostningseffektiv brug af kapaciteten. Alle 5 regioner indgår i undersøgelsen af, om regionernes styring af kapaciteten i praksissektoren understøtter en omkostningseffektiv behandling af patienter med psykiske lidelser.

KONKLUSION

Regionerne har de seneste år haft en positiv udvikling i hospitalspsykiatrien, fordi flere patienter er blevet behandlet, og ventetiderne til udredning er faldet. Rigsrevisionen vurderer dog, at regionerne kan forbedre deres styring af den samlede kapacitet til ambulant behandling i hospitalspsykiatrien og i praksissektoren, så den bedre understøtter, at patienter, der fejler det samme, får samme adgang til behandling, og en omkostningseffektiv brug af kapaciteten.

Undersøgelsen af 3 regioner viser, at 2 af regionerne ikke bruger konkrete retningslinjer til at understøtte, at patienterne visiteres ens til ambulant behandling i hospitalspsykiatrien. De samme 2 regioner følger heller ikke op på, om de visiterer patienterne korrekt. Ingen af regionerne opstiller mål for effekterne af behandlingen i hospitalspsykiatrien, og ingen opgør omkostningerne ved de forskellige behandlingsforløb. Ingen af de 3 regioner har derfor et tilstrækkeligt styringsgrundlag til at understøtte, at de kan tage stilling til, om de bruger kapaciteten på en omkostningseffektiv måde.

Undersøgelsen af alle 5 regioner viser, at regionerne generelt har begrænsede muligheder for at understøtte, at patienter med psykiske lidelser får den behandling, de har behov for i praksissektoren på en omkostningseffektiv måde. Det skyldes bl.a., at regionerne har forskellige rammebetingelser, herunder problemer med at rekruttere praktiserende læger og psykiatere. Det betyder, at særligt nogle regioner har begrænsede muligheder for at øge og styre kapaciteten, så flere patienter med psykiske lidelser kan behandles. De begrænsede muligheder skyldes også, at regionerne har haft vanskeligt ved at indgå lokale aftaler med praksissektoren. Alle regioner mangler desuden viden om effekterne og omkostningerne ved behandlingsforløb i praksissektoren.

Alle regioner mangler et klart grundlag for at prioritere bedst muligt, både inden for og mellem hospitalspsykiatrien og praksissektoren.

Rigsrevisionen finder det positivt, at Sundheds- og Ældreministeriet i 2016 vil igangsætte et arbejde om den overordnede styring af psykiatrien. Formålet er at styrke behandlingskvalitet, viden og gennemsigtighed på området og mindske utilsigtede forskelle i resurse- og kapacitetsudnyttelse.

Det er efter Rigsrevisionens opfattelse helt afgørende, at den positive udvikling ikke sker på bekostning af kvaliteten af behandlingen. Derfor er det centralt, at:

- regionerne bruger konkrete retningslinjer, når de visiterer patienter til hospitalspsykiatrien og efterfølgende følger op på resultaterne af visitationen
- Sundheds- og Ældreministeriet sammen med regionerne får bedre viden om effekter af ambulante behandlingsforløb i både hospitalspsykiatrien og praksissektoren og opstiller få fælles effektmål for disse forløb.

1.2. Baggrund

6. I perioden 2012-2015 har alle regioner oplevet, at antallet af henviste patienter til hospitalspsykiatrien er steget mellem 25 % og 40 %. I en rapport fra Sundhedsstyrelsen fra 2015 om sygdomsbyrden i Danmark fremgår det, at angst og depression er blandt de 5 sygdomme, der har det højeste gennemsnitlige antal af nye tilfælde om året. Mange mennesker rammes således af en psykisk lidelse på et tidpunkt i deres liv. En del vil komme sig, mens andre får vedvarende problemer, som i perioder vil kræve behandling.

7. Der er løbende iværksat nye tiltag for at forbedre behandlingen for patienter med psykiske lidelser, og for at flere patienter kan behandles. Fx blev det i regionernes økonomiaftale for 2014 aftalt at omstille hospitalspsykiatrien. Det skete, fordi analyser viste et stort potentiale for at forbedre produktivitet og prioriteringer.

Derudover har patienterne i hospitalspsykiatrien i forskellige tempi fået nye rettigheder. Figur 1 viser udviklingen i rettigheder for voksne patienter i hospitalspsykiatrien siden 2010.

Figur 1. Udviklingen i rettigheder for voksne patienter i hospitalspsykiatrien

1. januar 2010	Patienter, som er henvist til psykiatrisk behandling, får ret til at lade sig behandle på et privat hospital, en privat klinik mv., som regionerne har indgået en aftale med (aftalehospital), hvis bopælsregionen ikke – inden 2 måneder efter, at regionen har modtaget henvisningen – kan tilbyde behandling. Behandling omfatter undersøgelse, diagnosticering og sygdomsbehandling.
1. september 2014	Patienter får ret til at blive udredt inden for 60 dage. Hvis regionen vurderer, at det ikke er fagligt muligt at udrede patienten inden for fristen, har patienten som minimum krav på en udredningsplan fra regionen for det videre forløb. Patienter får endvidere ret til at lade sig behandle ved et aftalehospital, hvis en given behandling ikke kan påbegyndes inden for 60 dage. Denne frist er 30 dage ved alvorlig sygdom.
1. september 2015	Udredningsretten indfases endeligt for patienter i psykiatrien, så patienterne får ret til at blive udredt inden for 30 dage – frem for 60 dage – på lige fod med alle øvrige patientgrupper i hospitalsvæsenet.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Det fremgår af figur 1, at patienter i januar 2010 får ret til at blive behandlet inden for 60 dage. I september 2014 indføres også en udredningsret, som giver patienterne ret til at blive udredt inden for 60 dage. Samtidig bliver behandlingsretten forbedret, idet alvorligt syge patienter får ret til at blive behandlet inden for 30 dage. Senest er udredningsretten forbedret i september 2015, så patienter i psykiatrien i dag har ret til at blive udredt inden for 30 dage som i det øvrige hospitalsvæsen.

Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har siden 1. januar 2015 fulgt overholdelsen af udredningsretten via en national monitorering. Monitoreringen viser, at 86-89 % af alle voksne patienter med psykiske lidelser siden 1. januar 2015 er blevet udredt inden for den fastsatte frist på 30 eller 60 dage. Opgørelsen dækker dog over en vis spredning mellem regionerne. Fx blev 70 % udredt inden for fristen i 3. kvartal 2015 i Region Nordjylland og Region Sjælland, mens 96 % blev udredt inden for fristen i samme periode i Region Hovedstaden.

I praksissektoren har patienterne ret til at komme til egen læge inden for 5 dage, men har ingen rettigheder i forhold til at blive udredt og behandlet inden for en given tidsfrist.

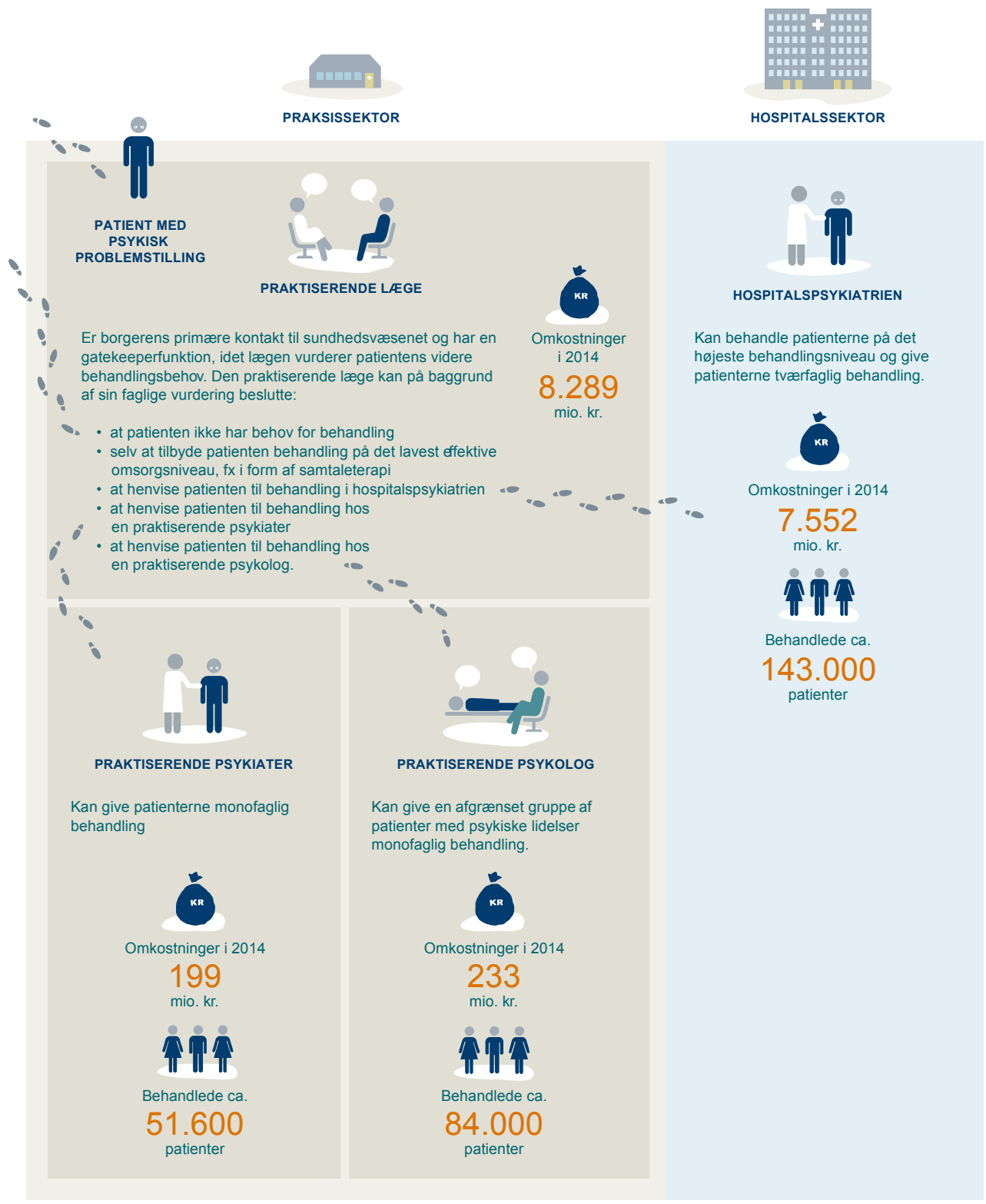
8. Folketinget har i en årrække tilført flere midler til det psykiatriske område. I satspuljeaftalen for 2012-2015 blev der afsat en pulje på 100 mio. kr. Pengene er gået til initiativer, der skal styrke samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og de praktiserende læger samt sikre, at patienter med en psykisk sygdom hurtigere bliver udredt og behandlet.

I 2014 indgik regeringen endvidere en bred politisk aftale med Folketingets partier om et økonomisk løft til psykiatrien. Med aftalen er der afsat 2,2 mia. kr. til det psykiatriske område i perioden 2015-2018, bl.a. til at nedsætte ventetiden til psykiatrisk behandling. Dette skal bl.a. ske ved at udbygge den psykiatriske kapacitet og øge tilgængeligheden til psykiatriske tilbud, herunder den ambulante psykiatri.

9. Stigningen i henvisninger og de nye patientrettigheder gør det sværere for hospitalspsykiatrien at styre behandlingskapaciteten. Det skyldes, at regionerne skal visitere flere patienter og behandle dem hurtigere. På trods af det øgede pres har hospitalspsykiatrien været igennem en positiv udvikling med flere behandlede patienter. I 2014 behandlede hospitalspsykiatrien 25 % flere voksne patienter end i 2009. Dette er bl.a. resultatet af et større fokus i regionerne på styring og brug af kapaciteten. Regionerne har således iværksat en række tiltag for at højne kvaliteten og sikre, at flere patienter kan diagnosticeres og behandles ambulant. Det drejer sig bl.a. om indførelse af pakkeforløb, som sikrer en mere standardiseret udredning og behandling, samt bedre muligheder for at styre brugen af kapaciteten. Derudover har alle regioner haft fokus på visitation af patienter til hospitalspsykiatrien, og 4 regioner har indført en central visitation for at sikre en ensartet visitation. Desuden har regionerne nedbragt ventetiderne til udredning og behandling i hospitalspsykiatrien. Danske Regioner har oplyst, at ventetiden til første besøg til udredning eller behandling i voksenpsykiatrien er blevet nedbragt fra 43 til 27 dage fra maj 2013 til maj 2015.

10. Vi har i denne undersøgelse fokus på den ambulante behandling af voksne patienter med psykiske lidelser. Figur 2 viser de mulige forløb for en patient med en psykisk problemstilling, der henvender sig til egen læge for at blive udredt og/eller behandlet.

Figur 2. Mulige forløb for en patient med en psykisk problemstilling efter henvendelse til egen læge



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne og Danske Regioner.

Det fremgår af figur 2, at en patient med en psykisk problemstilling uden et akut behov for behandling på et hospital først henvender sig til egen læge i almen praksis. Den praktiserende læge er borgerens primære kontakt til sundhedsvæsenet. Almen praksis er gatekeeper i den forstand, at det er lægen i almen praksis, der i første omgang lægefagligt vurderer, om patienten skal udredes og/eller behandles, og hvor patientens forløb i givet fald bør fortsætte. Den praktiserende læge kan vurdere, at almen praksis selv står for patientens videre behandling. Lægen kan også henvise patienten til udredning eller behandling i andre dele af praksissektoren eller hospitalspsykiatrien. I praksissektoren kan fx en praktiserende psykiater eller en praktiserende psykolog udrede og behandle patienten. I de tilfælde, hvor psykologen eller hospitalspsykiatrien vurderer, at patienten er henvist forkert, er deres eneste mulighed at sende henvisningen tilbage til almen praksis. Den praktiserende læge tager herefter igen stilling til patientens behov for behandling og henviser eventuelt patienten på ny. Den praktiserende psykiater har også mulighed for at henvise patienten til behandling i hospitalspsykiatrien.

Der er forskel på behandlingen og omkostningerne i de forskellige sektorer. Generelt er hospitalspsykiatrien det højeste behandlingsniveau og den dyreste behandlingsform, mens behandling i almen praksis er det laveste niveau og den billigste behandlingsform. Samtidig er behandlingen i hospitalspsykiatrien kendetegnet ved at være tværfaglig, dvs. at behandlere med flere forskellige fagkompetencer behandler patienten. Hospitalspsykiatrien skal derfor varetage behandlingen af patienter med de mest komplicerede lidelser, og hvor der er behov for en tværfaglig behandling.

De praktiserende psykiatere kan også tage sig af patienter med komplicerede lidelser og vil typisk tilbyde monofaglig behandling, mens de praktiserende læger som udgangspunkt altid skal behandle patienter med de mindst komplicerede lidelser. Ifølge Sundhedsstyrelsen vedrører ca. 25 % af alle henvendelser i almen praksis psykiske problemstillinger, inkl. henvendelser, hvor der ikke er tale om en egentlig psykisk lidelse, som kan diagnosticeres. Psykiske problemstillinger udgør derfor en væsentlig del af den praktiserende læges opgaver.

11. Der er forskel på regionernes rammebetingelser, når de skal styre kapaciteten til ambulant behandling. Det gør sig bl.a. gældende i forhold til regionernes tilgængelige ambulante behandlingskapacitet, fx antallet af alment praktiserende læger og praktiserende psykiatere i regionen. Det er generelt et problem at rekruttere læger. Problemet er dog mere udpræget i nogle regioner end i andre. Regionernes forskellige rammebetingelser betyder, at nogle regioner bl.a. har vanskeligt ved at sikre en ensartet lægedækning, hvilket kan påvirke behandlingsmulighederne. Det kan samtidig betyde, at nogle regioner må have særligt fokus på at fastholde læger i hospitalspsykiatrien og praksissektoren, samtidig med at manglen på speciallæger kan påvirke regionernes arbejdstilrettelæggelse og mulighederne for at optimere udnyttelsen af resurserne.

12. I kap. 2 undersøger vi, hvordan Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark styrer behandlingskapaciteten i hospitalspsykiatrien. I hospitalspsykiatrien har regionerne vide muligheder for selv at styre. Regionerne kan selv styre, at hospitalspsykiatrien behandler de rigtige patienter og bruger kapaciteten bedst muligt. Samtidig har regionerne ansvaret for, at hospitalspsykiatrien overholder patienternes rettigheder til udredning og behandling.

I kap. 3 undersøger vi, hvordan alle regionerne styrer behandlingskapaciteten i praksissektoren. Reguleringen af praksissektoren er i høj grad aftalebaseret. Det betyder, at regionernes muligheder for at styre behandlingskapaciteten afhænger af, hvilke aftaler regionerne kan indgå med sektoren.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

Revisionskriterier
13. Undersøgelsens revisionskriterier tager afsæt i princippet om, at patienterne behandles på det lavest effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON-princippet). I denne undersøgelse vil det sige, at patienterne behandles på det laveste niveau, der dækker patientens behov for behandling. Det betyder, at patienterne får den behandling, de har behov for, og at det sker omkostningseffektivt.

Det er regionernes ansvar at tilrettelægge brugen af kapaciteten i hospitalspsykiatrien, så patienterne kan behandles på det rette niveau og dermed omkostningseffektivt. Det er endvidere regionernes ansvar at sikre, at borgerne kan få behandling i praksissektoren.

14. Vi tager udgangspunkt i Moderniseringsstyrelsens målbillede for god økonomistyring på hospitaler i forhold til, om regionerne gennem styring kan bruge kapaciteten i hospitalspsykiatrien effektivt (kap. 2). Målbilledet har bl.a. det formål, at hospitalerne udnytter kapaciteten effektivt.

Følgende kriterier indgår i undersøgelsens kap. 2:

- Regionerne har et grundlag, der understøtter, at hospitalspsykiatrien visiterer patienter ens til behandling.
- Regionernes styring understøtter, at hospitalspsykiatrien bruger kapaciteten til ambulant behandling effektivt.

15. Regionernes muligheder for at understøtte, at patienter med psykiske lidelser får den behandling, de har behov for i praksissektoren, og at det sker omkostningseffektivt (kap. 3), afhænger af de rammer, som lovgivning og overenskomster sætter, og hvordan regionerne er i stand til at bruge disse rammer. Desuden indgår regionernes muligheder for at indgå aftaler med praksissektoren. Revisionskriterierne i denne del af undersøgelsen tager derfor afsæt i sundhedsloven og i de muligheder for at planlægge og styre, som parterne har aftalt i overenskomsterne på området.

Følgende kriterier indgår i undersøgelsens kap. 3:

- Regionerne kan regulere kapaciteten i praksissektoren og har relevante data, som understøtter, at patienterne får den behandling, de har behov for, samtidig med at kapaciteten bruges omkostningseffektivt.
- Regionerne har indgået lokale aftaler med praksissektoren, som understøtter, at patienter med psykiske lidelser kan få den behandling, de har behov for, samtidig med at kapaciteten bruges omkostningseffektivt.

Metode
16. Undersøgelsen bygger metodisk på interviews og gennemgang af dokumentation for regionernes styringsgrundlag og på data om bl.a. udviklingen i antallet af henvisninger, patienter i behandling og udgifter. Vi har interviewet praksisadministrationen i alle 5 regioner. I Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark har vi endvidere interviewet regionernes psykiatriledelse, ledelsen på hospitals-, center- og afdelingsniveau samt medarbejdere, der visiterer patienter til hospitalspsykiatrien. Vi har desuden haft møder med en patientforening og en forening for pårørende til patienter med psykiske lidelser. Det har givet os patienternes perspektiv på den ambulante behandling i hospitalspsykiatrien og i praksissektoren. Derudover har vi holdt møder med praksisorganisationerne Praktiserende Lægers Organisation, Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Dansk Psykologforening. Det har givet os behandlernes perspektiv på samarbejdet mellem praksissektoren og hospitalspsykiatrien.

Afgrænsning

17. Vi har i undersøgelsen fokus på den ambulante behandling af voksne patienter med psykiske lidelser i både hospitalspsykiatrien og praksissektoren. Dette skyldes, at den ambulante del af psykiatrien varetager en stadig større del af behandlingen. Vi har derfor afgrænset undersøgelsen fra stationær behandling (indlæggelser), herunder den retspsykiatriske del af psykiatrien. Vi har også afgrænset undersøgelsen fra børne- og ungdomspsykiatrien for at kunne fokusere på voksenpsykiatrien. Behandling, der foregår i kommunerne, indgår heller ikke i undersøgelsen.

I undersøgelsen af regionernes visitation samt planlægning og styring af den ambulante hospitalspsykiatri (kap. 2) har vi afgrænset undersøgelsen til Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark. Afgrænsningen har givet os mulighed for mere dybdegående at undersøge, hvordan disse regioner planlægger og styrer den ambulante behandlingskapacitet i hospitalspsykiatrien. Vi har udvalgt de 3 regioner i dialog med alle 5 regioner for at afspejle relevante forskelle i regionernes muligheder for at planlægge og styre den ambulante behandlingskapacitet. Vi mener, at vi med valget af disse regioner har opnået resultater i undersøgelsens kap. 2, der er relevante og kan bidrage til en bedre visitation og styring i hospitalspsykiatrien i alle 5 regioner.

I undersøgelsen af, om regionerne understøtter, at behandling af patienter med psykiske lidelser kan foregå omkostningseffektivt i praksissektoren, så patienterne får den behandling, de har behov for (kap. 3), indgår alle 5 regioner. I dette kapitel undersøger vi rammebetingelserne for, om regionerne kan sikre, at behandlingen kan ske omkostningseffektivt, samtidig med at patienterne får den behandling, de har behov for.

18. Undersøgelsen er afgrænset til perioden 2012-2015.

19. Revisionen er udført i overensstemmelse med god offentlig revisionsskik, jf. boks 1.

BOKS 1. GOD OFFENTLIG REVISIONSSKIK

God offentlig revisionsskik er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

20. Bilag 1 uddyber de brugte metoder samt vores afgrænsning og valg af regioner. Bilag 2 indeholder Region Hovedstadens og Region Nordjyllands retningslinjer for visitation. Bilag 3 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Regionernes styring af visitationen og kapaciteten i hospitalspsykiatrien

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne kan forbedre styringen af hospitalspsykiatrien, så den i højere grad understøtter ens visitation af patienter med psykiske lidelser til ambulant behandling og en omkostningseffektiv brug af kapaciteten.

Undersøgelsen viser, at regionerne i fællesskab har udarbejdet en beskrivelse af målgrupper, som er en overordnet ramme for at visitere patienter til hospitalspsykiatrien. Undersøgelsen af 3 regioner viser, at Region Hovedstaden har udarbejdet konkrete retningslinjer, som regionen bruger systematisk til at understøtte, at hospitalspsykiatrien visiterer patienter, der fejler det samme, ens. Region Hovedstaden følger også løbende op på, om patienterne er visiteret korrekt. Region Nordjylland har udarbejdet konkrete retningslinjer, men bruger dem ikke systematisk. Region Syddanmark har ikke udarbejdet konkrete retningslinjer. Hverken Region Nordjylland eller Region Syddanmark følger op på, om de har visiteret patienterne korrekt. Alle 3 regioner følger én gang årligt op på kvaliteten af henvisningerne fra de praktiserende læger og har en løbende dialog med de praktiserende læger om at forbedre henvisningerne.

Undersøgelsen viser, at de 3 regioner har forskellige modeller til at styre brugen af kapaciteten i hospitalspsykiatrien, men ingen af regionerne har et tilstrækkeligt styringsgrundlag til at understøtte, at kapaciteten bruges omkostningseffektivt. Ingen regioner opstiller således mål for effekten af behandlingen og opgør ikke omkostningerne ved de forskellige behandlingsforløb i hospitalspsykiatrien. Regionerne kan derfor samlet set ikke vurdere omkostningseffektiviteten.

Region Hovedstadens psykiatri *består af én central visitation og 10 psykiatriske centre, som varetager al ambulant og stationær behandling.*

Region Nordjyllands psykiatri *består af én central visitation og 2 psykiatriske klinikker, som varetager al ambulant og stationær behandling af patienter fra henholdsvis den sydlige og nordlige del af regionen.*

Region Syddanmarks psykiatri *består af 6 afdelinger, der hver især foretager visitation og ambulant og stationær behandling i forhold til de borgere, som hører under afdelingernes geografiske område.*

21. Dette kapitel handler om, hvorvidt 3 regioners styring af hospitalspsykiatrien understøtter ens visitation af patienter med psykiske lidelser til ambulant behandling og en omkostningseffektiv brug af kapaciteten.

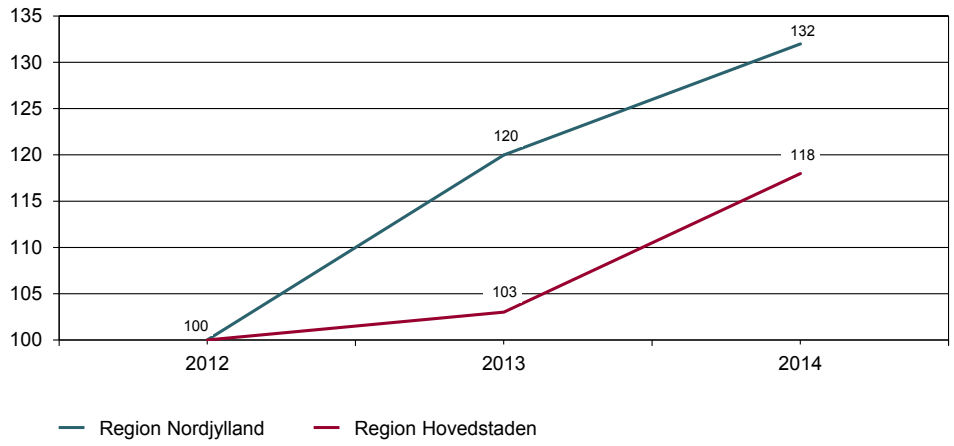
Regionerne har vide muligheder for at styre hospitalspsykiatrien. Regionerne kan selv understøtte, at hospitalspsykiatrien visiterer og behandler de rigtige patienter og bruger behandlingskapaciteten omkostningseffektivt.

2.1. Regionernes visitation af patienter

22. Vi har undersøgt, om Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark har udarbejdet et grundlag, der understøtter, at hospitalspsykiatrien visiterer patienter ens til behandling. Det har vi gjort ved at undersøge, dels om regionerne har retningslinjer for, hvordan de visiterer, dels om regionerne følger op på, om de har visiteret patienterne korrekt.

23. Figur 3 viser udviklingen i henvisninger i voksenpsykiatrien i Region Nordjylland og Region Hovedstaden i perioden 2012-2014. Region Syddanmark opgør som den eneste region henvisninger som eksterne henvisninger fra læger mv. til regionen og interne henvisninger fra andre regionale hospitalsafdelinger. De øvrige regioner opgør henvisninger som eksterne henvisninger. Det betyder, at udviklingen i henvisninger i Region Syddanmark ikke direkte kan sammenlignes med udviklingen i de 2 øvrige regioner, hvorfor Region Syddanmark ikke er medtaget i figuren.

Figur 3. Udviklingen i henvisninger i voksenpsykiatrien i Region Nordjylland og Region Hovedstaden i perioden 2012-2014
(2012 = indeks 100)



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes opgørelser af aktivitet og ventetal på psykiatriområdet for perioden 2012-2014.

Det fremgår af figur 3, at der har været en stigning i antallet af henvisninger i begge regioner i perioden 2012-2014. Den procentvise stigning har været størst i Region Nordjylland, men også Region Hovedstaden har haft en betydelig stigning. Region Hovedstaden har haft den største absolutte stigning i antallet af henvisninger i perioden.

Hospitalspsykiatriens visitation af patienter
24. En patient kan henvises til hospitalspsykiatrien af egen læge, en praktiserende speciallæge eller fra andre hospitaler. Figur 4 viser eksempler på de mulige forløb, fra hospitalspsykiatrien modtager en henvisning fra patientens egen læge, til patienten udredes og behandles.

Figur 4. Visitation af en patient i hospitalspsykiatrien

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Figur 4 viser, hvordan visitationen af en patient til hospitalspsykiatrien kan foregå. Den konkrete visitation varetages lidt forskelligt i de enkelte regioner. Figuren viser, at visitatorerne i hospitalspsykiatrien først laver en administrativ sundhedsfaglig visitation, når de modtager en henvisning fra den praktiserende læge. I den vurderer visitatorerne patientens behov for udredning eller behandling ud fra de oplysninger, som den praktiserende læge har givet i henvisningen. Hvis henvisningen giver et klart billede af patientens behov for behandling, visiterer de patienten direkte til behandling i hospitalspsykiatrien. Hvis visitatorerne vurderer, at patienten ikke hører til i hospitalspsykiatrien, tilbagevises patienten til den praktiserende læge, som kan vurdere, at patienten i stedet skal henvises til behandling i praksissektoren. Region Nordjylland tilbageviser dog ikke henvisningen, hvis den henvisende læge insisterer på, at patienten bør udredes og/eller behandles i hospitalspsykiatrien. Patienten indkaldes herefter i første omgang til en afklarende samtale.

Når henvisningen ikke giver et klart billede af behovet for behandling, foretager visitatorerne en klinisk visitation. Dvs. at de indkalder patienten til en afklarende samtale for at vurdere patientens behov for behandling. Visitatorerne kan efter den afklarende samtale i langt de fleste tilfælde vurdere patientens behandlingsbehov. Visitatorerne kan på baggrund af den kliniske visitation tilbyde patienten behandling i hospitalspsykiatrien eller tilbagevise patienten til behandling i praksissektoren, hvis de vurderer, at patienten ikke hører til i hospitalspsykiatrien. I de tilfælde, hvor vurderingen er mere kompliceret, visiterer de patienten til videre udredning i hospitalspsykiatrien.

I nogle tilfælde mangler visitatorerne relevante oplysninger i henvisningen. I de tilfælde tilbageviser de henvisningen eller tager kontakt til den henvisende læge for at få flere oplysninger. Hvis hospitalspsykiatrien modtager en ny henvisning fra lægen, behandler visitatorerne den på ny.

25. Regionerne har organiseret deres visitationer i hospitalspsykiatrien forskelligt. Region Nordjylland og Region Hovedstaden har etableret centrale visitationer. Formålet med en central visitation er bl.a. at give de praktiserende læger en indgang til hospitalspsykiatrien og at understøtte, at patienter, der fejler det samme, får lige adgang til behandling.

Region Syddanmark er den eneste af alle 5 regioner, der ikke har én central visitation til hospitalspsykiatrien. Hospitalspsykiatrien i Region Syddanmark består af 6 afdelinger, der er fordelt i regionen. Hver afdeling har en visitation, der modtager henvisninger fra de alment praktiserende læger, som hører til afdelingens geografiske område. Årsagen til Region Syddanmarks organisering af visitationen er, at regionen indtil november 2015 har haft flere forskellige patientadministrative systemer. Regionen har derfor ikke haft systemmæssig mulighed for at etablere en central visitation for hele regionen.

Regionernes brug af retningslinjer i visitationen

26. En væsentlig forudsætning for, at regionerne kan understøtte, at patienterne visiteres ens til hospitalspsykiatrien, er, at der er klare retningslinjer for, hvornår hospitalspsykiatrien skal udrede og/eller behandle patienter.

27. Regeringens psykiatriudvalg foreslår i oktober 2013 bl.a., at hospitalspsykiatrien gør brug af retningslinjer for visitationen for at understøtte, at de rette patienter visiteres til udredning og behandling. Regionerne udarbejder sammen i 2014 en fællesregional beskrivelse af målgrupper, som beskriver kriterier for de patienter, som hospitalspsykiatrien bør udrede og behandle. Beskrivelsen skal understøtte, at patienter på tværs af regionerne får samme adgang til behandling i hospitalspsykiatrien. Tabel 1 viser den fællesregionale målgruppebeskrivelse for visitation til hospitalspsykiatrien.

Tabel 1. Den fællesregionale målgruppebeskrivelse for visitation til hospitalspsykiatrien

Symptomer og adfærd	Betydelig forværring i symptomer. Betydelig forpinthed. Adfærd præget af betydelig ustabilitet, selvskade og/eller selvmordsrisiko samt truende adfærd. Nyopståede psykotiske symptomer.
Funktionsniveau	Betydelig nedsættelse i funktion hvad angår sociale og skole-/arbejdsmæssige sammenhænge relateret til psykisk sygdom.
Diagnostik	Diagnostisk uklarhed, eventuelt på grund af manglende mental udvikling eller flere samtidige sygdomme.
Behandling	Utilstrækkelig effekt af forudgående behandling i praksissektor. Ustabilt samarbejde om vedligeholdelsesbehandling (når diagnose er stillet, og patienten er stabil i sin behandling).

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Danske Regioner.

Det fremgår af tabel 1, at den fællesregionale beskrivelse af målgrupper både rummer symptomer og adfærd hos patienten, funktionsniveau, diagnostik og behandling. Patienter, der opfylder ét eller flere af kriterierne, bør umiddelbart visiteres til hospitalspsykiatrien.

Regionerne har udarbejdet den fællesregionale beskrivelse af målgrupper, så den både kan rumme regionernes forskellige rammevilkår og politiske prioriteringer. I Region Nordjylland er der fx kun 9 praktiserende psykiatere. Det betyder, at hospitalspsykiatrien er nødt til at behandle en større andel af patienterne, end det fx er tilfældet i Region Hovedstaden. Den fællesregionale målgruppebeskrivelse er derfor udarbejdet som en bred og overordnet ramme for, hvordan regionerne skal visitere patienterne.

28. Region Nordjylland og Region Hovedstaden har vurderet, at den fællesregionale målgruppebeskrivelse er på et så overordnet niveau, at den ikke er brugbar, når de konkret skal visitere patienterne. Begge regioner har derfor udmøntet beskrivelsen i mere detaljerede retningslinjer. Det giver regionernes visitatorer et konkret grundlag for at visitere patienter, der fejler det samme, ens til udredning og behandling i hospitalspsykiatrien, jf. bilag 3.

Region Hovedstadens visitatorer bruger retningslinjerne systematisk til samlet at vurdere den enkelte henvisning. Vurderingen er grundlaget for, om de henviser patienten til hospitalspsykiatrien eller sender patienten tilbage til egen læge, eventuelt til behandling i praksissektoren.

29. Region Nordjylland bruger ikke sine konkrete retningslinjer systematisk til at visitere patienter med samme sygdom ens til hospitalspsykiatrien. De er i højere grad et redskab, som visitatorerne kan bruge som støtte for deres beslutning. Det skyldes, at den ambulante behandlingskapacitet i praksissektoren i Region Nordjylland er meget begrænset. I mange tilfælde må visitatorerne derfor visitere patienter til udredning og behandling i hospitalspsykiatrien, selv om patienterne ifølge retningslinjerne ikke hører til målgruppen. Det sker bl.a. i de tilfælde, hvor patientens egen læge fastholder, at patienten skal behandles i hospitalspsykiatrien, fordi lægen fx vurderer, at ventetiden til en praktiserende psykiater kan forværre patientens sygdom.

30. Vores gennemgang viser, at Region Syddanmark ikke har konkretiseret den fællesregionale målgruppebeskrivelse i yderligere retningslinjer for visitatorerne for at understøtte, at de visiterer patienter, der fejler det samme, ens. Regionen tager alene udgangspunkt i den fællesregionale beskrivelse af målgrupper.

31. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Region Hovedstaden har det bedste grundlag for at visitere patienter, der fejler det samme, ens til hospitalspsykiatrien. Det skyldes, at regionen har konkretiseret den fællesregionale beskrivelse af målgrupper i retningslinjer, som visitatorerne bruger som et fast redskab. Med retningslinjerne for visitationen kan Region Hovedstaden systematisk efterprøve, om den visiterer korrekt.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det med aftalen om regionernes økonomi for 2016 er aftalt, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Danske Regioner skal udarbejde retningslinjer for visitationen, hvor det er relevant.

Regionernes opfølgning på deres visitation

32. Vi har undersøgt, om de 3 regioner løbende følger op på, at de visiterer patienter, der fejler det samme, ens til udredning og behandling. Vi har i den forbindelse undersøgt, om regionerne følger op på kvaliteten i henvisningerne fra almen praksis som grundlag for regionens visitation. Derudover har vi undersøgt, om regionerne følger op på, om de har visiteret patienterne korrekt ud fra de tilgængelige oplysninger om patienten. Det er et fagligt vanskeligt område, og det er derfor vigtigt at have en løbende erfaringsopsamling af kvaliteten i visitationen.

***Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)** er et nationalt system til kvalitetsudvikling på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet. Fra 2016 er hospitalerne ikke længere underlagt DDKM.*

33. Hospitalerne skal som led i Den Danske Kvalitetsmodel opstille og udmelde retningslinjer for, hvilke oplysninger der skal fremgå af de henvisninger, som de praktiserende læger sender til hospitalspsykiatrien. Når henvisningerne indeholder relevante og fyldestgørende oplysninger om patienterne, er det bl.a. med til at understøtte det bedste grundlag for regionens visitation af patienten. Regionerne har udarbejdet en fælles henvisningsvejledning til de praktiserende læger.

***Audit** er en metode til at vurdere kvaliteten i sundhedsvæsenet. Auditteamet vurderer kvaliteten af ydelser på grundlag af konkrete patienters forløb.*

Vores gennemgang viser, at regionerne én gang om året gennemfører en audit af et udsnit af de henvisninger, som hospitalspsykiatrien modtager. Det gør regionerne for at vurdere, om henvisningerne opfylder de udmeldte retningslinjer på området. Vores gennemgang af regionernes audit af henvisninger i perioden 2012-2015 viser, at hver af de 3 regioner ved halvårlige eller årlige audit har gennemgået mellem 10 og 25 henvisninger. Der er tale om små stikprøver i hver audit. Regionerne har oplyst, at henvisningerne i flere tilfælde er mangelfulde, da de bl.a. ikke giver den nødvendige information om patienten til visitationen, og at de løbende har en dialog med de praktiserende læger om at forbedre henvisningerne. Det har været et indsatsområde i regionerne i den undersøgte periode.

34. Vores gennemgang viser, at kun Region Hovedstadens centrale visitation følger op på, om regionen har visiteret korrekt. Regionens centrale visitation følger månedligt op på, hvor mange patienter de enkelte behandlingsenheder i hospitalspsykiatrien tilbageviser til den centrale visitation, fordi patienterne er fejlvisiteret. Den centrale visitation arbejder ud fra et mål om, at andelen af fejlvisiterede patienter ikke må overstige 10 %. Siden regionen har indført målet, har visitationen opfyldt det.

Siden september 2014 har Region Hovedstadens centrale visitation desuden gennemført ugentlige interne audit af sin kliniske visitation. Ved hver audit udtrækker visitationen 10 tilfældige patientjournaler, som dokumenterer den kliniske visitation. Auditteamet består af 2 overlæger fra visitationen, lederen af visitationen, en ekstern psykiater og den visitator, der har visiteret de 10 patienter.

Auditteamet vurderer, om den centrale visitation træffer de rigtige beslutninger, når den klinisk visiterer patienterne. I hver audit gennemgår auditteamet først, om visitatoren har indhentet de rigtige data om patienterne. Dernæst vurderer teamet, om visitatoren har analyseret data korrekt og vurderet patienten ud fra de gældende retningslinjer. Endelig vurderer teamet, om visitatoren ud fra analyserne har truffet de rette kliniske beslutninger om, hvilken behandling patienterne skal visiteres til. Visitationen forbedres løbende på baggrund af resultaterne fra audit, jf. boks 2.

BOKS 2. FAKTA OM REGION HOVEDSTADENS AUDIT

Region Hovedstaden har med audit løbende forbedret visitationen af patienterne til hospitalspsykiatrien. Da auditteamet fx på et tidspunkt konstaterede, at visitatorerne ikke vurderede patienternes selvmordsrisiko på tilstrækkelig vis, ændrede den centrale visitation kravet til dokumentationen af det forhold i journalskabelonen. Hermed nedbragte den centrale visitation sin manglende opfyldelse af målet om at vurdere patienternes selvmordsrisiko fra 9 % til 2 %.

35. Region Hovedstaden har oplyst, at regionen som et led i arbejdet med Lean i hospitalspsykiatrien er begyndt at arbejde med en ny ledelsesform. Den indebærer, at visitationens ledere løbende er til stede i visitationen for at observere, hvordan klinikerne arbejder med den konkrete administrative og kliniske visitation. Formålet er, at visitationens ledere får indsigt i, om rammerne for visitationen fungerer, og om medarbejderne følger regionens retningslinjer i visitationen.

__Lean__ er et styringskoncept, som generelt handler om at forenkle og effektivisere produktions- og arbejdsprocesser. Det kan fx ske ved at minimere ventetid for patienterne og spildtid for personalet.

36. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Region Hovedstaden ved at følge op på processen og resultaterne af sin visitation har et mere præcist grundlag end de 2 andre regioner for at vurdere, om regionen visiterer de rette patienter til behandling i hospitalspsykiatrien.

Resultater

37. Undersøgelsen af de 3 regioner viser, at 2 af regionerne ikke tilstrækkeligt understøtter, at patienter, der fejler det samme, får samme adgang til behandling i hospitalspsykiatrien. Region Hovedstaden og Region Nordjylland har konkretiseret den fællesregionale beskrivelse af målgrupper for hospitalspsykiatrien i retningslinjer. Region Hovedstaden bruger retningslinjerne til systematisk at visitere patienterne ens til behandling i hospitalspsykiatrien. Region Nordjylland har konkrete retningslinjer, men bruger dem ikke systematisk til at understøtte en ensartet visitation. Region Syddanmark har ikke udarbejdet konkrete retningslinjer, som understøtter den fællesregionale beskrivelse af målgrupper.

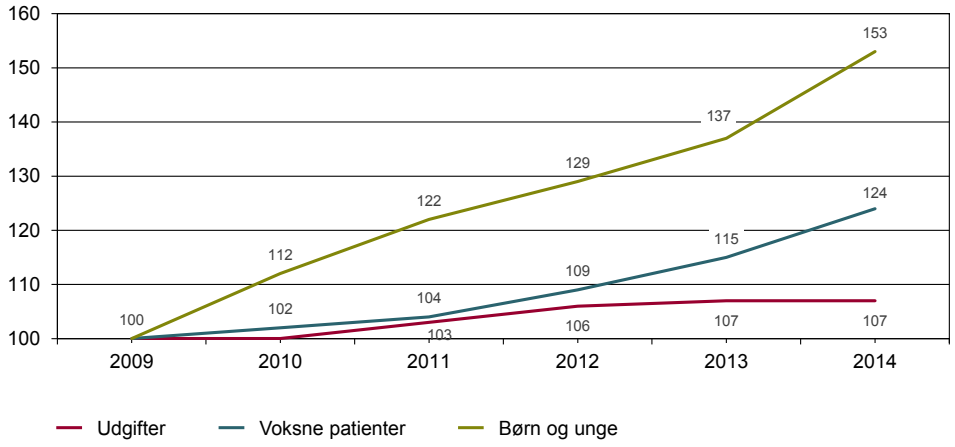
Undersøgelsen viser videre, at alle regionerne én gang om året følger op på kvaliteten af henvisningerne fra de praktiserende læger. De har også en løbende dialog med de praktiserende læger om at forbedre henvisningerne. Det er dog kun Region Hovedstaden, der løbende følger op på, om den visiterer patienterne korrekt. Hverken Region Nordjylland eller Region Syddanmark følger op på, om de visiterer patienterne korrekt.

2.2. Regionernes målstyring af aktiviteter

38. Vi har for de 3 regioner undersøgt, om regionernes styring understøtter, at de bruger kapaciteten til ambulant behandling i hospitalspsykiatrien omkostningseffektivt. Det har vi gjort ved at undersøge, om regionerne har opstillet mål for deres brug af kapaciteten, og om regionernes styring understøtter en sammenhæng mellem aktivitet og resurser til behandlingsenheden. Endvidere har vi undersøgt, om regionerne har opstillet mål for effekten af behandlingen.

39. Regionerne opdeler ikke på landsplan udgifter i hospitalspsykiatrien på ambulant og stationær behandling og adskiller heller ikke på landsplan udgifterne til voksenpsykiatrien og børne- og ungepsykiatrien. Regionerne opgør heller ikke omkostninger for de forskellige behandlingsforløb i hospitalspsykiatrien. Vi har derfor undersøgt udviklingen i hospitalspsykiatriens samlede driftsudgifter og antallet af patienter i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. Figur 5 viser udviklingen i hospitalspsykiatriens driftsudgifter samt antallet af voksne patienter og børn og unge i behandling i alle 5 regioner i perioden 2009-2014.

Figur 5. Udviklingen i driftsudgifter og antal patienter i behandling i hospitalspsykiatrien i perioden 2009-2014
(2009 = indeks 100)



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Danske Regioner.

Det fremgår af figur 5, at hospitalspsykiatrien har haft 24 % flere patienter i voksenpsykiatrien i perioden 2009-2014 og 53 % flere patienter i børne- og ungepsykiatrien i samme periode. Hospitalspsykiatriens samlede driftsudgifter er i perioden fra 2009-2014 kun steget med 7 %. Udviklingen viser således en stigning i produktiviteten i hospitalspsykiatrien, når udviklingen i antallet af patienter i behandling sammenholdes med udviklingen i driftsudgifterne.

Mål for brug af kapaciteten

40. Vores gennemgang viser, at alle 3 regioner opstiller aktivitetsmål i deres styring af brugen af kapaciteten i form af mål for antallet af ambulante besøg, som behandlingsenhederne skal gennemføre. Region Nordjylland og Region Hovedstaden opstiller desuden mål for antal ydelser uden besøg. Region Syddanmark har ikke opstillet mål for antal ydelser uden besøg, men følger udviklingen.

Ydelser uden besøg *er en ydelse til patienten, som ikke kræver, at patienten er til stede. Ydelser uden besøg kan bl.a. være erklæringer, samtaler med værge eller pårørende mv. og kontakter med andre myndigheder. Desuden indgår fysio- og ergoterapeutiske ydelser i forbindelse med behandlingen også som ydelser uden besøg.*

41. Vores gennemgang af Region Hovedstadens styring viser, at regionen har beregnet aktivitetsmålene ud fra, hvor lang tid de forskellige opgaver erfaringsmæssigt tager. På baggrund af beregningen indførte regionen i 2014 en såkaldt 2-3-4-model, jf. boks 3. Den angiver, at medarbejderne kan nå 2, 3 eller 4 ambulante besøg pr. arbejdsdag, afhængigt af hvilket ambulatorium de er ansat i. De medarbejdere, der kan nå 2 besøg om dagen, har typisk opgaver, hvor de også skal bruge tid på at opsøge patienterne. Andre medarbejdere modtager alle patienterne i hospitalspsykiatriens ambulatorier, og de kan derfor nå op til 4 besøg om dagen. Derudover tager modellen også højde for, hvilken type patienter medarbejderne behandler, da det også har betydning for, hvor lang tid et besøg tager.

BOKS 3. FAKTA OM REGION HOVEDSTADENS 2-3-4-MODEL

Det samlede mål for, hvor mange ambulante besøg en behandlingsenhed skal gennemføre, beregnes som antal behandlere i de enkelte ambulatorier eller afsnit gange antal arbejdsdage pr. år gange 2, 3 eller 4 besøg pr. arbejdsdag. Antal besøg afhænger af typen af ambulatorium eller afsnit.

Normen pr. medarbejder er udtryk for det gennemsnitlige antal ambulante besøg, som regionen forventer, at medarbejderne gennemfører hen over året. Det er således forudsat i styringen, at de decentrale behandlingsenheder skal fordele de samlede årlige mål for enheden ud på ambulatorierne og afsnittene hen over året ud fra de enkelte medarbejderes opgaver. Desuden skal fordelingen af målene lokalt forsøge at tage hensyn til forskelle i tyngden af patienter.

Region Hovedstaden bruger 2-3-4-modellen til at opstille mål for aktiviteten for de enkelte behandlingsenheder. Målene opstilles ud fra en beregning af, hvor meget regionen forventer, at de enkelte behandlingsenheder kan nå med de medarbejdere, som enhederne råder over. Det bliver dermed gennemsigtigt for medarbejderne, hvilke resursemæssige forudsætninger der ligger til grund for de mål, medarbejderne skal opfylde.

42. Vores gennemgang viser, at Region Syddanmark siden 2009 har koblet mål for antal ambulante besøg i hospitalspsykiatrien med afdelingernes driftsbudget. Modellen indebærer, at hver behandlingsenhed i hospitalspsykiatrien får fastsat en baseline i form af et antal ambulante besøg, som behandlingsenheden skal gennemføre for den tildelte bevilling. Hvis behandlingsenhederne gennemfører flere ambulante besøg end baseline, bliver de honoreret ekstra. Det sker ved, at regionen forhøjer driftsbudgettet ud fra kendte takster. Hvis behandlingsenhederne præsterer mindre end baseline, reducerer regionen deres driftsbudget ud fra taksterne. Det betyder, at behandlingsenhederne kender de økonomiske konsekvenser ved afvigelser fra baseline, og samtidig må behandlingsenhederne løbende regulere personaleresurserne for at overholde budgettet. Dermed hænger resurser automatisk sammen med aktivitetsniveau. Region Syddanmark har som den eneste region en styringsmodel, der understøtter, at resurserne automatisk tilpasses til aktivitetsniveauet.

***Baseline** udtrykker det antal ambulante besøg, en afdeling skal gennemføre inden for et kalenderår for den bevilling, afdelingen har fået tildelt.*

43. Regionerne har oplyst, at de har forskellige rammevilkår, hvilket har betydning for udformningen af deres styringsmodeller og tilrettelæggelsen af arbejdet for at opnå en effektiv brug af kapaciteten. Nogle regioner er fx særligt udfordret af mangel på speciallæger. Region Nordjylland har oplyst, at manglen på speciallæger bl.a. betyder, at der i særlig grad skal arbejdes med arbejdstilrettelæggelse og optimal udnyttelse af resurserne, og at det ifølge dem derfor ikke altid giver mening at opstille faste aktivitetsmål.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Region Syddanmarks og Region Hovedstadens styringsmodeller er forskellige modeller, der begge har til formål at sikre sammenhæng mellem aktiviteter og resurser og dermed understøtte en positiv udvikling i produktiviteten. Region Hovedstadens styring resulterer dog ikke nødvendigvis i en ændring af resurser, hvis behandlingsenhederne enten ikke opfylder eller overstiger aktivitetsmålet. Region Nordjyllands styring understøtter ikke som i de 2 øvrige modeller en sammenhæng mellem aktiviteter og resurser.

Tydeliggørelse af mål og kapacitet på behandlings- og afsnitsniveau

44. Vores gennemgang viser, at Region Hovedstaden og Region Syddanmark systematisk nedbryder mål for aktiviteten til de enkelte ambulatorier og afsnit på behandlingsenhederne. Det giver ledelse og medarbejdere i behandlingsenhederne mulighed for løbende at følge med i, om de enkelte ambulatorier og afsnit opfylder målene og herunder korrigere indsatsen, hvis de ikke gør. I Region Nordjylland er der mål for aktiviteten for de enkelte klinikker, men det er op til ledelsen på den enkelte klinik, om målene skal nedbrydes til ambulatorie- og afsnitsniveau. I de enkelte klinikker arbejdes der med forskellige metoder til at nedbryde målene på ambulatorieniveau.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Region Nordjylland kan forbedre styringen, hvis regionen systematisk nedbryder mål for aktivitet og driftsbudgetter til de enkelte ambulatorier og afsnit, fordi det vil skabe gennemsigtighed om målopfyldelsen i hospitalspsykiatrien.

45. Vores gennemgang af styringen i de enkelte behandlingsenheder i de 3 regioner viser, at Region Hovedstaden har udviklet et system til at styre brugen af kapaciteten. Det giver løbende regionen overblik over behandlingsenhedernes aktuelle og ledige kapacitet. Hver uge melder behandlingsenhederne deres aktuelle og ledige kapacitet ind til den centrale visitation i regionen. Visitatorerne bruger systemet til at fordele alle henvisninger til de 10 behandlingsenheder, når de vurderer, at hospitalspsykiatrien skal behandle patienter.

Herudover bruger de enkelte ambulatorier og afsnit i alle 3 regioner ugeplaner som et styrings- og planlægningsredskab. Ugeplanerne styrer fordelingen af opgaverne ude i ambulatorierne og på afsnittene. De giver overblik over de enkelte medarbejderes arbejdsopgaver, herunder aftaler med patienter, aftaler med forældre og pårørende og øvrige tilbagevendende aktiviteter på ugentlig basis. Det kan fx være faggruppemøder, supervision og undervisning. Ugeplanerne giver gennemsigtighed i alle medarbejderes opgaver og aktiviteter, så det bliver nemmere at planlægge og booke patientforløbene. Ambulatorierne bruger også systemet til at sikre, at de har afsat nok faste tider til patientkontakt i løbet af en uge til, at de kan leve op til deres mål for aktiviteten.

Endelig viser gennemgangen, at Region Hovedstaden til forskel fra de 2 øvrige regioner har et it-system – Flow-systemet – som visse ambulatorier bruger til at planlægge behandlingen af patienterne i de enkelte patientforløb. Ambulatorierne bruger systemet til at skabe overblik over igangværende og planlagte behandlingsforløb (fordelt på individuelle forløb og gruppeforløb) og patienter på venteliste. Det viser også, hvor langt patienterne er i deres behandlingsforløb. Systemet gør det lettere for regionen at opnå et overblik over, hvornår der fx er nok patienter til at gennemføre behandling i et gruppeforløb.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Region Hovedstadens system til at styre kapaciteten samt Flow-systemet giver regionen et godt overblik over, hvor der er ledig kapacitet, og hvor langt patienterne er i deres behandlingsforløb.

Mål for effekten af behandlingen

46. Vores gennemgang af regionernes mål viser, at regionerne også har opstillet en række mål for at understøtte en god behandling. Fx har Region Syddanmark opstillet et mål om, at 90 % af patienterne skal have gennemgået deres medicinforbrug i forbindelse med behandlingen. Region Hovedstaden og Region Nordjylland har fx opstillet et mål om, at der højst må gå 8 dage, fra hospitalspsykiatrien har modtaget en henvisning, til den indkalder patienten til udredning eller behandling.

47. Vores gennemgang viser, at ingen af regionerne opstiller mål for effekten af behandlingen. Regionerne har oplyst, at de løbende har arbejdet med effektmål, men at det er vanskeligt at udvikle relevante effektmål, der relaterer sig til bl.a. patienternes livskvalitet, sociale funktionsniveau og netværk. Region Hovedstaden har planer om at udvide regionens målinger til også at omfatte patienternes oplevede sundhedstilstand før og efter behandlingen som en måde at vurdere effekten af behandlingen på.

48. Rigsrevisionen finder det centralt, at alle 5 regioner fortsat arbejder henimod at udvikle relevante mål og indikatorer for effekten af behandlingen. Kun ved at opstille effektmål kan regionerne vurdere, om behandlingen har den tilsigtede effekt, og det er afgørende for, at regionerne bruger resurserne omkostningseffektivt.

Resultater

49. Undersøgelsen viser, at regionerne har forskellige styringsmodeller. Region Syddanmarks og Region Hovedstadens styringsmodeller har begge til formål at sikre sammenhæng mellem aktiviteter og resurser og dermed understøtte en positiv udvikling i produktiviteten. Region Nordjyllands styringsmodel understøtter ikke på tilsvarende vis sammenhæng mellem aktiviteter og resurser. Endvidere har Region Hovedstaden et system, som giver regionen mulighed for løbende at følge brugen af kapaciteten, herunder hvor der er ledig kapacitet, og hvornår der er nok patienter til at starte behandling i gruppeforløb.

Ingen af de 3 regioner i undersøgelsen har et styringsgrundlag, som understøtter, at de kan tage stilling til, om de bruger kapaciteten effektivt. Det skyldes, at ingen af regionerne har opstillet mål for effekten af behandlingen, og at ingen af regionerne kan opgøre omkostningerne ved de forskellige behandlingsforløb i hospitalspsykiatrien. Dermed kan ingen af regionerne vurdere, om den positive udvikling i produktiviteten indvirker på omkostningseffektiviteten forstået som resultaterne/effekterne af behandlingen sammenholdt med omkostningerne ved de enkelte behandlingsforløb.

3. Regionernes styring af kapaciteten i praksissektoren

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i deres styring af kapaciteten i praksissektoren har vanskeligt ved at understøtte en omkostningseffektiv behandling af patienter med psykiske lidelser.

Undersøgelsen af alle 5 regioner viser, at regionerne kun i begrænset omfang kan regulere kapaciteten i praksissektoren. Det skyldes primært problemer med at rekruttere praktiserende læger og praktiserende psykiatere. Regeringen besluttede i november 2015 at nedsætte et særligt udvalg, der skal vurdere, hvordan man kan sikre en bedre lægedækning.

Undersøgelsen viser, at regionerne mangler viden om patienternes behandling, behandlingsbehov, omkostninger og effekten af behandlingen. Regionerne sammenholder derfor heller ikke omkostninger og effekter ved forskellige behandlingsforløb i praksissektoren. Dermed er det vanskeligt for regionerne at prioritere resurserne bedst muligt, så patienterne får den behandling, de har behov for, på en omkostningseffektiv måde.

Undersøgelsen viser videre, at regionernes samspil med praksissektoren i vid udstrækning er baseret på lokale aftaler, men at regionerne ofte har svært ved at indgå lokale aftaler, så flere patienter med psykiske lidelser kan behandles. Det har således taget lang tid at indgå aftaler om at afprøve nye samarbejdsmodeller, som skal understøtte, at flere patienter kan behandles. Regionerne kan først gennemføre en national evaluering af samarbejdsmodellerne i 2017. Det er 10 år efter, at Folketinget bevilgede de første midler til at afprøve nye samarbejdsmodeller.

Regionerne har hidtil ikke indgået lokale aftaler, så regionerne kan opfylde deres sundhedsfaglige målsætninger i praksisplanerne for behandling af patienter med psykiske lidelser i almen praksis. Rigsrevisionen finder det positivt, at Sundheds- og Ældreministeriet vil drøfte implementeringen af regionernes praksisplaner i Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

50. Dette kapitel handler om, hvorvidt de 5 regioners styring af kapaciteten i praksissektoren understøtter en omkostningseffektiv behandling af patienter med psykiske lidelser.

Reguleringen af praksissektoren er i høj grad baseret på aftaler. Det betyder, at regionernes muligheder for at styre behandlingskapaciteten i praksissektoren afhænger af, hvilke aftaler regionerne kan indgå med praksissektoren i form af overenskomster og lokale aftaler. Vi har vurderet regionernes styring af behandlingen i praksissektoren inden for overenskomsternes rammer.

3.1. Regionernes brug af kapaciteten i praksissektoren

51. Regionerne har ansvaret for, at borgere, der har behov for det, kan modtage behandling i praksissektoren. Vi har undersøgt regionernes planlægning af kapaciteten i praksissektoren for praktiserende læger, praktiserende psykiatere og praktiserende psykologer, herunder om regionerne har et tilstrækkeligt datagrundlag til at vurdere, om patienterne får den behandling, de har behov for, og at det sker på en omkostningseffektiv måde. De 3 områder er reguleret af hver sin overenskomst, der giver regionerne forskellige muligheder for at styre kapaciteten. Vi har undersøgt, hvordan regionerne bruger de forskellige muligheder, som overenskomsterne giver regionerne for at planlægge kapaciteten til at behandle patienter med psykiske lidelser i praksissektoren.

Planlægning af kapaciteten i almen praksis

52. Ca. hver fjerde henvendelse til en praktiserende læge vedrører psykiske problemstillinger. Almen praksis er derfor en væsentlig resurse i behandlingen af patienter med psykiske problemstillinger. Den praktiserende læge kan behandle patienter med lette til moderate psykiske lidelser, fx medicinsk. Praktiserende læger har også mulighed for at tilbyde samtaleterapi. Ifølge Praktiserende Lægers Organisation (PLO) bruger ca. 62 % af de praktiserende læger denne mulighed. Den praktiserende læge har også en vigtig koordinerende funktion for patienter, der behandles i hospitalspsykiatrien, hos en praktiserende psykiater eller en praktiserende psykolog.

Vores gennemgang af regionernes planlægning af kapaciteten i almen praksis viser, at regionerne planlægger ud fra en norm på mindst 1.600 tilmeldte borgere pr. læge. Normen er fastsat i den centrale overenskomst med de alment praktiserende læger. Lægerne kan selv vælge at have flere tilmeldte borgere eller efter ansøgning få tilladelse til at have færre. Regionerne har i flere udkantsområder svært ved at rekruttere læger til almen praksis. I disse områder ligger nogle praktiserende læger langt over normen på 1.600 tilmeldte borgere.

Fx har en læge i Hjørring Kommune i Region Nordjylland 4.618 tilmeldte borgere, hvilket er ca. 3.000 over normen. Når der er mange borgere pr. lægekapacitet, har lægerne mindre tid til den enkelte patient. Derudover er der områder, hvor populationen i højere grad fx er socialt belastet eller består af kronisk syge. Begge forhold kan betyde, at lægerne i disse områder har sværere ved fx at tilbyde samtaleterapi, da det kræver mere tid. Derudover har organiseringen i den enkelte praksis også betydning for, hvor mange borgere den praktiserende læge kan have tilmeldt. Nogle praktiserende læger gør fx brug af sygeplejersker til at varetage nogle opgaver, hvilket frigiver lægens tid til andre opgaver.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at regeringen i 2015 besluttede at nedsætte et særligt lægedækningsudvalg. Udvalget forventes at komme med forslag til, hvordan man kan sikre en bedre lægedækning ultimo 2016 eller primo 2017.

53. Patienter henvender sig til den praktiserende læge med mange forskellige behandlingsbehov. Vores gennemgang af regionernes planlægning viser, at ingen af regionerne indtil videre har udarbejdet en model for, hvordan de kan planlægge deres kapacitet ved at bruge de tilgængelige data om patienternes behandling og behandlingsbehov hos de praktiserende læger. Regionerne overvejer løbende, om de kan bruge andre data, så de kan understøtte, at kapaciteten hos de praktiserende læger modsvarer patienternes behov for behandling. Det kan fx være data fra regionernes sundhedsprofiler og befolkningsstatistik.

Ifølge sundhedsloven og overenskomsten med almen praksis skal praktiserende læger registrere og kode henvendelser fra patienter. Lægerne skal stille de registrerede data til rådighed for regionerne i en anonymiseret form. Formålet er, at regionerne bl.a. skal bruge de registrerede data til at planlægge og kvalitetssikre behandlingen i almen praksis. Regionerne har dog ikke haft adgang til de registrerede data, da databasen, som regionerne skulle trække data fra, blev lukket i september 2014.

*I **bekendtgørelse nr. 967 af 29. august 2014 om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken** er det nærmere defineret, at almen praksis skal registrere og kode henvendelser fra patienter for 8 specifikke diagnoser, hvoraf den ene vedrører psykiske lidelser.*

Danske Regioner har oplyst, at databasen blev lukket, fordi der var usikkerhed om hjemmelsgrundlaget for både indsamling og brug af data fra almen praksis. Region Syddanmark var dataansvarlige for databasen, og da der opstod usikkerhed om hjemmelsgrundlaget, besluttede regionen at slette oplysningerne i databasen.

Regionerne afventer fortsat en afklaring af hjemmelsgrundlaget for at kunne indsamle og bruge data fra de praktiserende læger. Regionernes begrænsede viden om aktiviteten hos de praktiserende læger betyder, at regionerne på nuværende tidspunkt har et utilstrækkeligt datagrundlag i forhold til at planlægge kapaciteten hos de praktiserende læger. Regionerne mangler viden om patienternes behandlingsbehov og den behandling, der finder sted, samt viden om effekterne og omkostningerne ved behandlingsforløb. Regionerne har dermed svært ved at vurdere, hvad kapaciteten hos de praktiserende læger bliver brugt til, og om regionerne bruger kapaciteten godt nok. Regionerne kan heller ikke vurdere, om der er behov for at understøtte de praktiserende læger anderledes, fx med tilbud om udvikling af lægernes kompetencer på relevante områder.

Planlægning af kapaciteten hos praktiserende psykiatere

54. Vores gennemgang af regionernes planlægning af kapaciteten for praktiserende psykiatere viser, at regionerne vurderer behovet for praktiserende psykiatere, i forbindelse med at de vurderer behovet for psykiatere i hospitalspsykiatrien. Derudover indgår bl.a. udviklingen i ventetid og geografisk spredning af kapaciteten i regionen.

55. Det er en stor udfordring for regionerne, at der er lang ventetid til praktiserende psykiatere. Tabel 2 viser antallet af fuldtidspraktiserende psykiatere for de enkelte regioner og regionernes gennemsnitlige ventetid til en ikke-akut første konsultation.

Tabel 2. Praktiserende psykiatere opgjort i fuldtidskapaciteter og den gennemsnitlige ventetid til en ikke-akut første konsultation

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Antal psykiatere (fuldtidskapaciteter)	51,3	16,0	17,0	18,0	9,0
Gennemsnitlig ventetid til psykiater (uger)	15,8	14,3	18,1	33,5	37,0

Note: De praktiserende psykiatere skal i henhold til overenskomsten om speciallægehjælp indberette deres ventetid til en ikke-akut første konsultation på sundhed.dk. Ventetiderne er hentet fra sundhed.dk den 30. januar 2016. Regionerne har oplyst, at ikke alle psykiatere opdaterer deres ventetider på sundhed.dk. Der kan derfor være fejlkilder i oplysningerne på sundhed.dk.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra sundhed.dk og regionerne.

Det fremgår af tabel 2, at der er store forskelle på den gennemsnitlige ventetid til en ikke-akut første konsultation hos en praktiserende psykiater på tværs af regionerne. Region Nordjylland har den længste ventetid og færrest psykiatere, mens Region Hovedstaden har flest psykiatere. Den gennemsnitlige ventetid dækker også over en stor spredning. I Region Midtjylland er spredningen i ventetid fx fra 12 til 114 uger, mens spredningen i ventetid i Region Syddanmark er fra 4 til 52 uger.

Regionerne har oplyst, at det er vanskeligt at regulere kapaciteten og nedbringe ventetiderne. Der er mangel på psykiatere, og regionerne prioriterer at have flere speciallæger i hospitalspsykiatrien. Det skyldes, at hospitalspsykiatrien skal behandle patienter med de mest komplicerede lidelser og samtidig overholde de gældende patientrettigheder. Regionerne vurderer derfor, at de ikke kan oprette flere praksisser for psykiatere, fordi hospitalspsykiatrien derved mister psykiatere. Herudover betyder manglen på speciallæger, at regionerne i nogle områder har meget vanskeligt ved at rekruttere læger og dermed sikre lægedækning for praktiserende speciallæger.

I den seneste overenskomst for de praktiserende psykiatere er det aftalt, at psykiaterne skal frigøre 10 % ekstra kapacitet, som skal bruges til at behandle flere patienter. Regionerne forventer, at det vil reducere ventetiderne til de praktiserende psykiatere.

56. Vores gennemgang viser, at regionerne indtil 1. juni 2015 ikke havde adgang til relevante data om behandlingen. Regionerne har derfor haft vanskeligt ved at vurdere, hvordan kapaciteten hos de praktiserende psykiatere blev brugt. Regionerne har oplyst, at den seneste centrale overenskomst for speciallægeområdet i psykiatri fra 1. juni 2015 tydeligere afgrænser, hvilke patienter de praktiserende psykiatere skal behandle. I overenskomsten er der også indført en beskrivelse af udrednings- og behandlingsforløb, som sætter en ramme for behandlingen hos de praktiserende psykiatere. Det betyder, at regionerne får et bedre grundlag for at understøtte, at patienterne får en ensartet behandling. Parterne har også indført, at de praktiserende psykiatere senest ved afslutningen af behandlingen skal registrere patienternes diagnoser. Det giver regionerne et bedre grundlag til at vurdere, hvilke psykiske lidelser de praktiserende psykiatere behandler patienterne for.

Planlægning af kapaciteten hos praktiserende psykologer

57. De praktiserende psykologer kan behandle tilskudsberettigede patienter med psykiske lidelser inden for 11 specifikke henvisningsårsager. Vores gennemgang af regionernes planlægning af kapaciteten for praktiserende psykologer viser, at regionerne primært vurderer behovet ud fra udviklingen i antallet af henvisninger fra almen praksis, udviklingen i ventetid og geografisk dækning.

*Praktiserende læger kan i dag henvise patienter til tilskudsberettiget behandling hos en praktiserende psykolog på baggrund af 11 **henvisningsårsager**. Det kan fx være personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom, personer over 18 år med let til moderat depression eller 18-38-årige, der lider af let til moderat angst.*

Regionerne har oplyst, at ikke alle psykologer opgør og opdaterer oplysningerne om deres ventetider. Det er dog et problem, som både regionerne og Dansk Psykologforening har fokus på, og som er blevet mindre. Generelt er der meget stor spredning i ventetiden til psykologer. Nogle psykologer har meget lang ventetid, mens andre har kort ventetid.

58. Der er en særskilt årlig økonomiramme til behandling af patienter over 18 år med let til moderat depression og 18-38-årige patienter, der lider af let til moderat angst. Denne økonomiramme skal regionerne overholde. Vores gennemgang viser, at regionerne hvert år udnytter økonomirammen fuldt ud. Det betyder, at regionerne ikke kan udvide kapaciteten for at reducere ventetiden og sørge for, at flere patienter kan behandles hos de praktiserende psykologer.

59. Vores gennemgang viser, at regionerne ikke har indsigt i den behandling, der foregår i psykologpraksis. Der findes ingen data om de praktiserende psykologers resultater af behandlingerne, de konkrete henvisningsårsager fra almen praksis eller omkostningerne til behandlingsforløbene. Det betyder, at det ikke er muligt at skabe et tilstrækkeligt overblik over psykologordningens resultater og omkostningerne ved forskellige behandlingsforløb i forhold til andre tilbud.

Resultater

60. Undersøgelsen viser, at regionerne kun i begrænset omfang kan regulere kapaciteten, så patienter med psykiske lidelser kan få den behandling, de har behov for i praksissektoren, og at det sker på en omkostningseffektiv måde. Det skyldes, at det i flere regioner er vanskeligt at rekruttere læger til almen praksis, og at det ikke er muligt at udvide kapaciteten for praktiserende psykiatere på grund af mangel på speciallæger. Regionerne bruger hvert år den fastsatte økonomiramme for de praktiserende psykologer fuldt ud, og de kan dermed ikke bruge kapaciteten yderligere.

Regionerne mangler generelt viden om den behandling, der foregår hos de praktiserende læger og hos de praktiserende psykologer. Det betyder, at regionerne har svært ved at vurdere, om der er særlige behov for at styrke behandlingen i praksissektoren. Det kan fx være udvikling af behandlernes kompetencer eller nye tilbud om behandling. De praktiserende læger registrerer i dag henvendelser fra patienterne, men regionerne afventer en afklaring af, om der er hjemmel til, at regionerne kan få adgang til lægernes registreringer. Registreringerne kan fx give regionerne indblik i, hvilke sygdomme patienterne kommer med i almen praksis. Dermed kan regionerne vurdere, om der er behov for særlige tiltag til at understøtte behandlingen.

Regionerne ved for lidt om omkostningerne og effekterne ved behandlingsforløb for patienter med psykiske lidelser hos praktiserende læger, praktiserende psykiatere og praktiserende psykologer. Det betyder, at regionerne har vanskeligt ved at sammenholde omkostninger og effekter ved forskellige behandlingsforløb. Dermed får de svært ved at prioritere resurserne bedst muligt og vurdere, om der er behov for, at de understøtter behandlingen i praksissektoren med særlige tiltag.

3.2. Regionernes indgåelse af lokale aftaler

61. Vi har undersøgt, om regionerne har indgået aftaler med almen praksis om udmøntningen af praksisplanerne og nye samarbejdsmodeller. Vi har endvidere undersøgt, om regionerne bruger de specifikke muligheder, som overenskomsten for de praktiserende psykiatere giver for at indgå lokale aftaler.

***Praksisplanen** beskriver, hvilke opgaver de praktiserende læger skal varetage og lægernes snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet, herunder fysisk placering.*

62. Regionerne kan lokalt indgå flere forskellige typer af aftaler med praksissektoren, der kan understøtte, at flere patienter med psykiske lidelser kan behandles i praksissektoren. For almen praksis kan regionerne indgå lokale aftaler for at udmønte de målsætninger, som regionerne har i deres praksisplaner for almen praksis. Regionerne kan også indgå lokale aftaler i forbindelse med gennemførelsen af satspuljeprojekter, fx om nye samarbejdsmodeller med almen praksis. For de praktiserende psykiatere giver overenskomsten regionerne mulighed for indgå lokale aftaler, så regionerne i højere grad kan styre, hvilke patienter de praktiserende psykiatere skal behandle. På psykologområdet angiver overenskomsten ikke på samme måde specifikke typer af lokale aftaler.

Regionernes aftaler om udmøntning af praksisplanerne for almen praksis

63. Hver region har et praksisplanudvalg for almen praksis. Det er sammensat af medlemmer fra regionsrådet, medlemmer udpeget blandt bestyrelserne i regionens kommuner og medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger. Det er udvalgets opgave at udarbejde en praksisplan, der beskriver målsætningerne for samarbejdet med de praktiserende læger. Udvalget skal tilstræbe enighed om praksisplanen, ellers træffer regionsrådet den endelige beslutning og vedtager planen. Sundhedsloven blev ændret i 2013, så de praktiserende læger blev forpligtet til at efterleve de opgaver, som planen fastlægger. Den konkrete udmøntning af planen forudsætter dog, at regionen kan indgå en aftale med lægerne, som beskriver rammerne for implementering, resurser mv. for de opgaver, der ikke er omfattet af den centrale overenskomst.

64. Vores gennemgang af regionernes gældende praksisplaner viser, at alle regioner har behov for at indgå lokale aftaler med PLO, hvis regionerne skal udmønte praksisplanernes målsætninger for behandling af patienter med psykiske lidelser. Det drejer sig bl.a. om målsætninger for samtaleterapi hos praktiserende læger, jf. eksemplet i boks 4. Region Midtjylland og Region Hovedstaden har endnu ikke indledt forhandlinger om en aftale. Region Nordjylland og Region Syddanmark har forhandlet med PLO i forbindelse med udmøntningen af deres praksisplaner for henholdsvis 2014-2017 og 2015-2018, men det har ikke været muligt for parterne at nå til enighed. I Region Sjælland er parterne blevet enige om det faglige indhold i en aftale om samtaleterapi, men regionen har endnu ikke indledt forhandlinger om økonomien i aftalen.

BOKS 4. REGION SYDDANMARKS MÅLSÆTNING FOR SAMTALETERAPI I ALMEN PRAKSIS

Region Syddanmark har i sin praksisplan en målsætning om, at der skal afsættes ekstra tid i almen praksis til samtaleterapi med kriseramte patienter, der har stress, angst eller depression. Regionen kan kun opfylde målsætningen, hvis regionen kan indgå en aftale med PLO om det. Det er endnu ikke sket.

65. PLO har oplyst, at det er nyt for både regionerne og almen praksis, at de skal indgå lokale aftaler for at udmønte målsætningerne i regionernes praksisplaner. Det betyder ifølge PLO, at parterne er forsigtige med at indgå aftalerne. Derudover vurderer PLO, at selve proceduren for udmøntningen af regionernes praksisplaner gør det vanskeligt at indgå de lokale aftaler, der skal til for at udmønte målsætningerne. PLO mener, at målsætningerne i praksisplanerne ikke er prioriterede. Det er PLO's erfaring, at parterne først drøfter, hvad udmøntningen af de enkelte målsætninger forudsætter – både økonomisk og rent praktisk – efter at praksisplanen er vedtaget. Indtil videre har regionerne og de alment praktiserende læger ikke kunnet blive enige om de praktiske og økonomiske forhold. De har derfor endnu ikke indgået de lokale aftaler, som er en forudsætning for, at regionerne kan udmønte de målsætninger, der er vedtaget i deres praksisplaner.

PLO har konkret oplyst i forhold til samtaleterapi i almen praksis, at både regionerne og PLO ser et behov for og gerne vil indgå lokale aftaler, men indtil videre har en uenighed om fortolkningen af overenskomsten hindret enhver indgåelse af aftaler.

66. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at den manglende fremdrift i de lokale forhandlinger om udmøntningen af regionernes praksisplaner er bekymrende. Ministeriet forventer at drøfte implementeringen af sundhedslovens regler om regionernes praksisplaner i Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Regionernes aftaler med praktiserende læger om nye samarbejdsmodeller

67. Hvis flere patienter med psykiske lidelser skal have den behandling, de har behov for, omkostningseffektivt, er det væsentligt, at regionerne understøtter, at de praktiserende læger kan behandle flere patienter.

68. I Sundhedsstyrelsens nationale strategi for psykiatri fra 2009 fremgår det, at samarbejdet mellem praktiserende læger og hospitalspsykiatrien i form af bl.a. shared care-modeller bør styrkes, for at almen praksis kan behandle flere patienter. Shared care kan organiseres på mange forskellige måder, jf. boks 5.

BOKS 5. SHARED CARE

Shared care betyder delt behandling. Det er et af de mulige redskaber til at styrke samarbejdet på tværs af sektorer, fx mellem de praktiserende læger og hospitalspsykiatrien. Formålet er at få bedre kvalitet i behandlingen og bruge de samlede resurser bedre, så bl.a. indlæggelser og genindlæggelser i højere grad forebygges.

Der er mange forskellige shared care-modeller. Én model er collaborative care, hvor praktiserende læger og hospitalspsykiatrien deler behandlingen. I denne model har den praktiserende læge det fulde ansvar for behandlingen, og hospitalspsykiatrien stiller en specialsygeplejerske med bred psykiatrisk erfaring til rådighed for lægen. Specialsygeplejersken bidrager med supervision, sparring og diagnostik. Specialsygeplejersken kan også tage sig af enkelte terapeutiske forløb. Collaborative care skal optimere behandlingen af patienter med ikke-psykotiske lidelser, fx lette til moderate depressions- og angsttilstande, som praktiserende læger almindeligvis behandler.

69. Folketinget har 2 gange afsat midler fra satspuljerne til at afprøve shared care i regionerne. Første gang var i satspuljeaftalen for 2007-2010. Region Sjælland var den eneste region, der i den periode gennemførte et forsøg med shared care i almen praksis. Region Sjælland har oplyst, at evalueringen af projektet var positiv. Der var bl.a. bred enighed om, at projektets patienter havde haft gavn af behandlingen. Projektet blev ikke videreført efter projektperiodens udløb. Anden gang, der blev afsat midler fra satspuljerne til at afprøve shared care, var i satspuljeaftalen for 2012-2015.

Konflikten mellem regionerne og PLO
I 2013 endte forhandlingerne mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO med, at regionerne opsagde overenskomsten med PLO. Det førte til, at regeringen fremsatte et lovforslag om en ændring af sundhedsloven. Folketinget vedtog lovændringen den 27. juni 2013.

70. Vores gennemgang viser, at alle regioner har været interesseret i at afprøve shared care med midler fra satspuljen for 2012-2015. Konflikten med PLO og regeringens indgreb i maj 2013 betød dog, at det ikke var muligt for regionerne at indgå en fælles aftale med de praktiserende læger om at afprøve shared care. Regionerne har i stedet hver især forsøgt at indgå en lokal aftale med almen praksis. Det har imidlertid også været vanskeligt for de enkelte regioner at nå frem til aftaler om shared care. Regionerne er kommet i gang med at afprøve shared care i forskellige tempi, men det har generelt taget lang tid at indgå aftalerne.

71. Region Midtjylland indgik som den første region en aftale om at afprøve shared care i marts 2014. Region Hovedstaden og Region Sjælland indgik også aftaler i henholdsvis maj og juni 2014, mens Region Nordjylland først indgik en aftale i juni 2015. Region Syddanmark er endnu ikke nået frem til en aftale. Regionerne forventer først at kunne gennemføre en national evaluering af deres afprøvning af shared care i 2017. Det er 8 år efter, at Sundhedsstyrelsen anbefalede at afprøve shared care, og 10 år efter, at Folketinget første gang gav midler til det fra satspuljen.

72. Region Syddanmark indgik i august 2014 en lokal aftale med de praktiserende læger i Odense Kommune om at afprøve en model for samarbejde (integrated care). Et af formålene med integrated care er at overføre en større del af behandlingen fra hospitalerne til de praktiserende læger og kommunen. Regionen forventer, at modellen flytter opgaver fra hospitalerne til de praktiserende læger. På den måde kan integrated care medvirke til at mindske efterspørgslen på behandling i hospitalspsykiatrien og dermed sænke dens forbrug af resurser og udgifter.

73. Vores gennemgang af regionernes arbejde med at afprøve nye samarbejdsmodeller viser, at ingen regioner har opstillet businesscases, hvor de har vurderet omkostningerne ved nye samarbejdsmodeller og den ønskede effekt af behandlingen. Regionerne har oplyst, at de i alle lokale aftaler om at afprøve nye samarbejdsmodeller med praktiserende læger er kommet frem til en honorering, der er dyrere end det, som er aftalt i overenskomsten for de praktiserende læger. Det skyldes, at der er tale om nye opgaver, som overenskomsten ikke honorerer. Derudover kompenserer aftalerne lægerne for at deltage i at afprøve modellerne for samarbejde. Regionerne vil først sammenholde de økonomiske omkostninger ved modellerne med effekten, når regionerne evaluerer de nye modeller.

Regionernes aftaler med praktiserende psykiatere

74. Regionerne har i overenskomsten med de praktiserende psykiatere 2 muligheder for lokalt at indgå aftaler om at bruge kapaciteten i speciallægepraksis. Overenskomstens § 64 giver regionerne mulighed for lokalt at aftale bl.a. honorering af ydelser og opgaver. Regionerne kan endvidere indgå såkaldte råderumsaftaler, jf. overenskomstens § 66. Disse aftaler giver regionerne mulighed for at disponere over op til 20 % af kapaciteten hos de praktiserende psykiatere.

75. Vores gennemgang viser, at Region Nordjylland og Region Sjælland indtil videre ikke har indgået en råderumsaftale med de praktiserende psykiatere, men Region Sjælland arbejder på at indgå en råderumsaftale. Region Nordjylland har oplyst, at den primære årsag til, at regionen ikke har indgået en råderumsaftale, er, at der er meget lang ventetid til behandling hos en praktiserende psykiater. Regionen har ikke villet risikere at forlænge ventetiden til behandling ved at råde over noget af kapaciteten hos de praktiserende psykiatere. Derudover har Region Nordjylland ønsket at følge processen og resultaterne for indgåelsen af råderumsaftaler i de øvrige regioner, da regionen formoder, at det vil blive både ressourcetungt og dyrt at indgå disse aftaler.

76. Vores gennemgang viser, at Region Syddanmark allerede i 2012 vurderede, at det var relevant at indgå en råderumsaftale med de praktiserende psykiatere. Regionen indledte drøftelser om en råderumsaftale i maj 2012 og havde det første forhandlingsmøde i april 2013. Aftalen blev indgået i juni 2014. Det tog således ca. 2 år fra de første drøftelser, til aftalen blev indgået.

Aftalen omfatter de praktiserende psykiatere i Odense Kommune. Den er indgået som et led i en forsøgsordning, hvor regionen ønsker at forebygge forværringer hos patienter med nyopståede psykiske lidelser. Aftalen giver almen praksis mulighed for at henvise patienter til en afklarende samtale hos en praktiserende psykiater inden for 14 dage. Den afklarende samtale skal bruges til at vurdere, hvilken behandling patienten eventuelt har behov for, og hvem der skal varetage behandlingen (almen praksis, speciallægepraksis eller hospitalspsykiatri). Derudover indgår det i ordningen, at den praktiserende psykiater på baggrund af den afklarende samtale støtter den alment praktiserende læge i forhold til dennes eventuelle videre håndtering af patienten.

77. Region Midtjylland har også vurderet, at det er relevant at indgå en råderumsaftale med de praktiserende psykiatere. I efteråret 2012 og foråret 2013 forhandlede Region Midtjylland første gang om en råderumsaftale, der skulle give almen praksis mulighed for at henvise patienter til en afklarende samtale hos en praktiserende psykiater. Forhandlingerne blev dog afbrudt, da det ikke var muligt for parterne at blive enige om vilkårene. Region Midtjylland ønskede efterfølgende at indgå en aftale, hvor hospitalspsykiatrien kunne sende patienter til behandling hos de praktiserende psykiatere, hvis regionens visitations udredning viste, at patienterne burde behandles hos de praktiserende psykiatere. Region Midtjylland har oplyst, at de praktiserende psykiatere ikke var interesserede i at indgå en sådan aftale. De mente, at det ville være i strid med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, hvis de behandlede patienter, som de ikke selv havde udredt. Region Midtjylland tog derfor medio 2014 i stedet initiativ til at indgå en aftale, hvor de praktiserende psykiatere skal foretage en del af de afklarende samtaler for hospitalspsykiatrien. Aftalen skal aflaste hospitalspsykiatrien og understøtte, at patienter udredes og behandles i praksissektoren i det tilfælde, hvor det er mest hensigtsmæssigt. Aftalen var på plads i juni 2015, og det tog således regionen 1 år at indgå aftalen.

78. Foreningen af Speciallæger (FAS) har oplyst, at overenskomsten i 2011, hvor det blev muligt at indgå råderumsaftaler, ikke i tilstrækkelig grad tydeliggjorde, hvordan aftalerne kunne bruges. Ved den seneste overenskomst i 2015 har parterne været enige om, at det skal være lettere at indgå råderumsaftaler. Parterne har derfor sammen tydeliggjort mulighederne for at bruge råderumsaftaler, og det er blevet beskrevet, hvornår de praktiserende psykiatere kan behandle patienter, de ikke selv har udredt.

79. Region Hovedstaden har ligeledes vurderet, at det er relevant at indgå en aftale med de praktiserende psykiatere, men regionen har endnu ikke indgået en aftale. Med baggrund i overenskomstens § 64 indledte Region Hovedstaden i februar 2014 forhandlinger med de praktiserende psykiatere om, at de praktiserende psykiatere skulle overtage behandlingen af voksne stabile patienter med ADHD fra hospitalspsykiatrien.

Under forhandlingerne om aftalen blev parterne opmærksomme på, at dele af aftalen var i strid med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, da aftalen lagde op til, at patienterne på baggrund af en telefonisk henvendelse kunne få fornyet deres recepter. Ifølge FAS kan recepter til den relevante medicin kun fornys efter personligt fremmøde og samtale med den praktiserende psykiater. Dette medførte en uenighed om honoreringen, da FAS vurderede, at opgaven blev mere tidskrævende, og forhandlingerne stoppede i juni 2014.

FAS vendte tilbage i december 2014 for at genoptage forhandlingerne. De blev genoptaget i februar 2015. Region Hovedstaden udarbejdede på baggrund af forhandlingerne et nyt udkast til en aftale, som blev sendt til FAS. I august 2015 havde regionen – trods flere henvendelser til FAS – endnu ikke fået nogen bemærkninger til udkastet til aftalen fra FAS.

I mellemtiden var Region Hovedstaden begyndt at overveje at forhandle med de praktiserende psykiatere om en råderumsaftale. Regionen valgte derfor i august 2015 at indstille forhandlingerne om § 64-aftalen.

Resultater
80. Undersøgelsen viser, at det er vanskeligt for regionerne at indgå lokale aftaler med praksissektoren om at behandle patienter med psykiske lidelser.

Undersøgelsen viser således, at regionerne endnu ikke har indgået de lokale aftaler, der er nødvendige for, at de kan udmønte målsætningerne i deres praksisplaner for de praktiserende læger.

Undersøgelsen viser videre, at regionerne har haft meget vanskeligt ved at etablere nye modeller for samarbejde med almen praksis. Regionerne forventer først at gennemføre en national evaluering af forsøg med shared care i almen praksis i 2017. Det er 8 år efter, at Sundhedsstyrelsen anbefalede at afprøve shared care, og 10 år efter, at Folketinget første gang gav midler til at afprøve det.

Endelig viser undersøgelsen, at Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden har forsøgt at indgå lokale råderumsaftaler med de praktiserende psykiatere. Det er dog kun lykkedes for Region Midtjylland og Region Syddanmark. I begge tilfælde har der været tale om lange og vanskelige forhandlingsforløb.

Rigsrevisionen, den 15. marts 2016

Lone Strøm

/Claus Vejlø Thomsen

Bilag 1. Metodisk tilgang

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionernes styring af kapaciteten til behandling i både hospitalspsykiatrien og praksissektoren understøtter, at patienter, der fejler det samme, får samme adgang til behandling, og at regionerne bruger kapaciteten omkostningseffektivt. Derfor har vi undersøgt:

- om regionernes styring af hospitalspsykiatrien understøtter ens visitation af patienter med psykiske lidelser til ambulant behandling og en omkostningseffektiv brug af kapaciteten
- om regionernes styring af kapaciteten i praksissektoren understøtter en omkostningseffektiv behandling af patienter med psykiske lidelser.

I undersøgelsen af regionernes visitation samt planlægning og styring af den ambulante hospitalspsykiatri (kap. 2) har vi afgrænset undersøgelsen til Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark. Rigsrevisionen har udvalgt de 3 regioner i dialog med alle 5 regioner for at afspejle relevante forskelle i regionernes muligheder for at planlægge og styre den ambulante behandlingskapacitet. Vi mener, at vi med valget af de 3 regioner har opnået resultater i undersøgelsens kap. 2, som er relevante og kan bidrage til en bedre visitation og styring i hospitalspsykiatrien i alle 5 regioner. Afgrænsningen har givet os mulighed for mere dybdegående at undersøge, hvordan disse regioner planlægger og styrer den ambulante behandlingskapacitet i hospitalspsykiatrien. Udvælgelsen af de 3 regioner er sket ud fra følgende 6 kriterier, der har betydning for, hvordan regionerne planlægger og styrer behandlingskapaciteten:

1. Der er blandt regionerne i undersøgelsen mindst én region, som bruger aktivitetsbudgetter til at styre behandlingskapaciteten.
2. Der er blandt regionerne i undersøgelsen én region, der har aftalt med de praktiserende psykiatere, at regionen kan råde over op til 20 % af de praktiserende speciallægers kapacitet. Der er også én region i undersøgelsen, der ikke har indgået en aftale.
3. Der er blandt regionerne i undersøgelsen mindst én region, der har aftalt nye samarbejdsformer med de praktiserende læger (fx om shared care).
4. Der er blandt regionerne i undersøgelsen mindst én region med central visitation og én region med decentral visitation.
5. Der er blandt regionerne i undersøgelsen mindst én region, der har konkretiseret den fællesregionale beskrivelse af målgrupper for psykiatri i egne retningslinjer for visitationen.
6. Der er blandt regionerne i undersøgelsen væsentlig forskel på deres rammebetingelser i form af den tilgængelige ambulante behandlingskapacitet. Det kan fx være antallet af praktiserende læger og praktiserende psykiatere i regionen.

Vi har opstillet de 6 kriterier efter at have drøftet dem med de 5 regioner. Formålet med kriterierne for udvælgelsen af regionerne er at sikre, at undersøgelsen afspejler forskellene i regionernes muligheder for at planlægge og styre den ambulante behandlingskapacitet. I undersøgelsen har vi i samarbejde med regionerne udvalgt 3 behandlingsenheder som cases.

I undersøgelsen af, om regionerne understøtter, at behandling af patienter med psykiske lidelser kan foregå omkostningseffektivt i praksissektoren, så patienterne får den behandling, de har behov for (kap. 3), indgår alle 5 regioner.

Undersøgelsen er afgrænset til perioden 2012-2015.

Undersøgelsen bygger på interviews og gennemgang af dokumentation for regionernes styringsgrundlag samt på data om bl.a. udviklingen i antallet af henvisninger, patienter i behandling og udgifter.

Møder og interviews
Vi har holdt møder med Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Det har givet os indsigt i de overordnede rammer for, hvordan regionerne planlægger og styrer den ambulante psykiatri i hospitalspsykiatrien og i praksissektoren.

Vi har interviewet regionernes psykiatriledelse, ledelsen på hospitals-, center- og afdelingsniveau og medarbejdere, der visiterer til hospitalspsykiatrien.

Vi har desuden interviewet de 5 regioners praksisadministrationer om, hvordan de samarbejder med praksissektoren og planlægger behandlingskapaciteten hos de praktiserende læger, praktiserende psykiatere og praktiserende psykologer. Derudover har vi holdt møder med en patientforening og en forening for pårørende til patienter med psykiske lidelser. Det har givet os et patientperspektiv på den ambulante behandling i hospitalspsykiatrien og i praksissektoren. Derudover har vi holdt møder med Praktiserende Lægers Organisation, Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Dansk Psykologforening. Det har givet os et behandlerperspektiv på samarbejdet mellem praksissektoren og hospitalspsykiatrien. Endelig har vi holdt møder med Danske Regioner, hvor vi bl.a. har drøftet de data, som Danske Regioner udgiver om regionernes aktiviteter og økonomi.

Gennemgang af dokumenter og analyse af data
Vi har gennemgået regionernes praksisplaner og det materiale, som regionerne har udarbejdet ved de forhandlinger og aftaler, de har indgået med praksissektoren. Det har vi gjort for at belyse, om regionerne inden for de givne rammer understøtter, at patienterne omkostningseffektivt kan få den behandling, de har behov for, i praksissektoren.

Vi har endvidere modtaget data fra Danske Regioner om aktivitet og økonomi i hospitalspsykiatrien og praksissektoren. Data dækker antallet af patienter hos de praktiserende læger, praktiserende psykiatere, praktiserende psykologer og i hospitalspsykiatrien samt omkostninger til disse 4 områder i 2014. Data dækker også udviklingen i antal patienter og driftsudgifter i hospitalspsykiatrien i perioden 2009-2014. Data fra sundhed.dk om ventetid og data fra esundhed.dk om overholdelsen af udredningsretten indgår også i undersøgelsen.

Bilag 2. Region Hovedstadens og Region Nordjyllands retningslinjer for visitation

Region Hovedstadens konkretisering af den fællesregionale beskrivelse af målgrupper

Psykiatri

REGION

MÅLGRUPPEAFGRÆNSNING - **MGA**

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Tidligere behandlingsforløb/ behandlingsresistens	Ingen	Tidligere enkelte forløb med godt resultat	Tidligere enkelte forløb med vekslende resultat	Tidligere forløb overvejende med dårligt resultat	Tidligere forløb uden resultat
Belastningsgrad	1-3	4	5	6	7
Sværhedsgrad, sygdom (symptomniveau) CGI-S	1-3	4	5	6	7
Behandlingsregi	Ikke hospitalsbaseret	Måske hospitalsbaseret	Ofte hospitalsbaseret	Oftest hospitalsbaseret	Hospitalsbaseret
Behandlingsniveau	Praksissektor	▸Praksissektor/ ▸HF: pakkeforløb	▸HF: Pakkeforløb	▸HF: +/÷Pakke-forløb (DPC) ▸RF/HSF ▸Indlæggelse	▸HF: ÷Pakke-forløb (DPC) ▸RF/HSF ▸Indlæggelse

CGI
0 = Ikke vurderet
1 = Normal, overhovedet ikke syg
2 = Måske mentalt syg
3 = Syg i mild grad
4 = Syg i moderat grad
5 = Syg i udtalt grad
6 = Syg i svær grad
7 = Blandt de mest ekstremt syge patienter

Funktionsniveau
0 = Ikke vurderet
1 = Fremragende: Usædvanlig velfungerende social, job og fritid (hobbys)
2 = Meget god: Over normalt gennemsnit social, job og fritid (hobbys)
3 = God: Normalt fungerende eller nogen forstyrrelse **enten** social **eller** job
4 = Rimelig: Moderat forstyrrelse enten socialt eller job - eller nogen forstyrrelse i **begge**
5 = Ringe: Udtalt forstyrrelse **enten** socialt **eller** job – eller moderat forstyrrelse i **begge**
6 = Meget ringe: Svær nedsættelse socialt **og** job
7 = Ekstremt ringe: Ekstrem nedsættelse på **alle** områder

Kilde: Region Hovedstaden.

Målgruppeafgrænsningen ovenfor viser, at Region Hovedstaden inddeler alle henvisninger fra de alment praktiserende læger mv. i 5 hovedgrupper (grad 1-5). Det sker ud fra en række kriterier, herunder om patienten har et tidligere behandlingsforløb med et godt eller dårligt resultat. Derudover inddeler regionen henvisningerne ud fra sygdommens sværhedsgrad og ud fra, hvor belastet patienten er, bl.a. på baggrund af sociale faktorer. Visitatorerne i Region Hovedstaden bruger retningslinjerne systematisk. Med udgangspunkt i retningslinjerne vurderer visitatorerne samlet den enkelte henvisning. Denne vurdering er grundlaget for, om de henviser patienten til behandling i hospitalspsykiatrien eller sender patienten tilbage til egen læge, eventuelt for at blive behandlet i praksissektoren.

Retningslinjerne nedenfor viser Region Nordjyllands redskab til at støtte visitatorernes beslutninger. Redskabet har fællestræk med Region Hovedstadens konkretisering af den fællesregionale målgruppebeskrivelse. Region Nordjylland opdeler på samme måde som Region Hovedstaden patienterne i 5 hovedgrupper (grad 1-5). Det sker ud fra nogle af de samme kriterier som i Region Hovedstaden, bl.a. om patienten har et tidligere behandlingsforløb med et godt eller dårligt resultat, om patienten tidligere er blevet behandlet i hospitalsregi eller i praksissektoren og sværhedsgraden af patientens sygdom. Visitationen i Region Nordjylland bruger ikke de konkrete retningslinjer systematisk til at visitere patienter med samme sygdom ens til hospitalspsykiatrien. De er i højere grad et redskab, som visitatorerne kan bruge som støtte for deres beslutning.

Punkt nr. 9 - Statsrevisorernes beretning om Rigsrevisionens undersøgelse af styring af ambulant kapacitet i psykiatrien
Bilag 1 - Side -40 af 41

Region Nordjyllands redskab til at støtte visitatorernes beslutninger

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Selvmordsrisikovurdering	Ingen	Ingen	Let øget risiko	Øget risiko	Akut øget risiko
Sygdomsindsigt	God	God	Nogen	Delvis	Manglende
Mestring af symptomer	Kan mestre	Kan mestre	Kan delvist mestre	Kan mestre med støtte	Kan ikke mestre
Socialt funktionsniveau F-GAF	> 70	61-70	51-60	31-50	< 30
Sværhedsgrad (symptomniveau & belastningsgrad) S-GAF	> 70	61-70	51-60	31-50	< 30
Komorbiditet	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Tidligere behandlingsforløb/ behandlingsresistens	Ingen	Tidligere enkelte forløb med godt resultat	Tidligere enkelte forløb med veks-lende resultat	Tidligere forløb over-vejende med dårligt resultat	Tidligere forløb uden resultat
Behandlingsregi	Ikke hospitals-baseret	Sjældent hospitals-baseret	Oftest hospitals-baseret	Oftest hospitals-baseret	Hospitals-baseret
Behandlingsniveau	Praksis-sektor	Praksis-sektor/ pakkeforløb	Pakkeforløb	Regions-funktion	Regions-funktion/højt specialiseret funktion

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Region Nordjylland.

Møde i REGIONSRÅD d. 14-06-2016

Bilag 3. Ordliste

Afsnit	En hospitalsafdeling har oftest tilknyttet flere underliggende afsnit med egen ledelse, som refererer til afdelingsledelsen. Et afsnit kan fx være et sengeafsnit, hvor patienterne er indlagt.
Ambulant behandlingskapacitet	Er udtryk for, hvor mange patienter en behandlingsenhed kan behandle med de medarbejdere, enheden råder over.
Ambulant besøg	Opgøres som en ambulant patients fremmøde på det psykiatriske ambulante behandlingssted eller patientens møde med sundhedsfagligt personale uden for hospitalet, et såkaldt udebesøg.
Ambulatorium	Undersøgelses- og behandlingssted for patienter, som ikke er indlagt. Et ambulatorium er ofte knyttet til relevante afdelinger på et hospital i hospitalspsykiatrien.
Audit	Er en metode til at vurdere kvaliteten i sundhedsvæsenet, hvor auditører vurderer kvaliteten af ydelser på grundlag af konkrete patientforløb.
Baseline	Udtrykker det antal ambulante besøg, som en afdeling skal gennemføre inden for et kalenderår for den bevilling, afdelingen er blevet tildelt.
DRG (Diagnose Relaterede Grupper)	Er en opdeling af patienter i grupper, som DRG-systemet bruger. DRG-systemet kobler oplysninger om, hvilke sygdomme patienten bliver behandlet for, og hvilke ydelser patienten modtager, sammen med hospitalsafdelingernes udgifter. Formålet er at udregne gennemsnitlige udgifter for behandling og pleje for grupper af patienter. Ud fra de gennemsnitlige udgifter fastsætter Sundheds- og Ældreministeriet DRG-taksterne, som benyttes i den økonomiske styring af hospitalerne. DRG-værdien udtrykker afdelingens samlede aktivitet og er opgjort som summen af afdelingens ydelser ganget med DRG-taksterne.
FAS	Foreningen af Speciallæger.
Ikke-psykotiske lidelser	Patienter med ikke-psykotiske lidelser lider fx af angst, depression, ADHD eller personlighedsforstyrrelser.
Lean	Koncept for styring, som generelt handler om at forenkle og effektivisere processer i produktion og arbejde, fx ved at minimere ventetid for patienterne og spildtid for personalet.
Nationale kliniske retningslinjer	Er sundhedsfaglige anbefalinger baseret på videnskabelig evidens og bedste praksis. Sundhedsmedarbejdere kan støtte sig til dem, når de skal træffe kliniske beslutninger.
Patientadministrative systemer	Indeholder oplysninger om patienterne. Patienterne bliver registreret med cpr-nr. og oplysninger om bl.a. indlæggelses- og udskrivningsdato, sygehusafdeling, diagnoser og operationer samt patientens bopælskommune
PLO	Praktiserende Lægers Organisation.
Praksisplan	Beskriver, hvilke opgaver de praktiserende læger varetager, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen og regionens overvejelser om kapacitet, herunder fysisk placering.
Sundhedsprofiler	Regionerne udarbejder løbende sundhedsprofiler, hvor de detaljeret redegør for borgernes sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd.
Visitation	En vurdering af, hvilken behandling og hvilke ydelser en patient har behov for, og hvem der skal udføre behandlingen.

Regionsrådsformanden

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 3866 5000
Mail regionh@regionh.dk

Til: Sundheds- og Ældreministeriet

Dato:

Udtalelse fra Regionsrådet i Region Hovedstaden om Rigsrevisionens gennemgang af ambulant kapacitet på psykiatriområdet

Regionsrådet i Region Hovedstaden finder overordnet, at Rigsrevisionens beretning giver en udmærket beskrivelse af de styringsmæssige tiltag, der er gennemført i psykiatrien i Region Hovedstaden i de seneste år.

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at Region Hovedstadens Psykiatri bruger systematisk retningslinjer til visitation af patienter, følger op på, om der visiteres korrekt, samt at Rigsrevisionen ser positivt på budgetmodellen samt kapacitetsstyring og systemunderstøttelse i psykiatrien.

Regionsrådet har med tilfredshed noteret sig, at Rigsrevisionen udtaler sig positivt om Region Hovedstadens Psykiatris aktivitetsbudgetmodel (den såkaldte "2-3-4-model") og styringen af kapaciteten i de psykoterapeutiske ambulatorier, ligesom Region Hovedstadens Psykiatris system-understøttelse ("flow-systemet") fremhæves.

Statsrevisorerne er dog – ligesom Rigsrevisionen – kritiske overfor, at ingen af de tre undersøgte regioner har tilstrækkelig viden om effekterne af behandlingsforløb, og ikke opstiller mål for effekterne af behandlingen i hospitalspsykiatrien.

Region Hovedstaden er enig i, at der er behov for øget effektmåling af behandlingen. Der arbejdes på flere måder for at fremme fokus og styring på effekt i psykiatrien, blandt andet via systemet "terapieffekt", der bruges til at måle den patientvurderede effekt af behandling, patienttilfredsundersøgelser (LUP Psykiatri), samt andre mål for sundhed og behandlingseffekt.

I relation til styringen af kapaciteten i praksissektoren vurderer Rigsrevisionen, at regionerne har vanskeligt ved at understøtte en omkostningseffektiv behandling af patienterne med psykiske lidelser. Region Hovedstaden vedkender at det er vanskeligt at styre og regulere kapaciteten på psykiatriområdet, særligt i forhold til praksisområdet. Det skyldes bl.a., at;

- regionerne kun i begrænset omfang kan regulere kapaciteten, så patienter med psykiske lidelser kan få den behandling, de har behov for i praksissektoren, og at det sker på en omkostningseffektiv måde,
- der mangler viden både for hospitalspsykiatri og på praksisområdet om patienternes behandling, omkostninger og behandlingseffekt, samt at
- det er vanskeligt for regionerne at indgå lokale aftaler med praksissektoren om at behandle patienter med psykiske lidelser.

Der arbejdes dog på flere områder for at fremme en omkostningseffektiv behandling af personer med psykiske lidelser, blandt andet via pakkeforløb og målsætninger om behandling i praksissektoren.

Der tages forbehold for, at regionrådets udtalelse godkendes politisk af regionsrådet i Region Hovedstaden den 14. juni, hvorefter der kan forekomme ændringer.

Med venlig hilsen

Sophie Hæstorp Andersen

Regionsrådsformanden

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 3866 5000
Mail regionh@regionh.dk

Til: Sundheds- og Ældreministeriet

Dato:

Udtalelse fra Regionsrådet i Region Hovedstaden om Rigsrevisionens gennemgang af ambulant kapacitet på psykiatriområdet

Regionsrådet i Region Hovedstaden finder overordnet, at Rigsrevisionens beretning giver en udmærket beskrivelse af de styringsmæssige tiltag, der er gennemført i psykiatrien i Region Hovedstaden i de seneste år.

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at Region Hovedstadens Psykiatri bruger systematisk retningslinjer til visitation af patienter, følger op på, om der visiteres korrekt, samt at Rigsrevisionen ser positivt på budgetmodellen samt kapacitetsstyring og systemunderstøttelse i psykiatrien.

Regionsrådet har med tilfredshed noteret sig, at Rigsrevisionen udtaler sig positivt om Region Hovedstadens Psykiatris aktivitetsbudgetmodel (den såkaldte ”2-3-4-model”) og styringen af kapaciteten i de psykoterapeutiske ambulatorier, ligesom Region Hovedstadens Psykiatris system-understøttelse (”flow-systemet”) fremhæves.

Statsrevisorerne er dog – ligesom Rigsrevisionen – kritiske overfor, at ingen af de tre undersøgte regioner har tilstrækkelig viden om effekterne af behandlingsforløb, og ikke opstiller mål for effekterne af behandlingen i hospitalspsykiatrien.

Region Hovedstaden er enig i, at der er behov for øget effektmåling af behandlingen. Der arbejdes på flere måder for at fremme fokus og styring på effekt i psykiatrien, blandt andet via systemet ”terapieffekt”, der bruges til at måle den patientvurderede effekt af behandling, patienttilfredsundersøgelser (LUP Psykiatri), samt andre mål for sundhed og behandlingseffekt.

I relation til styringen af kapaciteten i praksissektoren vurderer Rigsrevisionen, at regionerne har vanskeligt ved at understøtte en omkostningseffektiv behandling af patienterne med psykiske lidelser. Region Hovedstaden vedkender at det er vanskeligt at styre og regulere kapaciteten på psykiatriområdet, særligt i forhold til praksisområdet. Det skyldes bl.a., at;

- regionerne kun i begrænset omfang kan regulere kapaciteten, så patienter med psykiske lidelser kan få den behandling, de har behov for i praksissektoren, og at det sker på en omkostningseffektiv måde,
- der mangler viden både for hospitalspsykiatri og på praksisområdet ~~regionerne mangler viden~~ om patienternes behandling, ~~behandlingsbehov,~~ omkostninger og ~~effekten af~~ behandling~~en~~effekt, ~~og~~ samt at
- det er vanskeligt for regionerne at indgå lokale aftaler med praksissektoren om at behandle patienter med psykiske lidelser.

Der arbejdes dog på flere områder for at fremme en omkostningseffektiv behandling af personer med psykiske lidelser, blandt andet via pakkeforløb og målsætninger om behandling i praksissektoren.

Der tages forbehold for, at regionsrådets udtalelse godkendes politisk af regionsrådet i Region Hovedstaden den 14. juni, hvorefter der kan forekomme ændringer.

Med venlig hilsen

Sophie Hæstorp Andersen

Frikommuneforsøg 2016-2019

Visionspapir om nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde

Et samarbejde mellem kommuner, region og ministerier

1. Baggrund

Regeringen har med KL aftalt at igangsætte et nyt frikommuneforsøg i perioden 2016-2019, hvor udvalgte kommuner får frihed til at afprøve nye og mere effektive måder at løse deres opgaver på. Regeringen stiler efter at udpege fem-syv kommunenetværk, der som udgangspunkt kan bestå af op til seks kommuner.

Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommuner (4K) vil i et kommunalt netværk ansøge om at lave frikommuneforsøg inden for et fælles tema om en mere sammenhængende indsats på det somatiske område med særligt fokus på nye tværsektorielle samarbejdsformer omkring borgere og patienter på akutområdet. Målgruppen er primært ældre medicinske patienter og borgere med kroniske sygdomme, som har brug for akut hjælp betinget af såvel kronisk som akut opstået sygdom.

Samarbejdet skal fremme kvalitet og effektiv ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen, på tværs af sektorer. Det gavner både den enkelte borger og samfundsøkonomien. Frikommuneforsøgene ønskes gennemført i samarbejde med borgere, regionale samarbejdspartnere samt relevante ministerier. 4K ønsker at tilrettelægge samarbejdet med udgangspunkt i den allerede etablerede samarbejdsstruktur mellem kommuner, hospital samt repræsentanter for almen praksis i regi af Samordningsudvalget i planlægningsområde Midt i Region Hovedstaden og de konkrete erfaringer med tværsektorielt samarbejde, der allerede er gjort i det regi. De øvrige fem kommuner omkring Herlev og Gentofte Hospital forventes derfor også inddraget i drøftelser af frikommuneforsøg og konkrete forsøgsindsatser, og der vil blive sikret sammenhæng med evt. satspuljefinansieret indsats i regi af Planområde Midt målrettet den akutte ældre medicinske patient og samarbejdet med kommunerne om denne målgruppe.

Centrale og fælles udfordringer

Ændringer i demografien, nye sygdomsmønstre og et stadigt mere specialiseret sygehusvæsen understreger behovet for at se på samarbejdet mellem kommuner, praktiserende læger og hospitaler i det samlede danske sundhedsvæsen. Det gælder ikke mindst på det somatiske akutområde, hvor målgrupperne ældre medicinske patienter og borgere med kronisk sygdom er i vækst. Flere borgere lever længere, og der bliver derfor også flere ældre medicinske patienter, hvilket i 4K forstærkes af en højere andel 80+ årige sammenlignet med både landsgennemsnittet og Region Hovedstaden. Flere ældre medfører samtidig, at et stigende antal danskere kæmper med kronisk sygdom, og en stigning i antallet af patienter med flere samtidige sygdomme.

Kombineret med ændrede behandlingsmønstre på hospitalerne, herunder accelererede forløb og hurtigere udskrivninger af patienter, betyder det ændrede vilkår for borgerne samt ændrede arbejdsvilkår for sundhedsvæsenets aktører. Behandling og pleje sker i stigende grad uden for hospitalerne tættere på borgeren. Det har stor betydning for akutområdet og stiller nye krav til omfattende og forpligtende samarbejde mellem sektorerne med fokus på at skabe gode overgange for borgerne. Samtidig forventes der at blive færre hænder til at løse opgaver på området. Sundheds- og plejeområdet er således stadig et af de områder, hvor der er risiko for mangel på uddannet arbejdskraft.

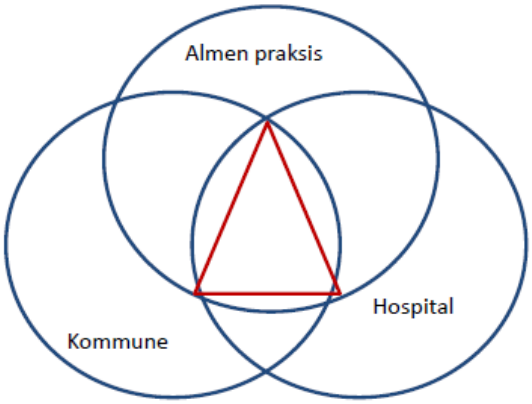
Disse centrale og fælles udfordringer er en del af den virkelighed, som et samarbejdende sundhedsvæsen med en ændret opgavefordeling mellem kommuner, praksisområde og hospitaler og en samtidig begrænset økonomisk ramme skal fungere i. Der er på den baggrund behov for at løfte indsatsen og samarbejdet på tværs af sektorer på det somatiske akutområde, så borgerne oplever et styrket og mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet samtidig anvendes bedst muligt. Det specialiserede sygehusvæsen og det nære sundhedsvæsen er hinandens forudsætninger, og 4K ønsker

derfor at sætte fokus på de sundheds- og plejeindsatser på det somatiske akutområde, som løses i samspillet mellem kommuner, regioner og praksissektor.

2. Vision

Visionen for samarbejdet er, at kommuner, praktiserende læger og hospitaler i et tæt tværsektorielt samarbejde lykkes med at skabe reelle sammenhængende forløb for borgere og patienter på det somatiske akutområde. Ambitionen er med borgeren i centrum at skabe en effektiv, driftssikker og sammenhængende varetagelse af akutområdet på tværs af kommuner og sektorer forankret i nye organisatoriske samarbejdsformer med relevante fagspecialister, herunder specialiserede sygeplejersker og fast lægedækning.

Figur 1: Samarbejde på det somatiske akutområde i sundhedstrekanten



I de enkelte dele af sundhedsvæsenet arbejdes der løbende med at forbedre kvaliteten af ydelserne. Der er behov for at udnytte potentialet for et tættere samarbejde på tværs af sektorer, der understøtter, at indsatser på det somatiske akutområde tilbydes på rette niveau og i et sammenhængende forløb for borgeren. Det kræver et mere sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum.

Borgeren eller patienten skal opleve trygheden ved et samlet og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor ingen falder mellem to stole. Et tæt tværsektorielt samarbejde skal understøtte kommunerne og almen praksis ændrede rolle, hvor de løser flere og flere og langt mere komplekse opgaver på det somatiske akutområde. Samtidig skal det tværsektorielle samarbejde modvirke overbelægning på hospitalerne som følge af almenmedicinske problemstillinger, der burde have været håndteret andetsteds.

Tværsektoriel organisering, strukturering og koordinering med udgangspunkt i borgerens behov skal bidrage til at sikre sammenhængende forløb af høj fælles faglig kvalitet, hvor de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet anvendes bedst muligt.

3. Mål og succeskriterier

Formålet med 4K's frikommuneforsøg er at afprøve nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde, der kan sikre et bedre tværsektorielt samarbejde om borgere og patienter og dermed både øge kvalitet og effekt af de borgerrettede indsatser og fremme en effektiv ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen, hvor indsatser tilbydes på rette niveau. De konkrete indsatser og succeskriterier skal drøftes blandt de deltagende parter samt relevante ministerier.

Nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde vil samtidig kunne understøtte det lokale samarbejde mellem kommuner, almen praksis og hospital om udmøntning og forankring af de otte nationale mål for sundhedsvæsenet, som sundheds- og ældreministeren, Danske Regioner og KL har indgået aftale om i april 2016.

Afprøvning af nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde skal bidrage til:

- **At skabe reelle sammenhængende borger-/patientforløb**
  Afprøvning af nye organisatoriske samarbejdsformer skal bidrage til at undersøge, hvordan der i et tværsektorielt samarbejde på det somatiske akutområde kan leveres reelle sammenhængende borgerforløb af højere kvalitet og med mere effektiv ressourceudnyttelse, end den enkelte kommune eller sektor kan hver for sig.

Den høje grad af specialisering betyder, at patienter, der har mere end et sundhedsproblem, typisk den ældre borger, skal konsultere mange forskellige systemer og sundhedsaktører. Det er besværligt for borgeren, og medfører risiko for stigende omkostninger, fx når flere aktører tager de samme prøver, eller den ene læge eller sygeplejerske ikke ved, hvad den anden gør. De ældre medicinske patienter og kronikere, som kommunerne patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt kan pleje, skal have den fornødne pleje og behandling lokalt, så unødige indlæggelser kan undgås til gavn for borgeren og samfundsøkonomien.

- **At undgå forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser**
  Nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde skal sikre en tidlig kvalificeret vurdering og afklaring af akutte medicinske tilstande hos borgere så behandling igangsættes i eget hjem, og uhensigtsmæssige indlæggelser undgås. Antallet af forebyggelige indlæggelser skal nedbringes, og overbelægning på hospitalerne, som følge af almenmedicinske problemstillinger, der burde have været håndteret andetsteds, skal nedbringes.

  Mange ældre medicinske patienter indlægges akut på en medicinsk afdeling. Nogle gange på grund af almenmedicinske problemstillinger, der med den rette og tidlige indsats måske kunne have været håndteret i det nære. +65-årige i 4K-kommunerne står for omkring 43 pct. af alle indlæggelser.[1] Heraf er godt 15 pct. relateret til de såkaldt forebyggelige indlæggelser.[2] Omkring halvdelen af de 65-74-årige har kroniske sygdomme, mens andelen er omkring 2/3 for de 75+-årige.[3]

- **At udvikle nye løsninger på tværs af kommuner og sektorer**
  Afprøvning af nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde skal give mulighed for at afdække behov for og etablere relevante løsninger, herunder både organisatoriske og velfærdsteknologiske, der kan træde i stedet for en indlæggelse.

  Ældre borgere svækket af sygdom og borgere med kroniske lidelser modtager allerede i dag i stort omfang træning, pleje og sygepleje i hjemmet. En tendens der kan forstærkes som følge af stadig kortere indlæggelsestider, den relative vækst i ambulant aktivitet og de nye supersygehuse. Det vil medføre, at opgaver for kommuner og praktiserende læger vil vokse i omfang men også i kompleksitet. Der er derfor behov for at se på, hvordan nye løsninger kan understøtte opgaveløsningen, herunder sikre at der er adgang til de rette kompetencer på tværs af sektorer.

- **At øge medarbejdertilfredsheden**
  Afprøvning af nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde skal være med til at øge medarbejdertilfredsheden. Det skal øge medarbejdertilfredsheden, reducere sygefraværet og sikre, at de rette kompetencer også fremadrettet kan fastholdes, rekrutteres og udvikles.

  Mangel på uddannet arbejdskraft på pleje- og sundhedsområdet i fremtiden er stadig en risiko. Det er derfor vigtigt i tilrettelæggelse af samarbejdet at sikre gode arbejdsvilkår og et fagligt miljø, der tiltrækker og udvikler de rette kompetencer. Det skal bidrage til at sikre, at opgaver også fremadrettet kan løses med høj faglig kvalitet i et samlet og sammenhængende sundhedsvæsen med en ændret opgavefordeling mellem kommuner, almen praksis og hospitaler.

- **At afdække mulige samdriftsfordele**

[1] Region Hovedstaden (dec. 2015): Ledelsesoverblik - forebyggelige (gen)indlæggelser (https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Organisering-og-planer/LIS/Documents/Forebyggelige%20genindlæggelser/LIS%20Forebyggelige%20genindlæggelser%20jan-sep%202015.pdf)
[2] Forebyggelige genindlæggelser omfatter diagnoserne: Nedre luftvejssygdom, væskemangel, blærebetændelse, forstoppelse, ernæringsbetinget blodmangel, knoglebrud, tarminfektion samt tryksår, sociale/plejemæssige forhold.
[3] KL (okt. 2015) Sammen om sundhed (http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_75048/cf_202/KL-udspil-_Sammen_om_sundhed.PDF)

Afprøvning af nye samarbejdsformer skal bidrage med afdækning af samdriftsfordele, idet samarbejde på det somatiske akutområde, herunder om fx natsygepleje, akutsygepleje og midlertidige pladser, samles og koordineres på tværs af kommuner og sektorer.

Akutberedskab i kommunerne, akutsygepleje og døgnvisitation er ressourcekrævende, og der er givet den demografiske udvikling og økonomiske virkelighed behov for at se på, hvordan sundhedsvæsenet kan bevæges i en retning, der på samme tid understøtter bedre sammenhæng, højere kvalitet og mere omkostningseffektivitet. Afprøvning af nye samarbejdsformer sigter således på en bedre ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen.

4. Barrierer

Lovgivningsmæssige

Frikommuneforsøg om nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde forventes at have lovgivningsmæssige barrierer relateret til:

- **Persondataloven.** Regler om udveksling af personoplysninger forventes særligt på akutområdet at være en barriere i forhold til at kunne have adgang til relevante data om borger på tværs af kommuner og sektorer.
- **Delegation af myndighedsopgaver.** Det følger af almindelig ulovsbestemt retsgrundsætning, at myndighedsudøvelse ikke kan overdrages til andre myndigheder eller private, medmindre der findes særlig lovhjemmel herfor. Det kan fx have en betydning i forbindelse med fælles visitation eller anden tværkommunal og/eller tværsektoriel samarbejde om myndighedsopgaver.
- **Autorisationsloven samt regler om delegation** af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed. Regler om delegation, herunder adgang til brug af rammedelegationer til undersøgelse og behandling af en defineret patientgruppe, vil have en betydning for mulige løsninger i samarbejdet mellem kommuner og sektorer.
- **Lov om regionernes finansiering**, herunder regler for kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis der i forbindelse med nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde ses nærmere på, om incitamentsstrukturen i den nuværende medfinansieringsmodel kan justeres, så medfinansieringen i højere grad understøtter et tættere tværsektorielt samarbejde.

Tværsektorielle, organisatoriske og teknologiske barrierer

Nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde udfordres tillige af en række tværsektorielle, organisatoriske og teknologiske barrierer. Barriererne stiller krav til tilrettelæggelse af de konkrete forsøgsindsatser. Samtidig giver de forskellige erfaringer og modeller også mulighed for at undersøge og lære af forskelligheder i afprøvningen af nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde.

Tværsektorielt er der forskellige logikker og incitamentsstrukturer på spil. En udfordring på det somatiske akutområde er fx sammenhæng mellem kommunernes mulighed for at påvirke forbruget af ydelser og graden af medfinansiering.

I forhold til organisatoriske barrierer, er der forskel på, hvordan kommunerne er organiseret, herunder hvordan overenskomstmæssige regler og aftaler med regionen er udmøntet i de fire kommuner, og hvordan sammenhængen er mellem akutfunktioner og øvrige dele af det kommunale sundhedsområde.

Det somatiske akutområde er understøttet af forskellige teknologiske løsninger i hhv. kommuner, almen praksis og hospitalssektor. Alene mellem de fire kommuner anvendes der fx to forskellige Elektroniske OmsorgsJournalsystemer (EOJ), tre forskellige leverandører af nødkald samt potentielt fire forskellige leveran-

dører af elektroniske nøglebokse. Hertil kommer, at der er forskel på, hvordan teknologierne er implementeret og anvendes i de respektive kommuner.

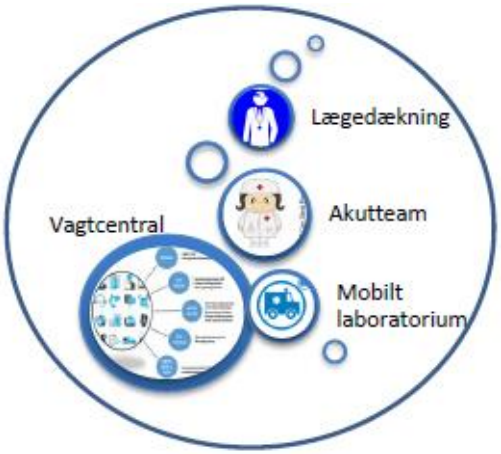
5. Mulige forsøgsindsatser

Der gennemføres en analyse med henblik på i fællesskab at folde visioner for de konkrete forsøgsindsatser ud. Der skal i den sammenhæng også ske en nærmere afgrænsning af målgruppen for forsøgsindsatserne. På baggrund af analysen iværksættes afprøvning af forskellige forsøgsindsatser inden for temaet det somatiske akutområde, idet den praktiske udmøntning af samarbejdet aftales nærmere og med plads til lokale aftryk på de konkrete forsøgsindsatser. Forsøgsindsatserne skal muliggøre både mellemkommunale samarbejder og samarbejder mellem sektorerne.

Der lægges vægt på, at nytænkning af indsatsen og fælles udvikling af forsøg sker i en fælles proces med de involverede aktører, herunder ikke mindst borgere og pårørende i målgruppen, så der sikres et fokus på de reelt sammenhængende forløb, herunder om de opleves sammenhængende for borgeren.

Forsøgsindsatser på det somatiske akutområde skal omfatte tværsektorielle løsninger, der kan bidrage til at sikre reelle sammenhængende forløb for borgere og patienter på det somatiske område på tværs af sektorer. Indsatserne skal samtidig bidrage til at afdække barrierer for et sammenhængende forløb og undersøge på hvilken måde, alternative samarbejdsmodeller kan bidrage til en øget kvalitet og en mere effektiv opgavevaretagelse og ressourceanvendelse på det somatiske akutområde.

Figur 2: Nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde



Forsøgsindsatserne vil omhandle tværkommunalt og tværsektorielt samarbejde, der bidrager til at forebygge (gen)indlæggelser og understøtter en effektiv hjemtagelse af ældre, der stadig har behov for omfattende sygeplejefaglig indsats.

Der bygges videre på 4K's veletablerede tværkommunale samarbejde på sundhedsområdet og igangsatte drøftelser om et muligt konkret samarbejde om fælles akutfunktioner. 4K baserer sig samtidig på erfaringer fra det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet i Planområde Midt, herunder det tværfaglige samarbejde mellem sygeplejerske, læge og plejepersonale i hjemmeplejen omkring Det mobile akutteam (MAT) i Lyngby-Taarbæk Kommune og det specialiserede hjemmesygeplejeteam (SHS-team) på tværs af Ballerup, Furesø og Herlev kommuner i samarbejde med Herlev og Gentofte Hospital og almen praksis. Der vil i forlængelse heraf også blive sikret sammenhæng med indsatser i regi af det tværsektorielle samarbejde omkring de 9 kommuner og regionen i Planområde Midt målrettet den akutte ældre medicinske patient.

Forsøgsindsatser om nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde kan omhandle fx:

- Akutfunktioner, fx akutteams, døgndækkede subakutte pladser og lign.
- Fælles callcenter med vagtcentralfunktioner, herunder i forhold til nødkald, personlige alarmer mv.
- Telemedicinsk pleje og behandling af borgere med kroniske sygdomme
- Kompetenceudvikling af sundhedsfagligt personale målrettet løsning af akutopgaver
- Løsninger der sikrer adgang til de rette sundhedsfaglige kompetencer på tværs af sektorer

Det forventes, at nogle af forsøgsindsatserne vil vedrøre samarbejde på tværs af sektorerne, mens nogle primært vil vedrøre mellemkommunalt samarbejde.

Frikommuneforsøgene tager udgangspunkt i og bygger videre på de nyeste erfaringer med tværsektorielt samarbejde om akutindsatser og Shared Care i både Danmark og udlandet. Der bygges fx videre på erfaringerne fra det sønderjyske forskningsprojekt, "Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland" (ACCESS), hvor både kommuner, sygehus og praktiserende læger har deltaget, og som bl.a. viser, at kommunale akuttilbud i nogle tilfælde kan spare ældre for akutte indlæggelser på sygehus samt, at ældre, akutte medicinske patienter tages bedst hånd om af deres egne praktiserende læger.

Herudover bygges der videre på de erfaringer, der er gjort med afprøvning af forskellige former for organisering af akutfunktioner, herunder fx akutsygepleje, vagtcentraler mv. internt i kommuner, men også samarbejdsmodeller på tværs af kommuner, almen praksis og hospitaler, fx Integrated Care-modellen i Odense og Tværsektoriel Udredningsenhed (TUE) i København. Fra udlandet er 4K inspireret af bl.a. to svenske projekter. Dels TioHundra i Norrtälje, hvor alle de indsatser, som før var drevet af hhv. kommunen (omsorg) og landstinget (sygehus, plejecentraler, psykiatri mv.) nu drives i en fælles organisatorisk enhed, Vårdbolaget. Dels Sundhedsbyen Ängelholm i Skåne, hvor der i et treårigt pilotprojekt er iværksat et samarbejde mellem den kommunale pleje- og omsorg, praksissektoren og hospitalssektoren i en selvstændig virksomhed under regionsledelsen.

6. Evaluering

De opstillede mål skal ud fra estimerede baselines konkretiseres i specifikke succeskriterier, som skal muliggørende løbende opfølgning på forsøg med nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde i 4K.

Der vil i både den løbende opfølgning og evaluering af forsøgene være fokus på dels indhold, rammer, proces og resultater for de konkrete afprøvninger, og dels læringsprocessen i det tværkommunale/-sektorielle samarbejde om nytænkning af indsatsen og udvikling af nye forsøg, herunder erfaringerne med at fremme fælles idéudvikling og videndeling.

7. Proces

Frikommuneforsøg om nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde tænkes faseopdelt i en analysedel, hvor visioner for temaet og forsøgsindsatserne foldes ud og målgruppen afgrænses nærmere, en afprøvningsfase hvor konkrete indsatser afprøves i en række faser, samt en evalueringsfase. Afprøvningsfasen tænkes som udgangspunkt som en iterativ proces, hvor de konkrete indsatser løbende udvikles og justeres på baggrund af opfølgning på forsøgenes resultater i netværkene.

For at fremme fælles idéudvikling og videndeling lægges der vægt på, at ansøgninger om de konkrete forsøg, der ønskes udført i netværket, udarbejdes i en fælles proces med fokus på nytænkning af indsatsen, fælles udvikling af forsøg og gensidig læring på tværs af de involverede aktører. Der lægges tillige vægt på at inddrage borgere og pårørende, herunder relevante interesseorganisationer, i arbejdet med udviklingen af de nye samarbejdsformer.

8. Organisering

Beskrivelse af organisering afventer nærmere dialog med Region Hovedstaden, PLO og ministerier.

Til interessenterne i Hovedstadens Letbane:
Region Hovedstaden
Lyngby-Taarbæk Kommune
Gladsaxe Kommune
Herlev Kommune
Rødovre Kommune
Glostrup Kommune
Albertslund Kommune
Brøndby Kommune
Høje-Taastrup Kommune
Hvidovre Kommune
Vallensbæk Kommune
Ishøj Kommune

Kopi til Transport og Bygningsministeriet til orientering

Hovedstadens Letbane

Metrovej 5
DK-2300 København S
dinletbane.dk

T +45 3311 1700
E info@dinletbane.dk

2016-03-23

Orientering om navngivning af stationer på letbanen i Ring 3

Bestyrelsen for Hovedstadens Letbane er på møde den 25. februar 2016 blevet enig om processen for navngivning af stationerne på letbanen. Navngivningen af stationerne er vigtig at få gennemført på et tidligt tidspunkt, da ændring af stationsnavne på et senere tidspunkt, herunder ændring fra de nu anvendte midlertidige navne til de permanente navne, erfaringsmæssigt vil være både besværlig og omkostningstung.

I sidste ende er det bestyrelsens ansvar at få navngivet stationerne, men bestyrelsen er enig om, at både kommuner og region spiller en meget central rolle i dette arbejde, da stationsnavnene gerne skal afspejle både lokale lokaliteter og lokale ønsker. Ingen er således tættere på grundlaget for valg af navne end kommuner og region. Det er således bestyrelsens opfattelse, at den gennemgående tråd igennem navnene, meget gerne skal være, at der er tale om lokalt kendte og lokalt accepterede navne.

De eneste stationsnavne, der ligger fast på forhånd, er stationsnavne, der er fælles mellem S-banen, regionalbanen og letbanen, som nødvendigvis skal have de samme navne. Det gælder: Lyngby station, Buddinge Station, Herlev station, Glostrup Station, Vallensbæk Station og Ishøj Station. For alle andre stationer vil bestyrelsen meget gerne have såvel kommunernes som regionens medvirken.

Bestyrelsen vil derfor bede alle kommuner og regionen om at komme med forslag til stationsnavne på alle de stationer, der ikke er fælles med andre stationer. Det er bestyrelsens udgangspunkt, at de navne, som hidtil er brugt i arbejdet, vil være et meget relevant forslag. Bestyrelsen skal således anmode om at modtage navneforslag **senest den 14. september 2016**. Oversigt over navne, der hidtil har været brugt fremgår nedenstående.

Kommune	Arbejdstitel	Bemærkninger
Ishøj	Ishøj	Fastlagt, eksisterende station
Ishøj	v/Strandparkstien	

Vallensbæk	v/Bækkeskovvej	
Vallensbæk	Vallensbæk	Fastlagt, eksisterende station
Brøndby	v/Vallensbækvej	
Brøndby	v/Park Allé Vest	
Glostrup	Glostrup	Fastlagt, eksisterende station
Glostrup	v/Glostrup Hospital	Regionen høres også
Glostrup	v/Hersted Industripark	Albertslund høres også
Glostrup	v/Ejbydal	
Rødovre	v/Islevbro	
Herlev	v/Lyskær	
Herlev	Herlev	Fastlagt, eksisterende station
Herlev	v/Herlev Hovedgade	
Herlev	v/Herlev Hospital	Regionen høres også
Gladsaxe	v/Dynamovej	
Gladsaxe	v/Gladsaxe Trafikplads	
Gladsaxe	v/Gladsaxevej	
Gladsaxe	v/Buddingecentret	
Gladsaxe	Buddinge	Fastlagt, eksisterende station
Gladsaxe	v/Gammelmosevej	
Lyngby	Lyngby	Fastlagt, eksisterende station
Lyngby	v/Lyngby Centrum	
Lyngby	v/Lyngbygårdsvej	
Lyngby	v/Akademivej Vest	
Lyngby	v/Bygning 303 v/Anker Engelundsvej	
Lyngby	v/Rævehøjvej	
Lyngby	v/Lundtofte	

Hovedstadens Letbane vil naturligvis gerne bistå kommunerne og regionen med denne proces, både for så vidt angår gode råd om navnenes karakter og med hensyn til praktiske spørgsmål.

Når kommunernes og regionens forslag til stationsnavne foreligger, vil bestyrelsen drøfte disse forslag med henblik på færdiggørelsen af processen.

Når navneforslagene har været behandlet i bestyrelsen, skal de sendes i høring hos de øvrige trafikselskaber og i sidste ende i Stednavneudvalget og Kulturministeriet, som primært tager stilling til, om der er tale om egentlige navne og navnenes stavemåde m.v.

Med venlig hilsen

Anne Grete Holmsgaard
Bestyrelsesformand Hovedstadens Letbane

Region Hovedstaden

Sekretariatet

Politikerservice

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 38 66 50 00
Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 10. juni 2016

NOTAT

Til: **Regionsrådets møde den 14. juni 2016 – pkt. 11 – Høring om navngivning af stationer på letbanen i Ring 3**

Ændringsforslag til pkt. 11 - Høring om navngivning af stationer på letbanen i Ring 3

Stillet af Annie Hagel fra Enhedslisten.

Indstillingen foreslås ændret til følgende:

- **at** godkende, at stationsnavnene "**Glostrup Hospital" [et ord slettet]** og "Herlev Hospital" sendes som regionens forslag til Hovedstadens Letbanes bestyrelse på navne til letbanestationerne for så vidt angår regionen.

Begrundelse:
For borgerne er der ikke noget naturligt i at den skal hedde "Rigshospitalet – Glostrup Hospital". Det er udtryk for afsenderens behov. Det tjener kun til forvirring for patienter og pårørende. For dem har det ingen praktisk betydning, hvor direktionen sidder. Jeg ved godt at hospitalet desværre allerede hedder Rigshospitalet – Glostrup Hospital. At lade stationen nøjes med Glostrup Hospital vil råde lidt bod på det.