

MØDETIDSPUNKT

24-05-2016 18:30

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården - H3

MEDLEMMER

Karsten Skawbo-Jensen	Formand	Deltog
Finn Rudaizky	Næstformand	Deltog
Anne Ehrenreich	Udvalgsmedlem	Deltog
Charlotte Fischer	Udvalgsmedlem	Afbud
Erik R. Gregersen	Udvalgsmedlem	Deltog
Erik Sejersten	Udvalgsmedlem	Deltog
Hanne Andersen	Udvalgsmedlem	Deltog
Susanne Due Kristensen	Udvalgsmedlem	Deltog
Susanne Langer	Udvalgsmedlem	Deltog

INDHOLDSLISTE

1. Drøftelsessag: Treårsplan - Foreløbigt udkast til plan
2. Beslutningssag: Ældrepsykiatrisk behandling
3. Drøftelsessag: Udbredelse af gadeplansteam
4. Beslutningssag: Budget 2017
5. Beslutningssag: Rigsrevisionens undersøgelse af styring af ambulanskapacitet i psykiatrien
6. Beslutningssag: Mødeplan for møder i Psykiatriudvalget i 2017
7. Eventuelt

1. DRØFTELSESSAG: TREÅRSPLAN - FORELØBIGT UDKAST TIL PLAN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Som led i budgetaftalen for 2016 skal Psykiatriudvalget udarbejde en 3-årsplan for udviklingen af Region Hovedstadens Psykiatri. Psykiatriudvalget får nu fremlagt første udkast med henblik på at give bemærkninger og drøfte udformningen af den endelige plan, som skal godkendes på det kommende møde i Psykiatriudvalget den 21. juni 2016.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til Psykiatriudvalget:

- at drøfte udkastet til 3-årsplan og give bemærkninger til det videre arbejde med henblik på færdiggørelse af den endelige plan.

POLITISK BEHANDLING

Psykiatriudvalgets beslutning den 24. maj 2016

Anbefalet og drøftet, og udvalgets drøftelser indgår i det videre arbejde.

Charlotte Fischer (B) deltog ikke i sagens behandling.

SAGSFREMSTILLING

Med budgetaftalen for 2016 blev det besluttet at lave en treårig plan, som skal understøtte den fortsatte udvikling af psykiatrien og bygge videre på budgetaftalen fra 2015. Det indebærer en udvikling, hvor der arbejdes ”i retning mod en psykiatri med recovery, hvor fokus er på nære tilbud og overgangen for det enkelte menneske til at kunne vende tilbage til uddannelse og arbejde, og hvor der sikres bedre tilbud til de meget alvorligt syge samtidig med, at vi skal sikre udrednings- og behandlingsretten på en måned, der trådte i kraft den 1. september 2015”.

Udvalgets drøftelser

Det foreligger nu første udkast til en treårsplan (se bilag), som er udarbejdet på baggrund af udvalgets fire forudgående temadrøftelser. Temadrøftelserne har omhandlet det ambulante område, samarbejdet på tværs af sektorer, børne- og ungdomspsykiatri samt udvikling af sengepsykiatrien. Efter hver temadrøftelse har administrationen udarbejdet en opsamling over de emner, som udvalget ønskede at få indarbejdet i udkastet til treårsplan.

Administrationen har på baggrund heraf samt med input fra udvalgets løbende tilkendegivelser udarbejdet et udkast til treårsplan, som nu forelægges med henblik på at give umiddelbare bemærkninger til indholdet. Repræsentanter fra medarbejderudvalget i Region Hovedstadens Psykiatri er inviteret til at deltage på mødet for at give input til planen og indgå i en drøftelse med Psykiatriudvalget.

Psykiatriudvalget får lejlighed til at give yderligere bemærkninger og prioritere i anbefalingerne den 2. juni 2016, hvor der er afsat tid til drøftelse af planen i forbindelse med det planlagte møde mellem Psykiatriudvalget og Psykiatriforeningernes Fællesråd.

Den 21. juni 2016 vil Psykiatriudvalget få forelagt en revideret plan med henblik på endelig godkendelse og indstilling til forretningsudvalget og regionsrådet om godkendelse af planen i august måned.

Planens udformning

Planen er bygget op om 6 retningsgivende principper, som udmøntes i konkrete anbefalinger til, hvordan principperne kan omsættes i praksis. Som det fremgår af budgetaftalen, bygger planen videre på den allerede igangsatte retning og indeholder konkrete forslag til, hvordan anbefalingerne omsættes i praksis.

Der lægges op til, at de overordnede principper, som er styrende for udviklingen indebærer, at Region Hovedstadens Psykiatri skal være kendetegnet ved at arbejde for:

- ı Recovery som fundament for patientbehandlingen
- ı Et samlet sundhedsvæsen
- ı Klar ansvar- og opgavefordeling mellem sektorer
- ı Patientoplevelt sammenhæng internt og på tværs af sektorer
- ı Tilgængelighed og fleksibilitet
- ı Forskning og høj faglig kvalitet

Psykiatrien er, som resten af sundhedsvæsenet, underlagt begrænsede økonomiske rammer samtidig med, at efterspørgslen efter udredning og behandling stiger, og kravene til veldokumenterede og ensartede, men også individuelt tilpassede behandlinger øges. Planen skal derfor ses i lyset af disse rammer, hvor de foreslåede initiativer skal forene effektiv ressourceanvendelse, høj patienttilfredshed og kvalitet i patientbehandlingen. Behandlingstilbuddene skal således tilrettelægges, så de kommer flest mulige patienter til gode uden at gå på kompromis med kvalitet og patienttilfredshed. Psykiatrien skal derfor udvikles i en retning, som bedst forener disse tre elementer.

Planen er udformet som en beskrivelse af, hvilken retning Psykiatriudvalget ønsker, at Region Hovedstadens Psykiatri udvikler sig i under forudsætning af, at de nødvendige ressourcer er til rådighed. Planen indeholder således ikke økonomiske konsekvensberegninger af de enkelte forslag, hvilket indebærer, at der vil være forslag, som forudsætter, at der tilvejebringes ressourcer eller omprioriteres inden for den eksisterende ramme. Planen vil derfor kunne implementeres i takt med, at de økonomiske rammer muliggør det. Psykiatriudvalget kan i den forbindelse overveje, om der er initiativer, som allerede i 2017 skal indgå i budgetprocessen, eller om der er initiativer, som udvalget ønsker iværksat inden for den eksisterende ramme.

Inddragelse af interessenter

Undervejs i processen har der været dialog med forskellige parter herunder patienter og pårørende fra Psykiatriforeningernes Fællesråd. Fællesrådet er desuden inviteret til at give bemærkninger til et udkast til plan den 2. juni 2016, hvor der afholdes fællesmøde med Psykiatriudvalget.

På udvalgets møde den 24. maj 2016 vil medarbejderrepræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri deltage og indgå i en drøftelse med Psykiatriudvalget om udformning af den endelige plan. Repræsentanterne er udpeget af psykiatriens virksomhedsmedarbejderudvalg (VMU).

Region Hovedstadens Psykiatri har været involveret løbende i processen og udkastet til treårsplanen er sendt til kommentering med henblik på inddragelse af relevante parter, herunder de sundhedsfaglige råd for Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatri samt Overlægerådet. Under hver temadrøftelse har der desuden deltaget kliniske repræsentanter, som har præsenteret de aktuelle udfordringer og forslag til mulige løsninger inden for hvert område.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen medfører ikke yderligere konsekvenser end de i sagen henviste.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere konsekvenser end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af Psykiatriudvalgets bemærkninger udarbejder administrationen den endelige plan, som behandles i Psykiatriudvalget den 21. juni 2016 med henblik på endelig godkendelse i forretningsudvalget og regionsrådet i august 2016.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER

15015013

BILAGSFORTEGNELSE

1. UDKAST_treårsplan for udvikling af psykiatrien_18. maj 2016

2. BESLUTNINGSSAG: ÆLDREPSYKIATRISK BEHANDLING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I budgetaftalen for 2016 er det beskrevet, at: "Antallet af ældrepsykiatriske sengepladser set i forhold til antallet af borgere er uensartet på tværs af regionen. Der er ikke nogen åbenlyse faglige argumenter for denne forskel, men det kan dække over forskelle i den måde, tilbuddet er tilrettelagt på, herunder brugen af ambulante behandling og tilbud til patienten under indlæggelse.

Det skal på den baggrund undersøges, hvordan den ældrepsykiatriske behandling kan udvikles på et godt fagligt niveau. Undersøgelsen skal danne grundlag for at vurdere et eventuelt strukturelt forslag til processen for budget 2017 om at omlægge eller ændre sengetallet. Analysen skal ligeledes vurdere, hvilke forudsætninger med hensyn til ambulante tilbud mv., der skal være til stede for en omlægning." Psykiatrien har på den baggrund lavet en analyse af ældrepsykiatrien, der er vedlagt som bilag.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til Psykiatriudvalget:

- at analyse af de ældrepsykiatriske tilbud godkendes, som afsæt for, at administrationen udarbejder et konkret forslag til omlægning af ældrepsykiatrien, som indgår til budgetprocessen for 2017.

POLITISK BEHANDLING

Psykiatriudvalgets beslutning den 24. maj 2016

Godkendt.

Charlotte Fischer (B) deltog ikke i sagens behandling.

SAGSFREMSTILLING

Psykiatriens analyse af ældrepsykiatrien forelægges Psykiatriudvalget som afsæt for om et forslag til omlægning skal indgå i processen for budget 2017. Det er administrationens vurdering, at et forslag om en omlægning er berettiget på grund af de kapacitetsmæssige forskelle på tværs af regionen, og at kvalitetsniveauet vil kunne fastholdes.

Fagligt grundlag og behandling i ældrepsykiatrien

Ældrepsykiatri omfatter diagnosticering og behandling af borgere over 70 år med psykiske sygdomme. Ældre har principielt de samme psykiske lidelser som yngre, men symptomer og forløb præges i nogen grad af alderen. Blandt de hyppigste lidelser er akutte forvirringstilstande (konfusion), svækkelse af intellektuelle evner og personlighed (demens) samt depression. Demensområdet varetages hovedsageligt af neurologien, og det er således kun demente med alvorlige adfærdsforstyrrelser, der har behov for psykiatrisk behandling. Opgaverne med demens er dog i stigende grad overgået til kommunerne. De fleste kommuner har således opbygget særlige demensafsnit på plejehjemmene og har flere kompetencer inden for området, fx demenskoordinatorer.

En del ældre har som nævnt flere sygdomme. Derfor har det stor betydning, at ældre borgere, der viser tegn på psykisk sygdom, undersøges og behandles af personale, der foruden psykiatri også har et stort kendskab til øvrige sygdomme, som rammer ældre, og har viden om, hvordan forskellige symptomer og sygdomme hænger sammen.

Udgangspunktet for behandling i ældrepsykiatrien er – ligesom i den øvrige psykiatri - at der kun sker indlæggelse, hvis der er behov for døgnbehandling eller døgnobservation. Psykisk syge ældre er særligt følsomme over for miljøskift, og en indlæggelse kan forværre sygdommen og være et tilbageskridt for patientens sociale færdigheder. Derfor gør de ambulante tilbud meget ud af, at forebygge indlæggelser, og når patienten indlægges, bør det i de fleste tilfælde være med henblik på en kortvarig, koordineret indsats.

Stationær og ambulante kapacitet

Årligt er der ca. 1.000 indlæggelser af borgere over 70 år på et ældrepsykiatrisk afsnit i Region Hovedstaden. Det svarer til knap 5% af samtlige indlæggelser i psykiatrien. I ældrepsykiatrien forbruges omkring 30.000 sengedage om året, hvilket svarer til knap 8% af samtlige sengedage i psykiatrien. Det betyder, at de gennemsnitlige liggetider – på omkring 30 dage – på de ældrepsykiatriske sengeafsnit generelt er længere end liggetiderne på de øvrige psykiatriske sengeafsnit i Region Hovedstaden. Opgørelser af de ialt 89 sengepladser i regionen viser tilsvarende, at der er stor forskel på fordelingen af sengepladser set i forhold til antallet af borgere over 70 år i de enkelte optageområder, jf. tabel 1.

Tabel 1: Sengekapaletet på de ældrepsykiatriske afsnit

Psykiatrisk center	Antal sengepladser	Antal 70+ årige	Antal sengepladser pr. 10.000 70+ årige
PC Amager	14	17.579	8,0
PC Ballerup	17	45.824	3,7
PC Frederiksberg	15	14.827	10,1
PC Glostrup	13	34.877	3,7
PC København	14	21.259	6,6
PC Nordsjælland	16	54.315	2,9
I alt	89	188.681	4,7

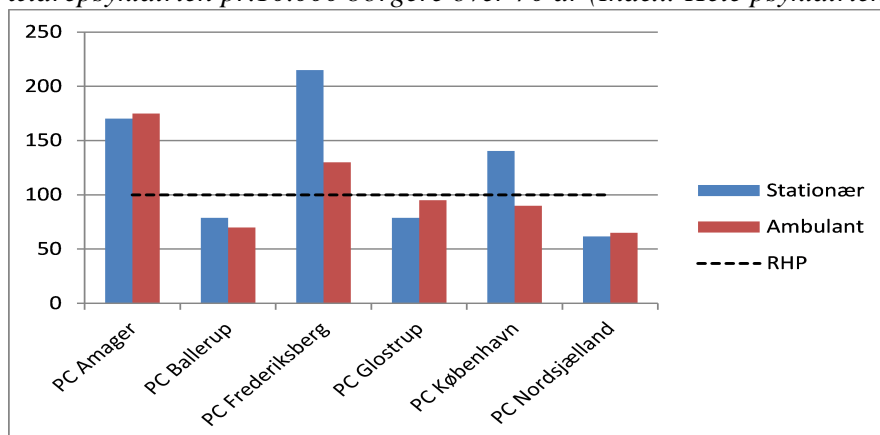
Ud over det stationære behandlingstilbud om indlæggelse, så behandles mange patienter i ambulatorier eller udgående teams. Der gennemføres cirka 16.000 ambulante besøg om året. Det svarer til omkring 8% af samtlige ambulante besøg i psykiatrien. Der er totalt set 34 behandlere inden for den ambulante del af ældrepsykiatrien i regionen. Nedenfor er den ambulante kapacitet opgjort som antal behandlere pr. 10.000 borgere i aldersgruppen over 70 år. Behandlere omfatter al klinisk personale, og ikke sekretærer m.fl. Som det fremgår er der også på dette område variation mellem centrene.

Tabel 2: Ambulant kapacitet på de ældrepsykiatriske afsnit

Psykiatrisk center	Antal behandlere	Antal 70+ årige	Antal behandlere pr. 10.000 70+ årige
PC Amager	6,20	17.579	3,5
PC Ballerup	6,54	45.824	1,4
PC Frederiksberg	3,81	14.827	2,6
PC Glostrup	6,62	34.877	1,9
PC København	3,90	21.259	1,8
PC Nordsjælland	7,01	54.315	1,3
I alt	34,08	188.681	1,8

Hvis der ses på tværs af den stationære og ambulante kapacitet er det Psykiatrisk Center Frederiksberg og Psykiatrisk Center Amager, der har flest senge og flest behandlere pr. 10.000 indbyggere, jf. figur 1:

Figur 1. Index: Antal sengepladser og antal behandlere i ældrepsykiatrien pr.10.000 borgere over 70 år (Index: Hele psykiatrien=100)



Årsager til uensartet kapacitet og vurdering af kvalitet

Blandt årsagerne til forskellene i antallet af sengepladser pr. indbygger på de ældrepsykiatriske afsnit kan nævnes, at kapaciteten i sin tid er opbygget ukoordineret på de forskellige psykiatriske hospitaler og, at antallet af sengepladser i et vist omfang har taget udgangspunkt i sengeafsnittenes størrelse frem for behovet, som man dengang ikke kendte. Hertil kommer, at der er sket ændringer i optageområderne, og at disse ændringer ikke har ført til samtidige ændringer i de respektive centres kapacitet. Der er ligeledes forskel i de enkelte centres organisering af ældrepsykiatrien. Der er sket en harmonisering af tilbud og målgruppedefinition de seneste år, men området er ikke fuldt harmoniseret endnu. Herudover skal sengekapaciteten også ses i forhold til den ambulante kapacitet, hvor der er gennemført en udbygning.

Endelig er det Region Hovedstadens Psykiatris opfattelse, at kvaliteten af behandlingen på de ældrepsykiatriske afsnit med færrest sengepladser pr. indbygger er god, og at forskellene i sengepladser pr. indbygger ikke siger noget om kvalitetsforskelle.

Den skæve fordeling mellem de ældrepsykiatriske afsnit giver derfor anledning til at overveje om kapaciteten kan fordeles på en anden måde. Det bør i den forbindelse anføres, at der ikke nødvendigvis kan ske en ligelig fordeling på grund af de enkelte planområders forskellige behov, for eksempel socioøkonomiske forskelle i befolkningen eller forskellige tilbud i kommunerne.

Opsamling

Det er administrationens vurdering, at der bør arbejdes videre med følgende i forhold til ældrepsykiatrien:

- 1 At samle de sengebaserede tilbud på færre afsnit for at sikre et ensartet fagligt grundlag. De direkte udgifter til en ældrepsykiatrisk sengeplads er knap en mio. kr. om året.
- 1 At skabe et tæt samarbejde mellem de ambulante og sengebaserede enheder på tværs af Region Hovedstadens Psykiatri med henblik på, at udvikle og sikre brug af gode standarder. Der vil således være behov for at styrke de ambulante tilbud, hvis antallet af sengepladser reduceres.
- 1 At opbygge robuste, bæredygtige og udviklingsorienterede faglige miljøer, som kan bidrage til bedre rekruttering til ældrepsykiatrien, og som kan skabe bedre grundlag for fortsat faglig udvikling og forskning i samarbejde med somatikken.
- 1 At udbygge samarbejdet med kommunerne, og sikre en nem overgang til kommunale plejeopgaver. Ambulant behandling af den ældrepsykiatriske patientgruppe afhænger således i høj grad af den kommunale indsats både for hjemmeboende og plejehjemsbeboere.

Det anbefales derfor, at administrationen arbejder videre med at konkretisere et forslag om omlægning af ældrepsykiatrien efter sommeren, således at det kan indgå i budgetprocessen for 2017.

KONSEKVENSER

Hvis indstillingen tiltrædes vil et forslag til omlægning af ældrepsykiatrien indgå i drøftelserne om Region Hovedstadens budget for 2017.

RISIKOVURDERING

Som det fremgår af sagsfremstillingen er der en uensartet praksis i regionen i forhold til sengekapacitet og ambulante kapacitet. Ved en eventuel omlægning, kan der sandsynligvis blive tale om ændringer for personalet på nogle afsnit. Dette kan afføde uro mv. blandt personalet. Ved en ambulante omstilling kan der eventuelt blive tale om omprioritering af midler og personale fra sengeafsnit til ambulatorier.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

De bevillingstekniske konsekvenser vil blive beskrevet i forslag til budget 2017.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Den videre proces er, at der på baggrund af analysen, herunder udvalgets drøftelser, udarbejdes et

konkret forslag til omlægning af ældrepsykiatrien, som indgår i budgetprocessen for 2017.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER

16000144.

BILAGSFORTEGNELSE

1. BUDGETAFTALEN 2016_ANALYSE AF ÆLDREPSYKIATRISKE TILBUD_REVIDERET
UDKAST_24022016

3. DRØFTELSESSAG: UDBREDELSE AF GADEPLANSTEAM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Psykiatriudvalget behandlede på møde den 9. februar 2016 en evaluering af psykiatrisk gadeplansteam. Udvalget ønskede, at administrationen belyste økonomi og organisering ved en mulig udbredelse af psykiatrisk gadeplansteam til de områder i regionen, hvor der er behov. Hermed forelægges sagen om mulig udbredelse af gadeplansteam.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til Psykiatriudvalget:

- at udvalget drøfter tre modeller for mulig udbredelse af gadeplansteam til øvrige områder i regionen, hvor der er behov.

POLITISK BEHANDLING

Psykiatriudvalgets beslutning den 24. maj 2016

Udvalget anbefalede model 1 således, at det nuværende gadeplansteam udvides til at dække Frederiksberg, Tårnby og Dragør Kommuner.

Charlotte Fischer (B) deltog ikke i sagens behandling.

SAGSFREMSTILLING

En vurdering af behovet for et regionsdækkende gadeplansteam bør tage højde for, om alle kommuner i Region Hovedstaden har behov for og ønske om samarbejde med gadeplansteamet. Der er i bilag en tabel over forekomsten af hjemløshed i regionen opgjort kommunevist efter form for hjemløshed. Hvert andet år siden 2007 er der således gennemført en undersøgelse af hjemløshed i Danmark, og tallene omfatter alle hjemløse borgere også borgere, der ikke har en psykisk sygdom.

Da gadeplansteamet især arbejder med borgere, der bor på gaden eller på herberger og natcaféer/varmestuer, er der taget udgangspunkt i disse former for hjemløshed. Opgørelsen viser, at København har flest hjemløse borgere med 2,7 hjemløse pr. 1000 indbyggere fordelt med 227 borgere, der bor på gaden, 168 borgere, der opholder sig i natcaféer og 545 med ophold på herberger. Desuden har Frederiksberg Kommune mange hjemløse borgere med 2,2 pr 1.000 indbyggere fordelt med 30 borgere, der bor på gaden, 17 borgere, der opholder sig på natcaféer/varmestuer og 74, der opholder sig på herberger. Andre kommuner der ligeledes har relativt mange hjemløse borgere pr. 1.000 indbyggere er Gladsaxe med 1,5 (101 hjemløse), Glostrup med 3,7 (82 hjemløse), Helsingør med 1,2 (73 hjemløse), Hillerød med 2,1 (104 hjemløse) og Hvidovre med 2,2 (113 hjemløse).

Da en meget stor del af gadeplansteamets aktiviteter foregår på gaden, samt ved herberger og forsorgshjem, er der behov for at kende den geografiske placering af herberger og forsorgshjem i regionen udenfor Københavns Kommune. De vigtigste er Frederiksberg Kommune, der har to herberger (Lindevang og Lærkehøj), hvoraf det primært er det ene, der har beboere med psykiatriske problemstillinger. Frederiksberg Kommune har deres egen hjemløseenhed, som gadeplansteamet har samarbejdet med flere gange, og som også laver opsøgende arbejde på gadeplan.

På Københavns vestegn er der tre herberger og forsorgshjem. Det er Kettegårdsallé i Hvidovre, som gadeplansteamet har en del kontakt med, fordi Kettegårdsallé får mange af deres beboere fra en natcafe for kvinder på Vesterbro. Der er Solvang i Glostrup, som gadeplansteamet også har haft samarbejde med samt Blå Kors Pensionat i Taastrup.

Herudover er der herberger og forsorgshjem på Stubben i Helsingør, på Skansegården i Hillerød, på Overførstergården i Gentofte og på Blå Kors i Humlebæk.

Organisatorisk model for udbredelse af gadeplansteam

Der er umiddelbart tre modeller for hvordan gadeplansteamet kan udbredes i regionen:

1. Det nuværende gadeplansteam udvides til at dække Frederiksberg, Tårnby og Dragør Kommuner
2. Etablering af et ekstra team, der er forankret på Psykiatrisk Center Glostrup
3. Etablering af et ekstra team, der er forankret på Psykiatrisk Center Nordsjælland.

De tre modeller kan kombineres på forskellig måde fx ved kombination af model 1 og 2 eller model 1 og 3 eller model 1, 2 og 3.

Ved model 1 udvides det nuværende gadeplansteam til at dække Frederiksberg, Tårnby og Dragør Kommuner. Hvis de pågældende kommuner ønsker at samarbejde med gadeplansteamet, og samarbejdet sker efter den udviklede model, som i Københavns Kommune, hvor der er etableret én indgang til kommunen, er det administrationens vurdering, at udvidelsen kan ske indenfor den eksisterende bevilling.

Ved model 2 etableres et ekstra gadeplansteam forankret på Psykiatrisk Center Glostrup, og det vil være muligt at dække vestegns kommunerne samt kommuner i planområde midt.

Ved model 3 etableres et ekstra gadeplansteam forankret på Psykiatrisk Center Nordsjælland, og det vil være muligt at dække kommunerne i planområde nord.

Alle modeller kræver tæt dialog og samarbejde med kommunerne om deres ønsker og behov for samarbejde med det psykiatriske gadeplansteam. Der skal ligeledes være dialog med kommunerne om muligheden for én indgang for gadeplansteamet, om nødvendige kommunale støttetiltag for at få målgruppen ud af hjemløshed samt om kommunernes prioritering af ressourcer til indsatsen.

Det er derfor ikke muligt på nuværende tidspunkt at give et skøn over udgifterne. Udgifterne til det eksisterende gadeplansteam i Københavns Kommune er 6,7 mio. kr. Der samarbejdes konkret om borgerne/patienterne, og der har ikke været krav om kommunal medfinansiering. Som nævnt ovenfor kan model 1, såfremt kommunerne ønsker det, ske indenfor den økonomiske ramme på 6,7 mio. kr.

Opsamling

Det er administrationens anbefaling, at det er hensigtsmæssigt og fornuftigt at udvide gadeplansteamet efter model 1. Sideløbende kan der ske en nærmere afklaring af behov og ønsker hos de øvrige kommuner i regionen med henblik på samarbejde med gadeplansteamet efter henholdsvis model 2 og model 3 eller kombinationer heraf.

Såfremt udvalget ønsker, at der skal arbejdes videre med flere modeller, vil det efter afklaring med kommunerne være muligt at give et skøn over de ressourcer og omkostninger, der vil være fremadrettet med at udbrede gadeplansteamet til de kommuner i regionen, hvor der er behov.

KONSEKVENSER

Indstillingen medfører ikke yderligere konsekvenser end de i sagen beskrevne.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Afhængig af Psykiatriudvalgets drøftelser og valg af model vil administrationen udarbejde en ny sag til udvalget med henblik på forelægning for forretningsudvalg og regionsråd.

DIREKTØRPÅTEGNING

Christian Worm / Anne Skriver

JOURNALNUMMER

16027746

BILAGSFORTEGNELSE

1. Tabel med hjemløshed i Region Hovedstaden 2015

4. BESLUTNINGSSAG: BUDGET 2017

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Forretningsudvalget besluttede den 26. januar 2016 at igangsætte arbejdet med budget 2017-2020, og de stående udvalg er inddraget for de områder, de har ansvar for. Psykiatriudvalget har drøftet forslag til budget 2017 på møde den 26. april 2016. Med sagen skal der tages stilling til, hvilke forslag der skal bringes ind i budgetprocessen for 2017.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til Psykiatriudvalget:

at prioritere hvilke af de nedenævnte forslag, der skal bringes ind i budgetprocessen for 2017:

- | A. Skolen for recovery - udvidelse
- | B. Specialiseret psykoterapi - styrkelse
- | C. Gadeplansteam - permanentgørelse
- | D. Kønsidentitetsforstyrrelser
- | E. Voksne med autisme
- | F. Traumatiserede flygtninge
- | G. Retspsykiatri - omdannelse af ni senge
- | H. Retspsykiatri - omdannelse af 18 senge
- | I. Spiseforstyrrelse bulimi
- | J. Brugerstyrede senge

POLITISK BEHANDLING

Psykiatriudvalgets beslutning den 24. maj 2016

Udvalget ønskede, at alle budgetforslagene bringes ind i budgetprocessen.

Charlotte Fischer (B) deltog ikke i sagens behandling.

SAGSFREMSTILLING

Psykiatriudvalget har ansvar for områderne Region Hovedstadens Psykiatri og Den Sociale Virksomhed, og udvalget skal bidrage med:

- | at drøfte budgetanalyser indenfor eget ansvarsområde
- | at bidrage med forslag til nye initiativer inden for eget ansvarsområde og
- | eventuelt bidrage med forslag til justeringer af serviceniveauer til budget 2017-2020.

For så vidt angår Den Sociale Virksomhed er der, henset til kommunal fokus om ro om taksterne, ikke umiddelbart nogen budgetinitiativer, idet tilbuddene tilpasses løbende efter kommunal efterspørgsel og takstfinansiering.

For så vidt angår Region Hovedstadens Psykiatri, er der følgende overskrifter for budget 2017-2020:

- | Analyser iværksat med budget 2016
- | Projekter med forslag om finansiering
- | Projekter der er finansieret af puljer, som ophører i 2016

I budget 2016 blev der indgået aftale om at udarbejde to analyser på psykiatriområdet om henholdsvis "Treårig udviklingsplan for psykiatrien" og "Ældrepsykiatrisk behandling". Psykiatriudvalget har igangværende drøftelser om "Treårig udviklingsplan for psykiatrien", som godkendes af psykiatriudvalget i juni og forelægges regionsrådet i august 2016. Der skal derfor tages højde for, at der også i 3-årsplanen for udvikling af psykiatrien vil være forslag, som forudsætter ressourceindsats for at kunne blive implementeret.

Den ældrepsykiatriske behandling og kapacitet er forskellig på tværs af regionen, og i sag nr. 2

fremlægges et forslag om at omlægge de ældrepsykiatriske behandlingstilbud og herunder omstilling af de ambulante tilbud. Et konkret forslag til omlægningen udarbejdes som indspil til budgetforhandlingerne i august.

Psykiatriudvalget har hen over året samt på mødet den 26. april 2016 drøftet budgetforslag, der ønskes viderebragt til budgetprocessen for 2017. Det er projekter med forslag om finansiering, områder med udgiftspres, og projekter der er finansieret af puljer, som udløber. Budgetforslagene er indsat i skema nedenfor, og en mere uddybende beskrivelse fremgår af de vedhæftede budgetskemaer. Punkt F. Traumatiserede flygtninge udgår, da regionsrådet den 17. maj 2016 har godkendt udmøntning af midler til udredning og behandling, hvori der indgår en varig tilførsel på 1,3 mio. kr. årligt til Klinik for Traumatiserede Flygtninge.

Forslag til budget 2017

Område	Budgetforslag	Mio. kr.
Projekter med forslag om finansiering	A. Skolen for recovery - udvidelse	6 mio. kr.
	B. Specialiseret psykoterapi - styrkelse	6,1 mio. kr.
	C. Gadeplansteam - permanentgørelse	6,7 mio. kr.
Områder med udgiftspres	D. Kønidentitesforstyrrelser	2,4 mio. kr.
	E. Voksne med autisme	1,5 mio. kr.
	F. Traumatiserede flygtninge	-
	G. Retspsykiatri - omdannelse af ni senge	17,7 mio. kr.
	H. Retspsykiatri - omdannelse af 18 senge	35 mio. kr.
Satspuljemidler der udløber	I. Spiseforstyrrelse bulimi	1,4 mio. kr.
	J. Brugerstyrede senge	5,2 mio. kr.

Udvalget drøfter og prioriterer eventuelt, hvilke af budgetforslagene, der skal bringes ind i den videre budgetproces for 2017.

Regionens frie anlægsramme forventes at være meget begrænset på grund af en række større investeringsprojekter, renoveringsbehov og tilkendegivelser fra regeringen om et lavere offentligt investeringsniveau i det kommende år. I forbindelse med budgetforslaget for 2017 vil administrationen fremlægge en vurdering af investeringsmulighederne i 2017.

Servicejusteringer

Psykiatriudvalget drøftede på mødet den 26. april 2016 mulighed for servicejusteringer og bad om en beskrivelse af fordelingen i Region Hovedstadens Psykiatri mellem administrativt personale og sundhedspersonale, og hvordan udviklingen har været over årene. Der vil inden budgetforhandlingerne blive udarbejdet et kort oplæg herom.

Nye initiativer

Psykiatriudvalget drøftede desuden nye initiativer og ønskede, at der blev set nærmere på årsagerne til overdødelighed hos mennesker med psykisk sygdom, som forslag til en analyse i budget 2017. Administrationen skal foreslå følgende formulering:

"Med henblik på at udarbejde en plan for Region Hovedstadens indsats for at nedbringe overdødeligheden hos mennesker med svær psykisk sygdom, skal der ske en opsamling af eksisterende viden om årsagerne til overdødeligheden, og det skal beskrives, hvordan der konkret arbejdes hermed i psykiatrien, somatikken og almen praksis i Region Hovedstaden herunder i samarbejde med kommunerne. Desuden beskrives samarbejdet mellem psykiatri og somatik om svært psykisk syge, herunder om der kan tages initiativer, der styrker det helhedsorienterede og sammenhængende sundhedsvæsen."

Problemstillingen om overdødelighed vil ligeledes indgå i 3-årsplanen for udvikling af psykiatrien.

KONSEKVENSER

Indstillingen medfører ikke yderligere konsekvenser end de i sagen beskrevne.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end de i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER

16020021

BILAGSFORTEGNELSE

1. Budgetforslag 2017 - recoveryskole
2. Budgetforslag 2017 - Specialiseret psykoterapeutisk behandling
3. Budgetforslag 2017 - gadeplansteam
4. Budgetforslag 2017 - kønsidentitetsforstyrrelser
5. Budgetforslag 2017 - voksne med autisme
6. Budgetforslag 2017 - traumatiserede flygtninge
7. Budgetforslag 2017 - retspsykiatri_omdanne af 9 senge
8. Budgetforslag 2017 - retspsykiatri_omdannelse af 18 senge
9. Budgetforslag 2017 - Spiseforstyrrelse bulimi_udbygning af kapacitet
10. Budgetforslag 2017 - brugerstyrede senge i psykiatrien

5. BESLUTNINGSSAG: RIGSREVISIONENS UNDERSØGELSE AF STYRING AF AMBULANT KAPACITET I PSYKIATRIEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Den 30. marts 2016 blev Rigsrevisionens beretning om styringen af den ambulante kapacitet til behandling af voksne med psykiske lidelser drøftet af Statsrevisorerne. Regionerne har tidligere fået Rigsrevisionens udkast i høring og regionsrådet er blevet orienteret om beretningen. Sundheds- og Ældreministeren er som følge af beretningen blevet bedt om at afgive en udtalelse om de foranstaltninger og overvejelser som beretningen giver anledning til, og regionsrådet kan i den forbindelse bidrage med en udtalelse til ministeren.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at psykiatriudvalget overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

- at godkende udtalelse (jf. bilag) om Rigsrevisionens undersøgelse af styringen af den ambulante kapacitet i psykiatrien.

POLITISK BEHANDLING

Psykiatriudvalgets beslutning den 24. maj 2016

Godkendt med en mindre rettelse til regionens udtalelse.

Charlotte Fischer (B) deltog ikke i sagens behandling.

SAGSFREMSTILLING

Rigsrevisionen har undersøgt den ambulante behandling af voksne med psykiske lidelser i Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Syddanmark. For praksissektoren gælder undersøgelsen også Region Sjælland og Region Midtjylland. Region Hovedstaden vurderes relativt set positivt i forhold til de andre undersøgte regioner.

Det er overordnet indtrykket, at Rigsrevisionens beretning giver en udmærket beskrivelse af de styringsmæssige tiltag, der er gennemført i psykiatrien i Region Hovedstaden i de seneste år, samt en realistisk beskrivelse af den markante stigning i antallet af henvisninger til psykiatrien på 25 - 40 pct. fra 2012 til 2015.

Hovedpunkterne i Statsrevisorernes bemærkninger er følgende:

- - *"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."*

Derudover fremgår det, af beretningen, at 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"*.

Med hensyn til det første punkt, er der i Region Hovedstaden - og på tværs af regionerne - de senere år arbejdet en del med at øge viden om ressourceforbrug og omkostningseffektivitet ved at beskrive pakkeforløb og patientforløb. Det har betydet, at man er kommet nærmere en beskrivelse af et antal generiske ambulante behandlingsforløb, der vil kunne kobles med omkostninger. Til de to efterfølgende

punkter kan det bemærkes, at Region Hovedstaden som den eneste ud af tre regioner, har udarbejdet konkrete retningslinjer for ens visitation, samt at Region Hovedstaden som den eneste region, følger op på, om der visiteres korrekt og løbende systematisk følger op på, om der visiteres korrekt.

I øvrigt kan det bemærkes, at der i Region Hovedstaden gøres en stor indsats for at fremme effekten af behandlingen og måling heraf. Indsatsen omhandler blandt andet recovery, LUP-undersøgelser, og arbejde med måling af "terapieffekt" samt andre skalaer til at måle behandlingseffekt.

Endelig kan det bemærkes, at styring af kapaciteten i psykiatrien er kompleks, og betinget af dels viden om effekt og behandlingsbehov, og dels muligheder for at indgå lokale aftaler med praksissektoren.

Forslag til udtalelse fra regionsrådet om Rigsrevisionens gennemgang af den ambulante kapacitet på psykiatriområdet er vedlagt som bilag.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen medfører ikke i sig selv yderligere konsekvenser end de i sagen oplyste.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats i forbindelse med sagen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges forretningsudvalget og regionsrådet i juni 2016. Da Sundheds- og Ældreministeriet har svarfrist 3. juni, vil der blive sendt et svar til Sundheds- og Ældreministeriet med forbehold for endelig politisk godkendelse af regionsrådet den 14. juni 2016.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER

15014238.

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. Udtalelse fra RR ang. rigsrevisionens gennemgang af ambulante kapacitet
- ② 2. Statsrevisorernes beretning

6. BESLUTNINGSSAG: MØDEPLAN FOR MØDER I PSYKIATRIUDVALGET I 2017

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Der forelægges en mødeplan for møder i Psykiatriudvalget i 2017.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til Psykiatriudvalget:

- **at** mødeplan for møder i udvalget i 2017 godkendes.

POLITISK BEHANDLING

Psykiatriudvalgets beslutning den 24. maj 2016

Godkendt.

Charlotte Fischer (B) deltog ikke i sagens behandling.

SAGSFREMSTILLING

Administrationen har med baggrund i den mødeplan, som er vedtaget for regionsrådets og forretningsudvalgets møder, udarbejdet et forslag til mødeplan for 2017.

Forslaget tager højde for, at en sag normalt vil kunne behandles færdigt i udvalg, forretningsudvalg og regionsråd i løbet af en måned eller halvanden.

Forslaget til mødeplan for de stående udvalg tager desuden højde for de medlemmer, der sidder i mere end ét udvalg.

Det foreslås, at udvalget i forbindelse med drøftelse af mødeplanen også drøfter tilrettelæggelse af eventuelle institutionsbesøg inden for udvalgets område. Det foreslås, at Psykiatriudvalget holder udvalgs møder fra kl. 18.30 - 20.30, på følgende dage:

- tirsdag 10. januar 2017
- tirsdag 7. februar 2017
- tirsdag 14. marts 2017
- tirsdag 25. april 2017
- tirsdag 23. maj 2017
- tirsdag 20. juni 2017
- tirsdag 29. august 2017
- tirsdag 26. september 2017
- tirsdag 31. oktober 2017
- tirsdag 28. november 2017

KONSEKVENSER

Indstillingen medfører ikke yderligere konsekvenser end de i sagen beskrevne.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Udvalgets møder fremgår af regionens hjemmeside.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER
15016442

7. EVENTUELT

MEDDELELSER

Susanne Langer orienterede om konferencen Vejen til en recovery-orienteret praksis den 7. oktober 2016 i København.

JOURNALNUMMER

15016442

MØDETIDSPUNKT

24-05-2016 18:30

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården - H3

MEDLEMMER

Karsten Skawbo-Jensen	Formand	Deltog
Finn Rudaizky	Næstformand	Deltog
Anne Ehrenreich	Udvalgsmedlem	Deltog
Charlotte Fischer	Udvalgsmedlem	Afbud
Erik R. Gregersen	Udvalgsmedlem	Deltog
Erik Sejersten	Udvalgsmedlem	Deltog
Hanne Andersen	Udvalgsmedlem	Deltog
Susanne Due Kristensen	Udvalgsmedlem	Deltog
Susanne Langer	Udvalgsmedlem	Deltog

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelse: Psykisk syge på bosteder og regionernes ansvar
2. Meddelelse: Aktuelle orienteringer
3. Meddelelse: Kommende møder

1. MEDDELELSE: PSYKISK SYGE PÅ BOSTEDER OG REGIONERNES ANSVAR

MEDELELSER

En medarbejder på det socialpsykiatriske botilbud Lindegården, der hører under Københavns Kommune, og som er beliggende i Region Sjælland, blev dræbt af en psykisk syg beboer den 25. marts 2016. Det er det sjette drab på et botilbud siden 2012, og det er drab, der er begået af psykisk syge udadreagerende ofte med misbrug og dom til behandling.

Drabet har afstedkommet, at Sundhedsstyrelsen efter henvendelse fra Københavns Kommune, har fastslået ansvaret for misbrugsbehandlingen mellem region og kommune jf. vedlagte bilag. Sundhedsstyrelsen anerkender, at der er en række udfordringer, som det har været vanskeligt at løse, fordi der kræves løbende koordination og samarbejde på tværs af region og kommuner. Sundhedsstyrelsen opstiller samtidig principper, der er retningsanvisende for behandling af stofmisbrugere med psykisk sygdom.

Der er en inddeling i fire kategorier, hvor regionen har det primære ansvar og det kommunale misbrugsbehandlingssystem det sekundære ansvar for kategori II, som omfatter patienter med kroniske psykoser med rimelig tilpasset adfærd og stabiliseret/velbehandlet stofmisbrug. For kategori IV har regionerne ansvaret, når det omfatter patienter med kroniske psykoser, som er svært adfærdsforstyrrede og har et omfattende kaotisk stofmisbrug.

Sundhedsstyrelsen konkluderer for kategori IV patienter, at det ikke kan udelukkes, at Københavns Kommune sammen med behandlingspsykiatrien ser på om opgavefordelingen er optimal og drøfter muligheden for særligt fagligt specialiserede botilbud til målgruppen.

Statsadvokaten har samtidig jf. vedhæftede bilag præciseret, hvornår der er indikation for indlæggelse af personer, som er idømt en behandlingsdom efter straffeloven, og det gælder, når der er risiko for tilbagefald til kriminalitet.

Administrationen er igang med at se på, hvad principperne betyder, og om der er økonomiske konsekvenser heraf.

Nyt udslusningstilbud til færdigbehandlede psykiatiske patienter

Danske Regioner har i forlængelse af sagen forslået, at der etableres en ny institutionstype til borgere, der har overstået deres behandling, men som endnu ikke vurderes klar til at flytte ind på et bosted eller eget hjem. Det er et tilbud, der skal bruges til en lille gruppe af patienter (150-200 på landsplan), der ofte har flere psykiatriske diagnoser, er misbrugere, har dom til behandling, og som ofte er indlagt. Danske Regioner foreslår ligeledes en ændring af straffeloven, så det fremover bliver muligt at idømme ambulante patienter tvungen misbrugsbehandling, da der er behov for et mere fokus på at fastholde patienten/beboeren i deres behandling og rehabilitering.

Både en ny institutionsform og mulighederne for at idømme ambulante misbrugsbehandling kræver lovændringer og hjemmel i serviceloven til den særlige institutionsform, hvor der er den nødvendige sundhedsfaglige behandling og socialfaglige rehabilitering.

Der er blevet taget godt imod forslaget fra politisk og organisatorisk hold, og Danske Regioner er sammen med KL blevet inviteret til drøftelser hos indenrigs- og socialministeren og sundheds- og ældreministeren om, hvordan problemet med vold på bosteder bedst løses.

JOURNALNUMMER

16026844

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. SST svar til Københavns Kommune om misbrugsbehandling
- ② 2. Statsadvokat om ansvar for misbrugsbehandling

2. MEDDELELSE: AKTUELLE ORIENTERINGER

MEDDELELSER

Psykiatriciudvalget har efter seneste udsendelse af dagsorden modtaget følgende orienteringer:

- Der har ikke været udsendt orienteringer i perioden.

JOURNALNUMMER

15016442

3. MEDDELELSE: KOMMENDE MØDER

MEDDELELSER

Der er møde i Psykiatriudvalget på tirsdage i 2016 fra kl. 18.30 - 20.30 på følgende dage:

- | 21. juni
- | 30. august
- | 21. september
- | 25. oktober
- | 22. november

JOURNALNUMMER

15016442

Den fortsatte udvikling af psykiatrien i Region Hovedstaden

Psykiatriudvalgets treårsplan 2017-2019

Indhold

Forord	3
1. Treårsplanens opbygning.....	4
2. Principper for udvikling af psykiatrien.....	4
Princip 1: Recovery som fundament for patientbehandlingen.....	4
Patientstyrede senge	5
Recoveryskolen.....	5
Udbredelse af recovery-kompetencer	5
Tilknytning til arbejdsmarkedet	6
Princip 2: Et samlet sundhedsvæsen	7
Henvissningspraksis.....	7
Gråzonepatienter	7
Videndeling på tværs af sektorer.....	8
Privatpraktiserende psykologer og psykiatere.....	8
Patienter i hospitalspsykiatrien.....	9
Efter udskrivning	10
Udgående funktioner	10
Akut indsats.....	10
Patienter på botilbud	10
Nye samarbejdsformer	11
Princip 3: Klar ansvars- og opgavefordeling mellem sektorer.....	12
Princip 4: Patientoplevelset sammenhæng	13
Princip 5: Tilgængelighed og fleksibilitet.....	14
Princip 6: Forskning og høj faglighed kvalitet.....	15
Patientsikkerhed	16
Overdødelighed hos psykiatriske patienter	16
3. Børne- og ungdomspsykiatrien.....	17
Sammenhæng i patientforløb.....	18
Ambulant behandling	18
Behandlingskapacitet	18
Øget familie og forældreinddragelse	19
Fysiske rammer.....	19
Udviklingsplan for børne- og ungdomspsykiatrien	20
4. Psykiatrien i tal	21
Vækst i henvisninger	22
Behandling under indlæggelse.....	22

Forord

Psykiatrien har udviklet sig hastigt de seneste år som led i både nationale og internationale strømninger. Trædestenene til fremtidens psykiatri er lagt, og det er nu tid til at markere den retning, som psykiatrien skal udvikle sig i de kommende tre år. Psykiatriudvalget har derfor udarbejdet denne politiske treårsplan, som indeholder principper og konkrete anbefalinger til den videre udvikling af psykiatrien.

Der er løbende iværksat forskellige politiske initiativer, som har banet vejen for udviklingen, og denne treårige plan tager derfor afsæt i at fortsætte implementeringen af disse beslutninger.

I budgetaftalen for 2015 blev der vedtaget en større omstilling af Region Hovedstadens Psykiatri med henblik på at udbygge og udvikle den ambulante kapacitet, styrke fagligheden og kvaliteten, nedbringe brugen af tvang og sikre en effektiv anvendelse af ressourcerne.

Med budgetaftalen for 2016 blev det endvidere besluttet at lave en treårig plan, som skal understøtte den fortsatte udvikling af psykiatrien og bygge videre på budgetaftalen fra 2015. Det indebærer en udvikling, hvor der arbejdes "i retning mod en psykiatri med recovery, hvor fokus er på nære tilbud og overgangen for det enkelte menneske til at kunne vende tilbage til uddannelse og arbejde, og hvor der sikres bedre tilbud til de meget alvorligt syge samtidig med, at vi skal sikre udrednings- og behandlingsretten på 1 måned, der trådte i kraft den 1. september 2015".

Psykiatrien er som resten af sundhedsvæsenet underlagt begrænsede økonomiske rammer samtidig med, at efterspørgslen efter udredning og behandling stiger, og kravene til veldokumenterede og ensartede men også individuelt tilpassede tilbud øges. Planen skal derfor ses i lyset af disse rammer, hvor de forslåede initiativer skal forene effektiv ressourcetilførsel, høj patienttilfredshed og kvalitet i patientbehandlingen.

Undervej i processen har der været dialog med repræsentanter fra bl.a. Psykiatريفoreningernes Fællesråd, de faglige organisationer samt kliniske repræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri, som alle har bidraget med vigtige forslag til, hvordan psykiatrien kan styrke sine tilbud til regionens borgere. Vi vil derfor gerne takke for engagementet og villigheden til at deltage konstruktivt i udformningen af denne treårsplan.

Med afsæt i disse ord sættes der med denne plan retning for de næste tre års udvikling af psykiatrien i Region Hovedstaden.

Regionsrådsformand

Formand for Psykiatriudvalget

1. Treårsplanens opbygning

Psykiatriudvalget har udpeget 6 overordnede principper, som skal være styrende for udviklingen af psykiatrien. Principperne udfoldes nedenfor i konkrete anbefalinger, som skal gøre treårsplanens intentioner til virkelighed. Principper og anbefalinger omfatter både voksen og børne- og ungdomspsykiatrien, da Region Hovedstaden ønsker, at patienter i alle aldre skal møde en psykiatri, som bygger på disse bærende principper.

Anbefalingerne er grupperet i fire kategorier ud fra: hvorvidt de "kan prioriteres inden for den eksisterende økonomiske ramme i Region Hovedstadens Psykiatri", "Forudsætter politisk prioritering i budgetsammenhæng", "drøftes i regi af tværsektorielle aftaler mv." eller "kræver yderligere analyse, afventer resultater af pilotprojekter mv." Flere initiativer kan placeres i mere end en kategori, men af hensyn til overblikket fremgår hver anbefaling kun ét sted. Implementering af de enkelte anbefalinger forudsætter, at rammerne er til stedet, samt at der skabes økonomisk mulighed herfor.

Treårsplanen fokuserer på patienternes oplevelse af psykiatrien, men uden kvalificeret og tilfreds personale, kan intentionerne ikke blive indfriet. Det er derfor altafgørende forudsætning, at personalet oplever, at Region Hovedstaden Psykiatri er en attraktiv arbejdsplads, hvor arbejdsmiljø og muligheden for at tilbyde patienterne god service og høj faglig kvalitet i behandlingen er til stede.

2. Principper for udvikling af psykiatrien

Region Hovedstaden ønsker, at de overordnede principper, som skal være styrende for udviklingen, indebærer, at psykiatrien arbejder for:

- Recovery som fundament for patientbehandlingen
- Et samlet sundhedsvæsen
- Klar ansvar- og opgavefordeling på tværs af sektorer
- Patientoplevelse sammenhæng internt og på tværs af sektorer
- Tilgængelighed og fleksibilitet
- Forskning og høj faglig kvalitet

Princip 1: Recovery som fundament for patientbehandlingen

Den recovery-orienterede tilgang tager udgangspunkt i den enkelte patients situation og ressourcer og fokuserer på håb, mening og selvbestemmelse med henblik på at få et meningsfuldt liv, selv med de begrænsninger, der potentielt følger med psykisk sygdom. Indsatsen skal så vidt muligt gives til patienten i nærmiljøet, så patienten oplever mindst mulig indgriben i sin hverdag.

Region Hovedstaden er allerede langt i den omstillingsproces, som skal sikre, at recovery bliver et bærende element i behandlingstilbuddene og i mødet med den enkelte patient. Det er

en omstilling, som kræver kulturforandring på alle niveauer, og som derfor skabes over tid gennem en lang række forskellige initiativer. Der er bl.a. ansat børnementorer, medarbejdere med brugerbaggrund, udviklet nye modeller for patientinddragelse og ansat forældrementorer, alle medarbejdere er uddannet i recovery, og der er sat øget fokus på inddragelse af patienter i udarbejdelse af egen behandlingsplan.

Region Hovedstadens Psykiatri er gået forrest i at finde nye veje til involvering af brugere på alle niveauer, hvor brugere deltager i beslutningsfora, og hvor der er etableret forældrepaneler mv. Den ambitiøse brugerinddragelsesstrategi skal fortsat være styrende for involvering af brugere, så der sikres en systematisk og vedvarende dialog.

Som led i indsatsen hen imod en mere recoveryorienteret psykiatri er der iværksat en række projekter, som endnu ikke er afsluttet, men som vil bidrage med nyttig viden om, hvordan recoveryindsatsen bedst tilrettelægges. Det gælder bl.a. brugerstyrede senge, Recovery-Skolen, Recovery-Cafeen, afholdelse af feed back møder, ansættelse af medarbejdere med brugerbaggrund, udvikling af udskrivningsguiden, mv.

Patientstyrede senge

Erfaringer fra Norge viser, at senedagsforbruget og tvangsindlæggelser kan reduceres væsentligt, hvis patienterne har mulighed for at indlægge sig selv i såkaldte "patientstyrede senge". Patientstyrede indlæggelser afprøves for øjeblikket på tre centre i Region Hovedstadens Psykiatri, hvor patienter i ambulans behandling kan indlægge sig selv direkte på et for patienten kendt sengeafsnit i op til 5 døgn for at tage sygdomsforværring i opløbet. Der er tale om patienter, som typisk har hyppige og langvarige indlæggelser bag sig. Hvis de gode resultater bekræftes i dansk kontekst, skal det vurderes inden udgangen af 2016, om tilbuddet skal fortsætte, herunder om der skal etableres patientstyrede senge på alle regionens psykiatriske centre samt tage stilling til, om tilbuddet ligeledes skal afprøves i børne- og ungdomspsykiatrien.

Recoveryskolen

Recoveryskolen har netop fremlagt gode resultater for projektperioden og har vist stort potentiale for at gøre en positiv forskel for den enkeltes recoveryproces og bidrage til øget sygdomsforståelse og afstigmatisering hos deltagerne. Recoveryskolen bør derfor udvides til en bredere målgruppe ved bl.a. at tilbyde undervisning, der hvor brugerne er. Det kan fx være på de øvrige psykiatriske centre, på væresteder mv.

Udbredelse af recovery-kompetencer

Med de mange initiativer opbygger Region Hovedstaden en stor viden om indsatser og værktøjer til udbredelse af recovery i praksis. Der kan derfor i samarbejde med kommuner og almen praksis drøftes, om der kan skabes mulighed for, at denne viden bringes i spil i primærsektoren, således at metoder og værktøjer kan kopieres og tilpasses forskellige organisationer og kontekster. På den måde understøttes det, at patienterne mødes af en recoveryorienteret tilgang i hele patientforløbet.

Tilknytning til arbejdsmarkedet

Tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet er et vigtigt led i den enkeltes recoveryproces. Der er derfor behov for, at der fortsat samarbejdes på tværs af sektorer om at hjælpe patienten til at få eller bevare fodfæste og få en meningsfuld hverdag så tidligt i behandlingsforløbet som muligt.

Almen praksis spiller en central rolle i forhold til patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet, idet det er patientens egen læge, som udsteder sygemeldinger og dermed har en tæt dialog med patienten om vigtigheden af at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet, så vidt det er muligt. Der er derfor behov for tæt samarbejde om behandlingsudsigterne og målet for den fælles indsats.

Region Hovedstaden ønsker således fortsat at prioritere arbejdet med recovery højt og understøtte, at der arbejdes for at udvikle og udbrede tilbud til patienterne, som styrker den enkelte patients recoveryproces.

Recovery som fundament for patientbehandlingen kan skabes ved at:

RECOVERY SOM FUNDAMENT FOR PATIENTBEHANDLINGEN	
KONTEKST	ANBEFALINGER
Kan prioriteres inden for den eksisterende økonomiske ramme i RHP	Udbrede brugen af værktøjer til såkaldt "shared decision-making" i form af bl.a. behandlingsplaner, hvor patienten er tæt involveret i udarbejdelse af planen og fastsætter egne mål.
	Videreføre brugerinddragelsesstrategien og fortsætte arbejdet med afprøvning af modeller for brugerinddragelse, herunder forældrepaneler og forældrementorer i Børne- og Ungdomspsykiatrien.
Forudsætter politisk prioritering i budgetsammenhæng	Udvide recoverykolen så tilbuddet når ud til en bredere målgruppe fx ved at tilbyde undervisning tæt på brugerne.
	Videreføre tilbuddet med brugerstyrede senge samt overveje, hvorvidt der skal laves forsøg i børne- og ungdomspsykiatrien.
	Fortsat at ansætte medarbejdere med brugerbaggrund i både sengepsykiatrien og de ambulante tilbud samt sikre kvalificeret uddannelse til brugermedarbejderne.
Drøftes i regi af tværsektorielle aftaler mv.	Undersøge interessen og mulighederne for, at viden og værktøjer til udbredelse af recovery bringes i spil i kommuner og almen praksis for at understøtte, at patienten mødes af en recoveryorienteret tilgang i hele patientforløbet.
	Indgå i et tæt samarbejde med kommunerne og almen praksis om at fokusere på patientens tilknytning til arbejdsmarkedet allerede tidligt i patientens behandlingsforløb, så der er enighed om målet for den fælles indsats.
Kræver yderligere analyse, pi-	Følge resultaterne af iværksatte projekter og løbende vur-

lotprojekter mv.	dere mulighederne for, at positive resultater kan udbredes og forankres i den daglige drift.
------------------	--

Princip 2: Et samlet sundhedsvæsen

Region Hovedstaden ønsker at udvikle et samlet sundhedsvæsen, hvor patienten er omdrejningspunktet, og hvor myndighederne hver især gør deres ypperste for at sikre, at ressourcerne samlet set anvendes så optimalt som muligt på tværs af sektorer.

Patienterne med psykiske lidelser er alle udfordret af at leve med en psykisk sygdom, men det varierer meget, hvor indgribende sygdommen er for den enkeltes hverdag, ligesom der er stor forskel på, hvilke tilbud fra sundhedsvæsnets, den enkelte har behov for og størst gavn af.

Hospitalspsykiatriens opgave er at hjælpe de patienter med psykiatriske lidelser, som kræver en specialiseret indsats, der ikke kan håndteres alene af kommunen eller af egen læge. Disse patienter udgør kun en lille andel af det samlede antal patienter, som har psykiske lidelser eller symptomer i forskellige grad. Langt størstedelen af de mange patienter, som har mildere symptomer på psykiske lidelser, klarer sig uden at søge hjælp eller med hjælp fra kommunale tilbud og egen læge.

Henvisningspraksis

Antallet af henvisninger til hospitalspsykiatrien er stedet markant de seneste år, hvor langt størstedelen af stigningen er patienter med moderat psykisk sygdom som angst, OCD, depression mv. Der er tendens til, at stadig flere patienter henvises til hospitalspsykiatrien, selvom deres psykiske udfordringer ikke er så komplekse, at det nødvendigvis kræver hospitalskontakt, hvis indsatsen i nærmiljøet er veltilrettelagt. Region Hovedstaden ønsker derfor, at de fagligt fastsatte kriterier for, hvornår en patient skal udredes og behandles i hospitalspsykiatrien håndhæves tydeligere end i dag.

Henvisningspraksis har stor betydning for, hvor mange patienter, der bliver henvist til hospitalspsykiatrien. En lille ændring i andelen der henvises slår mærkbart igennem på det antal, psykiatrien modtager – både når antallet øges og mindskes. Det betyder, at der kun med en lille indsats er potentiale for at mindske antallet af henvisninger væsentligt.

Gråzonepatienter

I nogle tilfælde er der klar indikation for, at patienten har brug for en hospitalsbaseret indsats, og disse patienter skal hurtigt henvises og tilbydes den ekspertise, der er behov for. I en lang række andre tilfælde vil der, trods klare henvisningskriterier, kunne argumenteres for, at både henvisning til psykiatrien og et forløb hos egen læge kan være fagligt rigtigt. Beslutningen vil i mange tilfælde afhænge af, om patientens egen læge føler sig rustet til selv at kunne hjælpe patienten tilstrækkeligt. Derfor er der potentiale i at stille sparing og rådgivning til rådighed undervejs i patientforløbet, hvis patientens læge har behov for faglige råd eller en second opinion.

Patienter som uproblematisk hjælpes alene af Almen praksis/kommunen	Gråzonepatienter som kommunen/almen praksis kan håndtere med støtte – og som alternativt henvises	Patienter som uden tvivl skal henvises pga. behov for en hospitalsbaseret psykiatrisk indsats
--	--	--

Sparring og rådgivning kan understøtte et kompetenceløft, som kan få positiv effekt for de efterfølgende patientforløb, og som giver øget opmærksomhed på psykisk sygdom, hvilket potentielt kan både mindske og øge presset på hospitalspsykiatrien. Et kompetenceløft kan derfor også få den afledte effekt, at flere af de patienter, som i dag ville være ubehandlede, identificeres og tilbydes hjælp. Det umiddelbare fald i henvisning af gråzonepatienter til psykiatrien vil således potentielt udlignes delvist af en øget forekomst af patienter med behov for udredning, men samlet set er der tale om et kvalitetsløft af den psykiatriske indsats.

Videndeling på tværs af sektorer

Hjælpen til de såkaldte "gråzonepatienter" kan være mangeartet og forskellig afhængig af, hvilke patientgrupper der er tale om. I nogle tilfælde er rådgivning og telefonisk sparring tilstrækkeligt. Region Hovedstaden har allerede etableret flere telefonrådgivninger til almen praksis, som er målrettet særlige patientgrupper, og der er med den centrale visitation mulighed for at henvisne patienten til en hurtig vurdering af, om der er behov for en hospitalsbaseret indsats, eller om patienten fint kan hjælpes hos egen læge. Opgaven for den centrale visitation er fremover derfor ikke blot at vurdere, om patienten opfylder kriterierne for et videre forløb psykiatrien, men derimod også at vurdere, om der er gråzonepatienter, der vil kunne hjælpes kvalificeret hos egen læge, hvis den rette støtte tilbydes til diagnosticering og hjælp undervejs i patientforløbet. En sådan vurdering skal ske med afsæt i de gældende henvisningskriterier og i dialog med den praktiserende læge.

Sparring og rådgivning til almen praksis gør det ikke alene. Muligheden for at hjælpe flere patienter i primærsektoren afhænger i høj grad af, om almen praksis har de nødvendige rammer til at tilbyde patienterne den tid til samtale, som det kræver at hjælpe en patient gennem et forløb. Den gældende overenskomst har netop givet mulighed for dette, hvilket kan give bedre vilkår for at hjælpe gråzonepatienterne fremover.

Region Hovedstaden ønsker at understøtte, at patienterne får en så lidt indgribende indsats som muligt ved at tilbyde almen praksis og kommuner mulighed for at trække for hospitalets kompetencer. Et sådant samarbejde forudsætter, at der fortsat er skarpt fokus på, at alle parter tager ansvar for at løfte den psykiatriske indsats under hensyntagen til den aftalte ansvars- og opgavedeling.

Privatpraktiserende psykologer og psykiatere

Nogle af de patienter, som ikke har brug for en hospitalsbaseret indsats, men som heller ikke kan hjælpes tilstrækkeligt hos egen læge, kan henvises til privatpraktiserende psykiater, hvis de er omfattet af en række nærmere fastsatte kriterier.

Endnu andre patienter med mindre komplicerede tilstande kan have gavn af et forløb hos en psykolog. Henvisning forudsætter, at patienten er omfattet af en af 11 målgrupper, hvoraf der er aldersbegrænsning på nogle af målgrupperne. Behandling af patienter inden for målgrupperne forudsætter ligeledes egenbetaling. Da en tidlig indsats kan forebygge udvikling af egentlig psykisk sygdom ønsker Region Hovedstaden at indgå i dialog med almen praksis om muligheden for at afprøve forsøg med udvidelse af målgruppen.

Speciallægeoverenskomsten for privatpraktiserende psykiatere indeholder en aftale om, hvilken form for behandling de enkelte patientgrupper skal tilbydes, samt hvordan behandlingseffekten dokumenteres. Den gældende overenskomst for psykologer indeholder ikke en lignende aftale. Region Hovedstaden ønsker på den baggrund at arbejde for, at der lokalt indgås aftale med de privatpraktiserende psykologer om, hvilke fagligt definerede behandlingsforløb de forskellige patientgrupper skal tilbydes, så der også her sikres ensartet og veldokumenteret behandling.

Patienter i hospitalspsykiatrien

Nogle patienter har så komplekse udfordringer, at det er nødvendigt, at de henvises til hospitalspsykiatrien typisk med henblik på ambulante udredning og behandling.

Region Hovedstaden ønsker at udvikle en model for fremtidens ambulante psykiatri, hvor patienten er centrum i behandlingen, og tilbuddene omkring patienten justeres og tilpasses i det omfang, der er behov.

Udvikling af en model for mere fleksible ambulante tilbud kan ligeledes bidrage til, at de patienter, som er meget svært psykisk syge, og hvor potentialet for en vellykket recoveryproces er begrænset, får en intensiv og målrettet støtte uden at skulle skifte mellem tilbud i takt med ændringer i sygdomstilstanden. For disse patienter er kontinuitet og relation til en kendt behandler ofte altafgørende for at opnå nogen form for kontakt og mulighed for at igangsætte et behandlingsforløb.

For nogle patienter vil der være behov for at supplere den ambulante behandling med indlæggelsesforløb. Region Hovedstaden har netop iværksat et projekt, som skal komme med forslag til, hvilke tiltag der kan understøtte et ensartet behandlingstilbud af høj kvalitet til patienter med behov for indlæggelse. Når resultaterne foreligger ultimo 2016, vil Region Hovedstaden på baggrund heraf iværksætte en plan for udvikling af sengepsykiatrien.

Udvikling af en mere individuelt tilpasset og finmasket ambulante psykiatri vil give flere patienter mulighed for at undgå indlæggelse og bibeholde deres tilværelse i eget hjem. Det er derfor forventningen, at behovet for senge vil mindskes i perioden i takt med, at der etableres forbedrede ambulante tilbud i nærmiljøet. Udviklingen skal dog foregå i det rette tempo og rækkefølge, så det sikres, at den helt rette ambulante indsats er til stede, inden det får effekt på sengetallet.

Efter udskrivning

De fleste patienter har fortsat behov for psykiatrisk behandling efter udskrivning. Udskrivning beror derfor typisk på en vurdering af, om patientens tilstand er så stabil, at evt. fortsat behandling kan ske i ambulant regi. Ud over patientens sygdomsmæssige tilstand hænger det ofte også sammen med patientens sociale og bolig-mæssige forhold.

Svært syge patienter har ofte svære sociale udfordringer, fordi hverdagen er svær at mestre, og tilknytningen til arbejdsmarkedet og familien er begrænset og kompliceret eller slet ikke eksisterende. Det er en vigtig forudsætning for en vellykket recoveryproces, at de sociale relationer og boligforhold er velfungerende. Derfor kan den psykiatriske behandling ikke stå alene, og det er altafgørende for patienterne, at den sociale og psykiatriske indsats følges ad. Det er derfor en forudsætning for et effektivt behandlingsforløb, at der er et tæt samarbejde med kommuner og almen praksis om at støtte patienterne i at få en velfungerende hverdag.

Udgående funktioner

I visse patientforløb kan det være nødvendigt, at medarbejdere fra psykiatrien tager ud til patienten og hjælper med at planlægge det videre forløb i samarbejde med primærsektor. Det kan være situationer, hvor patienten indlægges i eget hjem for at give ro og tryghed, men hvor der fortsat er behov for kompetencer fra psykiatrien. Udgående funktioner kan være en vigtig støtte i patientens recoveryproces, fordi patienten hjælpes i nærmiljøet, og der skabes mulighed for at supplere den igangværende indsats, som er iværksat lokalt. Det er vigtigt, at de modeller, der udvikles for udgående funktioner, supplerer den igangværende indsats og understøtter, at almen praksis og kommunen er tæt involveret undervejs og igen kan overtage, når den hospitalsbaserede indsats bliver overflødig.

Akut indsats

Der gøres generelt en stor indsats for at forebygge akutte indlæggelser og akut behov for psykiatrisk hjælp ved at tilpasse den ambulante indsats til patientens aktuelle behov og samarbejde med kommunerne om en samtidig nødvendig social støtte.

Der er dog tilfælde, hvor patientens situation forværres, og hvor der er behov for akut hjælp. Traditionelt har patienterne henvendt sig på psykiatrisk akutmodtagelse, men Region Hovedstadens Psykiatri afprøver netop nu et nyt tilbud "Akut Psykiatrisk Hjælp" på Psykiatrisk Center Frederiksberg Psykiatrisk Center Amager, som løber frem til udgangen af 2017. Med tilbuddet tager et akutteam ud til borgeren i hjemmet, eller hvor denne i øvrigt opholder sig, så patienten hjælpes i sit vante miljø.

Region Hovedstaden ønsker at følge resultaterne og på den baggrund vurdere potentialet for udbredelse til resten af regionen.

Patienter på botilbud

Patienter med psykiatrisk sygdom, som bor på botilbud, er udsatte og svage borgere, som har brug for en særlig støtte for at undgå, at situationen forværres, og uheldsmæssige indlæggelser forebygges. Mange patienter indlægges fra sociale botilbud trods døgnbemanding. Der er behov for, at der findes løsninger, således at borgerne modtager tilstrækkelig psykiatrisk

behandling på botilbuddet og kvalificeret støtte til at fastholde den igangsatte behandling. Dermed kan borgeren forblive på det sociale botilbud med den nødvendige sundhedsfaglige hjælp fra personalet, så indlæggelser forebygges. Det er derfor vigtigt, at personalet på de kommunale botilbud aktivt støtter patienten i at fortætte behandlingen, samt at psykiatrien fortsat har kontakt til vedkommende.

En mindre gruppe af beboerne på botilbuddene har nogle særlige udfordringer, som indebærer en risiko for, at situationer ender i vold og tragiske hændelser. Hvis de skal forebygges kræver det, at der udvikles andre tilbud end i dag. Region Hovedstaden ønsker at undersøge mulighederne for at udvikle nye former for botilbud i samarbejde med kommuner, som sikrer, at disse patienter får den rette indsats.

Nye samarbejdsformer

Region Hovedstaden har afprøvet forskellige samarbejdsformer med kommunerne i form af bl.a. Psykiatriens Hus og gadeplansteam. Formålet er at tilbyde borgerne en tæt koordineret og i bedste fald integreret indsats under fælles ledelse og med klar ansvars- og opgavedeling mellem region og kommune. Region Hovedstaden ønsker i dialog med kommunerne at undersøge mulighederne for at afprøve flere modeller for integrerede indsatser.

Samarbejdet med Københavns Kommune om etablering af Psykiatriens Hus evalueres i 2017, og Region Hovedstaden vil på baggrund heraf tage stilling til potentialet for udbredelse af modellen til øvrige kommuner.

En styrkelse af det sammenhængende sundhedsvæsen kan ske ved at:

ET SAMLET SUNDHEDSVÆSEN	
KONTEKST	ANBEFALINGER
Kan prioriteres inden for den eksisterende økonomiske ramme i RHP	Udbrede kendskabet til de eksisterende rådgivningstilbud og muligheder for hurtig afklaring af patientens behov for videre forløb
	Sætte fokus på at identificere de patienter, som kan fortsætte hos egen læge, hvis den rette hjælp til diagnosticering og behandlingsplan tilbydes.
Forudsætter politisk prioritering i budgetsammenhæng	Undersøge forebyggelsespotentialet ved en udvidelse af målgruppen med adgang til psykologbehandling.
Drøftes i regi af tværsektorielle aftaler mv.	Indgå i dialog med kommuner og almen praksis om, hvordan psykiatrien bedst muligt understøtter kommuner og almen praksis i at forebygge henvisninger både gennem hjælp til tidlig opsporing og i form af støtte til at hjælpe patienterne i eget regi.
	Understøtte at de fagligt fastsatte henvisningskriterier følges, så kun patienter med behov for en hospitalsbaseret indsats udredes i psykiatrien.
	Arbejde for at almen praksis får de nødvendige ramme til at afholde bl.a. samtalerapi til udvalgte patientgrupper.

	Se på mulighederne for at justere i henvisningskriterierne til privatpraktiserende psykologer, så det bliver muligt at henvise patienter med mildere symptomer eller med lettere psykisk sygdom til psykologhjælp.
	Arbejde for at indgå aftaler med privat praktiserende psykologer om pakkeforløb, så patienterne sikres ensartet og veldokumenteret behandling.
Kræver yderligere analyse, pilotprojekter mv.	Udvikle nye modeller for følgejem-ordninger og udgående funktioner, som fokuserer indsatsen på gråzonepatienterne og samarbejder med almen praksis og kommunerne om at supplere en fælles indsats.
	Følge projekt "Akut Psykiatrisk Hjælp" og overveje potentialet for udbredelse.

Princip 3: Klar ansvars- og opgavefordeling mellem sektorer

Den klare ansvars- og opgavefordeling mellem regioner, kommuner og almen praksis er vigtig for at sikre, at der ikke er flere, som løber efter samme bold og ikke mindst, at alle bolde bliver grebet. Det skal således være aftalt, hvem der har hvilke opgaver i patientforløbet, så det altid er tydeligt, hvad der kan forventes af hinanden på tværs af sektorer.

Den optimale indsats forudsætter ofte en samtidig indsats, hvor der iværksættes den nødvendige sociale støtte i kommunen samtidig med, at psykiatrien tilbyder den rette intensitet i behandlingen, hvad enten den er ambulante eller kræver indlæggelse. Derfor kan et patientforløb ikke alene ses som et lineært forløb, hvor den ene overtager, hvor den anden slap, men som et forløb der ofte kræver velkoordinerede parallelle indsatser.

En klar ansvars- og opgavefordeling skaber ikke blot tydelighed i forhold til patientforløbet - det giver også de bedste forudsætninger for at leve op til det ansvar, som lovgivningen giver de forskellige aktører på psykiatriområdet, fordi ressourcerne kan bruges optimalt, når det er tydeligt, hvem der leverer hvad.

Tydelighed i ansvarsfordelingen og klar kommunikation om, at der er gensidig tillid og opbakning mellem behandlere på tværs af sektorer skaber tryghed for patienterne og øger muligheden for et vellykket patientforløb.

En klar ansvars- og opgavefordeling kan skabes ved, at:

KLAR OPGAVER- OG ANSVARSFORDELING	
KONTEKST	ANBEFALINGER
Kan prioriteres inden for den eksisterende økonomiske ramme i RHP	Fortsætte arbejdet med at udvikle samarbejdskulturer via efteruddannelse, dagligt samarbejde og eksplicit forventningsafstemning.
Forudsætter politisk prioritering i budgetsammenhæng	

Drøftes i regi af tværsektorielle aftaler mv.	Tage initiativ til en kortlægning af opgave- og ansvarsfordelingen inden for de enkelte patientgrupper, så der sikres en optimal ressourceanvendelse.
	Arbejde for at den klare ansvars- og opgavefordeling resulterer i velkoordinerede forløb med samtidige indsatser for at øge behandlingseffekten og forebygge sygdomsforværring.
	Arbejde med den fælles fortælling til patienterne om tilliden og opbakningen til de involverede behandlere i patientforløbet på tværs af sektorer.
Kræver yderligere analyse, pilotprojekter mv.	

Princip 4: Patientoplevelt sammenhæng

Patienterne skal samtidig opleve, at der er sammenhæng både internt i psykiatrien og på tværs af sektorer. Sammenhæng skal forstås således, at patienten oplever, at information om sygdomsforløbet er givet videre og modtaget, at der tydeligt tages ansvar for patientens videre forløb uanset, hvem patienten er i kontakt med og uanset, hvem der formelt har ansvaret på det pågældende tidspunkt. Det indebærer, at hvis et patientforløb ikke forløber efter hensigten og efter den aftalte ansvars- og opgavefordeling, skal psykiatrien bidrage til at få forløbet tilbage på sporet og sikre, at patienten igen er grebet, så det ikke er patientens ansvar at koordinere og undgå at være kasterbold.

Patientoplevelt sammenhæng indebærer også, at patienten er bekendt med det forløb, der er planlagt på tværs af sektorer og er blevet informeret om, hvad det er for tilbud, der gives undervejs.

Personalet er typisk tilknyttet et bestemt tilbud i form af fx et sengeafsnit, opsøgende teams eller ambulatorier mv., og når sygdomstilstanden ændrer sig, og patienterne får brug for en anden form for tilbud, indebærer det, at patienterne møder nye ansigter. Der vil og skal altid være flere personer involveret i det enkelte patientforløb for at styrke beslutningsgrundlag og sikre en tværfaglig indsats. Samtidig er det dog vigtigt, at antallet af personer begrænses både i det enkelte behandlingsforløb og i tilfælde af genhenvielse til psykiatrien. Det er en vigtig forudsætning for god behandlingseffekt, at der er tillid mellem behandler og patient, og tillid skal nogle gange vindes over tid gennem en længere relationsopbygning.

Sammenhæng for patienten kan skabes ved at:

PATIENTOPLEVET SAMMENHÆNG	
KONTEKST	ANBEFALINGER
Kan prioriteres inden for den eksisterende økonomiske ramme i RHP	Understøtte en kultur, som sætter service og patientens oplevelse af sammenhæng i højsædet uanset det formelle ansvar.
	Sikre at der arbejdes systematisk med at tilrettelægge pa-

	tientens forløb, så patienten møder så få behandlere som muligt.
	Udvikle arbejdsgange som sikrer, at behandleren er informeret om og opdateret på patientens sygdomshistorie inden mødet med patienten.
	Tilrettelægge tilbuddene, så der i højere grad end i dag skabes kontinuitet og sammenhæng – både fra besøg til besøg, mellem de forskellige tilbud og på tværs af sektorer.
	Det tilstræbes, at patienter, som bliver genhenvist til psykiatrien i forbindelse med sygdomsforværring så vidt muligt skal tilbydes et forløb hos en kendt behandler.
Forudsætter politisk prioritering i budgetsammenhæng	
Drøftes i regi af tværsektorielle aftaler mv.	
Kræver yderligere analyse, pilotprojekter mv.	

Princip 5: Tilgængelighed og fleksibilitet

Ventetid, som ikke er et led i en diagnostisk afklaring, kan potentielt føre til sygdomsforværring. Derfor skal patienter, som henvises til psykiatrien, møde en psykiatri, hvor tilbuddene er tilgængelige uden unødigt ventetid. Udredning skal foregå rettidigt, og den rette behandling skal stilles til rådighed, så der ikke er ventetid hverken på udredning, rådgivning til primærsektoren eller på at komme i gang med behandling.

Efterlevelse af udredningsretten kræver store ressourcer i psykiatrien, da antallet af henvisninger er stigende, og da der særligt i børne- og ungdomspsykiatrien er meget kort tid til at udrede børnene med de forskellige tests og samtaler, der er nødvendige for at få en kvalificeret afklaring. Der skal fortsat arbejdes med at få flere børn- og unge udredt inden for de fastsatte 30 dage.

Behandlingskapaciteten er ligeledes under pres, og der er stigende efterspørgsel efter adgang til psykoterapeutiske tilbud. Det skal derfor sikres, at de patientgrupper, der kan profitere af psykoterapi, får tilbudt muligheden for psykoterapi, uanset om de samtidig er i et medicinsk behandlingsforløb.

Udviklingen er gået i retning af øget centralisering for at sikre fagligt stærke miljøer, som kan tiltrække de nødvendige kompetencer og være katalysator for fortsat faglig udvikling. Region Hovedstaden ønsker at støtte denne udvikling og samle enheder, hvor det bidrager til forbedret patientbehandling og sikrer den mest optimale ressourceudnyttelse.

Samtidig er nærhed et vigtigt princip for at møde borgerne, hvor de er og understøtte den enkelte recoveryproces. Centralisering af den specialiserede indsats skal derfor kombineres

med ambulante tilbud i nærmiljøet og være kilde til systematisk udbredelse af den nyeste viden indenfor patientbehandling både i den ambulante psykiatri og det øvrige sundhedsvæsen.

Tilgængelighed og fleksibilitet kan skabes ved at:

TILGÆNDELIGHED OG FLEKSIBILITET	
KONTEKST	ANBEFALINGER
Kan prioriteres inden for den eksisterende økonomiske ramme i RHP	Centralisere indsatsen, hvor det giver den bedste ressourceudnyttelse under forudsætning af, at der forinden er etableret den tilstrækkelige ambulante indsats i nærmiljøet.
	Leve op til udredningsretten og forbedre målopfyldelsen for børn- og unge.
	Styrke den psykoterapeutiske indsats i både voksen og børne- og ungdomspsykiatrien og tilbydes til de patientgrupper, der vurderes at kunne profitere af behandlingen.
Drøftes i regi af tværsektorielle aftaler mv.	
Kræver yderligere analyse, pilotprojekter mv.	Arbejde for at udvikle et samlet og fleksible ambulante tilbud, som giver mulighed for at skalere indsatsen op og ned i takt med ændringer i behandlingsbehovet.
	Udvikle fælles behandlingsplaner mellem sengepsykiatrien og den ambulante psykiatri, så indlæggelse i højere grad anvendes som en supplerende og planlagt indsats i det samlede behandlingsforløb.

Princip 6: Forskning og høj faglighed kvalitet

Der er en stærk forskningstradition i Region Hovedstaden, hvor der er stort fokus på at tilvejebringe den nødvendige dokumentation for behandlingsmetoder i psykiatrien, så der kan tilbydes en ensartet behandling af høj kvalitet.

Der er fortsat variation i behandlingspraksis, som ofte skyldes manglen på faglig dokumentation for, hvilke behandlingsmetoder der giver den bedste effekt. Tilstedeværelse af faglig dokumentation sikrer således også, at ressourcerne ikke anvendes på metoder, som har lille eller ingen effekt. Region Hovedstaden ønsker på den baggrund, at forskning fortsat prioriteres høj, samt at der arbejdes systematisk med at identificere de væsentligste områder, hvor der er behov for og forskningsmæssig mulighed for at tilvejebringe den manglende evidens.

Det er dog en vigtig forudsætning for at høste gevinsten af den nye viden, at ny anerkendt viden implementeres hurtigt i driften gennem et tæt samarbejde mellem klinikere og forskere. Region Hovedstaden er gået forrest i udviklingen af pakkeforløb og ønsker at fortsætte indsatsen, herunder sikre at der i lighed med somatikken også tilbydes diagnostiske pakkeforløb med hurtig afklaring til de patienter, som ikke umiddelbart kan placeres i en bestemt pakke.

Som led i at dokumentere behandlingseffekten er der i stigende grad fokus på internationalt at gøre brug af såkaldte "Patient Reported Outcome Measures" (såkaldte PROM-data), som kan bl.a. bidrage til at måle patienternes oplevelser af behandlingens effekt. Derfor er der som noget nyt en udvikling i gang, hvor der foruden sygdomssymptomer også inddrages recoveryorienterede effektmål, og det er forventningen, at viden om patientens tilstand fra PROM-data kan bidrage til at understøtte den enkeltes recoveryproces.

Patientsikkerhed

Samtidig arbejdes der for at øge patientsikkerheden både i forhold til medicinering, brug af tvang mv., og Region Hovedstaden deltager i kvalitetsprojektet Sikker Psykiatri, som forventes at bidrage med viden om potentialet for at forbedre kvaliteten på den resterende psykiatri.

Høj faglig kvalitet og patientsikkerhed er højt prioriteret i den kliniske hverdag, og Region Hovedstaden har iværksat en lang række initiativer, som har resulteret i en markant forbedring i brugen af tvang, hvor antallet af hændelser af faldet mere end fastsat i de nationale mål for reduktion af tvang. Der gøres fortsat en stor indsats for både at mindske antallet af hændelser og bruge de mindst indgribende former for tvang i de situationer, hvor det forekommer. Derudover er der forsøg med bæltefri afdelinger, som vil bidrage med erfaringer om, hvordan alternative måder at møde patienterne på kan mindske brugen af tvang.

Overdødelighed hos psykiatriske patienter

Den forventede levetid er i dag omkring 20 år kortere for psykiatriske patienter med svær psykisk sygdom end for befolkningen som helhed. Årsagen til overdødeligheden er flere og skal dels findes i øget forekomst af selvmord og ulykker, dels som følge af at flere af patienterne lider af somatiske sygdomme som resultat af livsstil eller bivirkningerne ved medicin. Trods iværksættelse af flere initiativer og øget fokus på overdødelighed i de seneste år, ligger der foresat en betydelig udfordring i at imødegå denne overdødelighed.

Region Hovedstaden ønsker derfor at udarbejde en plan for nedbringelse af overdødeligheden hos mennesker med svær psykisk sygdom, hvori det bl.a. undersøges, om der kan tages initiativer til forbedret samarbejde mellem både psykiatri, somatik, almen praksis og kommunerne.

Forskning og høj faglig kvalitet kan skabes ved at:

FORSKNING OG HØJ FAGLIG KVALITET	
KONTEKST	ANBEFALINGER
Kan prioriteres inden for den eksisterende økonomiske ramme i RHP	Identificere de væsentligste områder, hvor der mangler evidens i udredning og behandling, og hvor det forskningsmæssigt er muligt at tilvejebringe evidens.
	Udarbejde en prioriteret plan for tilvejebringelse af manglende evidens med samtidig pragmatisk hensyntagen til de forskningsmæssige finansierings- og bemandingsmuligheder.

	Region Hovedstaden skal fortsat deltage i arbejdet med udvikling af pakkeforløb og løbende opdatere pakkerne i takt med, at der tilvejebringes ny viden samt sikre diagnostiske pakker for patienter med uspecifikke symptomer eller for patienter, som er vanskelige at diagnosticere.
	Udvikle og udbrede metoder til tilvejebringelse af PROM-data i takt med, at der er tilstrækkelig viden herom.
	Forsat at arbejde for en reduktion i brugen af tvang, og forsøg med bæltefri afdelinger skal udbredes, hvor det giver faglig mening.
Forudsætter politisk prioritering i budgetsammenhæng	
Drøftes i regi af tværsektorielle aftaler mv.	
Kræver yderligere analyse, pilotprojekter mv.	Når der foreligger erfaringer fra arbejdet med Sikker Psykiatri, skal det vurderes, hvilke initiativer der kan bruges til at styrke kvaliteten i hele psykiatrien.
	Iværksættelse af en analyse som skal afdække årsagerne og identificere de nuværende indsatser for at mindske overdødeligheden hos psykiatriske patienter med henblik på at pege på yderligere initiativer.

3. Børne- og ungdomspsykiatrien

Ovenstående principper og anbefalinger for udvikling af psykiatrien er gældende for såvel voksen- som børne- og ungdomspsykiatrien.

Region Hovedstaden ønsker således, at der også i børne- og ungdomspsykiatrien skal sættes fokus på at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor både patientens egen læge og kommunen spiller en central rolle i det enkelte patientforløb.

Samfundsmæssige udviklingstendenser stiller større krav til børn og unge. Psykisk sårbare børn og unge kan have vanskeligt ved dette, og nogle udvikler symptomer på psykisk sygdom. Hvis der reageres på disse symptomer tidligt i forløbet, kan udvikling af egentlig psykisk sygdom ofte forebygges. Forebyggelse har stor betydning både for det enkelte menneske og for samfundet, idet psykisk sygdom i værste fald medfører betydelige omkostninger i både forbrug og sundhedsydelse, overførselsindkomster og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet.

Der er derfor også på dette område behov for klar ansvars- og opgavefordeling mellem kommuner, regioner og almen praksis for at sikre, at der arbejdes systematisk med forebyggelse og tidlig indsats til psykisk sårbare børn og unge i risiko for at udvikle psykisk sygdom.

Region Hovedstaden ønsker at bidrage til tidlig opsporing og udredning af børn og unge i primærsektoren ved i højere grad stille sig til rådighed for kommuner og almen praksis og bistå med rådgivning om håndtering af patienter.

Sammenhæng i patientforløb

Samarbejdet på tværs af sektorer er uhyre vigtigt for indsatsen på børne- og ungeområdet, da barnets trivsel både i hjemmet, institution eller skole er tæt knyttet til behandlingsindsatsen og den kommunale støtte.

Skiftet fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien opleves af mange voldsomt bl.a. fordi tilbuddene er mindre intensive i voksenpsykiatrien, og fordi der samtidig er tilsvarende svære overgange i kommunerne. Region Hovedstaden vil derfor sikre, at samarbejdet mellem voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien styrkes samt tage initiativ til at etablere kontakt til den rette forvaltning i kommunen, så der er taget ansvar for fortsat kontinuitet i patientforløbet. Indsatsen skal særligt målrettes de områder, hvor det er mest almindeligt, at unge fortsætter tilknytningen til psykiatrien – det vil sige unge med psykose, spiseforstyrrelse eller affektiv lidelse.

Der er desuden behov for et tættere samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien vedrørende retspsykiatri og udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser. Derudover skal samarbejdet omkring børn og unge med psykisk syge forældre ligeledes udvikles især med fokus på forebyggelse af sygdom hos børnene. Der afprøves aktuelt nye samarbejdsformer, som potentielt kan udbredes, hvis der opnås gode resultater med de igangværende forsøg.

Ambulant behandling

Muligheden for at skabe kontinuitet og synergi mellem fagområder indenfor børne- og ungdomspsykiatrien forbedres, hvis kompetencerne findes på samme matrikel. Ofte er patienterne udfordret af at have flere diagnoser, som hver især kræver en særlig faglig indsigt. Region Hovedstaden vil derfor fortsat arbejde for at betjene hele regionen fra de tre hovedmatrikler placeret på hhv. Hillerød, Glostrup og Bispebjerg. De hyppigst forekomne sygdomme kan typisk behandles alle tre steder, og de mere specialiserede tilbud er samlet for at sikre tilstrækkeligt volumen til at opretholde et fagligt miljø.

Den ambulante behandling skal så vidt muligt foregå i nærmiljøet med mindst mulig indgriben i dagligdag for at fastholde kontakt til skole/daginstitution, venner og familie. Det indebærer som i voksenpsykiatrien, at der skal udvikles fleksible ambulante tilbud, som kan tilpasses ændringer i behandlingsbehovet hos børn- og unge.

Behandlingskapacitet

Udredningsretten har skabt udfordringer og øget pres på kapaciteten. Der er iværksat en lang række initiativer, og der er sket en betydelig fremgang bl.a. mål på antallet af henviste patienter, hvor også ventetiden på 1. besøg er nedbragt væsentligt. Region Hovedstaden ønsker fortsat at arbejde for at leve op til udredningsretten på 30 dage.

Presset på udredningskapaciteten har haft som effekt, at der er flyttet ressourcer fra behandlingskapaciteten for at kunne sikre hurtig udredning af det stigende antal henviste børn og unge. Der er derfor behov for igen at styrke indsatsen, så patienterne ikke skal opleve ventetid på behandlingstilbuddet. Særligt ønsker Region Hovedstaden at sætte fokus på den psykoterapeutiske indsats, hvor der er behov for at nedbringe ventetiden på de almene afsnit og øge kompetencerne i at tilbyde forskellige former for psykoterapi målrettet patientens behov. Visse børn har god gavn af at få medicin til at afhjælpe deres symptomer. Det er i den forbindelse vigtige, at der ligeledes foretages en vurdering af, om supplerende psykoterapeutisk behandling kan have en positiv effekt, så der ikke alene fokuseres på medicin som behandlingsform.

Øget familie og forældreinddragelse

Der foregår i dag forskellige former for familieinddragelse, og der afprøves løbende nye muligheder for at involvere både børnene eller de unge selv samt forældrene. I takt med at der høstes positive erfaringer skal mulighederne for udbredelse af initiativerne overvejes, så familieinddragelse sikres i endnu højere grad fremover.

Mindst 30 % af patienterne i psykiatrien er forældre til børn under 18 år. Børn af psykisk syge forældre har øget risiko for selv at udvikle psykisk sygdom. Region Hovedstaden har derfor udpeget børnekoordinatorer på alle centre, som skal sikre systematisk inddragelse og opmærksomhed på børnene. Denne vigtige indsats skal fortsætte og ligeledes inddrage søskende til børn og unge med psykisk sygdom.

Der skal skabes øget opmærksomhed omkring forældreinddragelse som en selvstændig opgave, så forældrene støttes i håndtere livet med et barn, som har en psykisk lidelse. Forældrementorer og forældreuddannelse er et vigtigt element i at ruste forældre til at hjælpe børnene med at komme sig, da forældrenes håndtering af situationen ofte er afgørende for resultatet af børnene og de unges behandling. Der findes allerede gode erfaringer med indsatsen, som skal udbredes og tilpasses til de øvrige tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien.

Den generelle håndtering af forældrerollen og familiestøtte er et kommunalt ansvar, men når der er psykisk sygdom i familien, er der samtidig behov for et tæt samarbejde mellem psykiatrien og familien om at håndtere de udfordringer, som sygdommen fører med sig. Region Hovedstaden ønsker derfor i samarbejde med kommunerne at drøfte mulighederne for lave et fælles vejledningstilbud til familierne.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center etablerede i 2014 et forældrepanel, som bidrager med rådgivning af centerledelsen. Panelet har bidraget positivt til udviklingen og Region Hovedstaden ønsker fortsat at udvikle samarbejdet.

Fysiske rammer

De organisatoriske sammenlægninger og tilpasninger samt den øgede aktivitet i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center giver aktuelt en række lokalemæssige udfordringer for bl.a. mulighederne for familieinddragelse i udrednings- og behandlingsforløbene, plads til medindlagte forældre, udearealer til børn i dagbehandling, træningslejlighed til familier, afskærm-

ning til forebyggelse af tvang mv. Der er behov for tidssvarende fysiske rammer, der muliggør fysiske aktivitet, miljøterapi og forældrestedeværelse både ved ambulante besøg og ved indlæggelser. Region Hovedstaden vil derfor i løbet af 2017 udarbejde en plan for forbedring af de fysiske rammer i børne- og ungdomspsykiatrien både på kort og på længere sigt.

Bemanding af døgnpladser er særlig ressourcetungt som følge af krav til lægevagtag, øget bemanding af sikkerhedshensyn mv. Derfor vil der blive udarbejdet en plan for samling af døgnpladser på én matrikel, så ressourcerne anvendes så effektivt som muligt. Udviklede ambulante tilbud og en øget ambulante aktivitet forventes desuden over tid at kunne erstatte nogle af de åbne døgnpladser for unge.

Udviklingsplan for børne- og ungdomspsykiatrien

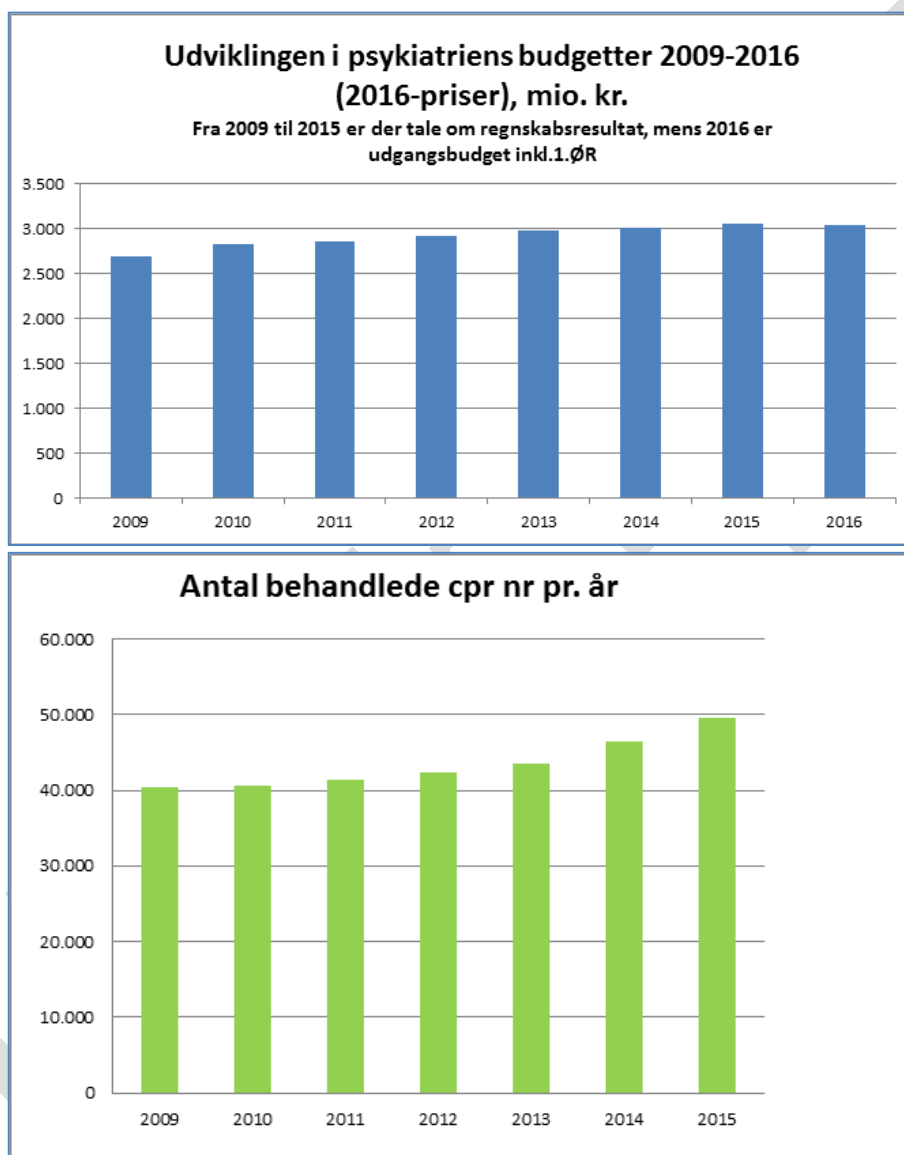
Regionsrådet har i forbindelse med revisionen af HOPP 2020 besluttet, at der skal udarbejdes en udviklingsplan for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden. Region Hovedstaden vil udarbejde planen med afsæt i principper og anbefalinger fra treårsplanen.

En styrkelse af børne- og ungdomspsykiatrien kan ske ved at:

SÆRLIGT FOR BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN	
KONTEKST	ANBEFALINGER
Kan prioriteres inden for den eksisterende økonomiske ramme i RHP	Videreudvikling af bruger- og pårørendeinddragelse i form af bl.a. forældrementorer, forældrepaneler.
	Fortsætte arbejdet med børnekoordinatorer.
Forudsætter politisk prioritering i budgetsammenhæng	Udvikle modeller for fleksible ambulante tilbud
	Styrkelse af behandlingskapaciteten, herunder den psykoterapeutiske indsats. Forbedre de fysiske rammer på kort sigt.
Drøftes i regi af tværsektorielle aftaler mv.	Klar ansvars- og opgavefordeling på tværs af sektorer for at undgå indikationsskred og sikre sammenhængende patientforløb.
	Udvikle samarbejdsmodeller for tidlig opsporing og forebyggelse af udvikling af egentlig psykisk sygdom.
Kræver yderligere analyse, pilotprojekter mv.	Udarbejde en plan for udvikling af tidssvarende fysiske rammer.
	Udarbejde en plan for samling af døgnpladserne på én matrikel.

4. Psykiatrien i tal

Region Hovedstadens Psykiatri har et budget på ca. 3 mia. kr. årligt. Udviklingen har været næsten konstant samtidig med, at antallet af personer, der udredes og behandles i psykiatrien er steget markant. Region Hovedstaden har således formået at øge produktiviteten betydeligt i perioden.



Langt størstedelen af de psykiatriske patienter, som behandles i den hospitalsbaserede psykiatri, behandles udelukkende ambulant og en mindre gruppe er periodisk indlagt som supplement til den ambulante behandling. Kun en meget lille gruppe behandles kun under indlæggelse. Samlet set behandles der årligt mere end 45.000 unikke patienter ambulant, hvilket samlet set løber op i 400.000 ambulante besøg årligt i Region Hovedstaden.

Vækst i henvisninger

Der er skabt stor forbedring af kapacitetsudnyttelsen, og aktiviteten er steget med mere end 50% i Region Hovedstaden de seneste 5 år.

Tabel 1: Ambulante patienter med svær psykisk sygdom

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Antal ambulante besøg *)	200.202	216.340	247.906	261.693	300.492	314.170
Antal ambulante patienter**)	12.926	13.454	14.288	14.855	16.366	16.634

*) Antal ambulante besøg i 2015 viser antallet af ambulante besøg januar-oktober omregnet til helårsniveau

***) Antal ambulante patienter i 2015 viser antallet af ambulante patienter januar-oktober 2015

Den største enkeltgruppe udgøres af patienter med svær psykisk sygdom med ca. en tredjedel af de ambulante patienter. Den største vækst ses imidlertid i gruppen af patienter med moderat psykisk sygdom, hvor der har været en stigning på 32 % i antallet af ambulante behandlede patienter i perioden 2010-2014.

Udviklingen tyder på, at væksten fortsætter særligt inden for de moderate psykiske lidelser som OCD (tvangsneuroser), angst, ADHD, depression, personlighedsforstyrrelser, belastningsreaktioner mv. Hvis væksten fortsætter, betyder det, at det ikke kun øget pres på kapaciteten men også, at en stadig større andel af befolkningen får en psykiatrisk diagnose.

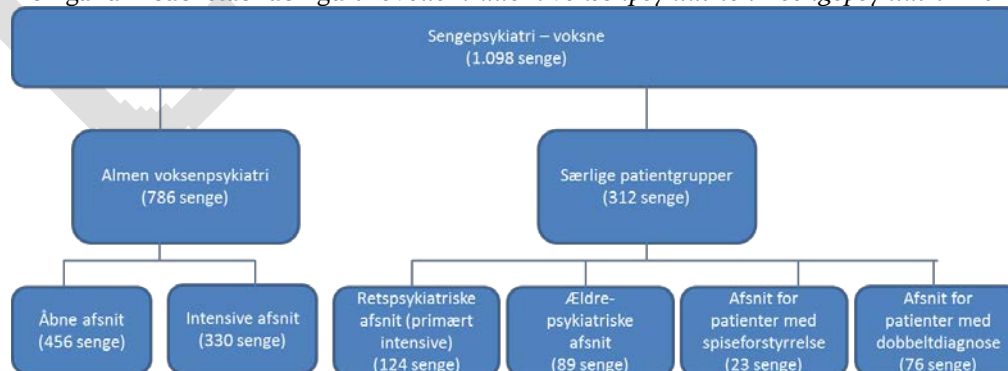
Behandling under indlæggelse

Patienter med svær psykisk sygdom tegner sig for hovedparten af sengeforbruget i Region Hovedstadens Psykiatri, og selvom kun 20% af patienterne indlægges, koster de psykiatriske sengeafsnit og akutmodtagelserne for knap 70 pct. af det samlede budget.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Indlæggelser	18.613	20.294	19.736	20.279	20.378	19.291
Sengedage	413.856	381.917	371.374	369.798	369.522	362.416
Liggetid	22,2	18,8	18,8	18,2	18,1	18,8
Antal senge	1.327	1.156	1.113	1.116	1.123	1.098
- Heraf intensive*	373	380	408	427	440	484

*fra primo 2016 er tallet 507

Den voksenpsykiatriske sengekapacitet består dels af almene voksenpsykiatriske senge (åbne samt intensive) dels af sengekapacitet til en række særlige patientgrupper (åbne samt intensive). Den almene voksenpsykiatri udgør 72 % af sengene. Sengekapacitetens hovedområder fremgår af nedenstående figur. *Hovedområder i voksenpsykiatrien - sengepsykiatri - 2015*



TIL BOKS:

Treårsplanen bygger videre på tidligere politiske beslutninger i form af bl.a.:

- Regionsrådets retningsgivende beslutninger på psykiatriområdet i forbindelse med revisionerne af hospitalsplanerne (bl.a. HOP 2020 og den seneste revision i 2015)
- Budgetaftalerne for 2015 og 2016
- Regionens overordnede strategi Fokus og forenkling (2014)
- Anbefalingerne fra Regeringens Psykiatriudvalg (2014)
- Sataspuljeaftalen for perioden 2015-2018, som indeholder en samlet bevilling på 2,2 mia. kr. til psykiatrien indenfor udvalgte områder. I forbindelse med budget 2015 blev udmøntningen af Region Hovedstandes statspuljemidler politisk godkendt
- Ikrafttrædelsen af den nye udrednings- og behandlingsret på det psykiatriske område (september 2014 – skærpet september 2015)
- Partnerskabsaftalen om nedbringelse af tvang (2014)
- Sundhedsaftalen for 2015-2018, hvor psykiatrien fik øget fokus.

Kristineberg 3
2100 København Ø.

NOTAT

Telefon 3864 0000
Fax 3864 0007
Mail psykiatri@regionh.dk

Web www.psykiatri-regionh.dk

Dato: 24. februar 2016

Analyse af de ældrepsykiatriske tilbud

Dette notat er udarbejdet på baggrund af budgetaftalen for 2016, hvoraf det fremgår, at der skal foretages en analyse af Region Hovedstadens ældrepsykiatriske tilbud:

"Antallet af ældrepsykiatriske sengepladser set i forhold til antallet af ældre borgere er uensartet på tværs af regionen. Der er ikke nogen åbenlyse faglige argumenter for denne forskel, men det kan dække over forskelle i den måde, tilbuddet er tilrettelagt på, herunder brugen af ambulante behandling og tilbud til patienten under indlæggelse.

Det skal på den baggrund undersøges, hvordan den ældrepsykiatriske behandling udvikles på et godt fagligt niveau. Undersøgelsen skal danne baggrund for at vurdere eventuelt strukturelt forslag til budgetprocessen for 2017 om at omlægge eller ændre sengetallet. Analysen skal ligeledes vurdere, hvilke forudsætninger mht. ambulante tilbud mv., der skal være til stede for en omlægning."¹

1. Generelt om ældrepsykiatri

I Region Hovedstaden findes der ældrepsykiatriske afsnit på alle voksenpsykiatriske centre, bortset fra Psykiatrisk Center Bornholm, Psykiatrisk Center Sct. Hans og Psykiatrisk Center Stolpegård.

Ældrepsykiatriens område omfatter varetagelse af diagnostisk udredning og behandling af ældre med psykiatriske sygdomme.

I beskrivelsen af ambulante patientforløb for ældre psykiatriske patienter i Region Hovedstaden² defineres målgruppen som udgangspunkt som alle nyopståede psykiske lidelser efter 70 år og alle patienter med psykisk lidelse over 80 år.

Ældre har principielt set de samme psykiske lidelser som yngre, men symptomer og forløb præges i nogen grad af alderen. Blandt de hyppigste lidelser er akutte forvirringstilstande (konfusion), svækkelse af intellektuelle evner og personlighed (demens) samt depression.

¹ Citat fra Budgetaftalen 2016 for Region Hovedstaden.

² "Patientforløbsbeskrivelser – for ambulante længerevarende forløb"; Region Hovedstadens Psykiatri, marts 2014

Det skal bemærkes, at langt størstedelen af demensområdet ikke varetages i Region Hovedstadens Psykiatri men af neurologien. Det er således udelukkende demente med alvorlige adfærdsforstyrrelser, hvor der er behov for midlertidig psykiatrisk intervention og rådgivning, der behandles i Region Hovedstadens Psykiatri. Opgaverne med demente patienter er i de seneste år i øvrigt i stigende grad gået over til kommunerne.

Ved en række legemlige sygdomme (fx infektioner, dårlig hjertefunktion, mindre hjerneblodpropper og væskemangel) kan der opstå forbigående konfusion, hvor den ældre er urolig, usamlet og usikkert orienteret i tid og sted. Særlig karakteristisk hos ældre er psykiske lidelser betinget af legemlige sygdomme, især i hjernen. I behandlingen skal der tages hensyn til den generelle helbredstilstand og de særlige sociale problemer, fx familie- og boligmæssige, mange ældre har.

Ældrepsykiatri har derfor karakter af et psykiatrisk subspecialt, hvor der kræves viden om alderdommen, herunder kendskab til normale biologiske aldersfænomener, der medfører svækket biologisk ligevægtstilstand i organismen. Hos ældre overses eller fejlagnostiseres psykisk sygdom let, da det kliniske billede ofte er anderledes end hos yngre, foruden mange ældre har en hyppig forekomst af samtidig somatisk sygdom. Diagnostik og behandling af legemlige lidelser er derfor en nødvendig og integreret del af ældrepsykiatrisk behandling.

Ældrepsykiatriens hyppigste samarbejdspartnere er de praktiserende læger, medicinske, neurologiske og geriatriske afdelinger samt demensklubber, ligesom kommunernes hjemmepleje er en vigtig samarbejdspartner.

2. Kapacitet

Kapaciteten inden for ældrepsykiatrien i Region Hovedstaden er tidligere blevet beskrevet i forbindelse med budgetlægningen for 2016³. Her blev der peget på, at sengekapaciteten, der stilles til rådighed for ældre borgere med psykiske lidelser, har store variationer mellem optageområderne, og at disse variationer kunne begrunde en eventuel omlægning eller ændring af den samlede kapacitet inden for ældrepsykiatrien i Region Hovedstaden. Dengang indgik den ambulante kapacitet ikke i beskrivelsen, og billedet, der blev tegnet af den ældrepsykiatriske behandlingskapacitet, var derfor ikke fuldstændigt.

Derfor omfatter nedenstående beskrivelse af den ældrepsykiatriske behandlingskapacitet i Region Hovedstaden, ud over den stationære kapacitet, nu også den ambulante behandlingskapacitet. Beskrivelsen bygger endvidere på, at ældrepsykiatriens målgruppe omfatter borgere i aldersgruppen 70 år eller derover, således at aldersgruppeafgrænsningen følger den, der er fastsat i tidligere nævnte patientforløbsbeskrivelse for ældre psykiatriske patienter.

³ Jf. notatet om "Konkretisering af mulige forslag til justering af serviceniveau i psykiatrien", dateret 3. september 2015.

Stationær kapacitet

Siden efteråret 2015 er den samlede sengekapa­citet inden for ældrepsykiatrien i Re­gion Hovedstaden allerede reduceret med i alt 10 pladser. Dette er sket i forbindelse med den netop gennemførte organisatoriske sammenlægning af Psykiatrisk Center Hvidovre med Psykiatrisk Center Glostrup⁴, hvor den ældrepsykiatriske funktion med 10 sengepladser er blevet nedlagt på Hvidovre-matriklen. Psykiatrisk Center Hvidovres hidtidige optageområde er samtidig blevet fordelt mellem Psykiatrisk Center Amager, der har fået tilført bydelen Vesterbro og Psykiatrisk Center Glostrup, der har fået tilført bydelen Valby samt Hvidovre Kommune. De to centre har ikke samtidig fået øget antallet af ældrepsykiatriske sengepladser. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at den samlede sengekapa­citet i Region Hovedstaden ikke er reduceret, idet de 10 sengepladser nu i stedet indgår i den samlede voksenpsykiatriske sengekapa­citet.

Tabel 1. Ældrepsykiatrisk sengekapa­citet og størrelse af ældrebefolkningen fordelt på optageområder)*

Psykiatrisk center	Antal sengepladser	Antal 70+ årige	Antal sengepladser pr. 10.000 70+ årige
PC Amager	14	17.579	8,0
PC Ballerup	17	45.824	3,7
PC Frederiksberg	15	14.827	10,1
PC Glostrup	13	34.877	3,7
PC København	14	21.259	6,6
PC Nordsjælland	16	54.315	2,9
I alt	89	188.681	4,7

*) Befolkningstal er opgjort pr. 1.1.2015. Sengekapa­citeten er de aktuelle tal på de seks centre.

Tabel 1 viser sengekapa­citeten på de seks ældrepsykiatriske sengeafsnit, der findes i Region Hovedstadens Psykiatri. Tabellen viser ligeledes, hvor mange borgere på 70 år eller derover der findes i de respektive centres optageområder. Her og i det følgende er optageområderne for henholdsvis Psykiatrisk Center Amager og Psykiatrisk Center Glostrup blevet kor­rigeret som følge af den nævnte organisatoriske ændring af Psykiatrisk Center Hvidovre. Endelig viser tabellen, hvor mange sengepladser der stilles til rådighed pr. 10.000 borgere i aldersgruppen 70 år eller derover i hvert optageområde.

På regionsniveau stilles der i gennemsnit 4,7 sengepladser til rådighed pr. 10.000 borgere i aldersgruppen 70 år eller derover. Der er imidlertid store variationer mellem centrene. Psykiatrisk Center Frederiksberg ligger højest med 10,1 sengepladser pr. 10.000, mens Psykiatrisk Center Nordsjælland ligger lavest med 2,9 sengepladser pr. 10.000 borgere i aldersgruppen 70 år eller derover. De øvrige centre ligger på forskellige niveauer mellem disse to yderpunkter.

⁴ Organisationsændringen er formelt sket pr. 1. februar 2016

Punkt nr. 2 - Beslutnings sag: Ældrepsykiatrisk behandling

Bilag 1 - Side -4 af 11

Der er tale om markante forskelle mellem centrene, og forskellene er umiddelbart svære at forklare, specielt hvis forklaringen alene skal findes på baggrund af antallet af døgnpladser. For at illustrere dette, så ville der kun være behov for i alt 55 ældrepsykiatriske sengepladser i hele Region Hovedstaden, hvis niveauet fra Psykiatrisk Center Nordsjælland skulle lægges til grund. Der ville omvendt være behov for i alt 190 ældrepsykiatriske sengepladser, hvis niveauet fra Psykiatrisk Center Frederiksberg skulle lægges til grund.

Ambulant Kapacitet

Ud over sengekapaciteten stiller ældrepsykiatrien på de seks psykiatriske centre også ambulant kapacitet til rådighed i form af udgående teams og ambulatorier.

Tabel 2. Ældrepsykiatrisk ambulant kapacitet og størrelse af ældrebefolkningen fordelt på optageområder*)

Psykiatrisk center	Antal behandlere	Antal 70+ årige	Antal behandlere pr. 10.000 70+ årige
PC Amager	6,20	17.579	3,5
PC Ballerup	6,54	45.824	1,4
PC Frederiksberg	3,81	14.827	2,6
PC Glostrup	6,62	34.877	1,9
PC København	3,90	21.259	1,8
PC Nordsjælland	7,01	54.315	1,3
I alt	34,08	188.681	1,8

*) Befolkningstal er opgjort pr. 1.1.2015. Antal behandlere er de aktuelle tal på de seks centre.

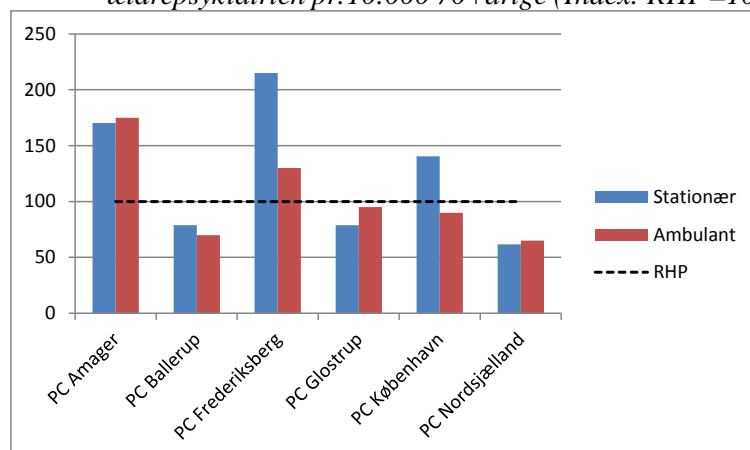
Tabel 2 viser den ambulante kapacitet, målt som antal behandlere, inden for ældrepsykiatrien på de seks psykiatriske centre. Tabellen viser, som tabel 1, ligeledes størrelsen af ældrebefolkningen samt hvor mange behandlere, der stilles til rådighed pr. 10.000 borgere i aldersgruppen 70 år eller derover i hvert optageområde.

På regionsniveau stilles der i gennemsnit 1,8 behandlere til rådighed pr. 10.000 borgere i aldersgruppen 70 år eller derover. Der er imidlertid store variationer mellem centrene. Psykiatrisk Center Amager ligger højest med 3,5 behandlere pr. 10.000, mens Psykiatrisk Center Nordsjælland ligger lavest med 1,3 behandlere pr. 10.000 borgere i aldersgruppen 70 år eller derover. De øvrige centre ligger på forskellige niveauer mellem disse to yderpunkter.

Sammenfatning vedrørende kapacitet

Nedenstående figur 1 viser den relative fordeling mellem de seks centre af den samlede ældrepsykiatriske behandlingsskapacitet, både stationær og ambulant. Den stiplede linje viser gennemsnittet for hele Region Hovedstadens Psykiatri (index = 100).

Figur 1. Index: Antal sengepladser og antal behandlere i ældrepsykiatrien pr. 10.000 70+årige (Index: RHP=100)



Overordnet set går der en skillelinje ned mellem på den ene side Psykiatrisk Center Frederiksberg, Psykiatrisk Center Amager og til dels Psykiatrisk Center København og på den anden side Psykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Ballerup og Psykiatrisk Center Nordsjælland. Det skal bemærkes, at denne skillelinje gør sig gældende både på det stationære og på det ambulante område for så vidt angår Psykiatrisk Center Frederiksberg og Psykiatrisk Center Amager, mens den kun gør sig gældende på det stationære område for Psykiatrisk Center Københavns vedkommende.

Psykiatrisk Center Frederiksberg ligger markant over de øvrige centre for så vidt angår den stationære kapacitet inden for ældrepsykiatrien. Det er ligeledes bemærkelsesværdigt, at Psykiatrisk Center Amager har en kapacitet, der fortsat ligger væsentligt over regionsgennemsnittet, til trods for, at centret har overtaget behandlingsopgaven i forhold til bydelen Vesterbro uden tilførsel af yderligere sengepladser.

På den anden side ligger både Psykiatrisk Center Ballerup og særligt Psykiatrisk Center Nordsjælland under regionsgennemsnittet.

3. Muligheder for kapacitetsjusteringer

Denne skæve fordeling mellem centrene af den ældrepsykiatriske kapacitet giver anledning til at overveje, om kapaciteten eventuelt kunne fordeles på en anden måde mellem centrene, herunder om den samlede kapacitet eventuelt samtidig kunne reduceres.

Den første mulighed ville naturligvis være at foretage en ligelig fordeling af kapaciteten, både sengepladser og ambulante normeringer, således at alle centrene kom til at ligge på regionsgennemsnittet. Dette ville imidlertid ikke nødvendigvis være den mest hensigtsmæssige løsning, fordi der i de respektive optageområder kan være forskellige behov, fx på grund af socioøkonomiske forskelle i befolkningen eller forskellige tilbud i kommunerne. Det ligger uden for rammerne af denne analyse at skulle foretage en

Punkt nr. 2 - Beslutnings sag: Ældrepsykiatrisk behandling

Bilag 1 - Side -6 af 11

nærmere vurdering af sådanne faktoreres eventuelle indflydelse på kapacitetsbehovet i de enkelte optageområder.

Samtidig skal man være opmærksom på, at det er vanskeligt at skrue op og ned for sengekapaciteten på de enkelte afsnit. For det første fordi de fysiske rammer sætter begrænsninger for hvor mange sengestuer, der kan være på de respektive sengeafsnit. For det andet fordi en mindre reduktion i sengetallet på et enkelt afsnit ikke giver en besparelse af betydning, da man typisk ikke kan ændre i bemanningen i aften-, natte- og weekendvagterne.

I det følgende gennemgås en række andre muligheder for kapacitetsjusteringer. Det drejer sig om:

- Antal ældrepsykiatriske afsnit
- Antal færdigbehandlede
- Gennemsnitlige liggetider
- Ambulant behandling

Sammenlægning af ældrepsykiatriske sengeafsnit

Hvis Region Hovedstadens Psykiatri skal adressere den del af budgetaftalen, hvori det siges, at ”Undersøgelsen skal danne baggrund for at vurdere eventuelt strukturelt forslag til budgetprocessen for 2017 om at omlægge eller ændre sengetallet” efter pålydende, er det nødvendigt at se på eventuelle muligheder for at sammenlægge ældrepsykiatriske sengeafsnit.

Ved at sammenlægge to ældrepsykiatriske afsnit til ét (med færre senge end summen af de to) vil der kunne opnås en besparelse.

Færdigbehandlede

Færdigbehandlede patienter i sengene vil naturligvis altid være med til at sætte sengekapaciteten under pres.

Tabel 3. Antal færdigbehandlede patienter og sengedage på de ældrepsykiatriske sengeafsnit*) 2013-2014

Psykiatrisk center	Sengedage		Patienter		Gennemsnitlig liggetid fra færdigbehandlingstidspunktet	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
PC Amager	390	718	8	22	48,8	32,6
PC Ballerup	426	273	23	19	18,5	14,4
PC Frederiksberg	164	80	14	6	11,7	13,3
PC Glostrup	614	409	20	14	30,7	29,2
PC København	446	335	27	18	16,5	18,6
PC Nordsjælland	84	65	11	9	7,6	7,2
I alt	2.124	1.880	103	88	20,6	21,4

*) Patienter og sengedage fra PC Hvidovre er fordelt mellem PC Amager og PC Glostrup

Punkt nr. 2 - Beslutnings sag: Ældrepsykiatrisk behandling

Bilag 1 - Side -7 af 11

Det fremgår af tabel 3, at der årligt har ligget omkring 80-100 færdigbehandlede patienter på ældrepsykiatriske sengeafsnit i 2013-2014, og de har hvert år forbrugt 1900-2100. Dette svarer til, at de færdigbehandlede ældrepsykiatriske patienter årligt har lagt beslag på 5-6 sengepladser, svarende til omkring 7 pct. af den samlede ældrepsykiatriske sengekapalet. I gennemsnit svarer dette til ca. en sengeplads pr. ældrepsykiatrisk afsnit pr. år.

Hvis kommunerne i højere grad hjemtog disse færdigbehandlede ældrepsykiatriske patienter, ville der således kunne opnås en mere eller mindre "gratis" kapacitetsjustering, i hvert fald set fra Region Hovedstadens perspektiv.

Gennemsnitlige liggetider

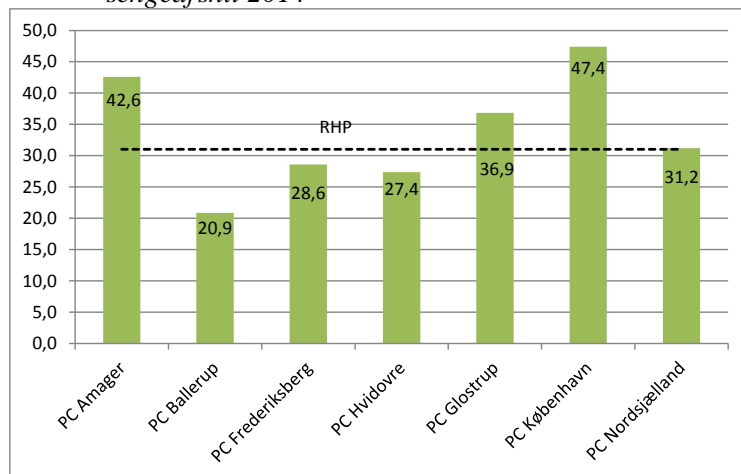
Nedenstående tabel 4 viser antallet af indlæggelser og forbruget af sengedage på de ældrepsykiatriske afsnit i 2013-2014.

Tabel 4. Indlæggelser og sengedage på de ældrepsykiatriske sengeafsnit 2013-2014

Psykiatrisk center	Sengedage		Indlæggelser		Gns. indlæggelsestid	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
PC Amager	3.663	4.175	94	98	39,0	42,6
PC Ballerup	5.476	5.262	255	252	21,5	20,9
PC Frederiksberg	4.311	4.089	130	143	33,2	28,6
PC Hvidovre	3.149	3.173	101	116	31,2	27,4
PC Glostrup	3.019	4.533	112	123	27,0	36,9
PC København	3.989	4.029	99	85	40,3	47,4
PC Nordsjælland	5.159	5.739	200	184	25,8	31,2
I alt	28.766	31.000	991	1.001	29,0	31,0

Det ses af tabellen, at disse borgere i denne periode har haft omkring 1.000 indlæggelser og har forbrugt omkring 29.000-31.000 sengedage om året. Det svarer til knap 5 pct. af samtlige indlæggelser og knap 8 pct. af samtlige sengedage i Region Hovedstadens Psykiatri. Det betyder, at de gennemsnitlige liggetider – omkring 30 dage - på de ældrepsykiatriske sengeafsnit generelt er længere end liggetiderne på de øvrige psykiatriske sengeafsnit i Region Hovedstaden.

Figur 2. Gennemsnitlige liggetider i de ældrepsykiatriske sengeafsnit 2014



Det fremgår ligeledes af tabel 4 og af figur 2, at der var betydelig variation i de gennemsnitlige liggetider på de syv ældrepsykiatriske sengeafsnit. Psykiatrisk Center København havde den længste liggetid på 40-47 dage i 2013-2014., ligesom liggetiden på Psykiatrisk Center Amager også lå i den høje ende, nemlig omkring 39-43 dage. På den anden side havde Psykiatrisk Center Ballerup en gennemsnitlig liggetid på omkring 21 dage, altså kun omkring halvdelen af liggetiden på Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Amager.

De gennemsnitlige liggetider har betydning for den aktuelle udnyttelse af sengekapaciteten på de respektive ældrepsykiatriske afsnit. Færdigbehandlede patienter vil alt andet lige være med til at bringe de gennemsnitlige liggetider op, men dette kan langt fra alene forklare de store forskelle, der er.

Hvis det fx antages, at de gennemsnitlige liggetider på de to centre med de længste liggetider kunne være bragt ned til regionsgennemsnittet i 2014 på 31 dage, så ville der have været basis for at reducere antallet af sengepladser på Psykiatrisk Center Amager med omkring 2 pladser og på Psykiatrisk Center København med omkring 4 sengepladser eller tilsammen 6 sengepladser, hvilket ville svare til knap 7 pct. af den samlede ældrepsykiatriske sengekapacitet.

Ambulant behandling

Nedenstående tabel 5 viser antallet af ambulante patienter og antallet af ambulante besøg i de ambulante ældrepsykiatriske enheder.

Punkt nr. 2 - Beslutnings sag: Ældrepsykiatrisk behandling
Bilag 1 - Side -9 af 11

Tabel 5. Ambulant aktivitet i de ambulante ældrepsykiatriske enheder) 2013-2014*

Psykiatrisk center	Antal ambulante besøg		Antal patienter		Antal besøg/patient	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
PC Amager	3.527	3.691	482	504	7,32	7,32
PC Ballerup	1.922	2.932	487	475	3,95	6,17
PC Frederiksberg	3.384	3.067	261	293	12,97	10,47
PC Glostrup	1.204	1.583	531	612	2,27	2,59
PC København	1.041	1.441	258	294	4,03	4,90
PC Nordsjælland	3.164	3.549	637	662	4,97	5,36
I alt	14.242	16.263	2.656	2.840	5,36	5,73

*) Patienter og besøg fra PC Hvidovre er fordelt mellem PC Amager og PC Glostrup

Det ses af tabellen, at omkring 2.700-2.800 af disse har været i kontakt med den ambulante del af ældrepsykiatrien og har haft omkring 14.000 – 16.000 ambulante besøg om året i 2013-2014. Det svarer til omkring 8 pct. af samtlige ambulante besøg og ca. 3,5 pct. af alle ambulante patienter i Region Hovedstadens Psykiatri i denne periode. Det betyder alt andet lige, at de ældrepsykiatriske patienter modtager flere ambulante besøg pr. patient end det tilsvarende gør sig gældende i Regions Hovedstadens Psykiatri i øvrigt.

Figur 3. Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. ambulant patient i de ambulante ældrepsykiatriske enheder) 2014.*

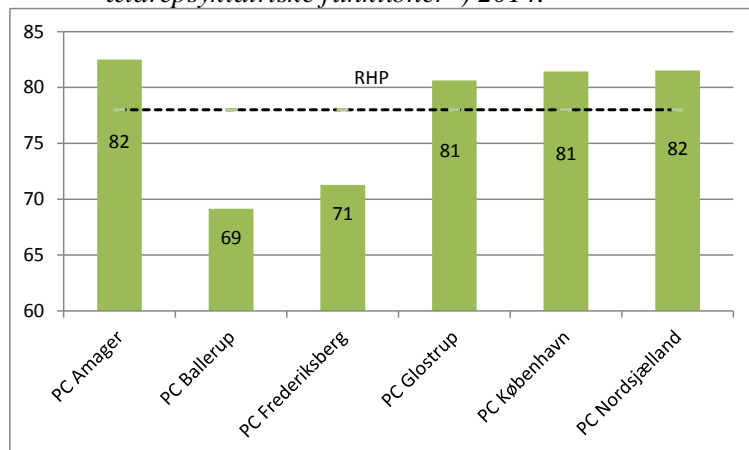


*) Patienter og besøg fra PC Hvidovre er fordelt mellem PC Amager og PC Glostrup

Det fremgår ligeledes af tabel 5 og af figur 3, at det gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. patient varierer mellem de seks enheder. På Psykiatrisk Center Frederiksberg havde hver patient således i gennemsnit mere end 10 ambulante besøg, mens hver patient på Psykiatrisk Center Glostrup kun havde omkring 2,5 ambulante besøg i gennemsnit.

Disse tal siger dog ikke nødvendigvis noget, om hvor stor en andel af patienterne den enkelte ambulante ældrepsykiatriske enhed behandler ambulant set i forhold til, hvor mange patienter, der indlægges.

Figur 4. Procentvis andel ambulante patienter i forhold til ambulante og indlagte patienter tilsammen på de ældrepsykiatriske funktioner) 2014.*



*) Patienter og sengedage fra PC Hvidovre er fordelt mellem PC Amager og PC Glostrup

Tag fx Psykiatrisk Center Frederiksberg med de nævnte mere end 10 ambulante besøg pr. patient, så viser figur 4 et noget andet billede. Her ses det, at Psykiatrisk Center Frederiksbergs andel af ambulante patienter kun udgør 71 pct. af alle ambulante og indlagte patienter. Der er en betydelig lavere andel end på de øvrige centre med undtagelse af Psykiatrisk Center Ballerup.

Dette kunne tyde på, at der på de to ældrepsykiatriske afsnit kunne ligge et potentiale i at flytte noget mere af behandlingen ud i ambulant regi. Det ser i hvert fald ud til at have været muligt på de øvrige ældrepsykiatriske afsnit.

Øget ambulant behandling til fordel for indlæggelse af flere af de ældrepsykiatriske patienter vil alt andet lige kunne bidrage til at behovet for sengepladser inden for ældrepsykiatrien vil kunne reduceres.

Den ambulante behandling af den ældrepsykiatriske patientgruppe afhænger imidlertid i høj grad af den kommunale indsats, både for hjemmeboende og plejehjemsboere. Snitfladen til kommunale plejeopgaver og udbygning af samarbejdet omkring patientgruppen er vigtig for at sikre kvalitet i behandlingen af patienterne. Hvis samarbejdet mellem hospital og kommune således ikke fungerer, eller hvis den kommunale opgavevaretagelse i forhold til psykisk syge ældre ikke lever op til forudsætningerne kan eventuelle personalereduktioner i ældrepsykiatrien have negative konsekvenser for patienterne med længere indlæggelsesforløb og flere genindlæggelser til følge.

Herudover er det vigtigt at sikre sammenhængende patientforløb, idet ældrepsykiatriske patienter som oftest er særligt sårbare overfor miljøskift, og derfor skal unødvendige skift for patienten søges undgået. Det betyder, at ældre psykiatriske patienter kan forsætte i behandling i et igangværende forløb, hvis dette vurderes at være til gavn for patienten. Det kan i den sammenhæng nævnes, at kommunerne har styrket tilbuddet til denne gruppe af ældre borgere, fx gennem særlige plejehjem og demenskoordinatorer.

Derfor er der i stigende omfang behov for lægelig hjælp til tilbuddene, mens de umiddelbare hospitalskrævende plej opgaver i relation til målgruppen reduceres.

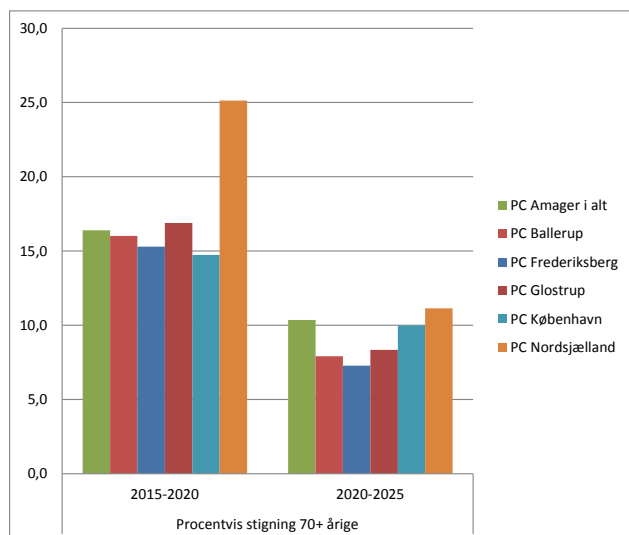
Som en del af at sikre ensartede tilbud til patienter overalt i regionen er der udviklet pakkeforløb og patientforløbsbeskrivelser. I forbindelse med udviklingen af patientforløbsbeskrivelser for længerevarende ambulante forløb er der udviklet en patientforløbsbeskrivelse for ældrepsykiatriske patienter. Implementeringen af patientforløbsbeskrivelserne er påbegyndt i 2015.

4. Afslutning

Der vises i dette notat, at der både på det stationære og på det ambulante område inden for ældrepsykiatrien i Region Hovedstadens Psykiatri findes en ujævn fordeling af kapaciteten mellem de seks centre.

Det økonomiske potentiale, der vil kunne opnås ved omlægning, kan helt eller delvist anvendes til at styrke den ambulante indsats på de øvrige ældrepsykiatriske afsnit og herigennem eventuelt og på lidt længere sigt kunne bidrage til en yderligere reduktion af sengekapaciteten, eller måske mere realistisk kunne bidrage til at imødegå behandlingsbehovet fra en stigende ældrebefolkning i de kommende år, se figur 5 nedenfor.

Figur 5. Befolkningsprognose for 70+ årige i Region Hovedstaden



NOTAT

Til:

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 3866 6015
Mail csu@regionh.dk

Dato: 20. april 2016

Hjemløshed i Region Hovedstaden

Tablet over forekomst af hjemløshed i Region Hovedstaden, opgjort kommunevis efter form for hjemløshed. Tal stammer fra Hjemløsetælling i uge 6, 2015, som siden 2007 er gennemført hvert 2.år.

(Kilde: SFI; Hjemløshed i Danmark 2015, Lars Benjaminsen og Heidi Hesselberg Lauritzen)

TABEL 6.9

Hjemløse borgere fordelt efter hjemløshedssituation. Særskilt for hjemkommuner. Region Hovedstaden. 2015. Antal.

	Gaden	Natvarmestue	Herberg	Hotel	Familie/venner	Udslusningsbolig	Kriminalforsorgen	Hospital	Andet og uoplyst	I alt 2015	I alt 2013	Indb. i kommunen, 2015	Hjemløse pr. 1.000 indb., 2015
Albertslund	2	2	7	1	23	0	0	1	5	41	52	27.806	1,5
Allerød	1	0	1	0	7	0	2	0	9	20	5	24.411	0,8
Ballerup	3	0	4	0	22	6	1	3	4	43	65	48.355	0,9
Bornholm	4	1	2	1	10	1	0	0	0	19	32	39.919	0,5
Brøndby	10	8	4	0	30	4	1	3	11	71	67	35.050	2,0
Dragør	1	0	1	0	0	0	0	1	2	5	5	14.028	0,4
Egedal	4	0	2	2	20	0	1	0	9	38	24	42.573	0,9
Fredensborg	4	0	12	0	7	3	0	1	1	28	22	39.772	0,7
Frederiksberg	30	17	74	4	54	12	1	4	30	226	178	103.192	2,2
Frederikssund	0	2	6	0	18	1	2	2	4	35	31	44.413	0,8
Furesø	3	0	5	0	9	1	2	1	0	21	25	39.077	0,5
Gentofte	5	2	11	1	23	0	0	0	7	49	33	74.932	0,7
Gladsaxe	15	2	26	1	38	5	2	2	10	101	60	67.347	1,5
Glostrup	10	0	29	0	35	0	1	1	6	82	53	22.357	3,7
Gribskov	4	1	4	2	17	0	1	0	3	32	30	40.855	0,8
Halsnæs	3	1	7	0	19	0	0	1	1	32	25	30.736	1,0
Helsingør	13	3	34	1	15	1	0	3	3	73	52	61.632	1,2
Herlev	4	0	2	1	8	1	0	0	2	18	73	28.148	0,6
Hillerød	4	0	59	2	12	11	2	2	12	104	93	49.108	2,1
Hvidovre	8	3	33	0	51	9	1	0	8	113	145	52.380	2,2
Høje-Taastrup	3	1	14	0	18	0	0	0	3	39	63	49.230	0,8
Hørsholm	0	0	0	1	5	0	0	0	3	9	9	24.856	0,4

(Fortsættes)

TABEL 6.9 FORTSAT

Hjemløse borgere fordelt efter hjemløshedssituation. Særskilt for hjemkommuner. Region Hovedstaden. 2015. Antal.

	Gaden	Natvarmestue	Herberg	Hotel	Familie/venner	Udslusningsbolig	Kriminalforsorgen	Hospital	Andet og uoplyst	I alt 2015	I alt 2013	Indb. i kommunen, 2015	Hjemløse pr. 1.000 indb., 2015
Ishøj	3	1	5	0	11	1	0	2	2	25	45	22.025	1,1
København	227	168	545	28	288	34	17	32	223	1.562	1.581	580.184	2,7
Lyngby-Taarbæk	4	1	5	0	5	10	0	2	5	32	14	54.778	0,6
Rudersdal	2	1	3	0	22	2	0	0	8	38	28	55.441	0,7
Rødovre	5	1	2	3	36	1	0	0	9	57	62	37.743	1,5
Tårnby	6	1	4	4	22	1	0	5	25	68	46	42.573	1,6
Vallensbæk	0	0	2	0	0	0	0	1	1	4	8	15.204	0,3
I alt	378	216	903	52	825	104	34	67	406	2.985	2.926	1.768.125	1,7

Budgetlægningen 2017-2020

Budget/finansieringsforslag - overskrift: Skolen for recovery og udvidelse heraf				
Fremsat af: Psykiatriudvalget				
Formål og indhold Skolen for Recovery har til formål, at patienter, pårørende og medarbejdere i regionen i fællesskab udvikler kompetencer, der understøtter mulighederne for at komme sig og/eller leve bedst muligt med psykisk sygdom samt skabe rum for gensidig læring mellem patienter, pårørende og medarbejdere. Skolen er et vigtigt element i udbredelsen og forankringen af recoverykulturen i Region Hovedstadens Psykiatri, og samtidig indgår den som et fokusområde i rehabilitering af patienter og støtte til pårørende. Skolen er ikke et behandlingstilbud, men et undervisningstilbud som henvender sig til såvel patienter, medarbejdere som pårørende. Skolen har kørt som afprøvning i 2015 og 2016 og er bl.a. finansieret med finanslovmidler til nedbringelse af tvang med 2 mio. kr. Skolen er blevet evalueret, og den viser god effekt. Kursisterne har fået nogle brugbare værktøjer, der kan anvendes i dagligdagen, fx oplever 50 % af nuværende og tidligere patienter at have opnået større kontrol i eget liv. Desuden viser evalueringen, at undervisningen er med til at inspirere og bidrage til øget håb, muligheder og empowerment. Såfremt skolen skal videreudvikles og udvides med undervisningstilbud på alle psykiatriske centre, er der behov for 6 mio. kr. årligt.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Den politiske målsætning ”patientens situation styrer forløbet” understøttes. Patienter, pårørende og medarbejdere bibringes redskaber der understøtter muligheden for at komme sig eller leve bedst muligt med psykisk sygdom samt redskaber til at støtte og forstå mennesker med psykisk sygdom.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)				
	2017	2018	2019	2020
Løn	3,7	3,7	3,7	3,7
Øvrig drift (administration 0,5 mio. kr. + eksterne undervisere 1,8 mio. kr)	2,3	2,3	2,3	2,3
Etableringsudgifter	-	-	-	-
I alt	6,0	6,0	6,0	6,0
Årsværk	9,0	9,0	9,0	9,0
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse: Det er vanskeligt at vurdere, om det er praktisk muligt at udvide skolen for en kortere periode.				

Punkt nr. 4 - Beslutnings sag: Budget 2017
Bilag 1 - Side -2 af 2

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>
Det sociale område	<input type="checkbox"/>

Budgetlægningen 2017-2020

Budget/finansieringsforslag - overskrift: Specialiseret psykoterapeutisk behandling i børne- og ungdomspsykiatrien				
Fremsat af: Psykiatriudvalget				
Formål og indhold Det fremgår af budgetaftalen for 2016, at der skal ses på en evaluering af det Familieterapeutiske Team, og på hvordan erfaringerne kan udbredes i den nye Psykoterapeutiske Enhed. Det tidligere Familieterapeutisk Team var et midlertidigt tilbud, som udelukkende modtog familier fra Glostrups optageområde. På baggrund af erfaringer og faglige anbefalinger blev det i 2015 besluttet at etablere et permanent tilbud, Psykoterapeutisk Enhed. Formålet var blandt andet at udbrede flere terapeutiske retninger samt at sikre udbredelse i hele regionen. Derudover har enheden til formål at understøtte en generel opkvalificering af de psykoterapeutiske kompetencer, så flere familier kan tilbydes psykoterapi. Omlægningen af Familieterapeutisk Team til Psykoterapeutisk Enhed er stort set sket indenfor den eksisterende ramme, dog er centeret tilført en mindre budgetudvidelse. Hvis det terapeutiske tilbud skal styrkes, forudsætter det derfor tilførsel af midler til opkvalificering og ansættelse af personale med de nødvendige terapeutiske kompetencer, således at også ventetiden på terapeutisk behandling på de kliniske afsnit kan nedbringes og muligheden for supervision og vejledning kan forbedres. En styrkelse af den psykoterapeutiske enhed kan ske ansættelse af yderligere to behandlere i den Psykoterapeutiske Enhed samt seks ekstra behandlere på hver af de almene ambulante enheder. Det vil medvirke til at understøtte kompetencerne indenfor psykoterapi. Der vil samtidig være brug for en opkvalificering af de nye behandlere samt centerets øvrige behandlere især i familieterapi. Derfor foreslås det, at der i 2017 etableres et større kursus i familieterapi.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Den politiske målsætning ”høj faglig kvalitet” understøttes. De terapeutiske tilbud styrkes med flere terapeutiske retninger og tilbuddet udbredes til hele regionen samt opkvalificering hos personalet af de psykoterapeutiske kompetencer.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)				
	2017	2018	2019	2020
Løn	5,2	5,2	5,2	5,2
Øvrig drift,	0,6	0,2	0,2	0,2
Etableringsudgifter	0,3	-	-	-
Årsværk (hvis der skal ansættes nye)	8,0	8,0	8,0	8,0
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				

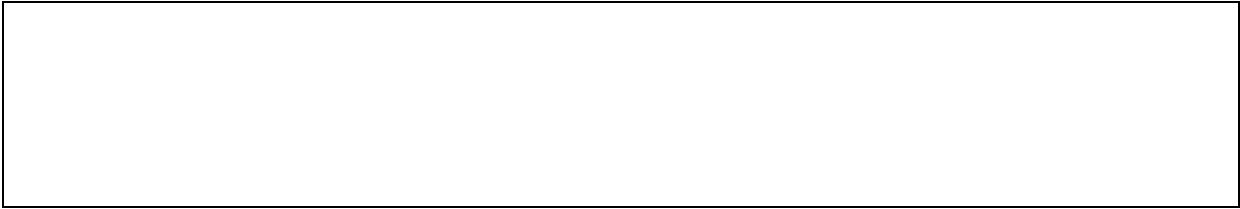
Punkt nr. 4 - Beslutnings sag: Budget 2017
Bilag 2 - Side -2 af 2

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>
Det sociale område	<input type="checkbox"/>

Budgetlægningen 2017-2020

Budget/finansieringsforslag - overskrift: Gadeplansteam				
Fremsat af: Psykiatriudvalget				
Formål og indhold Psykiatrisk Gadeplansteam er finansieret via midler fra Region Hovedstadens pulje til understøttelse af sundhedsaftalen. Puljen udgør 35 mio. kr. i 2016. I forbindelse med Budget 2016 fik Region Hovedstadens Psykiatri en ét årig bevilling til finansiering til det psykiatriske gadeplansteam i 2016. Gadeplansteamet, der retter sig mod hjemløse med psykisk sygdom, er udgående og møder de hjemløse, der hvor de tilbringer dagligdagen. Gadeplansteamet blev etableret i august 2012 som et udviklings- og samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune. Med baggrund i de gode erfaringer som gadeplansteamet allerede nu har opnået, ønskes tilbuddet permanentgjort. Gadeplansteamet har i høj grad fået fat om en ellers svært tilgængelig målgruppe, og samarbejdet med de københavnske hjemløseinstitutioner fungerer upåklageligt. Projektet udløber i december 2016. En permanentgørelse af Psykiatrisk Gadeplansteam koster 6,7 mio. kr. årligt. Budgettet forudsætter at den nuværende kapacitet og personalesammensætning videreføres. Driftsbudgettet indeholder udgifter til medicin og andre lægelige artikler, udgifter til transport herunder taxakørsel ved akutte besøg samt løbende driftsudgifter, herunder løbende vedligeholdelse af de to el-biler.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Den politiske målsætning ”patientens situation styrer forløbet” understøttes, da borgere med psykisk sygdom og hjemløshed opsøge i deres egne miljøer og på deres egne betingelser.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)				
	2017	2018	2019	2020
Løn	5,7	5,7	5,7	5,7
Øvrig drift	1,0	1,0	1,0	1,0
Etableringsudgifter	-	-	-	-
Årsværk (hvis der skal ansættes nye)	-	-	-	-
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse: Det ville være muligt at opstarte projektet igen.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	X			
Den regionale udviklingskasse				
Det sociale område				



Budgetlægningen 2017-2020

Budget/finansieringsforslag - overskrift: Kønsidentitetsforstyrrelser				
Fremsat af: Psykiatriudvalget				
Formål og indhold Region Hovedstadens Psykiatri oplever et stigende antal henvisninger om svær kønsidentitetsforstyrrelse, og mange patienter står allerede på venteliste til sexologisk klinik. Sundhedsstyrelsen har den 19. januar 2015 udsendt en vejledning, der som noget nyt indeholder udredning og behandling af transkønnede børn og unge under 18 år. Til varetagelse af den nye funktion er der tilført regionerne i alt 3,3 mio. kr. i 2016 og frem. Region Hovedstaden modtager en andel på ca. 1,0 mio. kr. i 2016 og frem efter bloktilskudsnøglen (31,5 %). Bevillingen fra Sundhedsstyrelsen skal dække udgifterne på området både på Rigshospitalet og i Region Hovedstadens Psykiatri. Herudover har Region Hovedstaden givet yderligere ressourcer, således at der til Region Hovedstadens Psykiatri samlet blev afsat 1,3 mio. kr. Med specialeansøgningen ansøgte Region Hovedstadens Psykiatri om løn- og driftsudgifter for tilsammen 3,7 mio. kr. om året. Der mangler således finansiering svarende til 2,4 mio. kr. før det ansøgte behandlingsniveau er nået.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Den politiske målsætning ”høj faglig kvalitet” understøttes ved at børn og unge under 18 år som voksne får tilsvarende mulighed for udredning og behandling.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)				
	2017	2018	2019	2020
Løn	2,2	2,2	2,2	2,2
Øvrig drift	0,2	0,2	0,2	0,2
Etableringsudgifter	-	-	-	-
Årsværk (hvis der skal ansættes nye)	3,5	3,5	3,5	3,5
Det bør for forslaget vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen		x		
Den regionale udviklingskasse				
Det sociale område				

Budgetlægningen 2017-2020

Budget/finansieringsforslag - overskrift: Voksne med autisme																									
Fremsat af: Psykiatriudvalget																									
Formål og indhold Region Hovedstadens Psykiatri har et markant stigende antal voksne, der henvises til udredning for autisme, og det har været nødvendigt at etablere et særligt udredningstilbud til patientgruppen. Der forventes en fortsat stigning således, at der er behov for at ansætte yderligere to behandlere ved Psykiatrisk Center Glostrup. Merudgiften er 1,5 mio. kr. om året.																									
Sammenhæng til de politiske målsætninger Den politiske målsætning ”høj faglig kvalitet” understøttes, idet alle voksne med autisme tilbydes udredning.																									
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)																									
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th><th>2020</th></tr></thead><tbody><tr><td>Løn</td><td>1,5</td><td>1,5</td><td>1,5</td><td>1,5</td></tr><tr><td>Øvrig drift</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Etableringsudgifter</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Årsværk (hvis der skal ansættes nye)</td><td>2,0</td><td>2,0</td><td>2,0</td><td>2,0</td></tr></tbody></table> <p>Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres</p>		2017	2018	2019	2020	Løn	1,5	1,5	1,5	1,5	Øvrig drift	-	-	-	-	Etableringsudgifter	-	-	-	-	Årsværk (hvis der skal ansættes nye)	2,0	2,0	2,0	2,0
	2017	2018	2019	2020																					
Løn	1,5	1,5	1,5	1,5																					
Øvrig drift	-	-	-	-																					
Etableringsudgifter	-	-	-	-																					
Årsværk (hvis der skal ansættes nye)	2,0	2,0	2,0	2,0																					
Evt. uddybende beskrivelse:																									
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):																									
<table border="1"><tbody><tr><td>Sundhedskassen</td><td>x</td></tr><tr><td>Den regionale udviklingskasse</td><td></td></tr><tr><td>Det sociale område</td><td></td></tr></tbody></table>	Sundhedskassen	x	Den regionale udviklingskasse		Det sociale område																				
Sundhedskassen	x																								
Den regionale udviklingskasse																									
Det sociale område																									

Budgetlægningen 2017-2020

Budget/finansieringsforslag - overskrift: Traumatiserede flygtninge				
Fremsat af: Psykiatriudvalget				
Formål og indhold Der er i de seneste år kommet et stigende antal flygtninge til Danmark hovedsageligt fra krigs- og uroprægede zoner rundt om i verden, hvorfor flere lider under traumatiserende oplevelser. Det har medført et øget pres på den psykiatriske behandling af traumatiserede flygtninge, hvor der er venteliste. Forretningsudvalget behandler i maj 2016 et forslag til udmøntning af midler til nedbringelse af ventetider, hvori der indgår en varig tilførsel på 1,3 mio. kr. om året til Klinik for Traumatiserede Flygtninge. Der søges derfor ikke om ressourcer til traumatiserede flygtningen i budget 2017. Det må dog forventes, at presset og dermed udgiftsvæksten fortsætter i årene derefter.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Ikke relevant.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)				
	2017	2018	2019	2020
Løn	-	-	-	-
Øvrig drift	-	-	-	-
Etableringsudgifter	-	-	-	-
Årsværk (hvis der skal ansættes nye)	-	-	-	-
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen		x		
Den regionale udviklingskasse				
Det sociale område				

Budgetlægningen 2017-2020

Budget/finansieringsforslag - overskrift: Retspsykiatri – omdannelse af 9 senge				
Fremsat af: Psykiatriudvalget				
Formål og indhold På Psykiatrisk Center Sct. Hans er der to åbne retspsykiatriske sengeafsnit med tilsammen 18 senge, som skal omdannes til lukkede afsnit. Omlægningen skal ske senest i forbindelse med færdiggørelsen af Kvalitetsfondsprojektet. Det samme gælder 22 senge på afdeling M, som i dag huser behandling af patienter med dobbeltdiagnoser. Region Hovedstadens Psykiatri foreslår, at der startes med at omdanne 9 eller 18 åbne retspsykiatriske senge til lukkede senge i 2017 for at gennemføre en yderligere samling af de retspsykiatriske patienter. Målet er at sikre forhold og rammer, hvor der er ekstra fokus på rehabilitering under de lange indlæggelser. Omlægning af et åbent afsnit til et lukket afsnit giver en ekstraudgift på ca. 11 mio. kr. årligt afhængig af det åbne afsnits oprindelige bemanding. Dertil kommer udgifter til 2 aktivitetsmedarbejdere og 1 afsnitssygeplejerske svarende til 1,2 mio. kr. Yderligere vil der være etableringsudgifter på ca. 5,5 mio. kr. i forbindelse med sikring (hegn, sikret glas, mv.) og fysisk tilpasning af sengeafsnittene. Forslaget tager udgangspunkt i omdannelsen af 9 åbne retspsykiatriske senge.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Den politiske målsætning ”høj faglig kvalitet” understøttes, idet omdannelsen af senge sikrer nogle forhold som giver tydeligere fokus på rehabilitering af retspsykiatriske patienter.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)				
	2017	2018	2019	2020
Løn	11,7	11,7	11,7	11,7
Øvrig drift	0,5	0,5	0,5	0,5
Etableringsudgifter	5,5	-	-	-
Årsværk (hvis der skal ansættes nye)	23,0	23,0	23,0	23,0
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen		x		
Den regionale udviklingskasse				
Det sociale område				

Budgetlægningen 2017-2020

Budget/finansieringsforslag - overskrift: Retspsykiatri – omdannelse af 18 senge				
Fremsat af: Psykiatriudvalget				
Formål og indhold På Psykiatrisk Center Sct. Hans er der to åbne retspsykiatriske sengeafsnit med tilsammen 18 senge, som skal omdannes til lukkede afsnit. Omlægningen skal ske senest i forbindelse med færdiggørelsen af Kvalitetsfondsprojektet. Det samme gælder 22 senge på afdeling M, som i dag huser behandling af patienter med dobbeltdiagnoser. Region Hovedstadens Psykiatri foreslår, at der startes med at omdanne 9 eller 18 åbne retspsykiatriske senge til lukkede senge i 2017 for at gennemføre en yderligere samling af de retspsykiatriske patienter. Målet er at sikre forhold og rammer, hvor der er ekstra fokus på rehabilitering under de lange indlæggelser. Omlægning af et åbent afsnit til et lukket afsnit giver en ekstraudgift på ca. 11 mio. kr. årligt afhængig af det åbne afsnits oprindelige bemanding. Udgiften til at omlægge 18 åbne retspsykiatriske senge udgør ca. 22 mio. kr. årligt. Dertil kommer udgifter til 4 aktivitetsmedarbejdere og 1 afsnitssygeplejerske svarende til 2,0 mio. kr. Yderligere vil der være etableringsudgifter på ca. 11 mio. kr. i forbindelse med sikring (hegn, sikret glas, mv.) og fysisk tilpasning af sengeafsnittene. Forslaget tager udgangspunkt i omdannelsen af 18 åbne retspsykiatriske senge.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Den politiske målsætning ”høj faglig kvalitet” understøttes, idet omdannelsen af senge sikrer nogle forhold som giver tydeligere fokus på rehabilitering af retspsykiatriske patienter.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)				
	2017	2018	2019	2020
Løn	23,0	23,0	23,0	23,0
Øvrig drift	1,0	1,0	1,0	1,0
Etableringsudgifter	11,0	-	-	-
Årsværk (hvis der skal ansættes nye)	45,0	45,0	45,0	45,0
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen		x		
Den regionale udviklingskasse				
Det sociale område				

Budgetlægningen 2017-2020

Budget/finansieringsforslag - overskrift: Kapacitetsudbygning til spiseforstyrrelser (bulimi)				
Fremsat af: Psykiatriudvalget				
Formål og indhold Udbygning af den ambulante kapacitet til behandling af patienter med bulimi på Psykiatrisk Center Ballerup. Målgruppen er voksne patienter med svær kompliceret bulimi, som skal udredes og behandles på regionsfunktionsniveau, og som har behov for intensiv ambulant behandling. Projektet har en behandlingskapacitet på 15-20 patienter årligt. Tilbuddet er rettet mod den mest syge gruppe af patienter med bulimi, som ikke har behov for døgn- eller dagbehandling. Projektet er afsluttet og behandlingskapaciteten er reduceret. Der er således fortsat patienter i behandling, fordi ikke alle er færdigbehandlet. Projektets slutevaluering afleveres til sundhedsstyrelsen ultimo juni 2016. Udgiften til spiseforstyrrelser for bulimi udgør 1,4 mio. kr. årligt og satspuljemidlerne udløb i marts 2016.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Den politiske målsætning ”høj faglig kvalitet” understøttes, da der sikres behandling til den mest syge gruppe af borgere med svær kompliceret bulimi og som kan klare sig med ambulant behandling.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)				
	2017	2018	2019	2020
Løn	1,3	1,3	1,3	1,3
Øvrig drift	0,1	0,1	0,1	0,1
Etableringsudgifter	-	-	-	-
Årsværk (hvis der skal ansættes nye)	2,0	2,0	2,0	2,0
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse: Hvis der er tale om 1-årige projekter, og ved forslag der har puljelignende karakter, bedes anført om projektets omfang kan skaleres op eller ned.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	x			
Den regionale udviklingskasse				
Det sociale område				

Budgetlægningen 2017-2020

Budget/finansieringsforslag - overskrift: Brugerstyrede senge i psykiatrien				
Fremsat af: Psykiatriudvalget				
Formål og indhold Brugerstyrede senge og forsøg hermed blev muliggjort med satspulje 2013-2016. Med brugerstyrede senge får patienten mulighed for at indlægge sig selv i op til 5 døgn, og derved tage sygdomsforværring i opløbet og forebygge længere indlæggelser. Der blev oprettet syv brugerstyrede senge fordelt på de tre psykiatriske centre Frederiksberg, Glostrup og Nordsjælland. Sengene blev placeret som ekstra kapacitet på tre fungerende sengeafsnit. Udgiften til de syv senge udgør 5,2 mio. kr. årligt, og satspuljemidlerne udløber i december 2016. Region Hovedstadens Psykiatri ønsker, at forsøgets nuværende kapacitet som minimum videreføres. Der er alene videreførelsen som er skrevet ind i skemaet nedenfor. Udbredelse til øvrige psykiatriske centre forudsætter etablering af yderligere 10-12 brugerstyrede senge. Forsøget med brugerstyrede senge er endnu ikke evalueret. Det er derfor ikke muligt på nuværende tidspunkt at vurdere, hvor mange flere brugerstyrede senge, der ønskes etableret. Prisen pr. seng afhænger af, om yderligere brugerstyrede senge etableres om ekstra kapacitet, eller om de etableres ved at omdanne eksisterende sengepladser. Brugerstyrede senge indgår som foreløbig anbefaling treårsplanen for psykiatriens udvikling.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Den politiske målsætning ”patientens situation styrer forløbet” understøttes, idet patienterne får mulighed for at indlægges sig selv ved behov.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)				
	2017	2018	2019	2020
Løn	4,4	4,4	4,4	4,4
Øvrig drift	0,8	0,8	0,8	0,8
Etableringsudgifter	-	-	-	-
Årsværk (hvis der skal ansættes nye)	-	-	-	-
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	x			
Den regionale udviklingskasse				
Det sociale område				

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Til: Sundheds- og Ældreministeriet

Telefon 3866 5000
Mail regionh@regionh.dk

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 Psykiatri's aktivitetsbudgetmodel (den såkaldte "2-3-4-model") og styringen af kapaciteten i de psykoterapeutiske ambulatorier, ligesom Region Hovedstadens Psykiatri's 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 "terapi effekt", der bruges til at måle den patientvurderede effekt af behandling, patienttilfredsundersøgelser (LUP Psykiatri), samt andre mål for sundhed og behandlingseffekt.

Punkt nr. 5 - Beslutningssag: Rigsrevisionens undersøgelse af styring af ambulat kapacitet i psykiatrien
Bilag 1 - Side -2 af 2

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. 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,
- regionerne mangler viden om patienternes behandling, behandlingsbehov, omkostninger og effekten af behandlingen, og at
- det er vanskeligt for regionerne at indgå lokale aftaler med praksissektoren om at behandle patienter med psykiske lidelser.

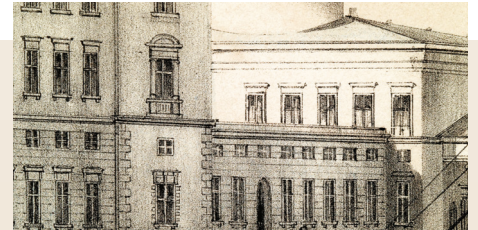
Der arbejdes dog på flere områder for at fremme en omkostningseffektiv behandling af personer med psykiske lidelser, blandt andet via pakkeforløb og målsætninger om behandling i praksissektoren.

Med venlig hilsen

Sophie Hæstorp Andersen



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



Beretning om regionernes styring af ambulante 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 Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne 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.

Punkt nr. 5 - Beslutnings sag: Rigsrevisionens undersøgelse af styring af ambulans kapacitet i psykiatrien
Bilag 2 - Side -3 af 41

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

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.

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.

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.



Beretning til Statsrevisorerne om regionernes styring af ambulat 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 ambulante 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 ambulante 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 ambulante 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 ambulante 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 ambulante 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 behandlingskvaliteten, viden og gennemsigtigheden 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.

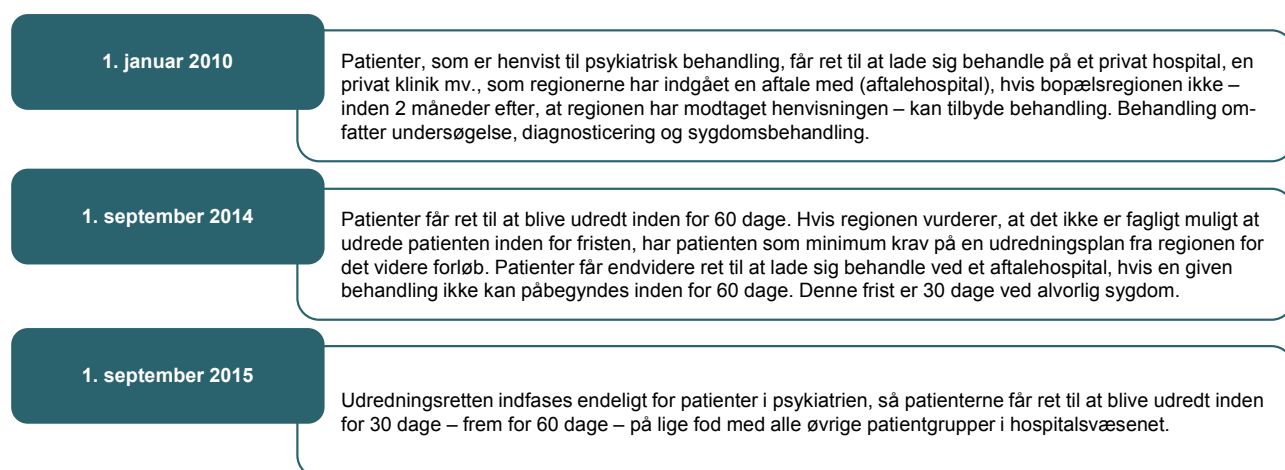
1.2. Baggrund

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 tidspunkt 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



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.

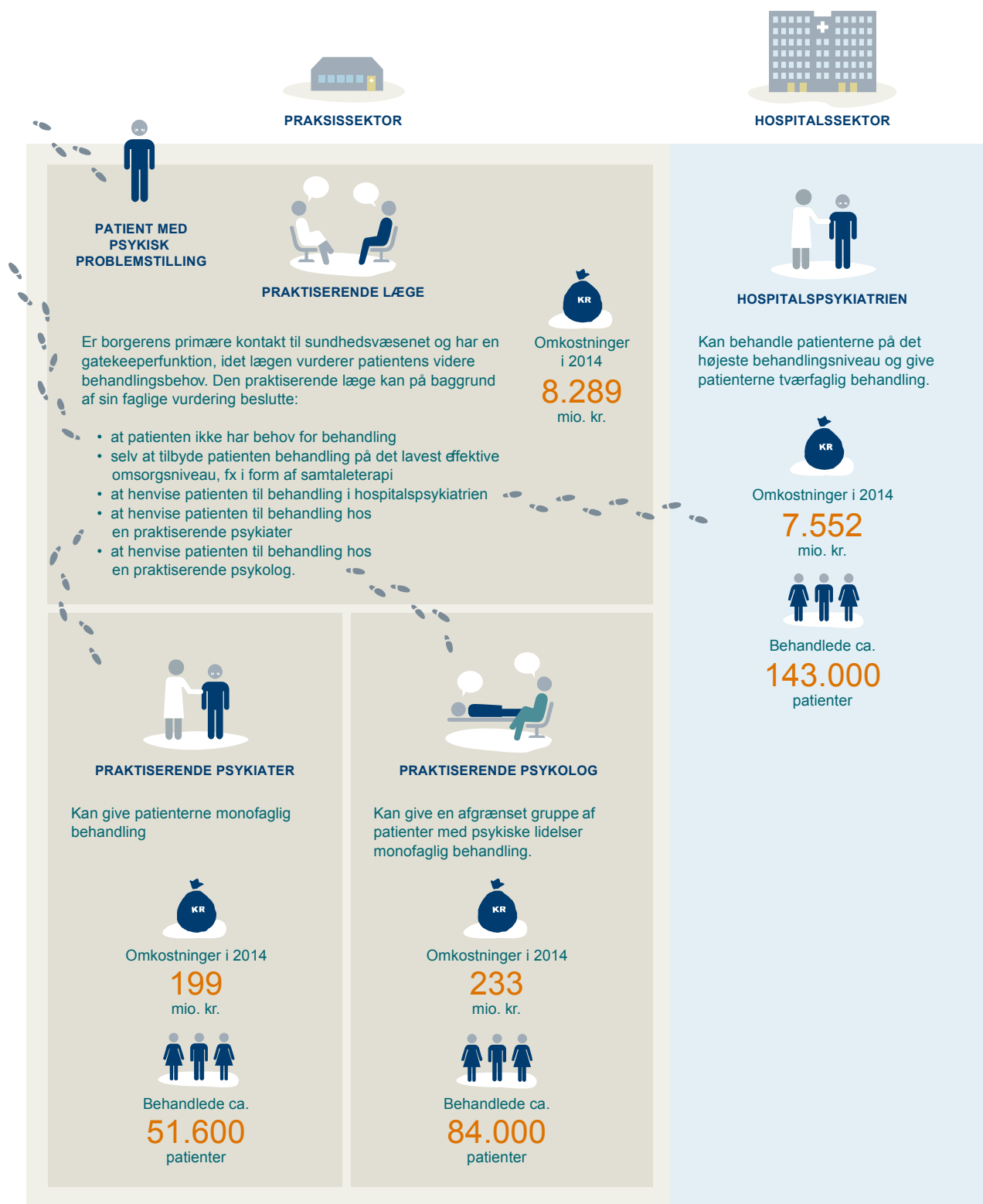
8. Folketinget har i en årrække tilført flere midler til det psykiatriske område. I satspuljeaftalen for 2012-2015 blev der afsat en pulje på 100 mio. kr. Pengene er gået til initiativer, der skal styrke samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og de praktiserende læger samt sikre, at patienter med en 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 ambulante. 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 ambulante behandling. Det gør sig bl.a. gældende i forhold til regionernes tilgængelige ambulante behandlingsskapacitet, 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 behandlingsskapaciteten 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 behandlingsskapaciteten i praksissektoren. Reguleringen af praksissektoren er i høj grad aftalebaseret. Det betyder, at regionernes muligheder for at styre behandlingsskapaciteten 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 ambulante 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 psykiatrilæder, 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 ambulans 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 visiterer 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 ambulans og stationær behandling.

Region Nordjyllands psykiatri består af én central visitation og 2 psykiatriske klinikker, som varetager al ambulans 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 ambulans og stationær behandling i forhold til de borgere, som hører under afdelingernes geografiske område.

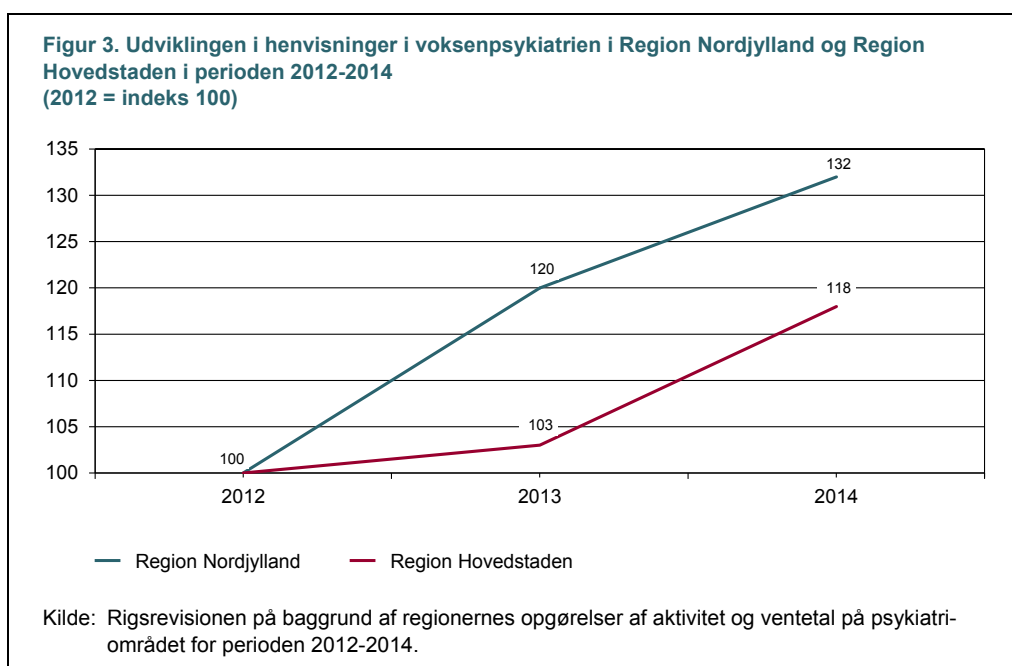
21. Dette kapitel handler om, hvorvidt 3 regioners styring af hospitalspsykiatrien understøtter ens visitation af patienter med psykiske lidelser til ambulans behandling og en omkostningseffektiv brug af kapaciteten.

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

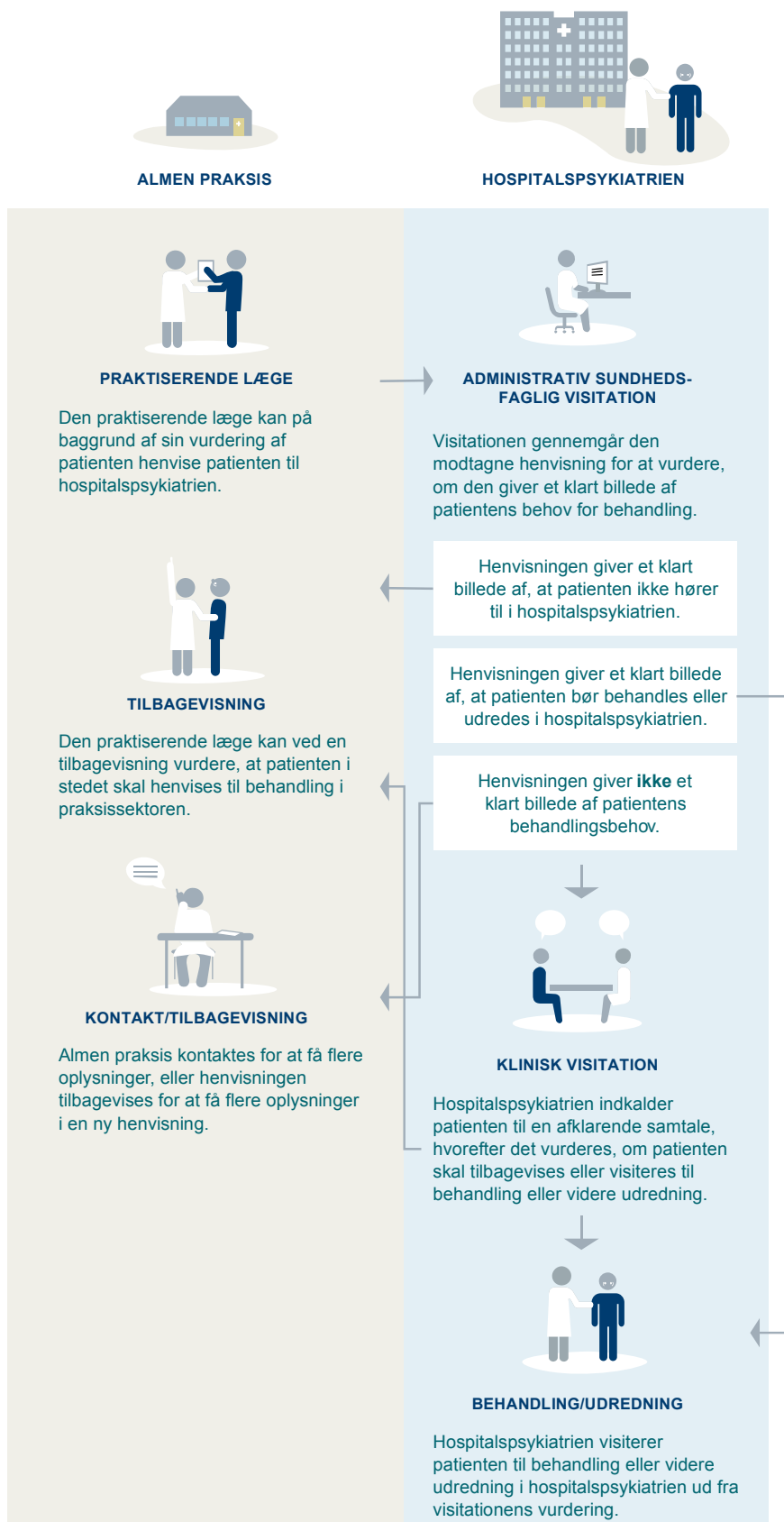


Det fremgår af figur 3, at der har været en stigning i antallet af henvisninger i begge regioner i perioden 2012-2014. Den procentvise stigning har været størst i Region Nordjylland, men også Region Hovedstaden har haft en betydelig stigning. Region Hovedstaden har haft den største absolutte stigning 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 herfter 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, selvskaide og/eller selvmordsrisiko samt truende adfærd. Nyopståede psykotiske symptomer.
Funktionsniveau	Betydelig nedsættelse i funktion hvad angår sociale og skole-/arbejds mæssige 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 praksis-sektor. 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 behandlingsskapacitet 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.

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.

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 halvårslige 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.

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.

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

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

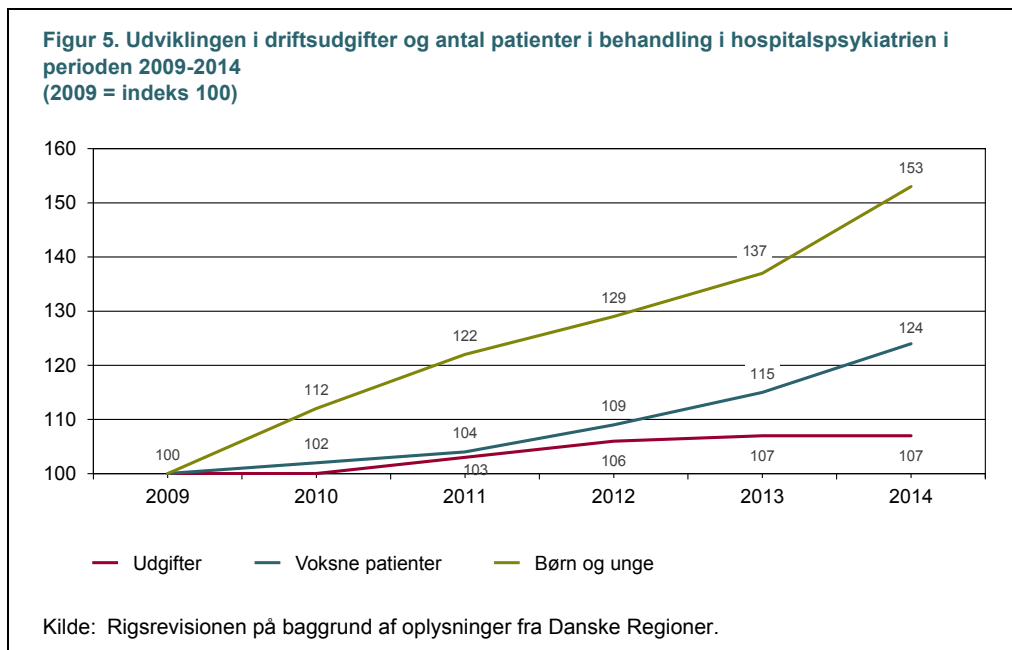
37. Undersøgelsen af de 3 regioner viser, at 2 af regionerne ikke tilstrækkeligt understøtter, at patienter, der fejler det samme, får samme adgang til behandling i hospitalspsykiatrien. Region Hovedstaden og Region Nordjylland har konkretiseret den fællesregionale beskrivelse af målgrupper for hospitalspsykiatrien 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 ambulans 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 ambulante 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.



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.

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.

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 værgemænd eller pårørende mv. og kontakter med andre myndigheder. Desuden indgår fysio- og ergoterapeutiske ydelser i forbindelse med behandlingen også som ydelser uden besøg.

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 centrale behandlingsenheder skal fordele de samlede årlige mål for enheden ud på ambulatorierne og afsnittene hen over året ud fra de enkelte medarbejders 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 korrigerer 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 medarbejders 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 medarbejders 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 behandlingsskapaciteten 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.

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.

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.

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 ressourcerne 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 udmøntning 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.

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 satspuljeprosjekter, 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, ressourcer mv. for de opgaver, der ikke er omfattet af den centrale overenskomst.

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

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 ressourcer 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.

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 ressourcer 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.

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.

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 resurse-tungt 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 Vejlb 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 ambulante 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 behandlingsskapacitet. 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 behandlingsskapacitet i hospitalspsykiatrien. Udvælgelsen af de 3 regioner er sket ud fra følgende 6 kriterier, der har betydning for, hvordan regionerne planlægger og styrer behandlingsskapaciteten:

1. Der er blandt regionerne i undersøgelsen mindst én region, som bruger aktivitetsbudgetter til at styre behandlingsskapaciteten.
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 behandlingsskapacitet. 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 behandlingsskapacitet. I undersøgelsen har vi i samarbejde med regionerne udvalgt 3 behandlingssenheder 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 behandlingsskapaciteten 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

Psykatri

MÅLGRUPPEAFGRÆNSNING - MGA

REGION	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	Oftest 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, ovenoverdet, 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.

Region Nordjyllands redskab til at støtte visitatorernes beslutninger

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Selvmondsrisikovurdering	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 vekslende resultat	Tidligere forløb overvejende 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.

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 behandlingsskapacitet	Er udtryk for, hvor mange patienter en behandlingssenhed kan behandle med de medarbejdere, enheden råder over.
Ambulant besøg	Opgøres som en ambulante patients fremmøde på det psykiatriske ambulante behandlingssted eller patientens møde med sundhedsfagligt personale uden for hospitalet, et såkaldt udebesøg.
Ambulatorium	Undersøgelings- og behandlingsssted 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 borgerne sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd.
Visitation	En vurdering af, hvilken behandling og hvilke ydelser en patient har behov for, og hvem der skal udføre behandlingen.

Vedr. stofmisbrugsbehandling af psykisk syge på Københavns Kommunes socialpsykiatriske bosteder i Region Sjælland

Socialforvaltningen i Københavns Kommune har tidligere henvendt sig til Sundhedsstyrelsen for at anmode om Styrelsens holdning til, hvem der har ansvaret for misbrugsbehandlingen på Københavns Kommunes socialpsykiatriske centre for svært psykisk syge borgere beliggende i Region Sjælland.

I svar af 6. juli 2010 henviste Sundhedsstyrelsens daværende Enhed for Tilsyn til Sundhedsstyrelsens vejledning om lægelig behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008, hvor de overordnede principper for behandlingen af stofmisbrugere er beskrevet. Man konkluderede, at behandling af psykotiske patienter med eller uden samtidigt forekommende stofmisbrug er behandlingspsykiatrien i Region Sjællands ansvar. Imidlertid fastholdt Region Sjælland efter møde med Københavns Kommunes Socialforvaltning i oktober 2012 og efterfølgende i brev af den 2. november 2012 til Socialforvaltningen, at misbrugsbehandlingen af den omhandlede patientgruppe vurderedes som værende en kommunal opgave.

Socialforvaltningen i Københavns Kommune anmodede derfor i brev af d. 16. januar 2013 (Deres sagsnr. 2013-8465, dokumentnr. 2013-43913) Sundhedsstyrelsen om en fornyet vurdering af sagen, således at Kommunen kunne sikre, at dens meget udsatte borgere med svære psykotiske lidelser og samtidigt misbrug sikredes en sammenhængende og fagligt kvalificeret behandling.

I forbindelse med Socialforvaltningens igangværende samarbejde med Region Sjælland om UTH-kerneårsagsanalyse vedr. hændelse med en medarbejder på det socialpsykiatriske bosted Center Lindegården, som den 25 marts 2016 blev dræbt af beboer med svær skizofreni og samtidigt misbrug, er drøftelserne vedr. ansvar for misbrugsbehandlingen af svært psykisk syge borgere med misbrug aktualiseret.

På baggrund i den aktuelle sag rykker Socialforvaltningen i Københavns Kommune den 11. april 2016 i mail Sundhedsstyrelsen for svar på deres henvendelse for at få endeligt fastlagt, hvem der har ansvaret for misbrugsbehandlingen på Københavns Kommunes socialpsykiatriske centre for svært psykisk syge borgere beliggende i Region Sjælland.

Sundhedsstyrelsen skal indledningsvist beklage, at den oprindelige henvendelse ikke blev besvaret rettidigt. Derefter skal Sundhedsstyrelsen anerkende, at der er en række udfordringer på behandlingsområdet, som det er vanskeligt at løse, fordi det kræver løbende koordination og samarbejde på tværs af det regionale og det kommunale niveau, dvs. koordination og samarbejde på tværs af sundheds- og socialsektoren.

Punkt nr. 1 - Meddelelse: Psykisk syge på bosteder og regionernes ansvar

Bilag 1 - Side -2 af 2

Det har i en årrække været kendt, at personer med samtidig stofafhængighed og psykisk lidelse bliver henvist fra psykiatrien til stofbehandlingen i kommunen, og at mange af dem igen af stofmisbrugshandlingen bliver henvist til psykiatrien i regionen.

Det er derfor til stadighed en udfordring at sikre, at principperne i Sundhedsstyrelsens vejledning bliver implementeret bedst muligt. Lokale samarbejdsmuligheder mellem psykiatrien, de kommunale stofmisbrugsbehandlingssystemer og egen læge bør tilpasses de enkelte behandlingsforløb, således at alle med samtidig psykisk lidelse og stofafhængighed modtager en behandling, som de er i stand til at profitere af.

Følgende principper er ifølge vejledningen retningsanvisende for behandling af stofmisbrugere med psykiatrisk komorbiditet.

Kategori I

Patient med ikke-psykotiske lidelser (angst, lettere/moderate affektive lidelser samt personlighedsforstyrrelser) og stabiliseret/velbehandlet stofmisbrug:

- Behandling af det kommunale misbrugsbehandlingssystem. Evt. delegation til egen læge.

Kategori II

Patient med kroniske psykoser med rimelig tilpasset adfærd og stabiliseret/velbehandlet stofmisbrug:

- Behandling primært i psykiatrisk regi (distriktspsykiatri). Sekundært i det kommunale misbrugsbehandlingssystem.

Kategori III

Patient med ikke-psykotiske lidelser (angst, lettere/moderate affektive lidelser samt personlighedsforstyrrelser) og kaotisk stofmisbrug:

- Behandling i det kommunale misbrugsbehandlingssystem.

Kategori IV

Patient med kroniske psykoser som er svært adfærdsforstyrrede og omfattende kaotisk stofmisbrug:

- Behandling i psykiatrisk regi.

Konklusion

Det fremgår af kategoriseringen, at den type patienter, som Socialforvaltningen nævner (Kategori IV), ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning bør behandles i psykiatrisk regi - i omtalte tilfælde i Region Sjællands regi.

Afslutningsvist skal Sundhedsstyrelsen pege på, at denne konklusion ikke udelukker, at Københavns Kommune i fælleskab med behandlingspsykiatrien forholder sig til, om opgavefordelingen er optimal for denne type patienter og sammen med bostederne drøfter muligheden for at sikre særlige, fagligt specialiserede botilbud til netop denne målgruppe.

Jan Fouchard/Astrid Blom

Københavns Kommune
Att.: Sven Bjerre
Bernstorffsgade 17
1592 København V



DATO 03. maj 2016

JOURNAL NR.

SAK-2016-350-0060

BEDES ANFØRT VED SVARSKRIVELSER

SAGSBEHANDLER ABS

STATSADVOKATEN I
KØBENHAVN
KAMPMANNSGADE 1
1604 KØBENHAVN V

TELEFON 72 88 90 00

FAX 45 15 01 19

Vedr. Deres jn. 0069026

I brev af 26. april 2016 har De bedt om en udtalelse vedrørende fortolkning af reglerne for **indikation for indlæggelse af personer, som er idømt behandlingsdomme med mulighed for indlæggelse efter straffelovens § 16 eller 69, jf. straffelovens § 68.**

Ad spørgsmål om, hvorvidt kommunens medarbejders observationer om domfældte, som ikke er indlagt, skal indgå i den behandlende overlæges vurderinger af, om en domfældt skal indlægges/genindlægges.

Jeg kan oplyse, at det følger af *Sundhedsstyrelsens vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller dom til ambulant psykiatrisk behandling (Vej nr 9614 af 08/11/2010)* under overskriften *behandlingsplan*, at overlægen skal instruere det behandlende personale, (også udenfor hospitalet i forbindelse med udskrivning) i at give overlægen tilbagemeldinger af relevans for behandlingen. Her er særligt nævnt tilbagemelding om mistanke om fornyet kriminalitet. Der sondres ikke mellem personfarlig og anden kriminalitet, hvilket indebærer, at mistanke om recidiv til kriminalitet skal indberettes til overlægen. Dette gælder ligeledes medicinsvigt og misbrug. Jeg henviser i øvrigt til vejledningen.

Ad spørgsmål om hvorvidt behandlingsbehov er den eneste indikation for indlæggelse eller, om der tillige skal lægges vægt på om domfældte er i risiko for recidiv til fornyet kriminalitet, kan jeg henviser til ovennævnte vejledning fra Sundhedsstyrelsen under

overskriften *indlæggelse*. Her er det udtrykkeligt nævnt, at risiko for recidiv til kriminalitet er en indikation for indlæggelse.

Jeg kan oplyse, at det forventes af anklagemyndigheden og domstolene, at vejledningen følges. Det er efter min opfattelse i strid med vejledningen, hvis der ikke sker indlæggelse, eventuelt langvarig indlæggelse, hvis dette er nødvendigt for at hindre recidiv til kriminalitet, da alternativet hertil er, at domfældte kan begå ny kriminalitet uden mulighed for forebyggelse eller sanktionering. Dette gælder naturligvis navnlig personer, som skønnes at i risiko for at kunne recidivere til personfarlig kriminalitet.

STATSADVOKATEN

SIDE 2

Med venlig hilsen



Gyrdthe Ulrich
vicestatsadvokat