

POLITIKERSPØRGSMÅL**Opgang** B & D
Telefon 38 66 60 00**Web** www.regionh.dkJournal nr.: 08001048
Sagsbeh...: chfaan
Dato: 2. november 2016

Spørgsmål nr.: 142-16

Dato: 12. september 2016

Stillet af: Charlotte Fischer

Besvarelse udsendt den: 2. november 2016

Spørgsmål 1:

Jeg har læst Dagens Medicins artikler om visitationsenhed, CVI, og dennes håndtering af patienter med mistanke om psykisk sygdom 9.9.2016. Jeg finder det samlede billede foruroligende og har derfor en række spørgsmål, jeg ønsker besvaret:

1. Jeg ønsker oplyst, hvor mange patienter, hvor henvendelsen til CVI drejer sig om psykiatrisk udredning, der er afvist opgjort for mindst de seneste tre år og både som absolut tal og procent.

Svar:

Antal henvisninger og andelen af tilbagevisninger i perioden 2012 – 2015 ses af tabellen nedenfor:

I det følgende opgøres antal henviste, antal tilbageviste og andelen af tilbageviste i proces for hhv. voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

Voksenpsykiatri

År	Antal henviste	Tilbagevisninger	Andel tilbageviste %
2012	20 480	5267	26 %
2013	21 094	5355	25 %
2014	23 452	5235	22 %
2015	28 513	4858	17 %

Børne- og ungdomspsykiatri

År	Antal henviste	Tilbagevisninger	Andel tilbageviste %
2013*	1721	407	24 %
2014	4912	1340	27 %
2015	5518	1399	25 %

* Data er for de sidste fire måneder i 2013. BUP blev en del af CVI i august 2013.

Spørgsmål 2:

2. Jeg ønsker oplyst, hvor mange, hvor henvendelsen drejer sig om psykiatrisk udredning, der afvises over telefonen hhv. af en sygeplejerske?

Svar:

Patienter tilbagevises ikke på grundlag af telefonsamtaler. I alle tilfælde af tilbagevisning skal der konfereres med en speciallæge.

Spørgsmål 3:

3. Kan administrationen bekræfte overlæge Lennart Janssons udtalelse om, at det ofte er sygeplejerskerne i CVI, der står for at vurdere henvisningerne? Hvis ja, hvordan mener administrationen, at det er fagligt forsvarligt at lade sygeplejersker vurdere patienters behov for psykiatrisk udredning?

Svar:

I 1. halvår 2016 er 1.862 patienter set af sygeplejersker i CVI. Som udgangspunkt er disse patienter vurderet alene af en sygeplejerske, men CVI har defineret, hvilke patienter der skal vurderes af hvilke personalegrupper.

Det betyder, at sygeplejersker ikke på egen hånd kan ændre diagnose eller tilbagevise patienter. Dette skal konfereres med speciallæge.

Sygeplejerskernes visitation i øvrigt sker på lægelig delegation og under fagligt ansvar fra overlægerne i CVI.

Data fra audit, som er stikprøvebaseret, viser, at sygeplejerskerne konfererer ca. 80 % af deres patienter med speciallæge. Det betyder at sygeplejerskerne konfererer langt flere patienter med speciallæge end dem, hvor diagnosen ændres eller hvor henvisningen tilbagevises.

I samme periode er 364 patienter set af speciallæge eller specialpsykolog.

Administrationen finder, at den forestående visitation ved sygeplejersker er forsvarlig, da den sker ved lægelig uddelegering og supervision.

Spørgsmål 4:

4. Hvad ved administrationen om kvaliteten af CVI's arbejde? Ifølge overlæge Lennart Jansson oplever psykiatrien "ofte forkerte diagnoser fra CVI, der medfører henvisning til forkerte behandlingspakker eller slet og ret afvisning". Hvad har administrationen tænkt at gøre for at sikre sig, at der snarest rettes op på dette forhold?

Svar:

Kvaliteten af CVI's arbejde følges tæt, blandt andet med ugentlige audits. Der er udviklet et auditredskab, som har været præsenteret på Nordic Conference of Psychiatry 2015. I denne audit vurderes det kliniske arbejde i CVI, og data anvendes til at gennemføre kvalitetsforbedringer i CVI. Ved hver audit udtrækker visitationen 10 tilfældige patientjournaler, som dokumenterer den kliniske visitation. Audit udføres af et

auditteam, der består af 2 overlæger fra visitationen, lederen af visitationen, en ekstern psykiater og den visitator, der har visiteret de 10 patienter.

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

De eksisterende systemer i Region Hovedstaden tillader ikke en eksakt opgørelse over antallet af returnerede visitationer fra de psykiatriske centre til CVI. CVI kan dog konstatere, at centrene henvender sig til CVI i ca. 3 % af de tilfælde, hvor centret har indkaldt og opstartet behandling med henblik på at få ændret behandlingspakken. I ca. halvdelen af de tilfælde, hvor patienten har været vurderet i CVI, får centrene medhold i deres anmodning om ændring af behandling.

Rigsrevisionen kom i 2016 med sin beretning om styring af den ambulante psykiatri. I beretningen fremhæver Rigsrevision visitationsmodellen i Region Hovedstadens Psykiatri, fordi der visiteres ud fra konkrete retningslinjer, som anvendes systematisk til at understøtte, at patienter, der fejler det samme, visiteres ens, og fordi der følges løbende op på, om patienterne er visiteret korrekt.

I Region Hovedstadens Psykiatri vurderes patientens behandlingsbehov dels ud fra den fælles regionale målgruppebeskrivelse og dels ud fra retningslinjer om målgruppeafgrænsning. Der indgår ikke et kriterie om udgifterne i forbindelse med diagnostik og/eller behandling, således at dyrere diagnoser holdes ude.

Spørgsmål 5:

5. Kan administrationen bekræfte, at CVI følger WHO's diagnosesystem ICD10 og kun det? Hvis nej, ønskes en redegørelse for undtagelserne.

Svar:

I Danmark og i CVI følges WHO's sygdomsklassifikation ICD-10. Det er således også ICD-10, som ligger til grund for sygdomsklassifikationen i Region Hovedstadens Psykiatri.

Spørgsmål 6:

6. Hvordan kan CVI afvise en patient under henvisning til, at diagnosen simpel skizofreni er afskaffet i det amerikanske diagnosesystem DSM5, når vi følger WHO's klassifikationssystem ICD10? Og er administrationen enig i, at det ikke er et gyldigt argument, at man forventer en harmonisering mellem WHO's og det amerikanske system eller med andre ord: At der kun henvises efter ét, formelt gældende system?

Svar:

Som skrevet ovenfor følges WHO's sygdomsklassifikation ICD-10 i Danmark og således også i CVI.

Den pågældende patient tilbagevises ikke under henvisning til DSM-5. Patienten henvises til udredning og tilbagevises på baggrund af henvisers grundige beskrivelse af

patientens samlede forløb. Tilbagevisningen sker alene i forhold ICD-10, og fordi CVI vurderede, at den udredning, som henviser anmoder om, kan foregå i primærsektoren hos privatpraktiserende speciallæge. Der er således ikke tale om en ændring af diagnosen, men alene en beslutning om, at udredningen ikke behøver at finde sted i hospitalsregi.

De diagnostiske overvejelser om ICD-10 og DSM-5 finder ikke sted i forbindelse med tilbagevisningen, men udelukkende i den efterfølgende korrespondance mellem CVI og henviser og er udtryk for en faglig drøftelse mellem kollegaer, som er bekendte med igangværende drøftelser både nationalt og internationalt om diagnostik, herunder sygdomsklassifikationssystemerne ICD-10 og DSM-5. Den faglige drøftelse foregår efter, at patienten blev tilbagevist, som beskrevet ovenfor.

Spørgsmål 7:

7. Har administrationen tænkt at korrigere henvisningerne på dette punkt, så CVI fremover kun følger det gældende WHO-diagnosesystem? Hvis ja, hvad har man så tænkt sig skal ske med de patienter, herunder bl.a. den unge mand der er beskrevet i Dagens Medicins artikler, som er blevet afvist under henvisning til det amerikanske diagnosesystem, som vi ikke følger?

Svar:

Som beskrevet ovenfor anvendes ICD-10 i Danmark og således også i CVI. Patienter i CVI vurderes således ikke baseret på det amerikanske diagnosesystem.