

STYRINGSGENNEMGANG AF PSYKIATRIEN

DELAFRAPPORTERING I

MARTS 2018



Styringsgennemgang af psykiatrien - Delafrapportering I

Udarbejdet af: Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien.

Copyright: Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udgivet af:

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Telefon: 72 26 90 00

E-post sum@sum.dk

EAN –lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: 1508 A/S

Udgivelsesår: 2018

Version: 7.3.2018

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

Indhold

1.	Indledning	4
2.	Resumé	14
3.	Indblik i psykiatrien og sociale indsatser for mennesker med psykiske lidelser	23
4.	Faglig styring af indsatsen målrettet mennesker med psykiske lidelser	46
5.	Organisatorisk styring af indsatsen målrettet mennesker med psykiske lidelser	58
6.	Data vedr. mennesker med psykiske lidelser	65
7.	Anbefalinger	82
7.1	Anbefalinger til faglig styring – bedre brug af eksisterende nationale kvalitetsredskaber	82
	Anbefaling 1: De nationale mål for sundhedsvæsenet skal udvikles med fokus på psykiatrien	82
	Anbefaling 2: Styregruppen for lærings- og kvalitetsteam skal løbende overveje, hvorvidt der skal udvikles lærings- og kvalitetsteams på psykiatriområdet	84
	Anbefaling 3: Anvendelsen af eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser for mennesker med psykiske lidelser skal revideres og opdateres	85
7.2	Anbefalinger til faglig styring –tidlige indsatser i de nære omgivelser.....	86
	Anbefaling 4: Sundhedsstyrelsen skal som en del af kvalitetsplanen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udarbejde faglige anbefalinger for de sundhedsfaglige indsatser, der udføres i kommunalt socialpsykiatrisk regi og regionernes rolle i forbindelse hermed.	86
	Anbefaling 5: Sundhedsindsatserne for børn og unge, der mistrives mentalt, skal styrkes.....	88
7.3	Anbefalinger til organisatorisk styring – sammenhængende forløb og integration af indsatser	90
	Anbefaling 6: Integrerede samarbejdsmodeller skal afprøves og udbredes for at understøtte sammenhængende borgerforløb på psykiatriområdet.....	90
	Anbefaling 7: Overgangen fra børne- og ungepsykiatrien til voksenpsykiatrien skal styrkes og i højere grad tage højde for individuelle forskelle i behandlingsbehov	89
	Anbefaling 8: Monitoreringen af de regionale pakkeforløb i psykiatrien skal styrkes.....	92
7.4	Anbefalinger til organisatorisk styring – bedre brug af sundhedsfaglige ressourcer	93
	Anbefaling 9: Almen praksis bør styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel	93
	Anbefaling 10: En revidering af specialuddannelse af psykologer og specialuddannelse af sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje skal overvejes	96
7.5	Anbefalinger til bedre nationale data.....	97
	Anbefaling 11: Bedre national data på sengepladser i psykiatrien	97
	Anbefaling 12: National opgørelse af udgifterne i psykiatrien.....	98
	Anbefaling 13: Oprettelse af en national opgørelse af personale i den regionale psykiatri	99
	Anbefaling 14: Mere viden om sammenhæng mellem regional og kommunal indsats	100
	Anbefaling 15: Anvendelse af data på tværs af sektorer vedr. mennesker med psykiske lidelser skal styrkes.....	101
8.	Bilag	102

1. Indledning

Mennesker med psykiske lidelser er, som alle andre borgere, forskellige. Det betyder, at behovet for indsatser spænder bredt. Det betyder samtidigt, at den enkeltes behov og ressourcer skal være udgangspunktet for indsatserne, så de skaber værdi for borgeren. Mødet med den enkelte skal ske med respekt og i øjenhøjde ud fra den enkeltes situation. Det betyder også, at muligheden for at mestre egen situation skal understøttes. Balancen mellem de fagprofessionelles tilbud og den enkelte borgers mulighed for indflydelse på eget sygdomsforløb i eget liv er vigtig at sikre. Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for indsatser på tværs af sektorer og forvaltninger. Og opmærksomhed på det hele menneske og sammenhængende forløb er afgørende for den enkelte og for effekten af indsatserne. Den tidlige, forbyggende og rehabiliterende indsats og det tværsektorielle samarbejde herom har dermed afgørende betydning for borgerens samlede forløb. Det spiller også en væsentlig rolle i forhold til at sikre mest mulig sundhed og livskvalitet for den enkelte samt en hensigtsmæssige allokering af ressourcerne i samfundet. I samarbejde med de regionale og kommunale indsatser bidrager civilsamfundets indsatser til at gøre en stor forskel for mennesker med psykiske lidelser.

Mennesker med psykiske lidelser har – heldigvis – en hverdag uden for det specialiserede sygehusvæsen. Derfor er indsatserne på sygehusene og det nære og sammenhængende sundhedsvæsen afgørende for, at borgerne tilbydes den bedst mulige, helhedsorienterede indsats. Mennesker med psykiske lidelser skal tilbydes en ligeværdig og ligestillet indsats. Som det er målet for hele sundhedsvæsenet, skal indsatserne være af høj, ensartet kvalitet med fokus på outcome og værdi for den enkelte. Det betyder bl.a., at bedste praksis og evidensbaseret viden skal udbredes og understøttes. For at kunne følge op på indsatserne og skabe synlighed og viden om indsatsernes resultater, er det væsentligt, at der er adgang til data af høj kvalitet.

Mange borgere med psykiske lidelser har behov for indsatser på tværs af sektorer og forvaltninger. Det stiller store krav til samarbejde og koordination med borgeren i centrum. Et for stort antal borgere oplever i dag, at de mange aktører, indsatser og især overgangen mellem indsatser ikke udgør en helhedsorienteret og sammenhængende indsats. Identificering af udfordringerne af sammenhængen på tværs af sektorer ved benyttelse af data samt god overlevering af viden ved sektorovergange er her en væsentlig faktor for at skabe bedre sammenhæng på tværs af sektorer.

Styring - både økonomisk, fagligt og organisatorisk - er grundlæggende for at kunne realisere ovenstående. Psykiatriudvalget konkluderede i 2013, at psykiatrien historisk set har været præget af en decentral og delvist autonom styringskultur, hvor de enkelte afdelingsledelser og læger har været relativt selvledende og haft varierende syn på, hvilken behandling der er den rette for de samme typer patienter. En af psykiatriudvalgets anbefalinger var derfor også, at der blev set nærmere på styringen af psykiatrien.

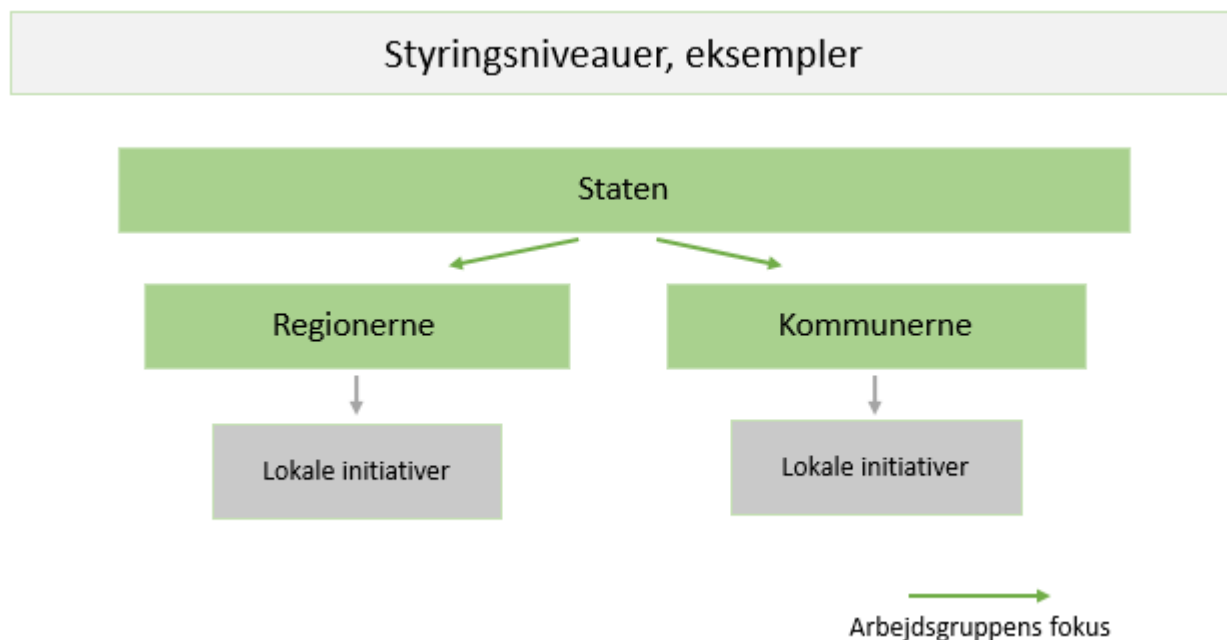
Siden psykiatriudvalgets afrapportering i 2013 har styringen af psykiatrien udviklet sig. En udvikling, der bl.a. skal ses i lyset af ligestillingen af patientrettigheder i sygehusvæsenet med vedtagelsen af reel ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg ved 30 dages ventetid på behandling samt det regionale fokus på at forbedre styringen, eksempelvis gennem regionernes arbejde med at indføre pakkeforløb. Det har medført et øget fokus på ressourceanvendelse og nedbringelse af ventetider. Samtidig blev der med aftalen om satspuljen til psykiatrien for perioden 2015-2018 afsat i alt 2,2 mia. kr. til psykiatrien.

Der er dog fortsat behov for at udvikle styringen, så den understøtter en velfungerende og sammenhængende indsats for mennesker med psykiske lidelser med fokus på en tværsektoriel og populationsbaseret tilgang til den enkelte borger. Derfor nedsatte regeringen sammen med Danske Regioner og KL i 2017 en arbejdsgruppe, der skal understøtte en effektiv og hensigtsmæssig økonomisk, faglig og organisatorisk styring af psykiatrien. Arbejdsgruppen har bestået af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. Desuden har Børne- og Socialministeriet været inddraget i arbejdet.

Den økonomiske styring skal understøtte en hensigtsmæssig anvendelse af ressourcerne i alle sektorer. Medarbejderens tid skal anvendes på det, der giver værdi for den enkelte, og indsatserne skal leveres på det laveste effektive omkostningsniveau. Den faglige og organisatoriske styring af psykiatrien er afgørende for at sikre sammenhængende indsatser af høj og ensartet kvalitet. En underliggende præmis for styringen af en moderne sundheds- og socialsektor er brugen af data og en national tilgang hertil.

Arbejdsgruppens anbefalinger skal understøtte en effektiv behandling af høj, ensartet kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Arbejdsgruppen har fået til opgave at arbejde med ambitiøse anbefalinger med fokus på en bedre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer, bedre dataunderstøttelse og -udveksling på tværs af sektorer, øget synlighed om resultater samt bedre styring af økonomi, aktivitet og kvalitet i såvel psykiatrien som socialpsykiatrien.

Fokus i nærværende rapport er på beskrivelser af og anbefalinger til styring på nationalt niveau jf. de grønne pile i nedenstående figur og ikke de enkelte regioner og kommuners styring af eksempelvis sygehusene og tilbud på socialområdet. Lokalt implementeres og tilpasses de nationale styringsværktøjer, ligesom der også på eget initiativ anvendes styringsredskaber lokalt. I nærværende arbejde har fokus været på beskrivelse af centrale nationale styringsredskaber, mens eksempler på den lokale implementering fremhæves så vidt muligt.



Arbejdsgruppen har især fokuseret på behandlingspsykiatrien dvs. i høj grad den venstre grønne pil i overstående figur, og dermed kun et udsnit af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser. Ofte er indsatser i regi af den kommunale socialpsykiatri og eksempelvis uddannelsessektoren samt beskæftigelsesområdet en vigtig del af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Endelig er samarbejdet på tværs af det sociale og sundhedsfaglige område ofte afgørende for mennesker med psykiske lidelser. Ikke mindst for børn og unge med psykiske udfordringer og mental mistrivsel er der behov for et tæt og koordineret samarbejde. Derfor har arbejdsgruppen også set på overgange og psykosociale indsatser, der er afgørende for at sikre sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser. Dog er det uden for arbejdsgruppens kommissorium at komme med anbefalinger på øvrige områder, som eksempelvis uddannelse og arbejdsmarkedet.

Med inspiration fra psykiatriudvalgets rapport fra 2013 skelnes der overordnet mellem tre forskellige former for styring:

1. **Faglig styring** er tiltag, der sigter mod at påvirke indholdet i og resultaterne af de aktiviteter, som ressourcerne på området anvendes til.
2. **Organisatorisk styring** er tiltag, der sigter mod at koordinere, hvem der udfører hvilke aktiviteter, for hvem og hvornår.
3. **Økonomisk styring** er tiltag, der sigter mod at fordele og prioritere ressourceforbruget.

Formålet med nærværende afrapportering er dels at give et indblik i de eksisterende og centrale nationale styringsredskaber, fordelt på de tre kategorier, samt i forlængelse heraf komme med anbefalinger til, hvordan visse dele af styringen kan forbedres. Dermed vil beskrivelserne i kapitel 4 og 5 være mere omfangsrige end anbefalingerne, mens der samtidig vil være overlap mellem, idet anbefalingerne bygger oven på de beskrivende kapitler.

I skemaet nedenfor er der eksempler på henholdsvis faglige, organisatoriske og økonomiske styringselementer inden for psykiatrien.

	Faglig styring	Organisatorisk styring	Økonomisk styring
Styringselementer i den regionale psykiatri	• Nationale Kliniske Retningslinjer • Kliniske kvalitetsdatabaser • Partnerskab om nedbringelse af tvang	• Udrednings- og behandlingsret • Sundhedsplaner • Specialeplanlægning • Pakkeforløb	• Bloktilskuddets rammer • Takststyringsmodeller • Mål og kontraktstyring
Styringselementer på tværs af kommuner og regioner	• Nationale mål • Forløbsprogrammer	• Sundhedsaftaler • Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	• Færdigbehandlings-takster • Mellemkommunal refusion
Styringselementer i den kommunale sociale indsats	• De 10 mål for social mobilitet • Socialstyrelsens nationale retningslinjer og forløbsprogrammer • VISO • Ankesystemet • De sociale tilsyn	• Den nationale koordinationsstruktur • Tilbudsportalen • Rammeaftaler	• Bloktilskuddets rammer • Mål- og kontaktstyring • Takststyringsmodeller • Statsrefusion

Det er vigtigt at bemærke, at det følger af kommissoriet, at arbejdsgruppens anbefalinger skal ligge inden for den eksisterende økonomiske ramme. Arbejdsgruppens anbefalinger varierer i omfang og tidsperspektiv, og det er en politisk beslutning, hvorledes der følges op på anbefalingerne. Parterne er enige om, at det er en præmis for arbejdsgruppens anbefalinger, at de ikke kræver tilførsel af nye statslige midler. Ambitionsniveauet kan dog for anbefaling 4 vedr. kvalitetsplan for socialpsykiatrien og anbefaling 9 vedr. styrket fokus på mentale sundhedsproblemer i almen praksis afhænge af, om der tilføres midler.

I foråret 2018 vil arbejdsgruppen afrapportere på den økonomiske styring af psykiatrien. Dette arbejde hænger i høj grad sammen med den forestående konsulentanalyse, jf. økonomiaftalen for regionerne for 2018, der skal belyse mulighederne for bedre personaleanvendelse, mere gennemsigtighed om og brug af patientflow samt en optimeret anvendelse af kapaciteten i behandlingspsykiatrien. Kapacitetsanalysen er ultimo 2017 sendt i udbud og forventes færdig i foråret 2018.

1.1 Initiativer, der bidrager til en styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Psykiatriudvalget fra 2013 udgør en central ramme for psykiatriområdet i dag. Der er siden psykiatriudvalgets anbefalinger til en styrket indsats over for mennesker med psykiske lidelser igangsat mange arbejder og initiativer, både nationalt og lokalt, for at følge op på de konkrete forslag fra rapporten og adressere de fremhævede udfordringer. Især kvalitetsudvikling, sammenhæng i indsatserne og rehabilitering har præget de igangsatte initiativer. Indeværende rapport og medfølgende anbefalinger er en opfølgning på udvalgets anbefaling om at igangsætte et styringseftersyn af psykiatrien.

Denne rapportes anbefalinger skal yderligere ses i lyset af den udvikling og række af initiativer, der er igangsat på psykiatriområdet siden udvalgets rapport fra 2013. Nogle af de landsdækkende initiativer vil blive udfoldet i dette afsnit jf. nedenstående figur. De fremhævede initiativer er ikke udtømmende i forhold til den generelle indsats og udvikling, men er et udtryk for nogle af de nyeste overordnede, nationale indsatser, der har til hensigt at styrke indsatsen på området på såvel kort og lang sigt. Det er vigtigt at bemærke de mange lokale indsatser og indsatser drevet af civilsamfundet, som gør en stor forskel på for mennesker med psykiske lidelser. Civilsamfundets indsatser er dog ikke beskrevet nærmere i dette arbejde.



Psykiatriudvalget 2013: "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser"

I 2013 udkom rapporten "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser", som er udarbejdet af et bredt nedsat udvalg om psykiatri. Med en historisk bred opbakning fra forskellige parter og interesser præsenterede rapporten et indgående indblik i psykiatrien og dets udfordringer samt en række forslag til en styrket indsats.

I rapporten identificerer udvalget en række udfordringer i psykiatrien og kommer samtidig med anbefalinger til en styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser jf. nedenstående.

Boks 1 Udfordringer og fokusområder i Psykiatriudvalget 2013: "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser"	
Ti væsentlige udfordringer 1. Utilstrækkeligt fokus på tidlig indsats og rehabilitering. 2. Behov for et ligeværdigt, åbent og inkluderende arbejdsmarked og uddannelsessystem. 3. Ulighed i sundhed og levetid. 4. Begrænset inddragelse af borger og pårørende som ressource i borgerens forløb. 5. Utilstrækkelig sammenhæng mellem sektorer og fagområder. 6. Begrænset (tvær-)faglig konsensus og tendens til fokus på den medicinske behandling. 7. Behov for fokus på kompetencer og efteruddannelse. 8. Manglende brug af evidensbaserede metoder og utilstrækkelig forskning, dokumentation og effektmåling af indsatser. 9. Manglende reduktion i tvangsansendelse. 10. Mangelfuld planlægning og styring og grundlag for bedre ressourceansendelse i regioner og kommuner.	Seks fokusområder med forslag til styrket indsats 1. Forebyggelse og tidlig indsats 2. Styrket sammenhæng i indsatsen 3. Høj kvalitet i den faglige indsat 4. Inddragelse af borgere, pårørende og civilsamfund 5. Nedbringelse af tvang 6. Bedre styring og ressourceansendelse

Partnerskab om nedbringelse af tvang

Regeringen og regionerne indgik juni 2014 en partnerskabsaftale om at realisere en halvering af brugen af bæltefikseringer i psykiatrien frem mod 2020. Et mål, som med finanslovsaftalen for 2014 bl.a. blev understøttet med 50 mio. kr. årligt.

For at sikre en opfølgning på partnerskabsaftalerne samt de øvrigt igangsatte indsatser inden for psykiatriområdet blev der i februar 2014 etableret en Task Force for Psykiatriområdet med ledelsesrepræsentanter fra regionerne, Danske Regioner, KL og staten, herunder Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Task Force for Psykiatriområdet har til formål at følge og fremme udviklingen på psykiatriområdet, specielt i forhold til nedbringelse og forebyggelse af tvang, men også generelt i forhold til psykiatriområdet, herunder øvrige initiativer, som sigter mod at imødegå identificerede udfordringer på psykiatriområdet.

Aftale om satspuljen for perioden 2015-2018 og 2018-2021 til psykiatrien

Som led i satspuljeaftalen for 2015-2018 blev der afsat 2,2 mia. kr. til en prioritering af psykiatrien i perioden 2015-2018, hvoraf 300 mio. kr. er permanente midler. Der blev afsat midler til følgende indsatser:

- Mere kapacitet af høj kvalitet
- Flere og bedre kompetencer på psykiatriområdet
- En moderne psykiatri – bedre fysiske faciliteter og rammer
- Målrettet fokus på sikkerhed for patienter og pårørende
- Systematisk inddragelse af patienter og pårørende
- Tværfaglig indsats for børn og unge i risiko for at miste tilknytning til skole og hverdagsliv.

Med aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2018-2021 blev der afsat 397,5 mio. kr. til en styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser, hvoraf en stor del af midlerne er afsat til en styrket indsats for børn og unge. Herunder er der afsat 214,6 mio. kr. til afprøvning af en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien.

Handlingsplanen til forebyggelse af vold på botilbud, herunder særlige pladser i psykiatrien

På baggrund af flere tilfælde med overfald og drab på botilbud de senere år blev satspuljepartierne i oktober 2016 enige om en handlingsplan til forebyggelse af vold på botilbud. I april 2017 blev delaftalen suppleret med nye rammer for de særlige pladser, som endte med at ligge til grund for det lovforslag, der blev vedtaget af et enigt Folketing i juni 2017. Som en del af handlingsplanen oprettes 150 særlige pladser på psykiatrisk afdeling. Målgruppen for disse pladser er en gruppe af særligt udsatte patienter med svære psykiske lidelser, udadreagerende adfærd, gentagne indlæggelser, afbrudte behandlingsforløb og ofte misbrug og/eller dom til behandling. Formålet med pladserne er at tilbyde en intensiv og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats med henblik på at stabilisere patientens helbred og forbedre patientens evne til at mestre hverdagen, herunder ved psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling samt ved socialfaglige indsatser, beskæftigelse og aktiviteter. Formålet er også at nedbringe antallet af voldsepisoder og konflikter, opnå bedre sikkerhed for medarbejdere og øvrige beboere samt at forebygge anvendelsen af tvang over for målgruppen. Regionerne skal oprette og drive de særlige pladser på psykiatriske afdelinger, men kommunerne har visitationsansvaret og det primære finansieringsansvar. Loven om de særlige pladser trådte i kraft den 15. juli 2017, og de særlige pladser skal stå klar primo 2018. Med handlingsplanen blev der samtidig afsat midler til en række øvrige initiativer, bl.a. blev der afsat midler til et indsatssteam til forebyggelse af vold på botilbud og forsorgshjem, der har til formål at forankre de nationale retningslinjer til forebyggelse af vold på botilbud og forsorgshjem udviklet af Socialstyrelsen.

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

I juni 2017 afrapporterede udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som bestod af Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet, KL og Danske Regioner. Udvalget opstillede jf. nedenstående en vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025 samt en målsætning for henholdsvis ældre patienter, patienter med kronisk sygdom og mennesker med psykiske lidelser. Med henblik på at skitsere vejene til at opnå visionen og målsætningerne blev udvalget yderligere enige om i alt 20 anbefalinger, der skal bidrage til et stærkere, nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Boks 2

Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025:

"Sundhedsvæsenet understøtter patienten i at mestre egen sygdom i patientens nære miljø, gennem høj, ensartet kvalitet og samarbejde, så patienten kan leve et liv med højest mulig livskvalitet."

Målsætning for mennesker med psykiske lidelser

"Mennesker med psykiske lidelser oplever en sammenhængende indsats og understøttes i selv at tage aktiv del i arbejdet hen imod bedring".

20 anbefalinger fra udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

1. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning
2. Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres
3. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse
4. Kommuner og regioner skal sikre forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis
5. Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser og mennesker med samtidigt misbrug
6. Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes
7. Sundhedsaftalesystemet skal fornyes og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis
8. Reglerne om benyttelse af medhjælp skal revideres, så de understøtter klare og fleksible rammer for varetagelse af delegerede opgaver
9. Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
10. Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
11. Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb
12. Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis
13. Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
Mindretalsudtalelse fra KL "KL finder, at den nationale model for kvalitetsplanlægning bør suppleres med en egentlig udviklingsplan for flytning af opgaver til det nære sundhedsvæsen for at sikre opfyldelsen af udvalgets målsætninger om, at flere patienter med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fremover skal håndteres i det nære sundhedsvæsen. En mere hensigtsmæssig fordeling af opgaverne i sundhedsvæsenet efter LEON-princippet skal bidrage til at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen og udbygge det nære sundhedsvæsen. Processen med vurdering af opgavefordelingen bør ske med inddragelse af relevante parter"
14. Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme
15. Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang
16. De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug skal dokumenteres og udbredes
17. Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes
18. Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet
19. Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis
20. Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet

Sundhed, hvor du er - opfølgningen på udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Som en del af opfølgningen på anbefalingerne fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen lancerede regeringen i december 2017 udspillet "Sundhed, hvor du er". Sundhedsudspillet præsenterer otte konkrete initiativer, der skal styrke det nære sundhedsvæsen, så de praktiserende læger og kommunerne kan løfte flere sundhedsopgaver. Blandt de otte initiativer er en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, som skal styrke og ensarte kvalite-

ten på såvel det somatiske som det psykiatriske område. Ligeledes er det et initiativ, at behandlingen på sundhedsområdet af patienter med misbrug og samtidig psykisk lidelse skal samles i regionerne. Endvidere er mere politisk forpligtende og mindre bureaukratiske sundhedsaftaler et initiativ. Sundhedsaftalerne er et centralt redskab til koordinering og samarbejde mellem sektorer, og dermed også centrale for mennesker med psykiske lidelser. Endeligt er en bedre overgang fra børn- og ungepsykiatri til voksenpsykiatri et initiativ i udspillet.

Lægedækningsudvalg

I 2016 nedsatte den daværende regering et lægedækningsudvalg, der skulle analysere fordelingen af læger på tværs af landet og med hensyn til øvrige relevante parametre. På baggrund af analysen skulle udvalget anbefale initiativer, der kunne understøtte en bedre fordeling af lægeressourcerne på tværs af landet med henblik på at sikre adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet, uanset hvor patienten bor og hvilken behandling, de har brug for. Lægedækningsudvalget pegede på, at der ikke er en generel lægedækningsudfordring, da der er flere læger end nogensinde før i Danmark. Der er dog en geografisk, social og specialemæssig fordelingsudfordring, herunder i forhold til speciallæger i psykiatri. På baggrund af lægedækningsudvalgets rapport indgik regeringen sammen med samtlige partier i Folketinget den 9. februar 2017 en aftale om bedre lægedækning, som skal sikre tilstrækkelig lægedækning i alle dele af landet. Den politiske aftale afspejler, at det er et fælles ansvar mellem staten, regionerne, kommunerne og i de lægelige organisationer at styrke lægedækningen, herunder også at sætte rammerne for bl.a. psykiatrien som en attraktiv arbejdsplads, der kan rekruttere det rette personale. Af aftalen fremgår det, at der ved årsskiftet 2017/2018 skal udarbejdes en status for parternes implementering af Lægedækningsudvalgets anbefalinger.

Program for digitalt samarbejde om komplekse patientforløb

Program for digitalt samarbejde om komplekse patientforløb skal fremme koordineringen og samarbejdet mellem sundhedspersoner og patienter med komplekse patientforløb og deres pårørende. Dette sker ved at udvikle og afprøve nye digitale services vedrørende deling af aftaler, planer, indsatser, stamdata og kontaktinformation, der understøtter overblik og koordinering for patienter og pårørende. Løsningerne udvikles i den nationale infrastruktur på sundhedsområdet med de tilhørende sikkerhedskomponenter.

Som de første skridt i arbejdet med at realisere visionen skal der udvikles løsninger, der kan sikre:

- Fælles adgang til patientens stamoplysninger
- Tværgående overblik over patientens aftaler
- Kontaktoplysninger på aktører involveret i patientens forløb
- Planer og indsatser
- Deling af patientens mål

Styringspjece: Styring af det specialiserede voksenområde – værktøjer og cases

Regeringen og KL har som en del af det fælles moderniserings- og effektiviseringsprogram udarbejdet en fælles styringspjece med henblik på at afdække styringsudfordringer og -muligheder inden for de eksisterende lovgivningsmæssige rammer på det specialiserede socialområde, samt beskrive værktøjer og præsentere cases, der kan understøtte kommunerne i deres fortsatte styring af området. Baggrunden er, at en række af landets kommuner i stigende grad oplever udfordringer med at styre udgifterne på det specialiserede socialområde. Dette er bl.a. forårsaget af et oplevet udgiftspres. Det oplevede udgiftspres er opstået efter, at kommunerne efter en periode med udgiftsvækst på området har arbejdet med at normalisere udgiftsudviklingen og fået stabiliseret den. Pjecen er udgivet i juni 2017 og præsenterer en række værktøjer, som kommunerne har udviklet og taget i brug inden for de seneste år. Værktøjerne kan understøtte kommunerne bredt i deres arbejde med styring og tilrettelæggelse af opgaveløsningen på socialområdet.

Kommende anbefalinger på økonomisk styring af psykiatrien

Anbefalinger vedrørende den økonomiske styring af psykiatrien vil som tidligere angivet indgå i afrapporteringen i foråret 2018, som også vil indeholde en redegørelse af den eksisterende statslige og regionale økonomiske styring af psykiatrien. Ydermere er der igangsat analyser, der har til formål at tilvejebringe mere viden om en række tværgående, samfundsmæssige og økonomiske konsekvenser ved psykiske lidelser. Analyserne skal bl.a. give en bedre forståelse for de enkelte patientgrupper og deres tværgående behandlingsforløb samt evt. pege på effekter og kvalitet af enkelte indsatsområder. Anbefalingerne vedrørende økonomisk styring skal ses i sammenhæng med førnævnte analyse af kapaciteten i den regionale psykiatri, som er udbudt i december 2017 og forventes færdig i foråret 2018.

1.3 Udvalgte opgave

I januar 2017 blev arbejdsgruppen nedsat og fik til opgave at udarbejde en styringsgennemgang af psykiatrien. Af kommisseriet for arbejdsgruppen fremgår det bl.a., at arbejdet vil søge tiltag til bedre styring, som reducerer ventetider og øger kvaliteten af behandlingen i psykiatrien samt mindsker forskelle på tværs af landet i ventetid og kvalitet jf. bilag 4. Det fremgår endvidere, at arbejdet skal munde ud i en række anbefalinger vedrørende øget synlighed, gen-nemsigtighed og styring i forhold til aktivitet, kvalitet og ressourceanvendelse i psykiatrien. Det fremgår af kommisseriet, at arbejdsgruppens anbefalinger skal kunne gennemføres inden for de eksisterende økonomiske rammer.

Med økonomiaftalerne for både kommuner og regioner for 2018 blev det bekræftet, at arbejdsgruppen skal "arbejde med ambitiøse anbefalinger med fokus på en bedre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer, bedre dataunderstøttelse og –udveksling på tværs af sektorer, øget synlighed om resultater og bedre styring af økonomi, aktivitet og kvalitet i såvel psykiatrien som socialpsykiatrien".

Arbejdsgruppen har endvidere fået til opgave at inddrage internationale erfaringer. Arbejdsgruppen har skelet til Norge og Holland. Sundheds- og Ældreministeriet har været på besøg i Holland for at se nærmere på erfaringerne med brug af sygeplejersker i det nære sundhedsvæsen, hvilket udfoldes i anbefalingen herom.

Arbejdsgruppen er organiseret i en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet (formand), Finansministeriet, Danske Regioner og KL. Børne- og Socialministeriet er endvidere inddraget i relevant omfang.

Arbejdsgruppen har inddraget interessenter på området gennem løbende dialog og møder. Arbejdsgruppen har modtaget interessenternes input og medtaget dem i arbejdet og anbefalingerne.

I tillæg til at komme med anbefalinger har arbejdsgruppen arbejdet med at give et databaseret indblik i psykiatrien, derfor udgives der i tillæg til denne afrapportering de to analyser: "Indblik i psykiatrien og sociale indsatser" og "Geografisk variation i psykiatrien".

1.4 Læsevejledning

Nærværende rapport er opdelt i syv kapitler ud over bilag.

Første og andet kapitel er henholdsvis indledningen og resumé.

Kapitel tre præsenterer et udsnit af tal og grafer, der dels giver et indblik i psykiatrien, praksissektoren og de kommunale indsatser. I tillæg til kapitlet udgives analyse af både indblik og geografiske forskelle på psykiatriområdet.

Kapitel fire og fem har til formål at beskrive udvalgte, nationale faglige og organisatoriske styringsredskaber, der i dag især er relevante for psykiatrien. En del af anbefalingerne knytter sig til nogle af disse.

Kapitel seks har til formål at beskrive den eksisterende data, datakilder samt kvaliteten af data. En del af anbefalingerne er lavet på baggrund af en vurdering af områder, hvor datakvaliteten på nuværende tidspunkt ikke er tilstrækkelig.

I kapitel syv opstilles arbejdsgruppens anbefalinger opdelt i faglig styring, organisatorisk styring og bedre nationale data. Hvor kapitel fire og fem beskriver de eksisterende og centrale nationale styringsredskaber, bygger en række af anbefalingerne i kapitel syv videre på nogle af de beskrevne styringsredskaber.

2. Resumé

Mennesker med psykiske lidelser er, som alle andre borgere, forskellige. Det betyder, at sundhedsvæsenet skal tilbyde et bredt spænd af indsatser med udgangspunkt i den enkeltes behov, ressourcer og egenmestring, så de skaber værdi for den enkelte. Samtidig har mange mennesker med psykiske lidelser behov for indsatser på tværs af sektorer og forvaltninger. Opmærksomhed på det hele menneske og sammenhængende forløb er afgørende for mennesker med psykiske lidelser og effekten af indsatserne. Den tidlige, forbyggende og rehabiliterende indsats og det tværsektorielle samarbejde herom har dermed afgørende betydning for borgerens samlede forløb og spiller en væsentlig rolle i forhold til at sikre mest mulig sundhed og livskvalitet for den enkelte og en hensigtsmæssig allokering af ressourcerne i samfundet. Som det er målet for hele sundhedsvæsenet, skal indsatserne være af høj, ensartet kvalitet med fokus på outcome og værdi for den enkelte. For at kunne følge op på effekten af indsatserne, og skabe synlighed og viden om indsatsernes resultater er adgang til data af høj kvalitet en væsentlig forudsætning.

Styring - både økonomisk, fagligt og organisatorisk - er grundlæggende for at kunne realisere ovenstående. Psykiatriudvalget konkluderede i 2013, at psykiatrien historisk set har været præget af en decentral og delvist autonom styringskultur. En af psykiatriudvalgets anbefalinger var derfor, at styringen af psykiatrien skulle forbedres. Siden psykiatriudvalgets afrapportering i 2013 har styringen af psykiatrien udviklet sig, eksempelvis med regionernes pakkeforløb. En udvikling, der bl.a. skal ses i lyset af vedtagelsen af reel ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg ved 30 dages ventetid på behandling og et regionalt fokus på at forbedre styringen.

Der er dog fortsat behov for at udvikle styringen, så den understøtter en velfungerende og sammenhængende indsats for mennesker med psykiske lidelser med fokus på en tværsektoriel og populationsbaseret tilgang til den enkelte borger. Derfor nedsatte regeringen sammen med Danske Regioner og KL i 2017 en arbejdsgruppe, som anbefaler følgende 15 anbefalinger til faglige og organisatorisk styring samt bedre data. Anbefalinger vedr. den økonomiske styring af psykiatrien vil blive afrapporteret i foråret 2018.

Faglig styring	Organisatorisk styring	Data
1: De nationale mål for sundhedsvæsenet skal udvikles med fokus på psykiatrien	6: Integrerede samarbejdsmodeller skal afprøves og udbredes for at understøtte sammenhængende borgerforløb på psykiatriområdet	11: Bedre nationale data på sengepladser i psykiatrien
2: Styregruppen for lærings- og kvalitetsteam skal løbende overveje, hvorvidt der skal udvikles lærings- og kvalitetsteams på psykiatriområdet	7: Overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien skal styrkes og i højere grad tage højde for individuelle forskelle i behandlingsbehov	12: National opgørelse af udgifterne i psykiatrien
3: Anvendelsen af eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser for mennesker med psykiske lidelser skal revideres og opdateres	8: Monitoreringen af de regionale pakkeforløb i psykiatrien skal styrkes	13: Oprettelse af en national opgørelse af personale i den regionale psykiatri
4: Sundhedsstyrelsen skal som en del af kvalitetsplanen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udarbejde faglige anbefalinger for de sundhedsfaglige indsatser, der udføres i kommunalt socialpsykiatrisk og regionernes rolle i forbindelse hermed.	9: Almen praksis bør styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel	14: Mere viden om sammenhæng mellem regional og kommunal indsats
5: Sundhedsindsatserne for børn og unge, der mistrives mentalt, skal styrkes	10: En revidering af specialuddannelse af psykologer og specialuddannelse af sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje skal overvejes	15: Anvendelse af data på tværs af sektorer vedr. mennesker med psykiske lidelser skal styrkes

Anbefaling 1: De nationale mål for sundhedsvæsenet skal udvikles med fokus på psykiatrien

Indikatorerne under de nationale mål skal løbende udvikles, så de i højere grad afspejler den ønskede retning for sundhedsvæsenet og værdien for den enkelte patient, fx i forhold til et sammenhængende patientforløb. Samtidig er det vigtigt, at det samlede antal indikatorer er overskueligt.

For at sikre større fokus på psykiatrien og udvikle nye sammenhængsindikatorer anbefales det, at:

De nationale mål for sundhedsvæsenet skal udvikles med fokus på psykiatrien.

Det betyder konkret, at:

- *Der umiddelbart laves opgørelser både for somatikken og psykiatrien ved følgende indikatorer:*
 - Patientoplevelset tilfredshed.
 - Patientoplevelset inddragelse.
 - Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehusene.
- *I regi af nationale mål udvikles der indikatorer vedrørende psykiatri med fokus på sammenhæng på tværs af sektorer, herunder en indikator for genindlæggelser.*

Anbefaling 2: Styregruppen for lærings- og kvalitetsteam skal løbende overveje, hvorvidt der skal udvikles lærings- og kvalitetsteams på psykiatriområdet

Lærings- og kvalitetsteam har til formål at forbedre den kliniske kvalitet og resultatet samt oplevelsen af behandling, pleje og forløb for brugere, patienter og pårørende. På psykiatriområdet kan der aktuelt peges på en række særlige udfordringer, der kan begrunde, at der etableres lærings- og kvalitetsteams med henblik på at løfte kvaliteten.

Eksempelvis henvises et stigende antal børn og unge, der mistrives til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Samtidig er der potentiale for at styrke arbejdet med at reducere brugen af tvang over for mennesker med psykiske lidelser.

For at understøtte kvalitetsudvikling i psykiatrien anbefales det, at:

Styregruppen for lærings- og kvalitetsteam skal løbende overveje, hvorvidt der skal udvikles lærings- og kvalitetsteams på psykiatriområdet.

Det betyder konkret, at:

- *Arbejdsgruppen opfordrer styregruppen for lærings- og kvalitetsteams til fagligt at overveje at udvikle lærings- og kvalitetsteams inden for fx ovennævnte områder.*

Anbefaling 3: Anvendelsen af eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser for mennesker med psykiske lidelser skal revideres og opdateres

De regionale og landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser er med til at måle kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrager til at forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater. De kliniske kvalitetsdatabaser rummer værdifuld viden om kvaliteten af patientbehandlingen og udgør derfor en potentiel vigtig datakilde til at understøtte kvalitetsudvikling, monitorering og styring i sundhedsvæsenet.

For at styrke grundlaget for kvalitetsudvikling, planlægning og styring på psykiatriområdet anbefales det, at:

Anvendelsen af eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser for mennesker med psykiske lidelser skal revideres og opdateres.

Det betyder konkret, at:

- *Regionerne styrker datakvaliteten og registreringspraksis*
Regionerne understøtter, at de dataansvarlige styrker fokus på både bedre datakvalitet og registreringspraksis og en bedre og mere systematisk anvendelse af data i de kliniske kvalitetsdatabaser på psykiatriområdet.
- *Den tværsektorielle viden styrkes i kvalitetsdatabaserne*
Kommunerne indgår i arbejdet med at afdække, hvorvidt de kliniske kvalitetsdatabaser på sigt skal anvendes tværsektorielt på psykiatriområdet, så viden om kvaliteten i patienternes samlede forløb indsamles eller indgår og kan danne grundlag for kvalitetsudvikling mv. Det kan være oplysninger om aktiviteter, medicinbehandling og patientrapporterede oplysninger mv. efter sundhedslovens regler.

Anbefaling 4: Sundhedsstyrelsen skal som en del af kvalitetsplanen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udarbejde faglige anbefalinger for de sundhedsfaglige indsatser, der udføres i kommunalt socialpsykiatrisk regi og regionernes rolle i forbindelse hermed.

I dag fastsættes den faglige ramme for sygehusenes behandling bl.a. med Sundhedsstyrelsens specialeplan, de Nationale Kliniske Retningslinjer, ligesom Sundhedsstyrelsen rådgiver regionerne i forhold til den generelle planlægning på sundhedsområdet, herunder i psykiatriplaner. Der findes dog ikke på samme måde en national faglig rammesætning for de nære sundhedsindsatser uden for sygehusene.

Overgangen mellem den regionale psykiatri og kommunale socialpsykiatriske tilbud kan være en kritisk fase for borgeren. Samtidig er tidlig opsporing og forebyggende indsatser for mennesker med psykiske lidelser på botilbud centrale for at sikre mindst mulig indgriben i borgerens hverdag og bedst brug af sundhedsvæsenets ressourcer. Når der eksempelvis sker ændringer i en borgeres fysiske eller psykiske tilstand, er det afgørende, at dette opspores tidligt, og at der handles derpå. Det kræver et tæt samarbejde mellem den regionale psykiatri og de socialpsykiatriske indsatser, herunder at de rette sundhedsfaglige kompetencer er tilknyttet de længerevarende botilbud. For at sikre et højt fagligt niveau i de sundhedsfaglige indsatser i kommunalt socialpsykiatrisk regi og et stærkt tværsektorielt samarbejde, er der på sigt behov for sundhedsfaglige anbefalinger.

For at sikre, at mennesker med psykiske lidelser tilbydes indsatser af høj, ensartet kvalitet i de nære omgivelser anbefales det, at:

Sundhedsstyrelsen skal som en del af kvalitetsplanen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udarbejde anbefalinger for de sundhedsfaglige indsatser, der udføres i kommunalt socialpsykiatrisk regi og regionernes rolle i forbindelse hermed.

Det betyder konkret, at:

- *Som en del af kvalitetsplanen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger for de sundhedsfaglige indsatser, der udføres i kommunalt socialpsykiatrisk regi og regionernes rolle i forhold til ansvar, rådgivning og sikring af kompetencer. Anbefalingerne skal baseres på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe effektive sundhedstilbud.*

Anbefaling 5: Sundhedsindsatserne for børn og unge, der mistrives mentalt, skal styrkes

Indsatsen for børn, unge samt deres familier er præget af mange aktører og arenaer, som anvender forskellige tilgange og sprog. En styrket indsats i forhold til mental mistrivsel hos børn og unge kræver, at de rette tilbud er tilstede med et tæt samarbejde mellem aktørerne på området, herunder sundhedsplejen, socialforvaltningen, PPR og praksissektoren.

For at sikre børns og unges mentale trivsel, deres familiers tilknytning til hverdagslivet og for at reducere samt forebygge behovet for indsatser i børne- og ungdomspsykiatrien anbefales det, at:

Sundhedsindsatserne for børn og unge, der mistrives mentalt, skal styrkes.

Det betyder konkret, at:

- *Sundhedsplejen skal øge fokus på mental sundhed og mistrivsel blandt børn og unge*
For at imødekomme udfordringer med at besætte sundhedsplejerskestillingerne, og fordi sundhedsplejerskernes kerneopgaver er under pres, har Sundheds- og Ældreministeriet drøftet mulighederne for at øge optaget på sundhedsplejeuddannelsen med Uddannelses- og Forskningsministeriet og KL. Dette har ført til, at optaget af studerende på uddannelsen kan øges fra 100 til 120 studerende årligt i 2018, 2019 og 2020.
- *Sundhedsplejens og almen praksis' indsats for børn og unge, der mistrives mentalt, skal styrkes*
Dette skal også ses i lyset af satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2017-2020, hvor der blev afsat midler til en styrket sundhedsplejeindsats over for sårbare og udsatte børn og familier.
- *Det tværsektorielle samarbejde på området skal styrkes ved implementering af igangværende initiativer på området.*
Dette skal ses i lyset af udviklingen og implementeringen af forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske udfordringer fra satspuljen 2017-2020. Ligesom der med satspuljen på sundhedsområdet for 2018-2021 er afsat midler til at styrke området, herunder afprøvning af fremskudt regional funktion.

Anbefaling 6: Integrerede samarbejdsmodeller skal afprøves og udbredes for at understøtte sammenhængende borgerforløb på psykiatriområdet

Flere steder udvikles og implementeres integrerede samarbejdsmodeller, der har til formål at øge sammenhængen i borgerens indsatser. Det er en udvikling, som arbejdsgruppen ønsker skal fortsætte.

For at understøtte, at mennesker med psykiske lidelser oplever en sammenhængende indsats og færrest mulige indgange til systemet, anbefales det, at:

Integrerede samarbejdsmodeller skal afprøves og udbredes for at understøtte sammenhængende borgerforløb på psykiatriområdet

Det betyder konkret at:

- *Regioner og kommuner skal udbrede integrerede samarbejdsmodeller og fælles tilbud på psykiatriområdet med udgangspunkt i erfaringerne på området.*

- *I regi af igangværende frikommuneforsøg fjerner Sundheds- og Ældreministeriet barrierer i sundhedsloven vedr. drift, myndighedsansvar, klageadgang, magtanvendelse og fælles finansiering, som der skal søges dispensation for i forhold til integrerede samarbejdsmodeller.*
Som det er målet generelt med frikommuneforsøgene er det hensigten, at frikommunernes gode erfaringer kan udbredes til andre kommuner og danne grundlag for ændringer af regler, der i dag kan virke uhensigtsmæssige for kommunernes opgaveløsning.
- *Staten sikrer fortsat, under inddragelse af relevante parter, rammerne for integrerede samarbejdsmodeller.*

Anbefaling 7: Overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til psykiatrien skal styrkes og i højere grad tage højde for individuelle forskelle i behandlingsbehov

På psykiatriområdet kan overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien for nogle unge føles meget brat. Nogle unge oplever, at behandlingstilbuddet i børne- og ungdomspsykiatrien er mere helhedsorienteret og målrettet end i psykiatrien. De unge kan opleve, at de møder en mere forskellig gruppe af behandlere og medpatienter i psykiatrien, end de kender til fra børne- og ungdomspsykiatrien. Omvendt er der nogle, der kan have gavn af de mere intensive indsatser, som tilbydes i psykiatrien.

For at understøtte, at unge med psykiske lidelser får en bedre overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien anbefales det, at:

Overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien skal styrkes og i højere grad tage højde for individuelle forskelle i behandlingsbehov.

Det betyder konkret, at:

- *Der skal udvikles redskaber, der understøtter en bedre overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien.*

Anbefaling 8: Monitoreringen af de regionale pakkeforløb i psykiatrien skal styrkes

For at ensarte og højne kvaliteten samt produktiviteten anvender regionerne i dag pakkeforløb i psykiatrien. Regionerne har siden 2012 udarbejdet og introduceret pakkeforløb i psykiatrien for en række ikke-psykotiske lidelser. Der foretages ikke en national monitorering af pakkeforløbene, hvilket vanskeliggør den nationale vurdering af resultaterne af pakkeforløbene.

For at skabe mere gennemsigtighed i udredningen og behandlingen af patienterne i psykiatrien anbefales det, at:

Monitoreringen af de regionale pakkeforløb i psykiatrien skal styrkes.

Det betyder konkret, at:

- *Danske Regioner udvikler indikatorer, der kan understøtte monitoreringen af pakkeforløb i psykiatrien.*

Anbefaling 9: Almen praksis bør styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel

Almen praksis er i høj grad i kontakt med mennesker, der har eller er i risiko for at udvikle psykiske lidelser og mistrivsel, både direkte og indirekte i forbindelse med deres psykiske udfordringer. Derfor er indsatserne i almen praksis og samarbejdet med de specialiserede og kommunale tilbud afgørende for at sikre, at mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel tilbydes indsatser af høj, ensartet kvalitet i de nære omgivelser.

For at sikre, at mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel tilbydes indsatser af høj, ensartet kvalitet inden udfordringerne vokser sig så store, at der er behov for mere intensive indsatser, anbefales det, at:

Almen praksis bør styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel.

Det betyder konkret, at:

- *Almen praksis opfordres til større brug af andre faggrupper med fx relevant efteruddannelse, som eksempelvis sygeplejersker både i forhold til voksne, børn og unge.*
- *Den regionale psykiatri skal styrke samarbejdet med og rådgivning af almen praksis.*
- *Samarbejdet mellem almen praksis og sundhedsplejen skal styrkes.*
- *Samarbejdet med de kommunale sundhedstilbud og relevante socialpsykiatriske tilbud, herunder som det er målet med aftale om faste læger tilknyttet længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 for borgere med psykiske lidelser, skal styrkes.*

Anbefaling 10: Revidering af specialuddannelse af psykologer og specialuddannelse af sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje skal overvejes

For at imødekomme de nuværende udfordringer med manglen på speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien samt psykiatrien og ønsket om effektiv brug af personaleressourcer er det vigtigt at sikre, at der er de rette muligheder for opgaveflytning til relevante faggrupper som specialuddannede psykologer og specialuddannede sygeplejersker.

For at adressere manglen på faste rammer, der understøtter opgaveflytning til specialuddannede psykologer eller sygeplejersker, anbefales det, at:

Revidering af specialuddannelse af psykologer og specialuddannelse af sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje skal overvejes

Det betyder konkret, at:

- *Rådet for Specialpsykologuddannelsen og Specialuddannelsesrådet for uddannelse til specialsygeplejerske i psykiatrisk sygepleje overvejer i samarbejde med relevante parter, herunder Sundhedsstyrelsen, om indholdet i specialuddannelsen for psykologer og sygeplejersker bør revideres for at imødekomme fremtidens udfordringer og efterspørgsel efter konkrete og praksisnære kompetencer inden for psykiatrien med fortsat respekt for uddannelsernes særlige faglighed.*

Dette skal ses i lyset af mulighederne for, at specialuddannede sygeplejersker kan spille en større rolle med at sikre indsatser af høj, ensartet kvalitet for mennesker med psykiske lidelser i det nære sundhedsvæsen, jf. anbefaling 3 vedr. kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og 9 vedr. almen praksis.

Anbefaling 11: Bedre nationale data på sengepladser i psykiatrien

Antallet af sengepladser skal afspejles i en tilstrækkelig kapacitet i psykiatrien, herunder at der er tilstrækkelig stationær kapacitet til patienter, der har behov for indlæggelse i kortere eller længere perioder. En valid og nuanceret opgørelse af sengepladser er dermed vigtigt for at skabe transparens og indsigt i kapaciteten i psykiatrien.

I dag indberetter regionerne særskilte henholdsvis månedlige og kvartalsvise opgørelser af deres sengekapacitet til både Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. De to opgørelser divergerer imidlertid ofte, bl.a. fordi der anvendes forskellige opgørelsesmetoder og tilretning. Dertil opgøres alle de forskellige typer af sengepladser som en sengeplads uden yderligere differentiering i Sundhedsdatastyrelsen. En udvidet kategorisering i opgørelsen af sengepladser vil kunne skabe større transparens i forhold til ressource- og kapacitetsudnyttelsen i psykiatrien.

For at sikre et mere nuanceret vidensgrundlag om den stationære kapacitet i psykiatrien, samt skabe mulighed for at kunne følge og sammenligne på tværs, anbefales det, at:

Der laves en ensartet national opgørelse af sengepladser i psykiatrien.

Det betyder konkret, at:

- *Der etableres ét fælles indberetningssted til sengepladser i psykiatrien i regi af Sundhedsdatastyrelsen, hvor regionerne indberetter månedsvise opgørelser hvert kvartal.*
- *Sengepladserne kategoriseres i følgende kategorier:*
 - *Børn og unge-psykiatrien: Åbne (5-døgnspladser omregnes til 7-døgnspladser), lukkede, integrerede/skærmede (5-døgnspladser omregnes til 7-døgnspladser).*
 - *Voksenpsykiatrien: Åbne (5-døgnspladser omregnes til 7-døgnspladser), lukkede, integrerede/skærmede (5-døgnspladser omregnes til 7-døgnspladser), fælles kommunale-regionale, særlige pladser, retspsykiatriske åbne, retspsykiatriske lukkede, retspsykiatriske integrerede/skærmede, retspsykiatriske sikringen.*
- *Sengepladser i psykiatrien opgøres fremadrettet som normerede sengepladser.*

Anbefaling 12: National opgørelse af udgifterne i psykiatrien

Der findes i dag ikke en "autoriseret" opgørelse af udgifterne i psykiatrien ud fra Økonomi- og Indenrigsministeriets kontoplan for regionerne. I dag opgøres udgifterne i psykiatrien enten ud fra de tilrettede driftsudgifter eller ud fra regionernes særlige indberetninger, men hvor de to opgørelser divergerer.

Det vurderes, at der er behov for en konsolideret opgørelse af udgifterne i psykiatrien. Ud fra et samtidigt hensyn til at nedbringe administrationsbyrden for regionerne via omfattende opfølgingsregimer og manuel indberetning af skøn for udgiftsniveauet i sektoren anbefales det, at:

Der laves en national opgørelse af udgifterne i psykiatrien ud fra regionernes autoriserede kontoplan.

Det betyder konkret, at:

- *Der oprettes en særskilt funktion (1.10.02) til psykiatriske sygehuse i regionernes autoriserede kontoplan. På denne funktion registreres direkte henførbare udgifter og indtægter vedrørende regionernes psykiatriske sygehuse, samt udgifter og indtægter vedrørende psykiatriske sygehusydelser, der leveres uden for regionen. Der anvendes samme grupperinger og momsrefusionsregler som på funktion 1.10.01.*

- *Der oprettes under den gældende funktion 1.60.40 central administration af sundhedsområdet en gruppering 001 til fordeling af den andel af den centrale administration, der vedrører psykiatri. Disse indirekte udgifter/indtægter fordeles senest ved regnskabsafslutningen. Udgifter til decentral administration af psykiatriområdet konteres på funktion 1.10.02.*
- *Der oprettes under den nye funktion 1.10.02 en gruppering 001 til fordeling af den andel vedr. psykiatri som anvendes til tværgående servicefunktioner/hjælpeaktiviteter der ikke har med den direkte patientbehandling at gøre, fx laboratorier, køkkener, vaskeri. Såfremt der for disse aktiviteter ikke foretages intern afregning, fordeles de indirekte udgifter/indtægter hertil senest ved regnskabsafslutningen.*

Anbefaling 13: Oprettelse af en national opgørelse af personale i den regionale psykiatri

Personalet i psykiatrien og socialpsykiatrien er en væsentlig faktor for opgørelse af kapaciteten. Der er en stigende efterspørgsel på at kunne opgøre kapaciteten og dermed også opgøre personalet.

Personale i psykiatrien:

I gennem de senere år har der i flere omgange været afsat midler til at ansætte flere i psykiatrien heriblandt i satspuljeaftalen for 2015-2018. En konsolideret opgørelse af personalet i psykiatrien er dermed afgørende for at kunne følge udviklingen i personalet i sektoren. For at sikre en konsolideret og konsistent opgørelse af personale i psykiatrien er det væsentligt, at opgørelserne bliver indarbejdet som en del af de løbende opgørelser, der offentliggøres med jævnlig kadence.

Personale i socialpsykiatrien:

Der er ligeledes efterspørgsel på at kunne opgøre personalet i socialpsykiatrien. Flere forhold udfordrer opgørelsen af personale i socialpsykiatrien, og det er dermed ikke muligt at opgøre retvisende opgørelser af personale i socialpsykiatrien, hverken ud fra oplysninger fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) på samme vis som ved personalet i psykiatrien eller ud fra fx Tilbudsportalen.

For at opnå transparens i forhold til personaleressourcer og konsolidering af opgørelsesmetoden anbefales det, at:

Der oprettes en samlet national opgørelse af personale i den regionale psykiatri.

Det betyder konkret, at:

- *Personale i psykiatrien opgøres som en delmængde af den eksisterende opgørelse af fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse i Danmark på baggrund af KRL. I dag leveres opgørelsen af KRL hvert kvartal til SDS, og opgøres ud fra lønoplysningerne. Opgørelse af personale i psykiatrien vil dermed blive en del af den eksisterende opgørelse og offentliggørelse.*
- *Personalet i psykiatrien opdeles i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.*

Anbefaling 14: Mere viden om sammenhæng mellem regional og kommunal indsats

Mange mennesker med psykiske lidelser vil opleve at modtage ydelser fra forskellige sektorer. Fordelingen af det offentlige ansvar mellem flere sektorer stiller store krav til koordination og samarbejde mellem de forskellige aktører for at kunne lave sammenhængende patientforløb for den enkelte patient/borger.

En andel af de patienter, der udskrives fra et psykiatrisk sygehus, vil have behov for indsatser og støtte fra den kommunale socialpsykiatri i henhold til serviceloven, sundhedsloven, aktivloven mv.

For at opnå mere viden om sammenhæng mellem regional og kommunal indsats anbefales det, at:

Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet igangsætter et samarbejde med fokus på at udnytte eksisterende data bedre med henblik på at belyse sammenhæng og overlap mellem regional indsats og kommunal indsats efter serviceloven.

Anbefaling 15: Anvendelse af data på tværs af sektorer vedr. mennesker med psykiske lidelser skal styrkes

Adgang til data af høj kvalitet er en væsentlig forudsætning for at skabe bedre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer, jf. *udvalgsarbejdet om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*. Ifølge udvalgsarbejdet er en forudsætning for, at brugen af data kan skabe forbedringer i sundhedsvæsenet bl.a., at data skal være tilgængelig for medarbejdere og ledelse, så det er muligt at følge op på egen indsats, sammenligne sig med andre med henblik på at skabe læring og udvikle kvaliteten samt effektiviteten af behandling og pleje til gavn for patienter og borgere.

Ydermere beskriver udvalgsarbejdet, at en vigtig forudsætning for et sammenhængende sundhedsvæsen bl.a. er, at kommunerne, sygehusene og praksissektoren kender hinandens indsats og har data til rådighed, der kan bidrage til en koordineret planlægning og tilrettelæggelse af indsatsen på tværs af sektorerne.

For at skabe en bedre dataunderstøttelse og udveksling af data på tværs af sektorer anbefales det, at:

Anvendelse af data på tværs af sektorer vedr. mennesker med psykiske lidelser skal styrkes.

3. Indblik i psykiatrien og sociale indsatser for mennesker med psykiske lidelser

3.1 Indledning

Mennesker med psykiske lidelser, der har haft kontakt med psykiatriske sygehuse kan datamæssigt relativt let identificeres ud fra nationale registre. Dog er det noget mere vanskeligt at identificere mennesker, der behandles for deres psykiske sygdom i praksissektoren, som fx i almen praksis. Ligeledes vil der være en del af målgruppen, som alene er i kontakt med den kommunale socialpsykiatri, og disse kan ikke adskilles fra borgere med handicap i de nationale registre.

Målgruppen for patientpopulationen, der er i behandling i det regionale sundhedsvæsen, er i denne afrapportering afgrænset ved patienter:

- Med kontakt til psykiatriske sygehuse (indlæggelser og ambulante besøg)
- Med kontakt til speciallægepraksis i psykiatri og børnepsykiatri
- Med kontakt til psykologordning med henvisningsårsagerne angst og depression
- Med ydelsen samtaleterapi i almen praksis
- Med forbrug af udvalgte lægemidler til behandling af psykisk sygdom (psykofarmaka)

Målgruppen for populationen, der modtager en kommunal indsats er i denne afrapportering afgrænset til personer, der modtager sociale indsatser under serviceloven, fordelt på følgende tre hovedkategorier:

- Voksne med handicap
- Udsatte voksne
- Udsatte børn og unge

Figur 1 skitserer antal personer i behandling på psykiatriske sygehuse og i praksissektoren i det regionale sundhedsvæsen. Samlet set har omkring 148.500 personer modtaget behandling på psykiatriske sygehuse i 2016. Det svarer til ca. 2,6 pct. af hele den danske befolkning. Hovedparten af disse har haft ambulant besøg på sygehuset, mens omkring 24.500 personer, svarende til 0,4 pct. af befolkningen, har haft en psykiatrisk indlæggelse, *jf. figur 1*.

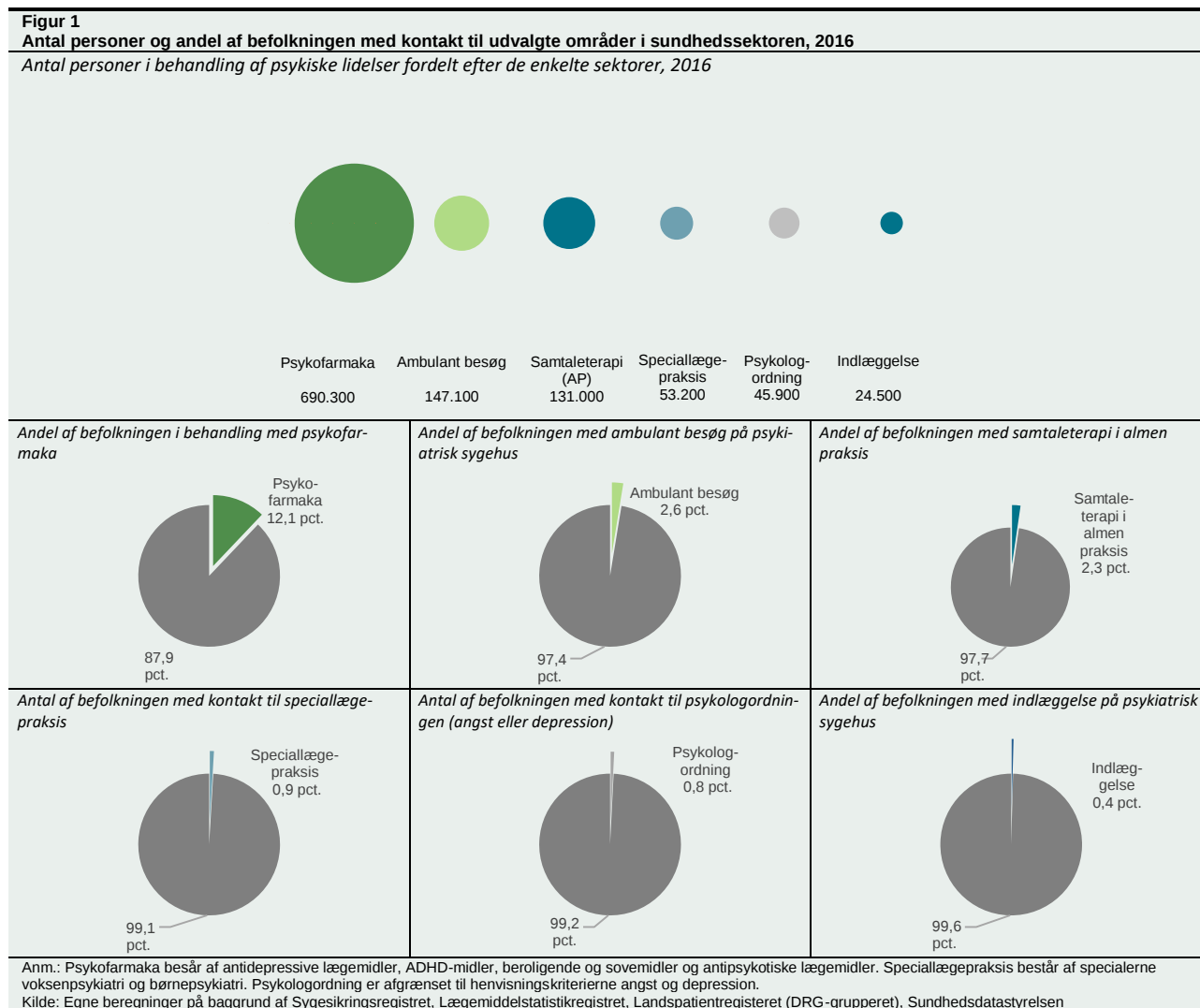
Der findes ikke et registerbaseret overblik over hvor mange patienter med psykiske diagnoser og problemer, der behandles i almen praksis. Hovedparten af befolkningen (ca. 85 pct.) kontakter almen praksis i løbet af et år.

I 2016 har omkring 131.700 personer, svarende til ca. 2,3 pct. af befolkningen, fået ydelsen samtaleterapi i almen praksis, der bl.a. ydes til personer med psykiske problemer.

Under 1 pct. af befolkningen har været i kontakt med henholdsvis speciallægepraksis eller psykolog (som følge af angst eller depression).

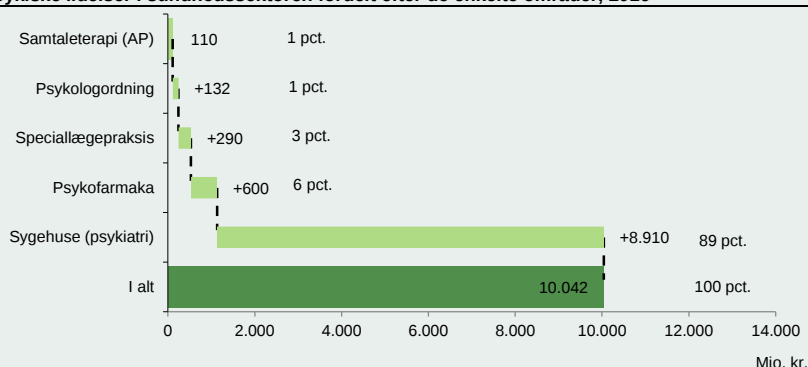
Omkring ca. 690.300 personer, svarende til ca. 12 pct. af den danske befolkning, var i 2016 i medicinsk behandling med psykofarmaka som antidepressive- og antipsykotiske lægemidler, ADHD-medicin og beroligende- og sovemedicin.

Hertil kommer, at omkring 168.400 personer modtager en indsats efter serviceloven i kommunalt regi. Tallet omfatter ikke kun personer, der har psykiske problemer men også eksempelvis udsatte børn og unge, der modtager en foranstaltning eller er anbragte samt udsatte voksne og voksne med handicap.



Med udgangspunkt i de udvalgte områder i sundhedssektoren kan behandlingen af mennesker med psykiske lidelser samlet set opgøres til ca. 10 mia. kr., jf. figur 2. Heraf tegner de psykiatriske sygehuse sig for langt hovedparten af udgiften. De tilrettede driftsudgifter til psykiatriske sygehuse udgør 8,9 mia. kr. Regionale tilskudsudgifter til psykofarmaka udgør godt 600 mio. kr., mens det aktivitetsafhængige ydelseshonorar til speciallægepraksis udgør knap 300 mio. kr. Ydelseshonoraret til psykologhjælp (ifm. behandling af mennesker med angst og depression) udgør godt 130 mio. kr., og ydelseshonoraret til samtaleterapi i almen praksis udgør ca. 120 mio. kr.

Figur 2
Udgifter til behandling af psykiske lidelser i sundhedssektoren fordelt efter de enkelte områder, 2016



Anm.: Børne- og ungdomspsykiatri er for børn og unge under 19 år. Der er anvendt forskellige kilder til opgørelse af udgifterne på de enkelte områder. Udgifterne til psykiatriske sygehuse er baseret på regnskabstal (de tilrettede driftsudgifter), udgifterne til psykofarmaka er baseret på det regionale tilskud for udvalgte lægemiddelgrupper, mens udgifterne i praksissektoren er det samlede ydelseshonorar på de enkelte områder.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen

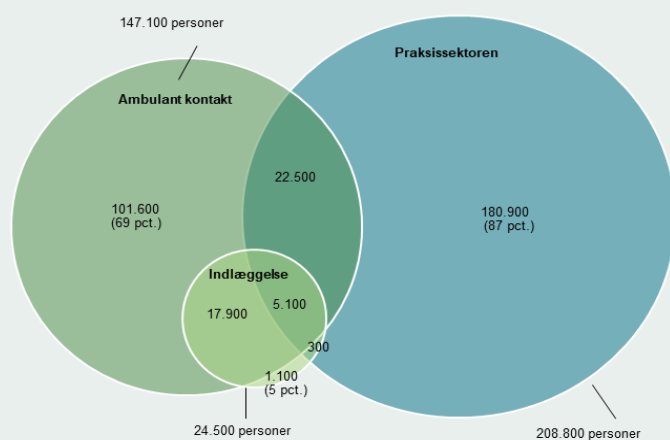
De samlede offentlige nettodriftsudgifter til socialområdet var 45,4 mia. kr. i 2016. Heraf er udgiften til området for udsatte børn og unge 15,7 mia. kr., mens udgiften til voksenområdet udgør 29,7 mia. kr. Det er ikke muligt at opgøre udgifterne specifikt til 'socialpsykiatrien' på baggrund af den kommunale kontoplan. De samlede udgifter omfatter således både hele området for voksne med handicap, udsatte voksne samt udsatte børn og unge.

3.2 Patientsammenfald på tværs af de udvalgte områder inden for den regionale sundhedssektor

Nogle af patienterne modtager sideløbende behandling på tværs af områder i sundhedssektoren. Set på patientsammenfaldet over samme år, er det relativt begrænset, hvor mange patienter, der både har modtaget behandling på sygehuset og i udvalgte dele af praksissektoren. Det sidstnævnte er defineret ved kontakt til praktiserende speciallæge, praktiserende psykolog (for så vidt angår angst eller depression) og samtaleterapi i almen praksis.

Langt hovedparten af patienterne fra praksissektoren (næsten 90 pct.) har ikke samtidigt en kontakt til psykiatriske sygehuse, jf. figur 3.

Figur 3
Patientsammenfald mellem patienter på psykiatriske sygehuse og i udvalgte dele af praksissektoren, 2016



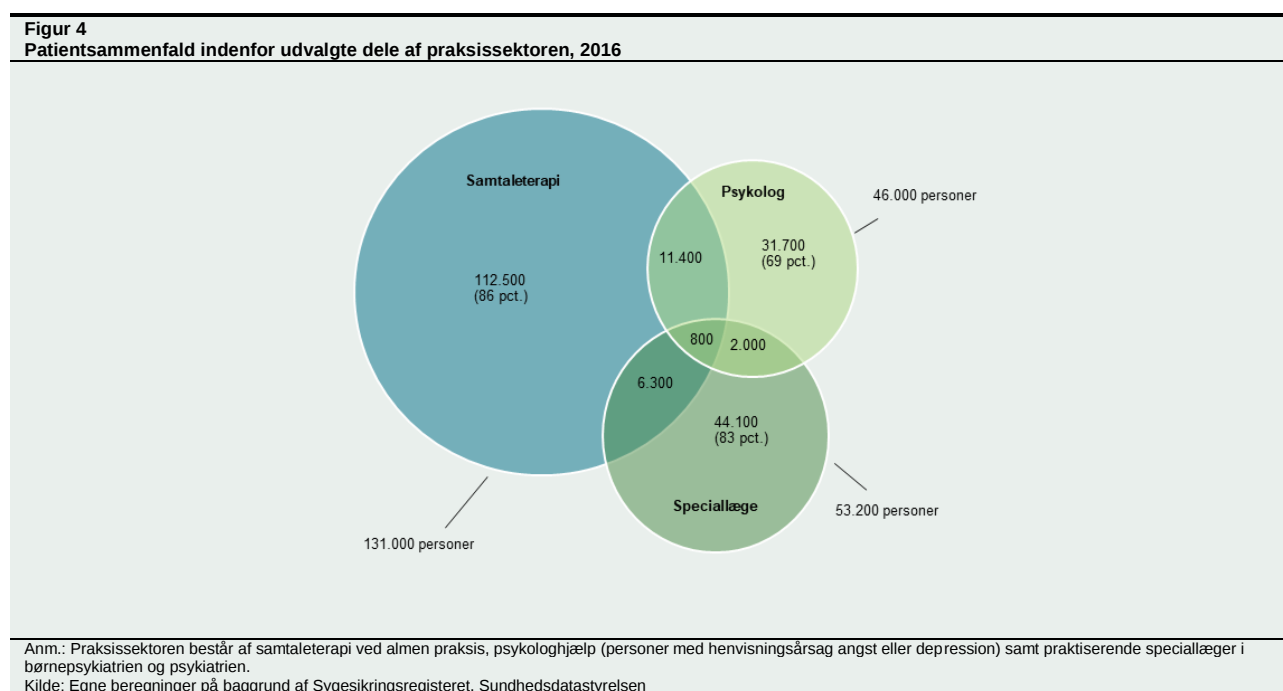
Anm.: Praksissektoren består af samtaleterapi ved almen praksis, psykologhjælp (personer med henvisningsårsag angst eller depression) samt praktiserende speciallæger i børnepsykiatrien og psykiatrien. Indlæggelse og ambulant besøg omfatter psykiatriske sygehuse.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Tilsvarende har de fleste patienter med ambulant besøg (ca. 70 pct.) hverken haft psykiatriske indlæggelser eller kontakter til de udvalgte dele af praksissektoren. De resterende ca. 20 pct. har både haft ambulant besøg og været i kontakt med praksissektoren, mens ca. 10 pct. har haft ambulant besøg og indlæggelse.

Det omvendte er imidlertid tilfældet for indlagte patienter, idet kun 5 pct. udelukkende har haft en eller flere psykiatriske indlæggelser. Hovedparten af de indlagte patienter (70 pct.) har, ud over indlæggelsen, også haft ambulant besøg i løbet af året, mens omkring 30 pct. både har haft en indlæggelse, ambulant besøg og kontakter i praksissektoren. Det indebærer, at næsten alle indlagte patienter også har haft ambulante besøg i løbet af året.

Inden for de udvalgte dele af praksissektoren er det også relativt begrænset, hvor stor en del af patienterne der behandles flere forskellige steder. Fx har knap 90 pct. af patienterne, der har modtaget samtaleterapi i almen praksis, ikke modtaget behandling under psykologordningen med henvisningskriterierne angst og depression eller speciallægepraksis i psykiatrien og børnepsykiatrien, jf. figur 4. Tilsvarende har over 80 pct. udelukkende modtaget behandling hos speciallæge og knap 70 pct. under psykologordningen. Det skal dog bemærkes, at behandling hos speciallæge og under psykologordningen kræver en henvisning og dermed en forudgående kontakt hos en alment praktiserende læge.



Det tyder dermed på, at de enkelte områder inden for sundhedssektoren hovedsageligt substituerer hinanden. Årsagen hertil kan være, at de enkelte områder varetager forskellige typer patienter, eller også at de enkelte delsektorer kun i mindre grad samarbejder om patienterne og overdrager patienterne til hinanden.

3.3 Det psykiatriske sygehusvæsen

Den sygehusbaserede psykiatri er forankret i regionerne og varetager bl.a. diagnostik og behandling af psykiske lidelser. Det er primært de middelsvære og svære tilstande, der behandles på psykiatriske sygehuse. Psykiatrien består af flere forskellige tilbud, akutte/planlagte, ambulante såvel som stationære (indlæggelser). Sygehuspsykiatrien er organiseret i en voksenpsykiatri og en børne- og ungdomspsykiatri¹.

3.3.1 Regionale udgifter til psykiatriske sygehuse

Med udgangspunkt i regionernes tilrettede driftsudgifter, udgjorde det psykiatriske sygehusvæsen i 2016 samlet set ca. 8,9 mia. kr. (2017-priser), jf. tabel 1 godt 3,5 mia. kr., svarende til ca. 40 pct. af de samlede udgifter, kan henføres til udgifterne i Region Hovedstaden. Det er 10 pct. point mere end Region Hovedstadens andel af den samlede patientpopulation tilsiger. Knap 20 pct. af de samlede udgifter afholdes i Region Syddanmark, hvilket er ca. 8 pct. point under deres patientandel.

Forskelle på tværs af regionerne i udgiftsandele sammenholdt med patientandelene kan skyldes flere forskellige faktorer. På den ene side kan der være forskelle i patientsammensætningen og dermed patienttyngde på tværs af de fem regioner, og på den anden side kan der være forskelle i evnen til at udnytte eksisterende kapacitet bedst muligt og tilbyde de mest omkostningseffektive behandlingsmuligheder til patienterne.

Tabel 1											
Tilrettede driftsudgifter til psykiatriske sygehuse fordelt på regioner, 2010-2016											
Mio kr. 2017-priser	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gns. årlig pct.vækst	Udgiftsandel i 2016 (pct.)	Andel af patienterne (pct.)	Andel i bef. (pct.)
Nordjylland	598	620	662	683	693	694	736	3,5	8	9	10
Midtjylland	1.531	1.571	1.650	1.682	1.705	1.733	1.749	2,2	20	22	23
Syddanmark	1.306	1.420	1.457	1.470	1.527	1.598	1.647	3,9	18	26	21
Hovedstaden	3.098	3.136	3.254	3.414	3.417	3.538	3.546	2,3	40	30	31
Sjælland	1.064	1.064	1.127	1.131	1.166	1.172	1.232	2,5	14	15	15
Hele landet	7.600	7.811	7.148	7.380	8.509	8.735	8.910	2,7	100	100	100
- Heraf børn og unge	1.167	1.191	1.301	1.297	1.327	1.345	1.355	2,5	15	23	22
- Heraf voksne	6.456	6.631	6.868	7.096	7.174	7.383	7.554	2,7	85	77	78

Anm.: De tilrettede driftsudgifter (DTD) er korrigerede regnskabstal for hospitaler og regioner indberettet til centraladministrationen.
Kilde: Regionernes indberetninger til Sundhedsdatastyrelsen

Hovedparten af udgifterne kan henføres til voksenpsykiatrien, som med knap 7,6 mia. kr. udgør ca. 85 pct. af de samlede udgifter. Børne- og ungdomspsykiatrien udgør næsten 1,4 mia. kr., svarende til ca. 15 pct. af de samlede udgifter.

3.3.2 Nettodriftsudgifter til personale

Størstedelen af udgifterne på psykiatriske sygehuse bruges på aflønning af personale. Fordelt på enkelte udgiftskomponenter udgjorde lønninger til personale og vikarer i 2016 ca. 7,5 mia. kr., svarende til 85 pct. af udgifterne til regional psykiatri, jf. tabel 2. Til sammenligning udgør lønninger ca. 70 pct. af udgifterne på somatiske sygehuse i regionerne.

Tabel 2									
Nettodriftsudgifter til psykiatrisk sygehusbehandling, 2011-2016									
2017-priser	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns pct. vækst	Andel (pct.)
Personale	6.636	6.861	6.988	7.175	7.262	7.463	12,5	2,4	85
Medicin	126	115	109	112	141	137	8,7	1,7	2
Øvrige udgifter	1.052	1.038	1.146	1.077	1.160	1.201	14,2	2,7	14
I alt	7.814	8.014	8.243	8.364	8.563	8.801	12,6	2,4	100

Anm. Nettodriftsudgifterne er udgifter og indtægter vedrørende regionens sygehuse samt udgifter og indtægter vedrørende sygehusydelse.
Kilde: Regionernes særlige indberetning til Økonomi- og Indenrigsministeriet

Den næststørste udgiftskomponent i de psykiatriske sygehuse er øvrige udgifter, hvilket bl.a. omfatter anskaffelser, inventar, apparatur, kliniske analyser, patientskadeerstatning mv. Disse udgjorde ca. 14 pct. af den samlede udgift, svarende til 1,2 mia. kr. Medicin udgjorde ca. 2 pct., svarende til 137 mio. kr.

3.3.3 Sundhedsfagligt personale i psykiatrien

I 2016 udgjorde det sundhedsfaglige personale ca. 10.200 personer ansat på de psykiatriske sygehuse, *jf. tabel 3*. Det svarer til knap 14 pct. af sundhedsfagligt personale i hele den offentlige sygehussektor.

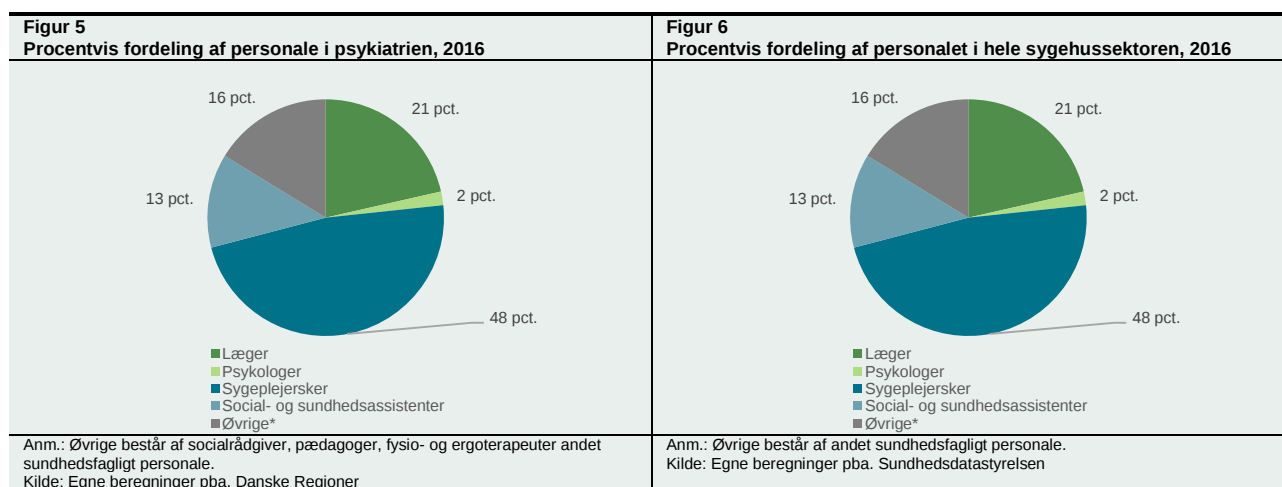
Fra 2010 til 2016 er antallet af sundhedsfagligt personale beskæftiget i psykiatrien steget med ca. 14 pct., svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 2,3 pct. Det skal bl.a. ses i lyset af, at antal patienter er steget med 30 pct. over samme periode, *jf. tabel 3*.

Med en 50 pct. stigning over perioden 2010-2016 er psykologerne ansat på psykiatriske sygehuse den faggruppe, der er steget mest i de senere år. Antallet af sygeplejersker er steget med ca. 32 pct., mens antallet af læger er steget med ca. 12 pct. i samme periode. Til sammenligning var den procentvise vækst for personalet i hele sygehussektoren betydeligt svagere - ca. 2 pct. over hele perioden 2010-2016, svarende til en årlig procentvis vækst på ca. 0,4 pct., *jf. tabel 4*.

Tabel 3										
Udvikling i antal fuldtidsbeskæftiget sundhedsfagligt personale i de regionale psykiatriske sygehuse, 2010-2016										
Antal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns. pct. vækst	Andel (pct.)
Læger	1.314	1.275	1.366	1.422	1.470	1.427	1.467	11,7	1,9	14
Psykologer	699	712	797	891	958	975	1.048	49,9	7,0	10
Sygeplejersker	3.126	3.222	3.481	3.765	3.993	4.004	4.137	32,4	4,8	41
Social- og sundhedsassistenter	2.526	2.439	2.296	2.282	2.373	2.387	2.334	-7,6	-1,3	23
Øvrige*	1.240	1.155	1.157	1.213	1.211	1.134	1.195	-3,6	-0,6	12
I alt	8.905	8.803	9.097	9.573	10.005	9.927	10.182	14,3	2,3	100
- Heraf børne- og ungdomspsykiatri	1.323	1.309	1.395	1.465	1.507	1.512	1.531	15,7	2,5	15
- Heraf voksenpsykiatri	7.582	7.494	7.699	8.108	8.499	8.415	8.651	14,1	2,2	85
<i>Sundhedsfagligt personale i hele sygehussektoren</i>	<i>73.013</i>	<i>72.041</i>	<i>72.159</i>	<i>74.094</i>	<i>74.743</i>	<i>74.518</i>	<i>74.681</i>	<i>2,3</i>	<i>0,4</i>	<i>100</i>
Anm.: Antallet af fuldtidsstillinger. Øvrige består af socialrådgiver, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter andet sundhedsfagligt personale.										
Kilde: Egne beregninger pba. af Danske Regioner										

Ud af de ca. 10.200 ansatte i psykiatrien er hovedparten, (ca. 8.700, svarende til 85 pct.) ansat i den regionale voksenpsykiatri, og de resterende ca. 1.500 er ansat i den regionale børne- og ungdomspsykiatri.

Den største personalegruppe i psykiatrien er sygeplejersker (ca. 41 pct.) efterfulgt af social- og sundhedsassistenter (23 pct.) samt læger (14 pct.), *jf. figur 5*.



I 2016 udgjorde de tilsammen knap 80 pct. af det sundhedsfaglige personale ansat på psykiatriske sygehuse. Omtrent samme andel udgjorde de tre personalekategorier ansat i hele sygehussektoren, *jf. figur 6*. På de psykiatriske sygehuse er andelen af læger og sygeplejersker lidt lavere end på de offentlige sygehuse generelt, mens andelen af plejepersonale og psykologer generelt er højere.

3.3.4 Aktivitetsudviklingen 2010-2016

Over perioden 2010-2016 er antallet af patienter steget med knap 30 pct., svarende til en stigning på knap 5 pct. årligt, *jf. tabel 4*. Til sammenligning er stigning i befolkningen ca. 3 pct. over samme periode, svarende til ca. 0,5 pct. årligt.

Tabel 4 Patienter og kontakter i det psykiatriske sygehusvæsen, 2010-2016									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns. årlig pct vækst
Kontakter og patienter i psykiatrisk sygehusvæsen, i alt									
- Antal patienter i alt (<i>tusinde</i>)	114	118	125	131	142	148	148	30,0	4,5
- Antal kontakter i alt (<i>tusinde</i>)	926	970	1.069	1.147	1.233	1.307	1.340	44,7	6,4
- Gns. antal kontakter pr. patient	8,1	8,2	8,6	8,8	8,7	8,8	9,0	11,1	1,8
Indlæggelser									
- Antal patienter (<i>tusinde</i>)	24	24	25	25	26	25	24	1,4	0,2
- Antal indlæggelser (<i>tusinde</i>)	41	42	43	44	46	46	46	11,7	1,9
- Gns. antal indlæggelser	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	11,8	1,9
- Antal dage (<i>tusinde</i>)	995	971	954	917	926	900	901	-9,4	-1,6
- Gns. liggetid pr. indlæggelse (<i>dage</i>)	24,3	23,3	22,0	20,7	20,3	19,5	19,7	-18,9	-3,4
- Genindlæggelsesfrekvens (<i>pct.</i>)	21,0	20,9	21,6	22,3	22,4	23,1	24,0	14,3	2,3
- Færdigbehandlingsdage	40.030	29.660	31.480	30.345	27.940	20.825	24.205	-39,5	-8,0
Ambulante besøg									
- Antal patienter (<i>tusinde</i>)	112	116	122	128	139	147	147	31,9	4,7
- Antal ambulante besøg (<i>tusinde</i>)	885	929	1.025	1.102	1.187	1.261	1.294	46,2	6,5
- Gns. antal ambulante besøg	7,9	8,0	8,4	8,6	8,5	8,6	8,8	11,4	1,8
Børne- og ungdomspsykiatri - kontakter og patienter, i alt									
- Antal patienter i alt (<i>tusinde</i>)	23	25	27	29	32	34	34	44,5	6,3
- Antal kontakter i alt (<i>tusinde</i>)	123	136	152	165	183	194	196	59,0	8,0
- Gns. antal kontakter pr. patient	5,3	5,4	5,6	5,7	5,7	5,7	5,8	9,4	1,5
Indlæggelser									
- Antal patienter (<i>tusinde</i>)	1,5	1,5	1,7	1,6	1,7	1,8	1,7	12,7	2,0
- Antal indlæggelser (<i>tusinde</i>)	2,1	2,1	2,3	2,5	2,7	3,0	2,9	42,0	6,0
- Gns. antal indlæggelser	1,4	1,5	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	21,4	3,3
- Antal dage (<i>tusinde</i>)	71	69	64	77	78	75	71	0,3	0,0
- Gns. liggetid pr. indlæggelse (<i>dage</i>)	34,2	32,2	27,8	31,4	29,4	25,0	24,1	-29,5	-5,7
- Genindlæggelsesfrekvens (<i>pct.</i>)	11,4	15,3	15,7	14,4	16,8	24,4	23,4	105,1	12,7
- Færdigbehandlingsdage	2.390	1.240	1.045	810	635	275	840	-64,9	-16,0
Ambulante besøg									
- Antal patienter (<i>tusinde</i>)	23	25	27	29	32	34	34	45,2	6,4
- Antal ambulante besøg (<i>tusinde</i>)	121	134	150	162	181	191	193	59,3	8,1
- Gns. antal ambulante besøg	5,2	5,3	5,6	5,7	5,7	5,7	5,7	9,6	1,5
Voksenpsykiatri - kontakter og patienter i psykiatrisk sygehusvæsen, i alt									
- Antal patienter i alt (<i>tusinde</i>)	91	94	98	103	110	115	116	26,5	4,0
- Antal kontakter i alt (<i>tusinde</i>)	803	835	916	982	1.049	1.113	1.145	42,5	6,1
- Gns. antal kontakter pr. patient	8,8	8,9	9,3	9,5	9,5	9,6	9,9	12,5	2,0
Indlæggelser									
- Antal patienter (<i>tusinde</i>)	23	23	23	24	24	23	23	0,7	0,1
- Antal indlæggelser (<i>tusinde</i>)	39	40	41	42	43	43	43	10,1	1,6
- Gns. antal indlæggelser	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	11,8	1,9
- Antal dage (<i>tusinde</i>)	924	902	890	839	848	825	830	-10,2	-1,8
- Gns. liggetid pr. indlæggelse (<i>dage</i>)	23,8	22,8	21,7	20,0	19,7	19,1	19,4	-18,5	-3,3
- Genindlæggelsesfrekvens (<i>pct.</i>)	21,5	21,2	21,9	22,7	22,7	23,0	24,1	12,0	1,9
- Færdigbehandlingsdage	37.640	28.420	30.435	29.535	27.305	20.550	23.365	-37,9	-7,6
Ambulante besøg									
- Antal patienter (<i>tusinde</i>)	89	91	95	100	108	114	114	28,7	4,3
- Antal ambulante besøg (<i>tusinde</i>)	764	795	875	940	1.006	1.069	1.102	44,2	6,3
- Gns. antal ambulante besøg	8,6	8,7	9,2	9,4	9,3	9,4	9,6	11,6	1,9

Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover.
Kilde: Egne beregninger pba. Landspatientregistret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen

Væksten i antallet af patienter er primært drevet af en vækst i ambulante patienter. Antallet af ambulante patienter er steget med knap en tredjedel, mens antallet af indlagte patienter stort set er uændret over perioden 2010 til 2016.

Antallet af kontakter til de psykiatriske sygehuse er steget med ca. 45 pct., svarende til ca. 6 pct. årligt. Da antallet af kontakter er steget mere end antal patienter indebærer det, at den enkelte patient modtager flere enkelttydelser i 2016 end i 2010. Væksten i antallet af kontakter er primært drevet af flere ambulante besøg. Antal ambulante besøg

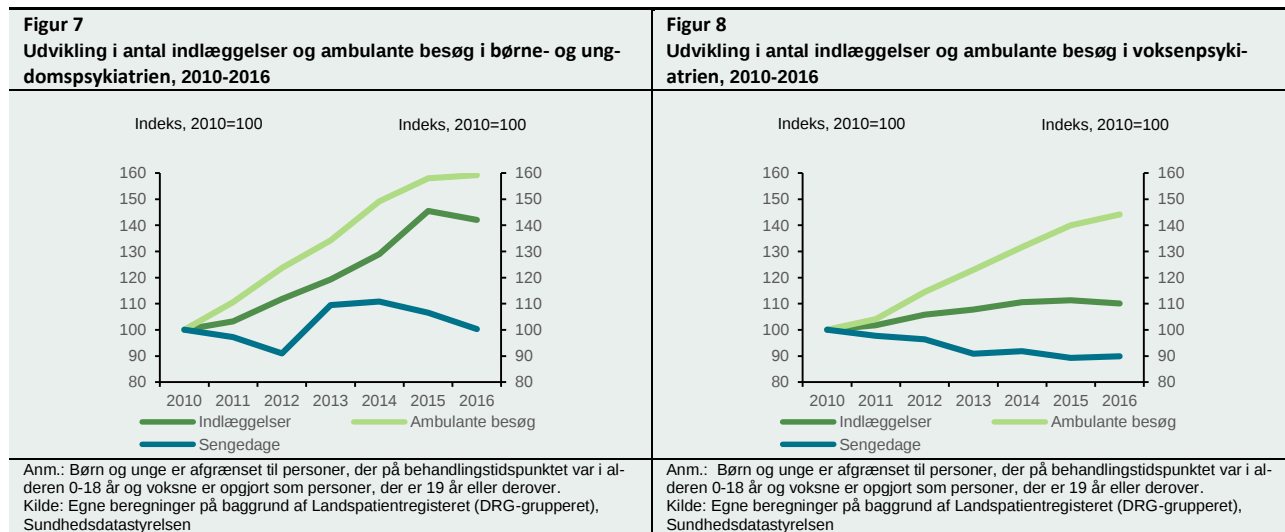
er steget med ca. 46 pct. over perioden, mens antal indlæggelser er steget med knap 12 pct. Samtidigt er antal senge-
dage faldet med knap 10 pct.

Stigning i antal indlæggelser kombineret med faldende antal sengedage indebærer, at den gennemsnitlige liggetid pr.
indlæggelse er faldet med knap 20 pct. En højere stigning i antal ambulante besøg i forhold til antal ambulante patien-
ter indebærer, at antal ambulante besøg pr. patient i gennemsnittet er steget fra 7,9 årlige besøg til 8,8 årlige besøg
over perioden 2010-2016. Færre indlæggelsesdage og flere ambulante besøg er en tendens, der også er gældende for
patienter med kontakt til somatiske sygehuse.

Sandsynligheden for, at en indlæggelse efterfølges af en akut genindlæggelse indenfor 30 dage, er større i psykiatrien
end i de somatiske sygehuse. Næsten hver fjerde indlæggelse fører til en genindlæggelse i 2016. Over perioden 2010-
2016 er genindlæggelsesfrekvensen på psykiatriske sygehuse steget fra ca. 21 pct. til 24 pct. Stigning i genindlæggel-
sesfrekvensen er særligt udpræget i børne- og ungdomspsykiatrien, og over perioden 2010-2016 er der sket mere end
en fordobling i frekvensen, fra ca. 11 pct. i 2010 til ca. 23 pct. i 2016.

Siden 2010 er antallet af færdigbehandlingsdage reduceret med 40 pct. og udgør i 2016 ca. 24.200 dage, hvilket svarer
til ca. 60 sengepladser. Antallet af færdigbehandlingsdage pr. indlæggelse er i 2016 ca. 17 gange højere i psykiatrien
end på de somatiske sygehuse. Antallet af sengedage pr. indlæggelse er dog også højere i psykiatrien sammenlignet
med somatiske sygehuse, og sammenlignes antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 sengedage er antallet af fæ-
rdigbehandlingsdage ca. 3 gange højere i psykiatrien end på somatiske sygehuse.

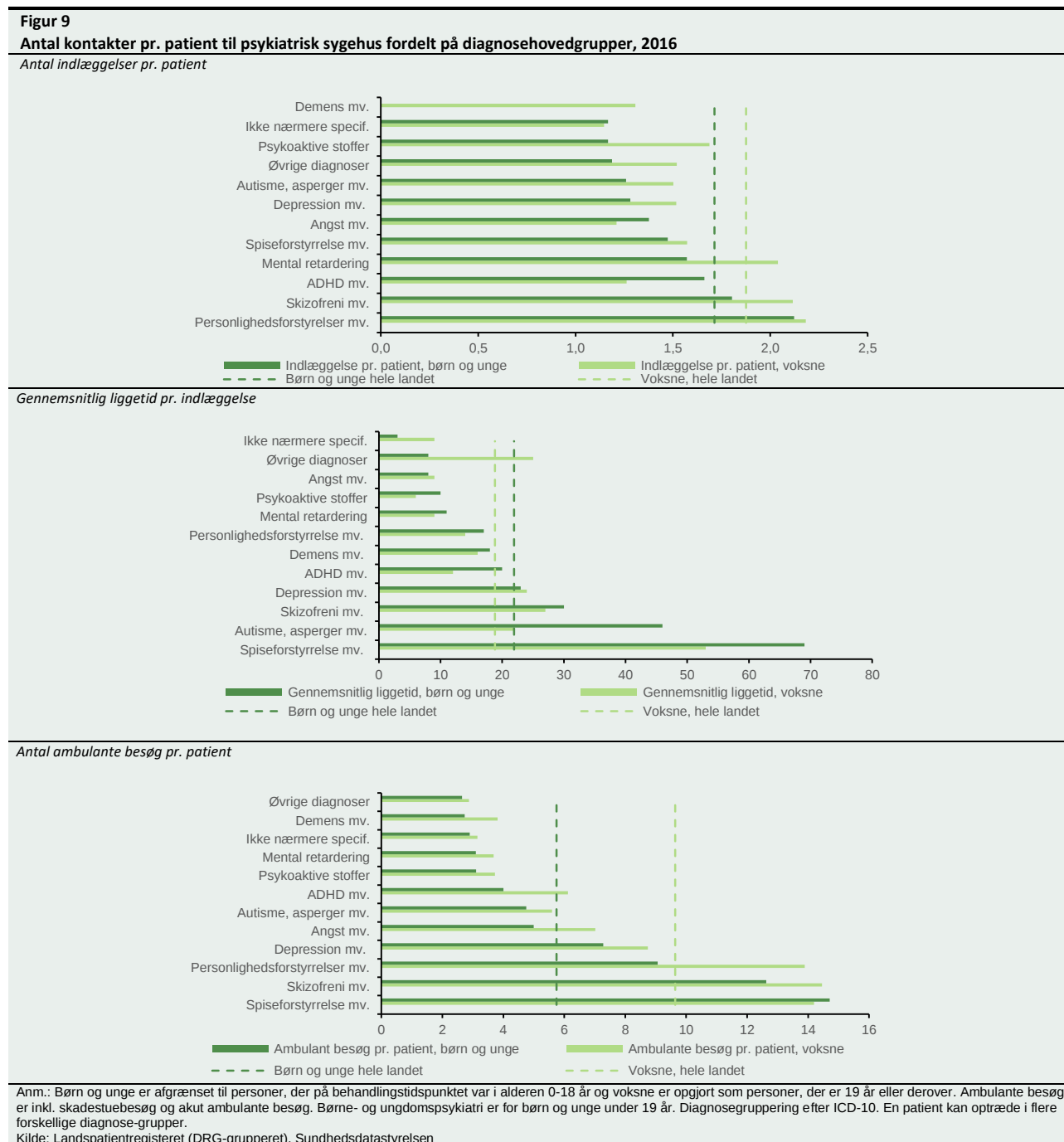
Antal ambulante besøg er steget med næsten 60 pct. i børne- og ungdomspsykiatrien, og godt 40 pct. i voksenpsyki-
atrien, jf. figur 7 og 8.



Der er dog forskel på hvor meget henholdsvis ambulant og stationær behandling fylder i børne- og ungdomspsyki-
atrien og voksenpsykiatrien. I børne- og ungdomspsykiatrien er 99 pct. af kontakterne ambulante besøg, mens den
resterende ene procent af aktiviteten udgør indlæggelserne. I voksenpsykiatrien udgør ambulante besøg ca. 97 pct. af
kontakterne. Udviklingen i antal indlæggelser har været mere moderat i voksenpsykiatrien med en stigning på ca. 10
pct., mens stigningen i børne- og ungdomspsykiatrien har været 42 pct. Antal sengedage er stort set uændret over
perioden 2010-2016 i børne- og ungdomspsykiatrien, mens det er reduceret med mere end 10 pct. i voksenpsyki-
atrien.

3.3.5 Forskelle i aktivitet og udgifter på tværs af psykiatriske diagnoser

Ved sammenligning af kontaktmønsteret i børne- og ungepsykiatrien med kontaktmønsteret i voksenpsykiatrien har voksne patienter generelt flere indlæggelser og flere ambulante besøg pr. patient, mens børn og unge har længere liggetid pr. indlæggelse, *jf. figur 9*.



Der er betydelige forskelle på, hvor hyppigt de enkelte patienter er i kontakt med henholdsvis de stationære og ambulante afdelinger på de psykiatriske sygehuse, alt efter hvilken diagnose patienterne har.

Både blandt børn og voksne er det patienter med diagnoserne skizofreni mv. og personlighedsforstyrrelser mv., der har flest indlæggelser i gennemsnit. Fx har voksne, der lider af disse diagnoser, i gennemsnit næsten én årlig indlæggelse mere end voksne, der lider af angst.

De længste indlæggelsestider (ca. 70 dage i gennemsnit) har både voksne og børn med spiseforstyrrelse mv. Børn og unge med ADHD mv. er i gennemsnit indlagt 20 dage pr. indlæggelse, mens børn og unge med angst mv. er indlagt i ca. 8 dage pr. indlæggelse.

I forhold til ambulante besøg er det både børn og voksne med skizofreni og spiseforstyrrelser, der i gennemsnit har flest ambulante besøg pr. patient. Børn og unge med spiseforstyrrelse har i gennemsnit 14,7 årlige ambulante besøg. Til sammenligning har børn og unge med autisme o.l. i gennemsnit 4,8 årlige ambulante besøg.

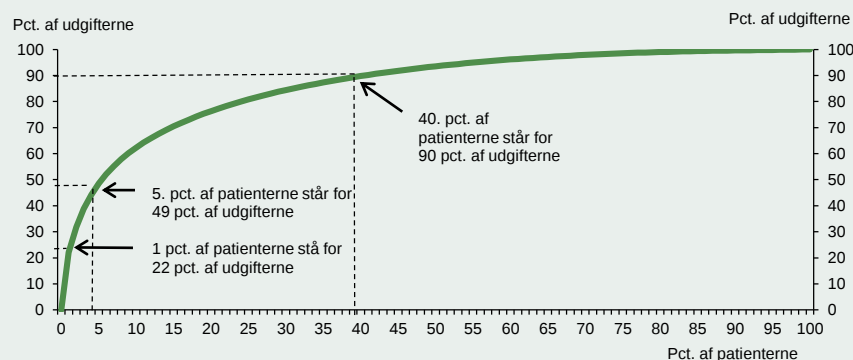
3.3.6 Få patienter har stort behandlingsbehov

Der er en betydelig variation i, hvor ofte psykiatriske patienter har kontakt med den regionale psykiatri, hvor længe de er indlagt på et sygehusafsnit og dermed hvor store udgifter, der er forbundet med behandlingen af de enkelte patienter. Det generelle billede er, at en lille del af de psykiatriske patienter står for en stor andel af de samlede udgifter på de psykiatriske sygehuse.

Ved opgørelsen af udgifterne til psykiatrien baseret på aktiviteten vægtet med besøgs- og sengedagstakster er det sådan, at den 1 pct. mest omkostningstunge del af patienterne står for 22 pct. af populationens samlede træk på regionale psykiatriudgifter, jf. figur 10. Det skal generelt bemærkes, at de individbaserede udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på aktiviteten vægtet med besøgs- og sengedagstakster. De afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Samme tendens ses på somatiske sygehuse, hvor de 1 pct. af de mest omkostningstunge patienter står for ca. 30 pct. af behandlingsudgifterne.

De 5 pct.-patienter, der har højeste behandlingsomkostninger står for ca. 3,2 mia. kr., svarende til knap 50 pct. af de samlede udgifter til de psykiatriske sygehuse. De 35 pct. af patienterne i "mellemgruppen" står for behandlingsudgifter for ca. 2,8 mia. kr., svarende til godt 40 pct. af de samlede udgifter til de psykiatriske sygehuse, mens de 60 pct. af patienter med laveste behandlingsomkostninger står for knap 700 mio. kr., svarende til 10 pct. af de samlede udgifter.

Figur 10
Psykiatriske patienters totale forbrug på de psykiatriske sygehuse fordelt på andelen af psykiatriske patienter, 2016

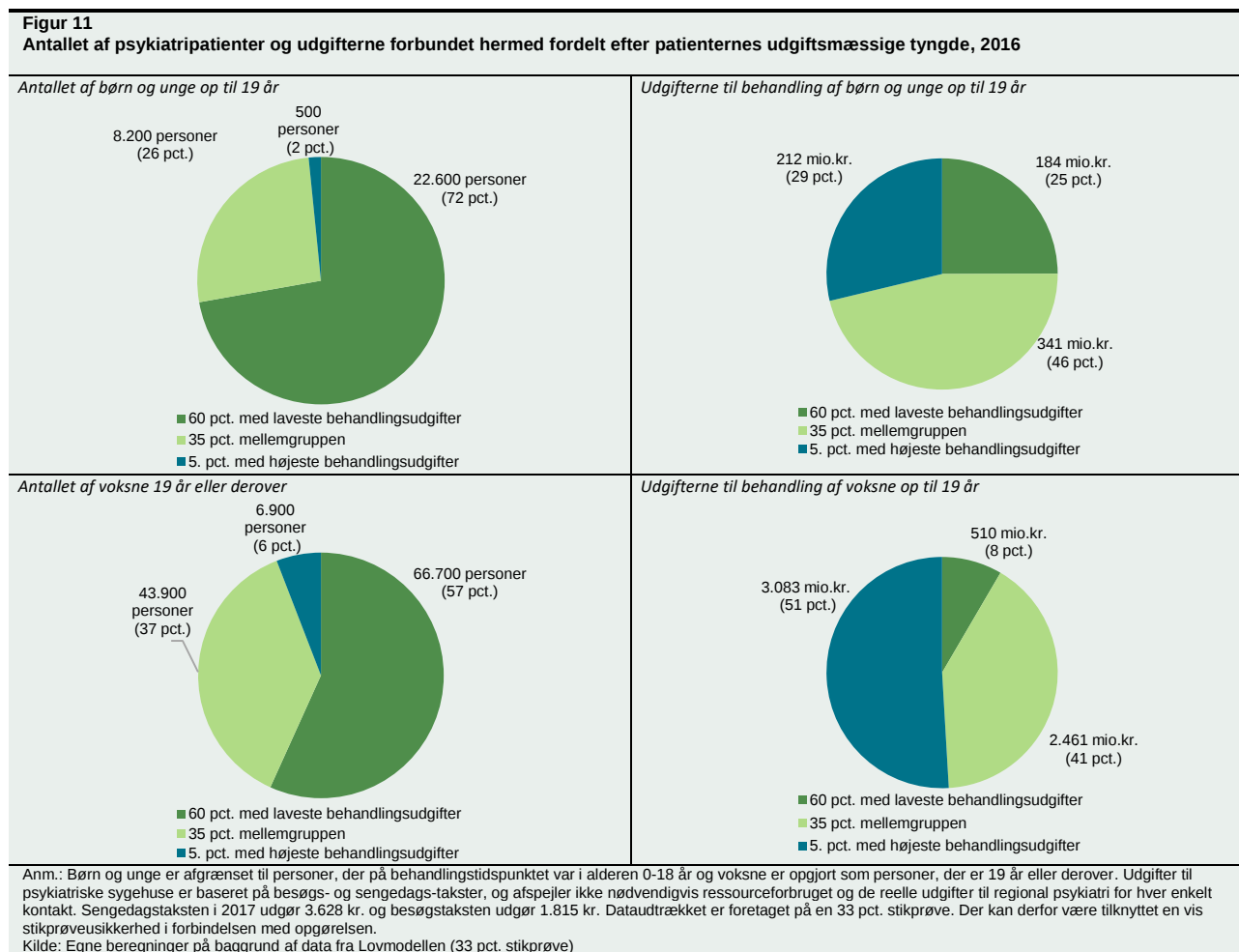


Anm.: Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr. og besøgstaksten udgør 1.815 kr.
Kilde: Egne beregninger pba. Lovmodellen

At meget få patienter står for en relativt stor andel af det samlede forbrug er mere udpræget i voksenpsykiatrien end i børne- og ungdomspsykiatrien. Med udgangspunkt i samme definition som ovenfor er andelen af voksne patienter,

der kan kategoriseres som havende de største behandlingsomkostninger 6 pct., hvilket er over tre gange så mange sammenlignet med børn og unge.

Omvendt er mere end godt 70 pct. af børn og unge en del af gruppen med de mindste behandlingsomkostninger, mens det er mindre end 60 pct. af voksne, *jf. figur 11*. Udgifterne til behandlingen af denne gruppe er godt en fjerdedel af de samlede udgifter i børne- og ungdomspsykiatrien, mens det tilsvarende er 8 pct. i voksenpsykiatrien.



3.4 Behandlingen i praksissektoren

Ud over behandlingen på de psykiatriske sygehuse, kan patienterne med psykiske diagnoser behandles i speciallægepraksis, modtage psykologhjælp ved praktiserende psykologer og få samtaleterapi i almen praksis.

I 2016 blev der i specialæggepraksis behandlet ca. 53.000 patienter, *jf. tabel 5*. Hertil kommer 45.900 patienter, som har fået behandling hos en psykolog med tilskud som følge af depression og angst, og omkring 131.000 patienter har fået samtaleterapi i almen praksis.

Tabel 5									
Patienter og kontakter i praksissektoren, 2010-2016									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns. pct. vækst
Praktiserende speciallæge									
Antal patienter i alt	60.600	60.500	60.300	57.600	54.500	54.100	53.200	-12,2	-2,1
Antal kontakter i alt	487.200	478.300	473.300	449.400	427.700	387.000	360.600	-26,0	-4,9
Gns. antal kontakter pr. patient	8,0	7,9	7,8	7,8	7,9	7,2	6,8	-15,0	-2,7
Praktiserende psykolog, angst og depression*									
Antal patienter i alt	-	-	39.700	44.800	46.400	47.200	45.900	15,6	3,7
Antal kontakter i alt	-	-	233.500	262.100	260.900	267.700	261.100	11,8	2,8
Gns. antal kontakter pr. patient	-	-	5,9	5,9	5,6	5,7	5,7	-3,4	-0,9
Samtaletterapi, almen praksis									
Antal patienter i alt	168.700	132.600	136.000	122.600	124.800	128.000	131.000	-22,3	-4,1
Antal kontakter i alt	346.700	288.300	309.700	280.600	284.400	295.000	295.800	-14,7	-2,6
Gns. antal kontakter pr. patient	2,1	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	9,8	1,6

Anm.: Tallene er afrundet til nærmeste hundrede. *Henvisningsårsagerne angst og depression blev endeligt indfaset i 2012. Den procentvise ændring og den gennemsnitlige procentvise vækst er for psykologordningen beregnet over perioden 2012-16.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Den enkelte patient har i gennemsnit knap 7 kontakter årligt i speciallægepraksis. Hos psykologen har den enkelte patient, der behandles med angst og depression, knap 6 kontakter i gennemsnit. I almen praksis har den enkelte patient modtaget knap 2 samtaleterapi i gennemsnit. Både antallet af patienter og antallet af kontakter pr. patient har været faldende ved praktiserende psykiatere og samtaleterapi i almen praksis.

3.5 Psykofarmaka

Psykofarmaka er en bred betegnelse for lægemidler, der anvendes til behandling af psykiske lidelser eller forstyrrelser. Psykofarmaka er ikke en entydig, velafgrænset lægemiddelgruppe. I denne rapport er psykofarmaka afgrænset til fire lægemiddelgrupper:

- Antidepressive lægemidler (til behandling af bl.a. depression og angsttilstande)
- ADHD-medicin (til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser som ADHD)
- Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler – i det følgende omtalt som beroligende- og sovemedicin (til behandling af bl.a. søvnbesvær og akutte angsttilstande)
- Antipsykotiske lægemidler (til behandling af bl.a. skizofreni)

3.5.1 Regionale tilskudsudgifter til psykofarmaka

Samlet set udgjorde de regionale tilskudsudgifter til psykofarmaka ca. 600 mio. kr. i 2016, jf. tabel 6.

Tabel 6									
Regionale tilskudsudgifter i primærsektoren til psykofarmaka fordelt på regioner, 2010-2016									
Mio. kr.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gns pct. vækst	Andel (pct.)
Nordjylland	126	133	106	90	87	77	69	-9,6	11
Midtjylland	309	320	253	216	213	193	177	-8,8	30
Syddanmark	285	288	213	178	169	143	128	-12,5	21
Hovedstaden	324	340	264	216	198	156	136	-13,5	23
Sjælland	196	203	153	130	123	106	91	-12,0	15
Hele landet	1240	1284	989	831	790	675	600	-11,4	100
- heraf børn og	103	116	116	100	102	97	94	-1,7	16
- heraf voksne	1.136	1.168	873	731	688	578	507	-12,6	84

Anm.: Opgørelsen dækker over regionale tilskudsudgifter over det personhenførbare salg i primærsektoren til enkeltpersoner. Børn og unge er afgrænset som personer, der på købstidspunktet var i alderen 0-17 år og voksne er afgrænset som personer over 17 år.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstatistikregisteret (opdateret til 2016).

Udgifterne til psykofarmaka er steget svagt mellem 2010 og 2011, men er siden 2011 faldet i alle årene frem til 2016. Over hele perioden 2010-2016 er udgifterne mere end halveret, fra godt 1,2 mia. kr. i 2010 til 600 mio. kr. i 2016, svarende til et fald på mere end 10 pct. årligt. Flere forskellige faktorer kan have betydning for denne udvikling, herunder

både faldende pris på lægemidler som følge af patentudløb på udvalgte lægemidler og revurderinger af tilskudsstatus samt færre brugere af lægemidlerne (især ifm. antidepressive lægemidler).

Region Midtjylland står i 2016 for omkring 180 mio. kr., af de samlede regionale tilskudsudgifter til psykofarmaka, svarende til 30 pct., hvilket er mere end deres befolkningsandel tilsiger. Omvendt står Region Hovedstaden for ca. 23 pct. af udgiften, hvilket er mindre end deres befolkningsandel tilsiger.

Af den samlede tilskudsudgift på godt 600 mio. kr., kan knap 100 mio. kr. henføres til behandlingen af børn og unge, mens de resterende 500 mio. kr. kan henføres til voksne. Det skal hertil bemærkes, at tilskudsgrænser for børn (0-17 år) og voksne (18+ år) er forskellige, så børn – i modsætning til voksne – aldrig på noget tidspunkt har fuld egenbetaling på tilskudsberettiget medicin. De får derfor mindst 60 pct. medicintilskud.

3.5.2 Antal personer i behandling med psykofarmaka

Omkring 690.300 personer har indløst mindst én recept på psykofarmaka i 2016, *jf. tabel 7*. Omtrent 24.400 var børn og unge under 18 år, svarende til knap 4 pct. Det indebærer, at langt hovedparten af psykofarmaka anvendes af voksne.

Siden 2010 er antallet af unikke personer, der har indløst en recept med psykofarmaka faldet med ca. 10 pct. Det gælder både børn og unge og voksne.

Tabel 7										
Antal personer i behandling med psykofarmaka										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Pct. ændr.	Gns. pct. vækst	Andel i 2016
0-17 år	26.900	26.900	26.500	25.200	24.400	24.100	24.400	-9,4	-1,6	4
18+ år	741.200	736.000	723.500	704.200	685.100	676.900	667.400	-10,0	-1,7	97
I alt	766.400	761.200	748.100	727.700	707.900	699.400	690.300	-9,9	-1,7	100,0
Anm.: Børn og unge er opgjort som personer, der på købstidspunktet var i alderen 0-17 år og voksne er opgjort som personer over 17 år. Summen af de to kategorier overstiger derfor antal patienter i alt. "I alt" angiver antal personer, der på et givent tidspunkt har indløst en recept med psykofarmaka.										
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstatistikregisteret (opdateret til 2016).										

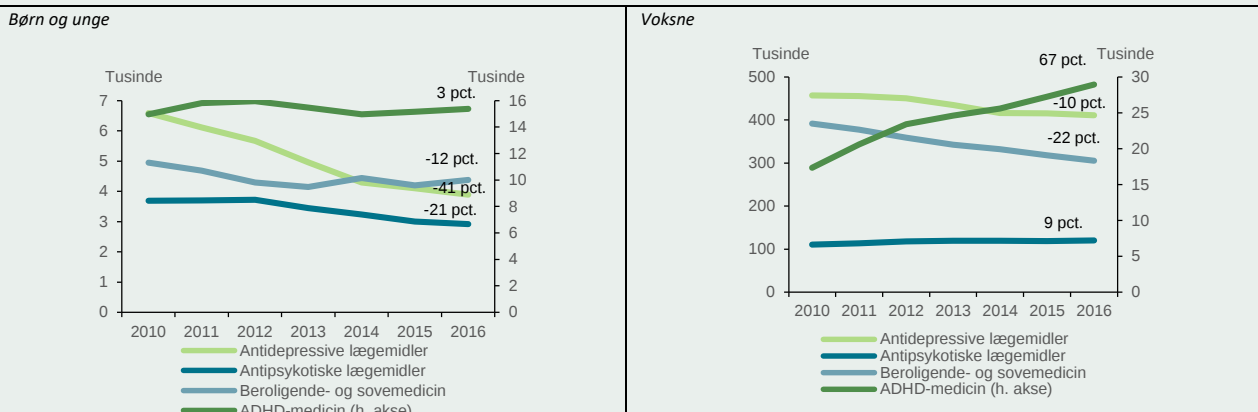
3.5.3 Sammenhæng mellem regionale tilskudsudgifter og antal personer i behandling

Antallet af børn og unge, der har indløst en recept på ADHD-medicin har været relativt stabil over perioden 2010-2016. Derimod er antallet af børn og unge, der har købt medicin fra de øvrige lægemiddelgrupper, faldet over perioden. Fx er antallet af børn og unge, der bruger antidepressive lægemidler, faldet fra knap 6.600 personer i 2010 til knap 3.900 i 2016, svarende til en reduktion på 40 pct., *jf. figur 12*. Tilsvarende er antal børn og unge, der bruger anti-psykotisk medicin, faldet med ca. 20 pct.

Færre voksne køber antidepressive lægemidler samt beroligende- og sovemedicin i 2016 sammenlignet med 2010. Omvendt er der flere voksne, der indløser en recept på antipsykotiske lægemidler og ADHD-medicin.

Faldet i antal personer, der er i behandling med antidepressive lægemidler, kan være forårsaget af flere tiltag fra sundhedsmyndighederne. Der har over flere omgange bl.a. været fokus på effekt og sikkerhed ved disse lægemidler. Stigningen i ADHD-medicin blandt voksne kan bl.a. skyldes en større opmærksomhed om denne diagnose; flere diagnosticeres og flere behandles. Det er dertil muligt, at stigningen i brug af antipsykotiske lægemidler kan skyldes, at de i tiltagende grad benyttes i situationer, hvor man tidligere ville have anvendt beroligende medicin (fx som abstinensmedicin, som sovemiddel mv.).

Figur 12
Udvikling i antal personer fordelt på de enkelte lægemiddelgrupper, 2010-2016

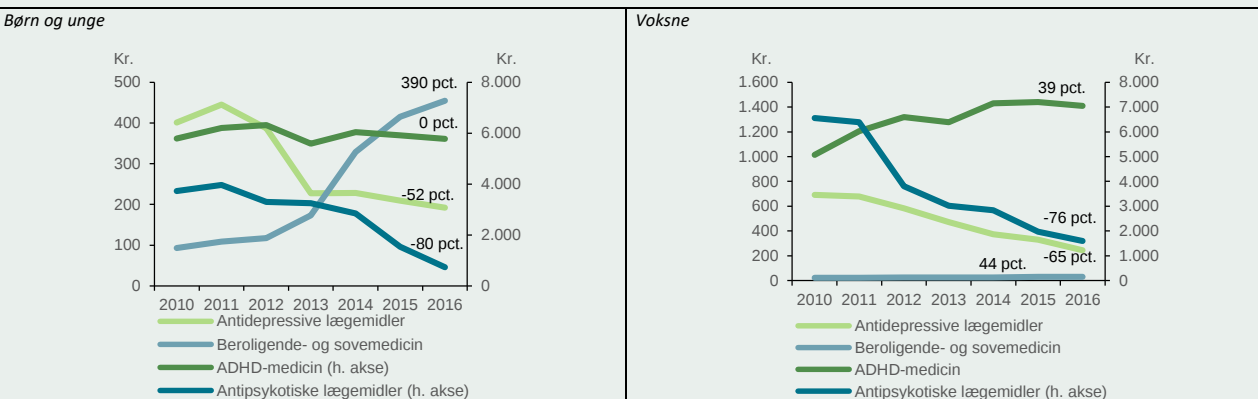


Anm.: Opgørelsen dækker over regionale tilskudsudgifter over det personhenførbare salg i primærsektoren til enkeltpersoner. Børn og unge er afgrænset som personer, der på købstidspunktet var i alderen 0-17 år og voksne er afgrænset som personer over 17 år. Den enkelte person kan købe lægemidler på tværs af de fire lægemiddelgrupper og kan dermed optræde flere gange. Summen af de fire kategorier overstiger derfor antal unikke personer i alt fra tabel 10.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstatistikregisteret (opdateret til 2016).

På tværs af de fire lægemiddelgrupper er den gennemsnitlige udgift pr. person højest for ADHD-medicin, jf. figur 13. I gennemsnit udgør tilskudsudgifterne pr. person ca. 5.800 kr. for børn og unge og 7.000 kr. for voksne. De relativt høje niveauer sammenlignet med andre lægemiddelgrupper skal ses i lyset af, at behandlingen med ADHD-medicin er både relativt dyrt og varer i længere tid end fx beroligende- og sovemedicin ved episoder med søvnløshed.

Udgiften pr. person er i gennemsnit under 1.000 kr. for de øvrige lægemiddelgrupper, som børn og unge køber. For voksne er tilskudsudgifterne pr. person i gennemsnit ca. 1.600 kr. til antipsykotisk medicin, mens udgifter til de øvrige lægemidler er i gennemsnit under 1.000 kr. Den gennemsnitlige udgift til antipsykotiske lægemidler var 6.500 kr. i 2010 – og dermed betydeligt højere end i dag.

Figur 13
Udvikling i de gennemsnitlige udgifter pr. person fordelt på de enkelte lægemiddelgrupper, 2010-2016

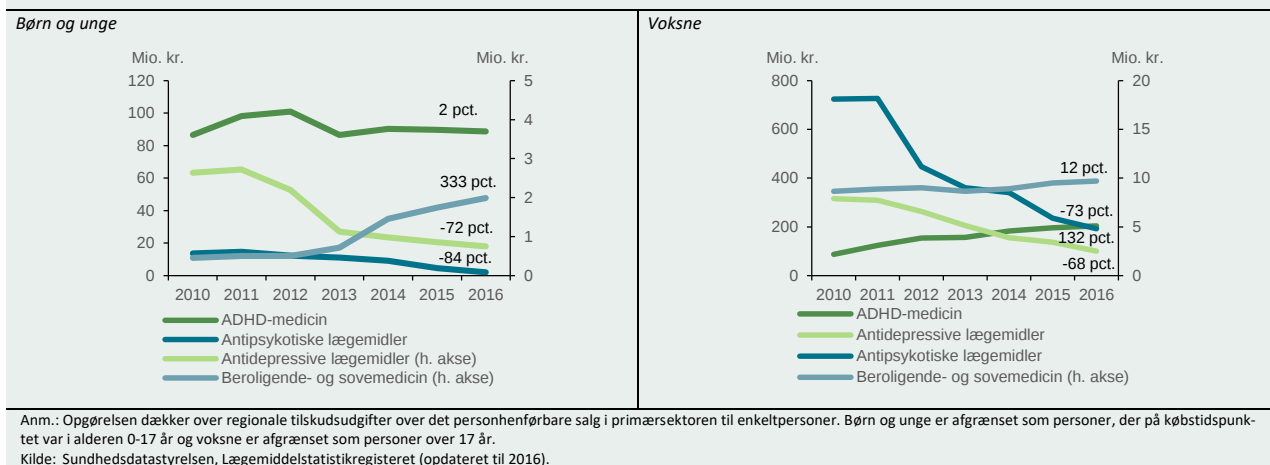


Anm.: Opgørelsen dækker over regionale tilskudsudgifter over det personhenførbare salg i primærsektoren til enkeltpersoner. Børn og unge er afgrænset som personer, der på købstidspunktet var i alderen 0-17 år og voksne er afgrænset som personer over 17 år. Den enkelte person kan købe lægemidler på tværs af de fire lægemiddelgrupper og kan dermed optræde flere gange. Summen af de fire kategorier overstiger derfor antal unikke personer i alt fra tabel 10.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstatistikregisteret (opdateret til 2016).

Disse tendenser og udvikling i antal personer, der bruger medicinen kombineret med den gennemsnitlige tilskudsudgift pr. person, afspejles direkte i de regionale tilskudsudgifter til medicin.

Et stabilt antal børn og unge, der bruger ADHD-medicin, kombineret med en stabil gennemsnitlig udgift pr. person over perioden 2010-2016 indebærer, at udviklingen i regionale tilskudsudgifter til ADHD-medicin har været på et forholdsvis uændret niveau - ca. 90 mio. kr., jf. figur 14.

Figur 14
Udvikling i regionale tilskudsudgifter til medicin fordelt på de enkelte lægemiddelgrupper, 2010-2016



For voksne er regionale tilskudsudgifter til ADHD-medicin mere end fordoblet over perioden 2010-2016 – fra knap 90 mio.kr. i 2010 til mere end 200 mio. kr. i 2016. En relativ høj gennemsnitlig udgift, der samtidigt er steget med knap 70 pct. over perioden 2010-2016 kombineret med en stigning i antal personer, der anvender medicinen, indebærer en stigning i regionale tilskudsudgifter over perioden.

Udgifterne til antipsykotiske lægemidler, der for voksne udgjorde knap ¾ mia. kr. i 2010, er faldet til knap 200 mio. kr. i 2016, svarende til en reduktion på 73 pct., jf. figur 14. Reduktionen i regionale tilskudsudgifter er sket til trods for en stigning på ca. 10 pct. over antal personer, der bruger lægemidlerne. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at antipsykotiske lægemidler er blevet betydeligt billigere som følge af patentudløb på en række lægemidler. Tilsvarende er udgifterne til antipsykotiske lægemidler faldet med ca. 85 pct. for børn og unge.

Udgifterne til antidepressive lægemidler er for voksne faldet fra godt 300 mio. kr. i 2010 til ca. 100 mio. kr. i 2016, svarende til en negativ pct.-vækst på 68 pct. Mere end en halvering af disse udgifter skal bl.a. ses i lyset af faldende priser som følge af revurderinger af tilskudsstatus og patentudløb for en række antidepressive lægemidler samt et fald i antal brugere af antidepressive lægemidler. Tilsvarende gælder børn og unge.

Regionale tilskudsudgifter til beroligende- og sovemedicin udgør i 2016 10 mio. kr. for voksne og 2 mio. kr. til børn og unge. Det er betydeligt lavere end for nogle af de andre lægemiddelgrupper. Over perioden 2010-2016 er udgifterne steget – særligt for medicin købt af børn og unge, til trods for at antallet af brugere er faldet. Det skyldes stigningen i den gennemsnitlige udgift.

3.6 Kommunale tilbud efter serviceloven

I dette afsnit beskrives kommunale indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder, der gives efter serviceloven. Disse omfatter bl.a. midlertidige eller længerevarende botilbud, socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværstilbud samt den sociale misbrugsbehandling.

Kommunerne er desuden ansvarlige for indsatser efter sundhedsloven som misbrugsbehandling, den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, herunder indsatser relateret til mental sundhed.

Der gives også indsatser i regi af uddannelses-, folkeskole- og beskæftigelseslovgivningen, hvor fokus generelt er på at støtte borgeren i at opnå eller bevare tilknytning til arbejde eller uddannelse. De beskæftigelsesorienterede tilbud

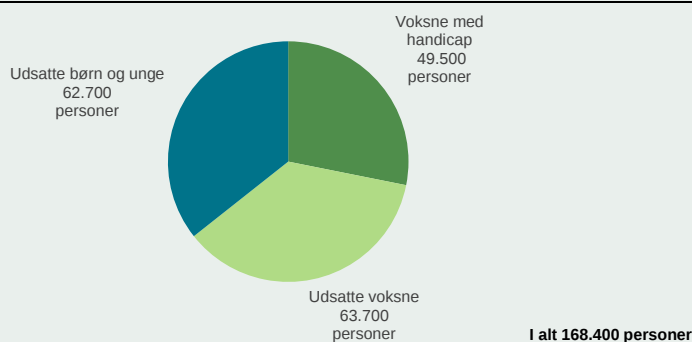
omfatter eksempelvis mentorer, ressourceforløb, opkvalificering, virksomhedspraktik, løntilskud, fleksjob mv. Disse indsatser er ikke beskrevet i indeværende rapport.

3.6.1 Målgrupperne på socialområdet

Sammenlagt modtog ca. 168.400 personer en social indsats i 2015, der er det seneste år, hvor der foreligger data for alle modtagere i en af de tre hovedmålgrupper på socialområdet: Udsatte børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap. Nogle personer indgår i mere end én målgruppe, jf. figur 15.

Opgørelsen omfatter ikke kun personer, med psykiske problemer, men også eksempelvis udsatte børn og unge, der modtager en foranstaltning eller er anbragte samt udsatte voksne og voksne med handicap, idet begrebsbruken og opgørelserne her afspejler serviceloven og statistikkerne på socialområdet.

Figur 15
Modtagere af sociale indsatser efter hovedmålgruppe, 2015



Anm.: Nogle personer modtager flere indsatser og indgår i mere end én målgruppe. "I alt" omfatter summen af antallet af personer på voksenområdet (voksne med handicap og udsatte voksne betragtet under ét) og antallet af udsatte børn og unge.
Kilde: Børne og Socialministeriet på Danmarks Statistiks registerdata.

Datagrundlaget for opgørelsen er uddybet i boks 3.

Boks 3

Opgørelse af modtagere af sociale indsatser og hovedmålgrupper

Udsatte børn og unge vedrører personer i alderen 0-22 år, der modtager en social foranstaltning inden for rammerne af kapitel 3 (§ 11) samt kapitel 11 og 12 i serviceloven. Børn og unge mellem 15 og 17 år kan også anbringes uden for hjemmet af strafferetlige årsager ved dom, når opholdet er led i afsoning, jf. § 78 i straffuldbyrdsloven, eller en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling på et anbringelsessted, jf. § 74 a i straffeloven (ungdomssanktion). Hertil kommer anbringelser ved kendelse i varetægtsurrogat på et anbringelsessted, jf. § 765 i retsplejeloven. Disse personer indgår også i målgruppen af udsatte børn og unge.

Der har siden 1977 været indsamlet registerdata (individdata) vedrørende anbringelser og personrettede forebyggende foranstaltninger, jf. Danmarks Statistiks register for udsatte børn og unge. I 2014 er statistikken udbygget med individdata for modtagere af familierettede forebyggende foranstaltninger. Den sociale indsats efter serviceloven i forhold til udsatte børn og unge er dog ikke fuldt belyst af registerdata. Det drejer sig bl.a. om den forebyggende indsats under § 11, idet der ikke er pligt til en børnefaglig undersøgelse eller særskilt journalpligt i tilknytning hertil.

Udsatte voksne og personer med handicap er opgjort som personer på 18 år og derover med varigt nedsat funktionsevne eller et særligt socialt problem, som modtager en social foranstaltning inden for rammerne af kapitel 14-21 i serviceloven eller misbrugsbehandling jf. §§ 141-142 i sundhedsloven.

Personer med handicap har en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse. Fysiske handicap omfatter blandt andet forskellige former for syns- og hørenedsættelser samt mobilitetshandicap, fx muskelsvind og rygmarvsskader. Hjerneskader og udviklingshæmning er eksempler på kognitive funktionsnedsættelser, der kan have betydning for sproglige, motoriske og sociale evner.

Udsatte voksne er personer med psykiske vanskeligheder (sindslidelser) eller et særligt socialt problem (hjemløshed, misbrug mv.). Sindslidelser omfatter bl.a. angst, depression, personlighedsforstyrrelse, stressbelastning og spiseforstyrrelse.

Serviceoven opererer ikke med begrebet "kognitiv funktionsnedsættelse", men benytter det bredere begreb "psykisk funktionsnedsættelse". Begrebsbrugen her afspejler statistikken De Kommunale Serviceindikatorer, hvor kommunerne skal indberette, hvilken målgruppe en borger tilhører, når vedkommende modtager en social indsats. Kommunerne skal inden for den overordnede gruppe med psykisk funktionsnedsættelse angive, om borgeren tilhører målgruppen med en kognitiv funktionsnedsættelse, målgruppen med en sindslidelse eller begge. Personer, hvor kommunen angiver målgruppen til at være sindslidelse, indgår, som nævnt, i gruppen af udsatte voksne.

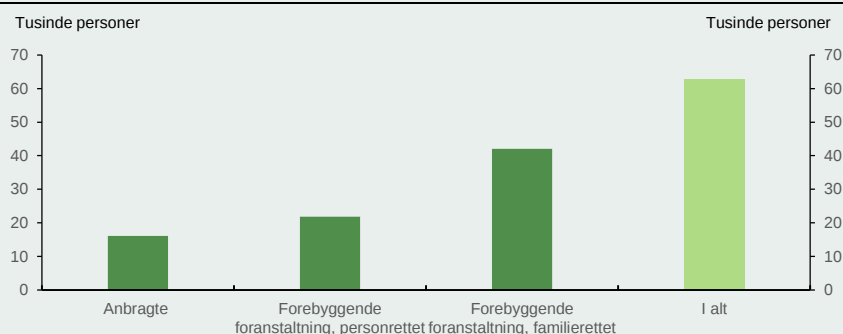
Opgørelserne bygger på fire registre: De Kommunale Serviceindikatorer på voksenområdet (Danmarks Statistik), Boformstatistikken (Danmarks Statistik), registret "Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere" og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (Sundhedsdatastyrelsen). I denne afrapportering omfatter De Kommunale Serviceindikatorer indberetninger fra 44 kommuner med data i perioden 2014-2016. Antal modtagere er op-regnet til landsniveau på baggrund af alders- og kønsspecifikke vægte. Se Socialpolitisk Redegørelse 2017 for yderligere.

Registrene giver ikke et fuldstændigt billede af den sociale indsats efter serviceoven. Nogle af ydelserne i De Kommunale Serviceindikatorer er frivillige at indberette for kommunerne. Det drejer sig bl.a. om dækning af merudgifter (§ 100) og støtte til hjælpemidler (§ 112). Den fulde brug af § 99 (støtte-/kontaktperson til udsatte voksne) kendes heller ikke, idet ordningen ikke forudsætter visitation/registrering. Det samme er tilfældet for den forebyggende indsats på voksenområdet under §§ 10 og 12.

3.6.2 Udsatte børn og unge

Langt størstedelen af de børn og unge, der modtog en social foranstaltning efter serviceovens bestemmelser i 2015, fik hjælp og støtte i form af en forebyggende foranstaltning. Mere end 40.000 børn og unge var omfattet af en familierettede forebyggende foranstaltning, mens lidt over 20.000 modtog en personrettede forebyggende foranstaltning. Cirka 16.000 børn og unge var anbragt uden for hjemmet, herunder som led i en efterværnsindsats. Nogle modtager mere end én indsats i løbet af et år, *jf. figur 16*.

Figur 16
Udsatte børn og unge efter type af social foranstaltning, 2015



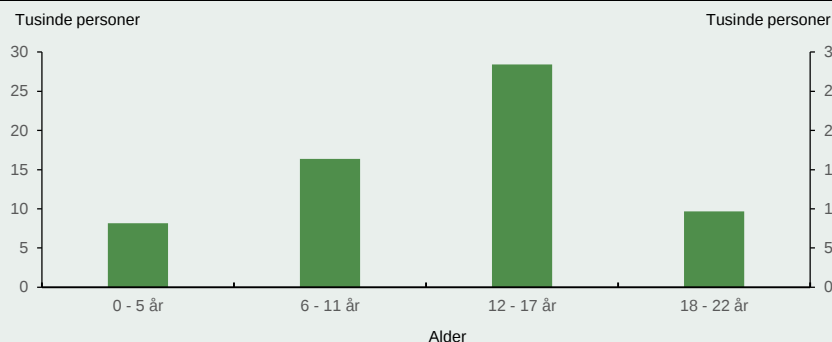
Anm Den samme person kan både have været anbragt uden for hjemmet og modtaget en eller flere forebyggende foranstaltninger i løbet af 2015.
Kilde: Børne og Socialministeriet på baggrund af Danmarks Statistiks registerdata

Nogle børn og unge får iværksat en social foranstaltning i en meget tidlig alder. Det kan fx være små børn, hvor forældrene har svært ved at magte forældrerollen og ikke i tilstrækkelig grad kan sikre barnets udvikling og trivsel.

Børn i alderen 0-5 år er imidlertid den aldersgruppe, hvor færrest personer modtager en social foranstaltning. I 2015 var ca. 8.000 børn i alderen 0-5 år omfattet af en social foranstaltning, mens det var ca. 16.000 blandt børn i alderen 6-11 år, og ca. 28.000 blandt børn i 12-17-årsalderen. Unge alderen 18-22 år i efterværn udgjorde lidt under 10.000 personer i 2015, *jf. figur 17*.

Tallene kan blandt andet afspejle, at nogle sociale problemer typisk optræder i teenageårene. Der kan fx være tale om psykiske vanskeligheder, misbrug eller kriminel adfærd.

Figur 17
Udsatte børn og unge efter alder, 2015



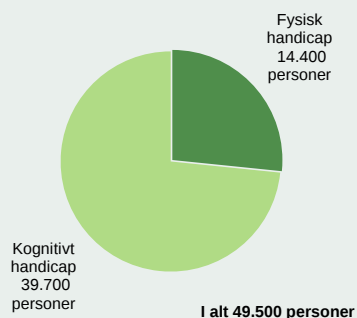
Anm. Udsatte børn og unge omfatter alle 0-22-årige, der var anbragt uden for hjemmet eller mod-tog en forebyggende foranstaltning i 2015. En forebyggende foranstaltning omfatter både familie- og personrettede foranstaltninger.
Kilde: Børne og Socialministeriet på baggrund af Danmarks Statistiks registerdata

3.6.2 Udsatte voksne og voksne med handicap

Blandt voksne med handicap sondres mellem personer med fysiske funktionsnedsættelser og personer med kognitive funktionsnedsættelser. Gruppen med kognitive funktionsnedsættelser er den største og omfatter omkring 40.000 personer på 18 år og derover i 2015, mens personer med fysiske handicap omfatter omkring 14.000 personer. Blandt udsatte voksne kan man skelne mellem personer med psykiske vanskeligheder og personer med særlige sociale problemer, *jf. figur 18 og 19*.

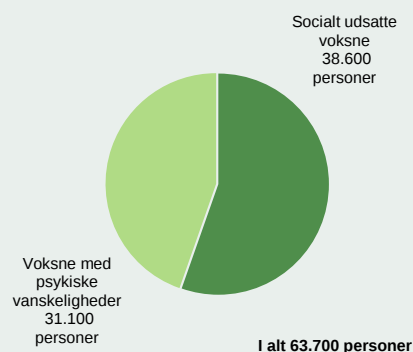
Det skal bemærkes, at det ikke kun er gruppen af personer med psykiske vanskeligheder, der kan have kontakt til den regionale psykiatri. Personer med fysiske og kognitive funktionsnedsættelser og personer med særlige sociale problemer kan også modtage behandling i den regionale psykiatri. Kognitive funktionsnedsættelser omfatter eksempelvis både autisme, ADHD og udviklingshæmning, mens socialt udsatte voksne omfatter personer i misbrugsbehandling og brugere af forsorgshjem og herberger, der samtidig kan have behov for psykiatrisk behandling.

Figur 18
Voksne med handicap, 2015



Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal.
Kilde: Børne og Socialministeriet på Danmarks Statistiks registerdata.

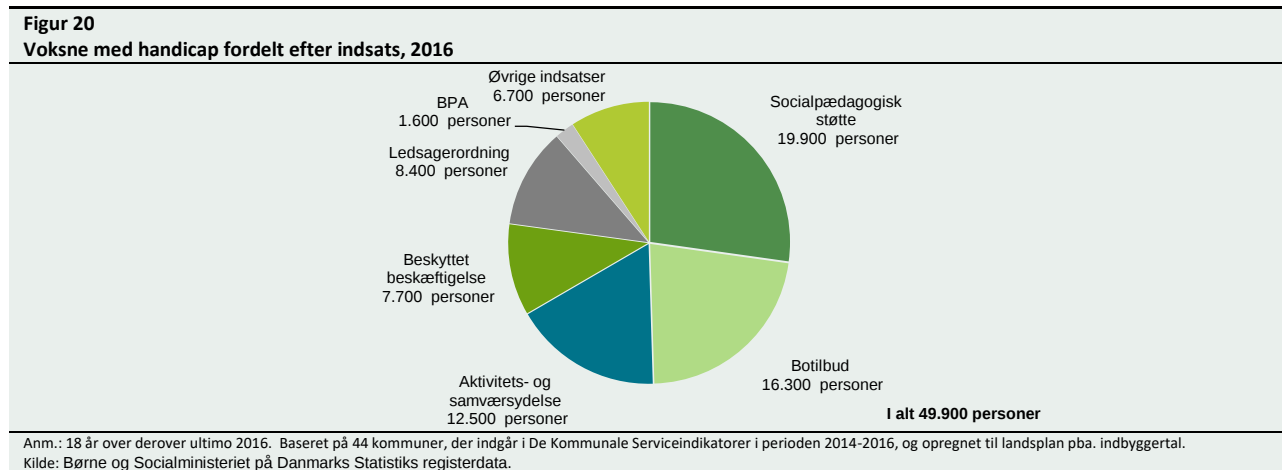
Figur 19
Udsatte voksne, 2015



Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal.
Kilde: Børne og Socialministeriet på Danmarks Statistiks registerdata.

Indsatser til voksne med handicap

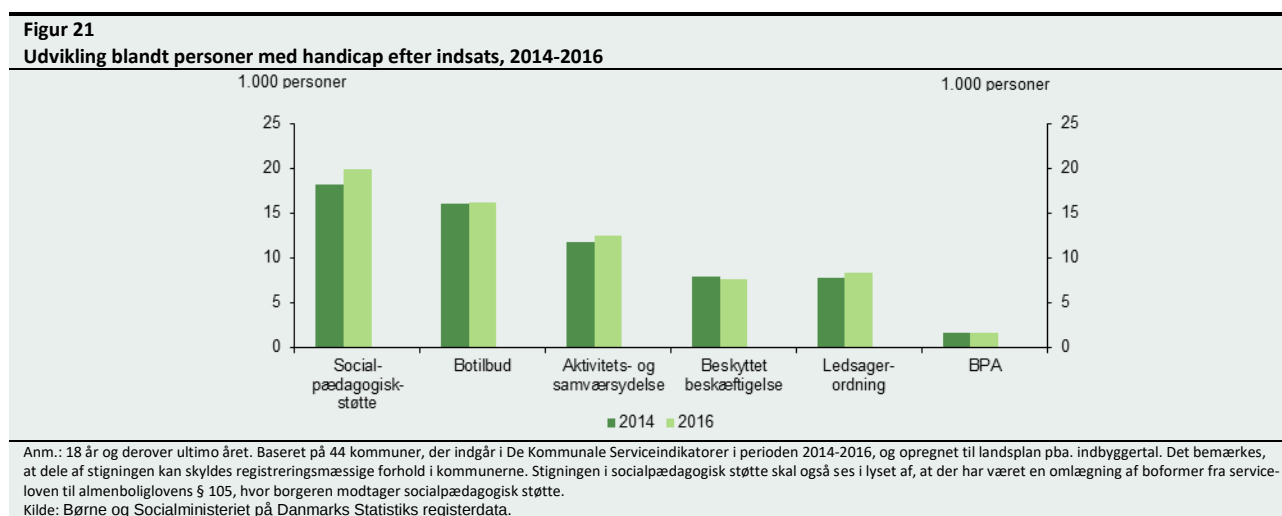
De mest udbredte indsatser til voksne med handicap er socialpædagogisk støtte og botilbud, jf. figur 20.



Socialpædagogisk støtte er målrettet en meget bred gruppe af borgere, der omfatter eksempelvis personer med et fysisk handicap, autisme, udviklingshæmning, psykiske vanskeligheder og hjerneskade. Støtten kan bestå af mange former for hjælp og støtte afhængigt af borgerens konkrete situation og behov. Overordnet er formålet at sikre, at den pågældende så vidt muligt kan leve et liv på egne præmisser og efter egne ønsker.

Botilbud omfatter både længerevarende eller midlertidige ophold til borgere, der har betydelige funktionsnedsættelser, eksempelvis svær mental retardering, psykiske vanskeligheder, udviklingshæmning, autisme eller hjerneskade. Endeligt er der mange borgere, der modtager dagtilbud i form af enten beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud.

Antallet af personer, der modtager en indsats efter serviceloven på grund af et handicap, vurderes at være stigende. Stigningen ses særligt i en vækst i antal modtagere af socialpædagogisk støtte, jf. figur 21.

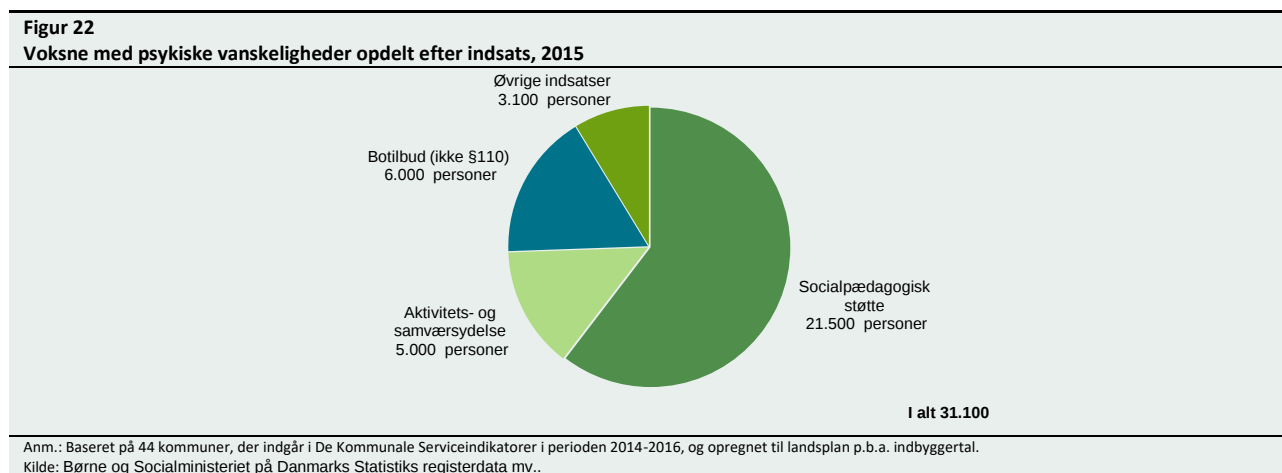


Det er vanskeligt entydigt at påpege én bestemt årsag til stigningen i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte, men det kan blandt andet skyldes en tilgang af personer med forskellige diagnoser, eksempelvis ADHD og autisme. Se også Socialpolitisk Redegørelse 2017.

Indsatser til voksne med psykiske vanskeligheder

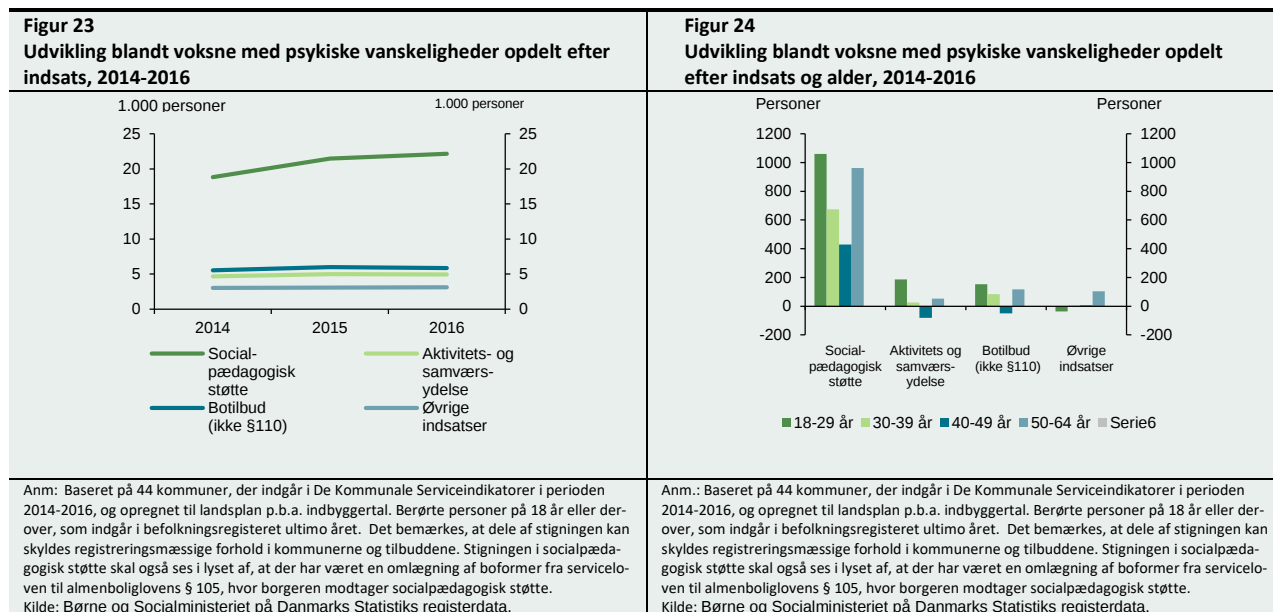
Voksne med psykiske vanskeligheder modtager støtte i den kommunale socialpsykiatri, der omfatter tilbud som; støtte- og kontaktpersonordning, socialpædagogisk støtte til borgere i eget hjem, aktivitets- og samværsydelse eller midlertidige eller længerevarende botilbud. De socialpsykiatriske tilbud yder en helhedsorienteret socialfaglig indsats, mens den regionale behandlingspsykiatri, yder den mere specialiserede psykiatriske behandling.

Blandt voksne med psykiske vanskeligheder udgør socialpædagogisk støtte den mest udbredte indsats. Ud af de 31.100 voksne med psykiske vanskeligheder modtager 21.500 socialpædagogisk støtte, mens 6.000 modtager botilbud og 5.000 modtager aktivitets- og samværsydelse, *jf. figur 22*.



Blandt voksne med psykiske vanskeligheder har der været en stigning i antallet af personer, der modtager socialpædagogisk støtte fra omkring 18.800 personer i 2014 til ca. 22.200 i 2016, *jf. figur 23*.

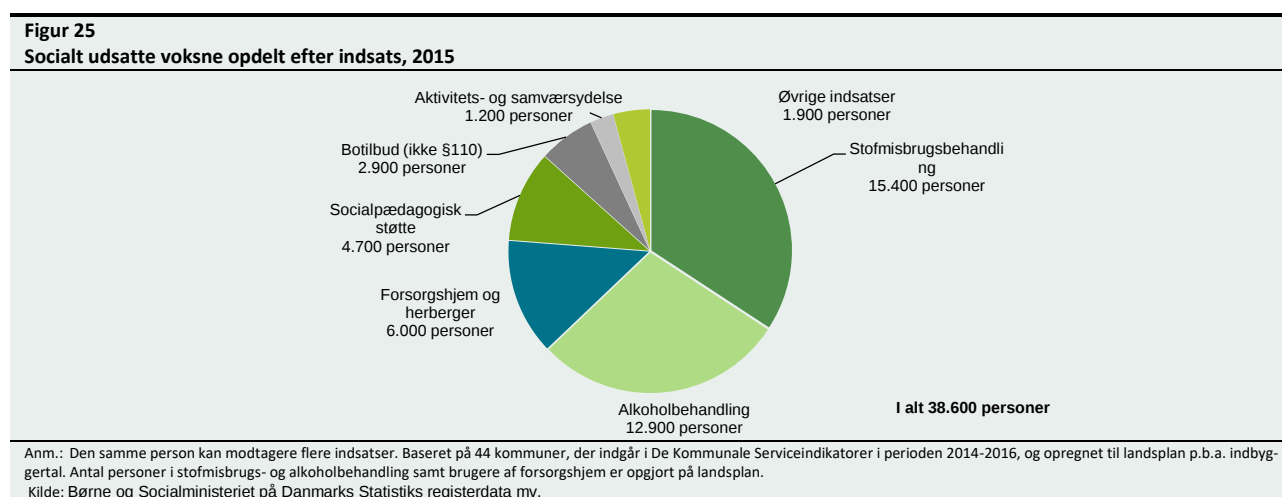
Stigningen blandt voksne med psykiske vanskeligheder, der modtager socialpædagogisk støtte, er sket i alle aldersgrupper. Den største stigning er sket blandt 18-29-årige og 50-64-årige, hvor antallet er steget med omkring 1.000 personer, *jf. figur 24*.



Det er vanskeligt entydigt at opgøre én bestemt årsag til stigningen i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte, men det kan blandt andet skyldes en tilgang af personer med forskellige diagnoser. Hertil kommer, at dele af stigningen i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte også kan ses i lyset af, at der har været en omlægning af boformer fra serviceloven til almenboliglovens, hvor borgeren modtager socialpædagogisk støtte efter serviceloven. Endeligt skal det bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold i kommunerne.

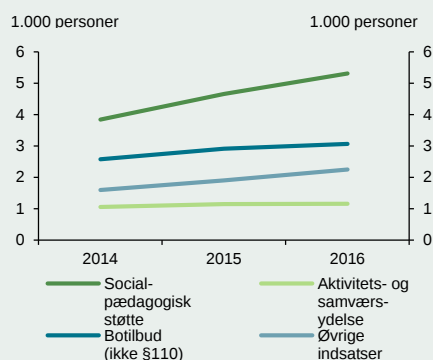
Indsatser til socialt udsatte voksne

Ud af den samlede gruppe på 38.600 socialt udsatte voksne modtager over halvdelen behandling for stofmisbrug eller alkoholafhængighed. Hjemløse, der har overnattet på et forsorgshjem eller herberg, udgør omkring 6.000 personer, jf. figur 25.



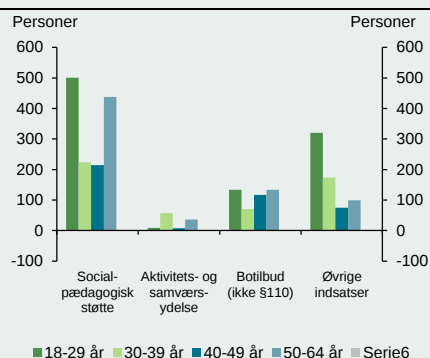
Antallet af socialt udsatte voksne, der modtager socialpædagogisk støtte vurderes at være steget fra knap 4.000 personer i 2014 til ca. 5.300 personer i 2016. Derudover har der også været en mindre stigning i antallet af socialt udsatte voksne, der modtager aktivitets- og samværsydelse og botilbud, fra ca. 2.600 personer i 2014 til omkring 3.100 i 2016, jf. figur 26.

Figur 26
Udvikling blandt socialt udsatte voksne opdelt efter indsats, 2014-2016



Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Berørte personer på 18 år eller derover, som indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Det bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold i kommunerne og tilbuddene. Stigningen i socialpædagogisk støtte skal også ses i lyset af, at der har været en omlægning af boformer fra serviceloven til almenboliglovens § 105, hvor borgeren modtager socialpædagogisk støtte.
Kilde: Børne og Socialministeriet på Danmarks Statistiks registerdata.

Figur 27
Udvikling blandt socialt udsatte voksne opdelt efter indsats og alder, 2014-2016



Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Berørte personer på 18 år eller derover, som indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Det bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold i kommunerne og tilbuddene. Stigningen i socialpædagogisk støtte skal også ses i lyset af, at der har været en omlægning af boformer fra serviceloven til almenboliglovens § 105, hvor borgeren modtager socialpædagogisk støtte.
Kilde: Børne og Socialministeriet på Danmarks Statistiks registerdata.

4. Faglig styring af indsatsen målrettet mennesker med psykiske lidelser

Dette kapitel opridser de mest centrale eksempler på eksisterende overordnede faglige styringsredskaber opdelt i følgende tre niveauer: Tværsektoriel styring, styring af den regionale psykiatri og styring af de kommunale indsatser. Kapitlet har til formål at give et overblik over de mest centrale faglige styringsredskaber, hvoraf nogle ligeledes går igen i arbejdsgruppens anbefalingerne i kapitel syv. Dermed vil beskrivelsen i dette kapitel være mere omfangsrig end anbefalingerne samtidig med, at der vil være et overlap.

Med faglig styring menes tiltag, der sigter mod at påvirke indholdet i og resultaterne af de aktiviteter, som ressourcerne på området anvendes til. Derudover har både regioner og kommuner på lokalt niveau en række faglige styringsredskaber, der bl.a. giver sig til udtryk i strategier for efteruddannelse, nedbringelse af sygefravær, fokus på målstyring mv. Jf. arbejdsgruppens fokus på nationale tiltag udfoldes disse ikke.

Da arbejdsgruppen – ud over det primære fokus på den sundhedsfaglige indsats - har haft fokus på det tværsektorielle samarbejde, er det indledningsvist relevant at bemærke forskelle mellem sundheds- og socialområdet i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Sundhedsområdet er reguleret i sundhedsloven, der bl.a. angiver patientrettigheder og pligter for det sundhedsfaglige personale. Det sociale område er reguleret af serviceloven. Serviceloven er en rammelov, der giver kommunalbestyrelsen en vis grad af frihed i forhold til at tilrettelægge og prioritere serviceydelserne inden for servicelovens rammer, herunder fastsætte et vejledende serviceniveau.

4.1 Tværsektoriel faglig styring

4.1.1. Det Nationale Kvalitetsprogram

Det Nationale Kvalitetsprogram er den overordnede ramme for kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet, som markerer et vigtigt skifte væk fra proces- og registreringskrav til i højere grad at fokusere på mål og resultater. Kernen i det nye Nationale Kvalitetsprogram er at skabe større værdi for patienten. Programmet skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i behandlingen og rehabiliteringen med fokus på de resultater, der har betydning for borgeren. Samtidig skal programmet understøtte, at der leveres mest mulig sundhed for pengene.

DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM



Kvalitetsprogrammets elementer er beskrevet nedenfor med undtagelse af den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) og patientansvarlige læge, der beskrives i afsnit 4.2 vedrørende faglig styring af den regionale psykiatri, da disse primært vedrører den regionale psykiatri.

Nationale mål for sundhedsvæsenet

De otte nationale mål for sundhedsvæsenet skal skabe en ny og forbedret kvalitetsdagsorden med henblik på at styrke kvaliteten og patientsikkerheden i sundhedsvæsenet – både regionalt og i det nære sundhedsvæsen. De otte nationale mål har siden lanceringen været et stærkt omdrejningspunkt i sundhedsvæsenet, som har bidraget til at sætte en ambitiøs retning for en styrket kvalitet til gavn for patienten. Ambitionen er løbende at udvikle indikatorerne under de nationale mål, så de kommer til at afspejle værdien, som sundhedsvæsenet skaber for den enkelte patient. Indikatorerne gør det muligt for regioner og kommuner at følge målene og tage de initiativer, der skaber den ønskede udvikling. Lokale mål og indsats skal forankre de nationale mål i kommuner og regioner og adressere konkrete lokale kvalitetsudfordringer, som skal løfte kvaliteten på sygehuse mv. I samarbejde med Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsstyrelsen pågår der derfor en løbende udvikling af nye og revidering af eksisterende indikatorer, så de kan skabe aktuel retning for den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet.

De otte nationale mål er:



I den nuværende model for nationale mål indgår psykiatrien i følgende mål og tilhørende indikatorer:

- **Bedre sammenhængende patientforløb:** Fastholdelse af psykisk syge på arbejdsmarkedet efter indlæggelse (Der arbejdes videre med at udvide indikatoren til også at omfatte ambulante behandlingsforløb)
- **Behandling af høj kvalitet:** Indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres
- **Hurtig udredning og behandling:** Ventetid til psykiatrien samt psykiatriske patienter udredt inden for 30 dage

Dertil kommer, at psykiatrien indgår i en række øvrige indikatorer, som ikke er opdelt på henholdsvis psykiatriske og somatiske patienter. Det drejer sig om følgende mål og tilhørende indikatorer:

- **Bedre sammenhængende patientforløb:** Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge)
- **Behandling af høj kvalitet:** Kliniske kvalitetsdatabaser
- **Flere sunde leveår:** Middellevetid samt daglige rygere i befolkningen

I det omfang en patient med en psykiatrisk diagnose får konstateret en somatisk sygdom som fx kræft mv. så indgår de ligesom øvrige patienter.

Boks 4

Eksempel på anvendelse af nationale mål i regionalt regi

I Region Midtjylland fastsættes de politiske målsætninger i en flerårig psykiatriplan som udmøntes mere konkret i årsplaner, aktuelt årsplan 2017. I Psykiatriplan 2017 er planens strategier koblet op til de otte nationale mål for sundhedsvæsenet.

I Region Midtjylland er de nationale mål centrale i styringen og er blevet omsat til et målbillede bestående af en overordnet vision om "Et sundhedsvæsen på patientens præmisser", tre strategispor og otte mål, der svarer til de nationale mål. Der følges op på målbilledet såvel politisk som i regionale ledelsesfora. Der vælges hvert år fire til seks fokusindikatorer med en forventning om, at der sker hurtige forbedringer på disse områder. Der er dog fokus på, at der skal være plads til at sætte lokale mål med henblik på at øge det lokale ejerskab.

Lærings- og kvalitetsteams

Lærings- og Kvalitetsteams (LKT-teams) er et nationalt netværk af klinikere og ledere fra relevante afdelinger og enheder samt en ekspertgruppe, der arbejder med kvalitetsforbedringer på et udvalgt område i sundhedssektoren med afsæt i de kliniske kvalitetsdatabaser.

Målet med et lærings- og kvalitetsteam er at forbedre den kliniske kvalitet og resultatet samt oplevelsen af behandling, pleje og forløb for brugere, patienter og pårørende. Det er planen, at der skal etableres to til tre nye lærings- og kvalitetsteams om året, der herefter skal løbe i ca. to år.

Udrulning af lærings- og kvalitetsteams skal ske gradvist. De overordnede kriterier for valg af emner for nye lærings- og kvalitetsteams er, at der ikke er en tilfredsstillende kvalitet på området, og/eller en uhensigtsmæssig variation i behandlingskvaliteten eller forløbet. Udvælgelsen af behandlingsområder kan fx ske på baggrund af aktuelle kvalitetsindikatorer, patientoplevelse kvalitet, ventetid eller analyser fra fx de kliniske kvalitetsdatabaser og de nationale registre. Udvælgelsen af områder skal sikre, at ressourcerne målrettes de områder, hvor der er størst behov. Ved Sundheds- og Ældreministeriets lancering af det nationale kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018 i april 2015 blev det fremhævet, at efter første fase af udrulninger, kan erfaringerne udbredes til større sygdomsområder som fx psykiatriområdet.

Et lærings- og kvalitetsteam kan etableres på et sygdomsområde eller for en specifik diagnose. Det kan også være en tværgående indsats, som vedrører pleje og behandling og/eller organiseringen af et forløb. Et lærings- og kvalitetsteam

kan arbejde med problemstillinger, som går på tværs af sektorer. Det væsentlige er, at der med en indsats på et givent område kan opnås en forbedring af den kliniske kvalitet og af patientens oplevelse af resultat og forløb.

Det er regionerne, som er ansvarlige for at drive de enkelte lærings- og kvalitetsteams. Konkret vil én region påtage sig det overordnede ansvar for at koordinere og gennemføre et lærings- og kvalitetsteam.

Der er på nuværende tidspunkt otte lærings- og kvalitetsteams i enten den forberedende fase eller igangsat. Det drejer sig om teams inden for følgende områder:

1. Specialiseret palliativ behandling
2. Apopleksi (blodprop eller blødning i hjernen)
3. Rationel antibiotikaforbrug
4. Den +65 årige patient med hoftenært lårbensbrud
5. Tidlig opsporing af akut opstået kritisk sygdom hos indlagte patienter (+ 16 år)
6. Perioperativ optimering af akutte højrisiko abdominalkirurgiske patienter
7. Forarbejde til ADHD – udredning, behandling og tværsektorielle forløb
8. Type 1 diabetes hos børn og unge.

Boks 5

Lærings- og kvalitetsteams på psykiatriområdet

Lærings- og kvalitetsteamet inden for psykiatrien om ADHD er i den forberedende fase og forventes igangsat primo 2019.

Lærings- og kvalitetsteams udvikles løbende, herunder teams, der også involverer kommunerne, hvor der er særligt fokus på det tværsektorielle arbejde. Det skal sikre sammenhæng i forløb, der går på tværs af sektorer, hvor der bliver taget hånd om borgeren på vejen gennem systemet.

Med input fra organisationer og parter i sundhedsvæsenet prioriterer styregruppen for lærings- og kvalitetsteams på hvilke områder, der skal etableres nye lærings- og kvalitetsteams. Dette sker under inddragelse af indstillinger fra organisationer og parter på sundhedsområdet. Styregruppen består af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Danske Patienter, RKKP (regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram) og Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

Nationalt ledelsesprogram

Ledelse er afgørende for sundhedsvæsenets mulighed for at levere indsatser af høj kvalitet til gavn for den enkelte. Ledelsen på alle niveauer i sundhedsvæsenet skal derfor have stærkt fokus på at skabe konstante forbedringer af kvaliteten gennem fokus på målopfyldeelse, reduktion af spild, læring, vidensspredning og motivation af sundhedspersonalet. Ledelsen skal opdage og gribe ind, når kvaliteten ikke er tilstrækkelig og iværksætte tiltag, der kan rette op på kvaliteten.

På den baggrund står et konsortium bestående af LEAD og Implement Consulting Group for at gennemføre det nationale ledelsesprogram for sundhedsvæsenet. Det første hold ledere fra kommunerne og regionerne er allerede godt i gang med ledelsesprogrammet, og der afholdes kick-off for det næste hold i marts 2018.

Styrket inddragelse af patienterne ved patientrapporterede oplysninger (PRO)

Patientrapporterede oplysninger (PRO-data) er systematisk indsamlede helbredsoplysninger, der er relevante for patienter og sundhedspersoner i forhold til patientens forløb, rapporteret direkte af patienten selv. Når en patient giver oplysninger om egen helbredstilstand, eksempelvis til brug for konsultationer eller kontroller, kan behandlingsforløbet styrkes og målrettes efter patientens behov. Både nationalt og lokalt arbejdes der med et styrket fokus på systematisk patientinddragelse og indsamling af patientens egne helbredsrelaterede oplevelser (PRO-data) i deres behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Boks 6**Mere værdi for patienten – Delprojektet for angst og depression i projekt værdibaseret styring**

Formålet med projektet er dels at udvikle et behandlingssystem, som fremadrettet skal kunne anvendes til alle psykoterapeutiske behandlinger af ikke-psykotiske patienter, og dels at udvikle et analyseværktøj, der kan anvendes i forhold til klinisk forankret udviklingsarbejde og til langsigtet planlægnings- og udviklingsopgaver. Projektet er forankret i Region Hovedstadens Psykiatri og blev oprindeligt igangsat på Psykiatrisk Center Stolpegården med henblik på at få erfaring med at indsamle PRO-data og kliniske data i et fælles behandlingssystem. Fra 2017 er systemet videreudviklet og testet på flere centre og forventes udbredt på alle centre i Region Hovedstadens Psykiatri i 2018.

Gennem PRO-data kan det eksempelvis vise sig, at patienten ikke har behov for en konsultation, eller omvendt, at patienten har brug for at blive fulgt tættere. PRO-data kan samtidig bruges som dialogstøtte, da det klæder både patient og sundhedsperson på inden konsultationen og øger patientens indsigt i eget forløb. Patientens oplysninger kan også bruges til kvalitetsarbejde, eksempelvis når patienten regelmæssigt registrerer funktionsevne, smerter og bivirkninger. PRO-data måler på sundhedsvæsenets kerneydelse og danner et solidt grundlag for kvalitetsudvikling.

I regi af den nationale styregruppe for PRO er der udviklet spørgeskemaer for tidlig opsporing af depression for henholdsvis apopleksi, hjerterehabilitering og gravide. Skemaerne er udviklet af repræsentanter fra regioner, kommuner, privatpraktiserende psykologer samt patienter og er tiltænkt brugt i forbindelse med den direkte borgerbehandling. Der udvikles en national it-infrastruktur, som vil gøre det muligt at dele oplysningerne på tværs af sektorer og geografi, således at sundhedspersoner kan orientere sig i patientens tidligere forløb. Det vil bidrage til et mere sammenhængende sundhedsvæsen med bedre sektorovergange og patienten i centrum.

Bedre brug af data

I 2014 blev Sundhedsdataprogrammet i regi af Statens Serum Institut igangsat. Samtidig påbegyndte Danske Regioner en videreudvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser, som beskrives nærmere i afsnit 4.2.2.

Sundhedsdataprogrammet skal skabe større synlighed og åbenhed om sundhedsvæsenets resultater. Der investeres i at forbedre adgangen til og anvendelsesmulighederne af relevante danske sundhedsdata - for både borgere, klinikere og beslutningstagere på tværs af sundhedsvæsenet. Overordnet skal Sundhedsdataprogrammet:

- Bidrage til en modernisering af it-infrastrukturen i Sundhedsdatastyrelsen
- Sikre en bedre datakvalitet og et bedre datagrundlag
- Styrke det tværsektorielle samarbejde om sundhedsdata
- Etablere en ny og let tilgængelig brugerflade målrettet borgere, klinikere og beslutningstagere på sundhedsområdet

Boks 7**MedCom 11 i forhold til mennesker med psykiske lidelser**

MedCom er bindeledet i det samarbejdende sundhedsvæsen ved at udvikle og udbrede tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger. Jf. MedComs arbejdsprogram er det besluttet, at MedCom i 2018 og 2019 vil arbejde med en række særlig fokuseret indsats, herunder i forhold til det digitale grundlag for bedre samspil mellem social- og sundhedsområdet gennem deling af data i en moderniseret MedCom kommunikation.

4.1.2. Forløbsprogrammer

Et forløbsprogram beskriver rammerne for den indsats og den koordination, der skal igangsættes for en given målgruppe på tværs af region og kommuner, herunder ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de involverede aktører på tværs af enheder og sektorer. Desuden indeholder forløbsprogrammet en beskrivelse af implementering og opfølgning på programmet. Formålet med forløbsprogrammer er at understøtte sammenhængende og koordinerede forløb på tværs af sektorer og forvaltningsområder, høj faglig kvalitet i den samlede indsats, hensigtsmæssig ressourceudnyttelse samt inddragelse af borgere og pårørende.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har i et tæt samarbejde og med inddragelse af relevante parter fra beskæftigelses-, undervisnings- og uddannelsesområdet udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser.

Der blev i 2015 udmøntet en pulje, hvor kommuner og regioner kunne ansøge om penge til at arbejde med og implementere lokalt tilpassede forløbsprogrammer på baggrund af den generiske model.

I satspuljeaftalen for 2017-2020 blev der desuden afsat midler til udarbejdelse af tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer. Formålet er, at børn og unge skal tilbydes en mere sammenhængende indsats og den bedst mulige udredning og behandling med henblik på at forebygge behovet for medicinsk behandling. De tre forløbsprogrammer er offentliggjort i december 2017 og er rettet mod børn og unge med angst, depression, ADHD, og spiseforstyrrelser. Der er i satspuljeaftalen desuden afsat midler i perioden 2018-2020 til udbredelse og implementering af de tre nationale forløbsprogrammer i regioner og tilhørende kommuner.

4.1.3. Task force for psykiatri

Som opfølgning på partnerskabsaftalen nedbringelse af tvang i psykiatrien samt de øvrigt igangsatte indsatser inden for psykiatriområdet blev der i februar 2014 etableret en Task Force for Psykiatriområdet med ledelsesrepræsentanter fra regionerne, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet, Sundhedsdatastyrelsen samt Sundhedsstyrelsen.

Task Force for Psykiatriområdet har følgende primære opgaver:

- Følge udviklingen på psykiatriområdet, herunder løbende følge op på iværksatte initiativer.
- Særligt følge udviklingen i anvendelsen af tvang gennem regelmæssig monitorering, samt fokus på iværksættelse af initiativer på alle niveauer, der kan medvirke til at nedbringe anvendelsen af tvang.
- Bidrage til videreudvikling og kvalitetssikring af data på psykiatriområdet.

4.1.4. Udvalget for Psykiatri

Sundhedsstyrelsen har i 2014 nedsat et Udvalg for Psykiatri, der skal yde bred faglig rådgivning til styrelsen vedrørende indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og mennesker i risiko for at udvikle psykiske lidelser. Udvalget for Psykiatri har til opgave løbende at yde bred faglig rådgivning til Sundhedsstyrelsen vedrørende den samlede sundhedsfaglige indsats for mennesker med psykiske lidelser, og formålet er at medvirke til en hensigtsmæssig udvikling og en stadig forbedring af kvaliteten på området. Udvalget har en bred repræsentation med patient- og interesseorganisationer, myndigheder, faglige selskaber mv.

Sundhedsstyrelsens Udvalg for Psykiatri skal i øvrigt ses i sammenhæng med Task Force for Psykiatriområdet.

Udvalget for Psykiatri har følgende primære opgaver:

- Følge udviklingen på psykiatriområdet, herunder effekten af nationale, regionale og kommunale initiativer og planer.
- Løbende vurdere udviklingen på psykiatriområdet og hvor relevant fremkomme med anbefalinger og forslag til initiativer, herunder forebyggende indsatser inden for mental sundhed.
- Bidrage til at understøtte nationale tiltag på området såsom handlingsplaner mv.
- Bidrage til at sikre faglig udvikling og vidensdeling.

4.2 Faglig styring af den regionale psykiatri

4.2.1 Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR)

For at sikre ensartede behandlingstilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet udarbejder Sundhedsstyrelsen nationale kliniske retningslinjer (NKR). De nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af sundhedspersonale. Retningslinjerne behandler udvalgte aspekter af diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper, hvor der er fundet særlig anledning til at afdække evidensen.

Retningslinjerne er baseret på videnskabelig evidens og den bedste praksis. De nationale kliniske retningslinjer følger et dertil udviklet koncept med tidsplan, metode og proces.

Sundhedsstyrelsen har aktuelt 11 nationale kliniske retningslinjer og en række andre publikationer med faglige anbefalinger, fx vejledninger, referenceprogrammer, medicinsk teknologivurdering (MTV), rapporter mv. Herudover udarbejder de faglige og videnskabelige selskaber også landsdækkende kliniske retningslinjer og behandlingsvejledninger.

Boks 8

Nationale Kliniske Retningslinjer på psykiatriområdet

- Angst hos børn og unge, 2016
- Anoreksia nervosa, 2016
- Unipolar depression, 2016
- Udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, 2016
- Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), 2016
- Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, 2015
- Skizofreni og komplekse forløb, 2015
- Moderat og svær bulimi, 2015
- ADHD hos voksne, 2015
- Bipolar lidelse, 2014
- ADHD hos børn og unge, 2014

4.2.2 Kliniske Kvalitetsdatabaser

I sundhedsvæsenet er der en række regionale og landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, som har til formål at måle kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater. Der er aktuelt fire kliniske databaser inden for det psykiatriske område.

De kliniske kvalitetsdatabaser tager udgangspunkt i det enkelte patientforløb og indsamler relevante informationer om behandlingen af nærmere afgrænsede patientgrupper med specifikke sygdomme og/eller patientgrupper, der har modtaget specifikke behandlinger. Indholdet i databaserne (variable og indikatorer) defineres af tværfaglige styregrupper forankret i de faglige selskaber. Der tages udgangspunkt i evt. kliniske retningslinjer og gældende evidens for god kvalitet. Styregrupperne fortolker mindst én gang årligt resultaterne – her peges på forbedringsmuligheder og anbefalingerne til kvalitetstiltag ligesom regionerne har mulighed for at kommentere egne resultater. Resultater såvel som anbefalinger og evt. regionale kommentarer offentliggøres.

Boks 9

Kliniske kvalitetsdatabaser på psykiatriområdet

- ADHD Database (børn og unge)
- Den Nationale Skizofrenidatabase
- Dansk Depressions Database
- Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for demens

Desuden er der en database for retspsykiatri under etablering.

Informationerne i de kliniske kvalitetsdatabaser bliver registreret og indberettet af aktører i sundhedsvæsenet, herunder det sundhedsfaglige personale på de offentlige og private sygehuse. I mange tilfælde hentes data fra eksisterende datakilder fx Landspatientregistret.

For den enkelte sygehusafdeling er databasen et kvalitetsudviklingsredskab, som afdelingen kan bruge til at overvåge og forbedre kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling. Flere parter har dog peget på, at registreringen og brugen i forhold til de eksisterende databaser på psykiatriområdet med fordel kan forbedres.

4.2.3 Kompetencer og uddannelse på psykiatriområdet

Faglig kvalitet i sundhedsvæsenet er bl.a. styret af kvaliteten af de kompetencer og uddannelser, som de sundhedsprofessionelle erhverver gennem forskellige uddannelsesforløb og efter-/videreuddannelse.

På statsligt plan står Uddannelses- og Forskningsministeriet og Undervisningsministeriet for grunduddannelserne af det sundhedsfaglige personale såsom social- og sundhedsuddannelserne, sygeplejersker, læger mv.

Sundhedsstyrelsen står for administration og kvalitetsudvikling af:

- Speciallægeuddannelsen for børne- og ungdomspsykiatri samt for psykiatri
- Videreuddannelsen "Specialuddannelse for sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje for sygeplejersker"
- Videreuddannelsen til specialpsykolog i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri er postgraduate uddannelser af 4 års varighed for psykologer, der har dansk autorisation fra Psykolognævnet under Socialministeriet. De to uddannelser består af en etårig introduktionsuddannelse og en efterfølgende treårig hoveduddannelse.

På regionalt plan er der også en lokal faglig styring, der vedrører beslutninger om, hvilke medarbejdere der skal ansættes, hvilke efteruddannelsesforløb medarbejderne skal tilbydes mv.

Boks 10

Eksempler på regionale initiativer til opkvalificering af personale

Psykiatrien i Region Nordjylland arbejder efter et konflikthåndteringskoncept, som indeholder uddannelse af nyansatte medarbejdere i konfliktforebyggelse, vedligehold af kompetencer og konsulentbistand i praksis. Nyansatte medarbejdere på sengeafsnit gennemfører et 4-dages grundkursus i deeskalering, konfliktforebyggelse, arousalsniveauer, fysiske greb og bæltefiksering. For nyansatte medarbejdere i ambulant regi gennemføres et tilsvarende 2-dages kursus. Derudover gennemføres der tre gange årligt vedligehold af fysiske greb og kommunikativ deeskalering for medarbejdere på sengeafsnit, mens tilsvarende undervisning gennemføres én gang årligt for medarbejdere i ambulant regi og for rengøringspersonale.

Ud over kurser i konfliktforebyggelse og vedligehold har Psykiatrien i Region Nordjylland planlagt og er i gang med at gennemføre kognitiv miljøterapiuddannelse for sengeafsnit med henblik på at sikre en fælles miljøterapeutisk referenceramme og derigennem nedbringe konflikter. For sygeplejersker i ambulant regi gennemføres en 1-årig kognitiv terapi-uddannelse.

Specialuddannelse af psykologer

Videreuddannelsen til specialpsykolog er oprettet i 2010 med henblik på at øge behandlingskapaciteten i psykiatrien. Uddannelsen varer fire år og giver psykologer med dansk autorisation kompetencer inden for udredning, diagnostik og behandling i forhold til psykiatriens målgrupper samt til tværsektorielt samarbejde og koordinering. De første specialpsykologer blev færdiguddannet i december 2015. Rådet for Specialpsykologuddannelsen har oplyst, at der i november 2017 er 104 godkendte specialpsykologer i voksenpsykiatri og 85 i børne- og ungdomspsykiatri. Årligt uddannes der omkring 30 og 15 specialpsykologer i henholdsvis voksen- samt børne- og ungdomspsykiatri.

Specialuddannelse af sygeplejerske i psykiatrisk sygepleje

Specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje er en 1-årig videreuddannelse af autoriserede sygeplejersker med min. 2 års klinisk erfaring inden for psykiatrisk sygepleje. Uddannelsen består af både teoretisk og klinisk undervisning i klinisk psykiatrisk sygepleje, sundhedspædagogik, kvalitetsudvikling og tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

4.2.4 Den nationale undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien (LUP Psykiatri)

Den nationale undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien (LUP Psykiatri) afdækker patienter og pårørendes oplevelser i psykiatrien. Undersøgelsen er et vigtigt redskab, der giver et billede af, hvor indsatserne i psykiatrien giver mest værdi for patienten og de pårørende, og hvor der er behov for forbedringer. Ved at give indsigt i de resultater, der har størst betydning for patienter og pårørende, skal LUP understøtte bedre kvalitet i behandlingen.

LUP giver mulighed for at sammenligne forskelle i patienter og pårørendes oplevelser, både på tværs af tid og sted samt input til lokal kvalitetsudvikling. LUP indgår i det nationale kvalitetsprogram for sundhedsområdet.

LUP psykiatri 2016 er den femte undersøgelse, hvor 11.994 personer har deltaget fordelt på: 1) indlagte og ambulante patienter i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, 2) forældre til patienter i børn- og ungdomspsykiatrien og 3) indlagte patienter i retspsykiatrien. Pårørende til voksne patienter deltager i undersøgelsen hvert tredje år, senest i 2015.

Boks 11

Den nationale undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien for 2016

LUP Psykiatri 2016 viser stor tilfredshed med psykiatrien, idet henholdsvis 92 pct. og 76 pct. af de indlagte patienter har et positivt samlet indtryk af kontakten med voksen- og børn- og ungdomspsykiatrien, mens tilfredsheden blandt ambulante patienter er henholdsvis 97 pct. og 96 pct. Den samlede tilfredshed har været nogenlunde stabil de seneste år.

De gode resultater, som patienter og pårørende i LUP 2016 lægger vægt på, skal fastholdes, handler især om relationen til personalet, rette behandling og tilrettelæggelse af forløb. For patienterne handler forbedringsmulighederne især om håndtering af fejl, og om patienten oplever at få det bedre af behandlingen. Særligt for de indlagte patienter, såvel voksne som børn og unge, er tvang ligesom sidste år et forbedringsområde. For de indlagte børn og unge er patientinddragelse endvidere et forbedringsområde. For forældrene er der især forbedringsmuligheder i forhold til samarbejdet med almen praksis for indlagte børn og unge samt håndtering af fejl for børn og unge i ambulant behandling.

4.2.5 Patientansvarlig læge

I 2016 blev regeringen og Danske Regioner i samarbejde med Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse, Overlægeforeningen, Yngre Læger og Dansk Sygeplejeråd enige om, at patienterne i det danske sundhedsvæsen skal opleve, at de har én læge, som tager ansvar for deres behandlingsforløb – en patientansvarlig læge. Målet er en ordning, som skal gøre en reel forskel for patienternes oplevelse af sammenhæng, kontinuitet og tryghed i sygehusvæsenet.

Patientens tryghed og oplevelse af sammenhæng skal øges gennem lægelig kontinuitet, koordinering og sammenhæng ved behov for forskellige behandlinger i patientforløbet. Det skal være tydeligt for både patient, pårørende og sundhedspersonale, hvem der har ansvaret for den enkelte patient og dennes forløb. Det skal ske ved, at alle patienter, hvor det er fagligt relevant, får tildelt en patientansvarlig læge. Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som er udpeget til at bære det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på sygehuset.

Med den patientansvarlige læge er der tale om en grundlæggende kultur- og organisationsændring på sygehusene, som forudsætter en anden og ny måde at arbejde på.

Boks 12

Udrulning af aftale om patientansvarlige læge

Det fremgår af regionernes økonomiaftale for 2018, at "Regeringen og Danske Regioner har aftalt, at der indføres patientansvarlig læge på sygehusene for alle patienter, hvor det er fagligt relevant, og i overensstemmelse med hvidbogen fra april 2017. Den patientansvarlige læge skal sikre sammenhæng, kontinuitet og tryghed for patienterne.

Udrulningen til alle kræftpatienter skal være igangsat inden udgangen af 2017 og til alle øvrige patientgrupper, hvor det er fagligt relevant, senest inden udgangen af 2018. Parterne er med aftalen enige om, at den patientansvarlige læge skal være endeligt implementeret i hele sygehusvæsenet ultimo 2019. Parterne er enige om en national målsætning om, at mindst 90 pct. af alle kræftpatienter i 2020 oplever, at de har en patientansvarlig læge. Der følges op på implementeringen, herunder målsætningen på kræftområdet, gennem den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

Parterne bag aftalen har i marts 2017 udarbejdet en hvidbog for den patientansvarlige læge, som bl.a. beskriver, hvornår der skal tildeles en patientansvarlig læge, hvilke opgaver der hører til rollen, og hvordan udrulning og opfølgning mv. skal foregå.

4.2.6 Målsætning om nedbringelse af tvang i psykiatrien

I 2014 blev den daværende regering (S, RV og SF) enige med Venstre og Konservative om en målsætning om, at anvendelsen af tvang i psykiatrien skal nedbringes med 50 pct. frem mod 2020 målt i forhold til baseline (fastlagt på baggrund af tal for 2011 til 2013). Der blev med finanslovsaftalen for 2014 afsat 50 mio. kr. årligt fra 2014 og fremefter til at indgå regionale partnerskaber samt 100 mio. kr. til en ekstra anlægsindsats i 2014 til at understøtte bedre fysiske rammer i psykiatrien med henblik på at nedbringe tvang.

Den daværende minister for sundhed og forebyggelse og Danske Regioners formandskab indgik i 2014 en partnerskabsaftale om nedbringelse af tvang. Af aftalen fremgik: "Andelen af personer som tvangsfikseres skal være halveret i 2020, og den samlede anvendelse af tvang i psykiatrien skal samtidigt reduceres".

Sundhedsdatastyrelsen har på den baggrund udviklet en national model til monitorering af tvang i psykiatrien, som indeholder 15 målbare indikatorer. Monitoreringen offentliggøres halvårligt og kommenteres af Sundhedsstyrelsen. De enkelte regioner har desuden fået særskilte baselines og målsætninger, der tager udgangspunkt i deres regionale tvangstal. Den seneste tvangsmonitoreringsrapport fra oktober 2017 viser udviklingen i anvendelsen af tvang i perioden 1. juli 2016 til 30. juni 2017. For den mest centrale indikator, andelen af personer, der bæltefikseres af antal indlagte, fremgår det, at der på landsplan er 5,9 pct. af de indlagte i psykiatrien, som bæltefikseres. I 2020 er målsætningen, at andelen er 3,9 pct. Dette tal dækker over store regionale forskelle.

Boks 13

Regional opfølgning på målsætningen om nedbringelse af tvang

Hver enkelt region indsender hvert forår en status på partnerskabsaftalen om nedbringelse af tvang fra 2014. Partnerskabs-aftalerne skal beskrive hver enkelt regions plan for – frem mod 2020 - at reducere anvendelsen af tvang baseret på de overordnede principper og konkretiseret ved milepæle og tiltag for hvert af de syv fokusområder, der fremhæves i *Principper og fokusområder for partnerskaber om nedbringelse af tvang*. Ligesom der følges op på partnerskabsaftalerne i Sundhedsstyrelsens Task Force for psykiatriområdet.

I statusstatusredegørelsen for 2016, indsendt i foråret 2017, beskriver Region Hovedstaden, hvordan de udarbejdede en handleplan for nedbringelse af bæltefikseringer i regionen i 2014. Som opfølgning på handleplanen har Region Hovedstadens Psykiatriudvalg i 2016 udarbejdet en tre-årsplan for den fortsatte udvikling af psykiatrien i perioden 2017-2019. Direktionen har i 2016 indgået årsaftaler med centrene i Region Hovedstadens Psykiatri, som fastsætter mål for det maksimale antal bæltefikseringsepisoder i 2017, og medio 2017 mødtes direktionen med centrene om status på aftalerne.

Region Hovedstadens Psykiatri arbejder efter en leanbaseret forbedringskultur, og arbejdet med at nedbringe tvang følger denne metode, hvor data drøftes på alle niveauer i organisationen, og relevante medarbejdere involveres i forbedringsfor-slag på området. Hospitalsledelsen holder ugentlige målstyringsmøder, og fra primo 2017 har hospitalsledelsen valgt at drøfte tvang hver 14. dag frem for en gang i kvartalet som hidtil.

Region Hovedstadens Psykiatri har desuden et Forum for Recovery, Patientsikkerhed og Tvang, som bl.a. følger indsatser på tvangsområdet. Primo 2017 afholdte Region Hovedstaden et event om nedbringelse af tvang, som bl.a. havde til formål at sætte fokus på læring på tværs af centrene i regionen.

4.3 Faglige værktøjer i de sociale indsatser for mennesker med psykiske lidelser

ServiceLOVEN er en rammelov. Det betyder konkret, at LOVEN fastsætter de overordnede rammer for, hvilke serviceydelser og tilbud kommunalbestyrelsen kan og skal yde til borgere i målgruppen. Kommunalbestyrelsen har inden for LOVENS rammer frihed til at tilrettelægge de sociale tilbud og indsatser med udgangspunkt i den lokale kontekst og de lokale ønsker og prioriteter. Det giver mulighed for kommunal variation og fleksibilitet samt skaber grundlaget for et kommunalt styringsrum.

Kommunernes arbejde med styring på det specialiserede voksen socialområde er beskrevet i pjecen 'Styring af det specialiserede vokseområde – værktøjer og cases' fra 2017.

4.3.1 Det sociale ankesystem

Ankesystemet består på det sociale område af Ankestyrelsen, hvis virksomhed og kompetence er reguleret i retssikkerhedsloven. Den almindelige ordning efter serviceloven er, at kommunalbestyrelsernes afgørelser efter loven kan påklages til Ankestyrelsen, med mindre andet er fastsat i loven. Ankestyrelsen kan efterprøve retlige spørgsmål, det vil sige, om konkrete afgørelser ligger inden for lovens rammer.

4.3.2 Socialtilsynet

Funktionen som socialtilsyn varetages af 5 kommuner: Frederiksberg, Holbæk, Fåborg-Midtfyn, Silkeborg og Hjørring Kommune. De 5 socialtilsyn godkender og fører driftsorienteret tilsyn med offentlige og private sociale tilbud for at sikre, at indsatsen til borgere, som leveres i tilbud efter serviceloven er i overensstemmelse med formålet hermed. Godkendelsen er en betingelse for, at kommunen kan visitere borgere til tilbuddet. Det er en betingelse for godkendelsen, at tilbuddet efter en samlet vurdering har den fornødne kvalitet, som vurderes inden for en række temaer; uddannelse og beskæftigelse, selvstændighed og relationer, målgrupper, metoder og resultater, sundhed og trivsel, organisation og ledelse, kompetencer, økonomi og fysiske rammer. Det driftsorienterede tilsyn med tilbuddene skal sikre, at tilbuddene til stadighed har den fornødne kvalitet. Socialtilsynets afgørelser kan påklages til Ankestyrelsen.

4.3.3 10 mål for social mobilitet

Regeringen har opstillet 10 mål for social mobilitet. De sociale mål skal være med til at sætte retning for og skabe større fremdrift i socialpolitikken, hvor flere skal være en del af arbejdsfællesskabet, og færre skal være socialt udsatte og alle skal have mulighed for at leve et selvstændigt liv. Målene skal bane vejen for, at der i højere grad arbejdes med det, der virker for den enkelte, og at de indsatser, der er virksomme og har en dokumenteret effekt, bliver udbredt, så flere får en indsats, der gør en forskel. Mål 4 omhandler specifikt personer med psykiske vanskeligheder, men personer med psykiske vanskeligheder kan også indgå i målgruppen for en række af de øvrige mål.

Mål 1-5: Flere skal være en del af arbejdsfællesskabet

1. Udsatte børn og unges faglige niveau i folkeskolen skal forbedres
2. Flere udsatte unge skal gennemføre en ungdomsuddannelse
3. Flere personer med handicap skal i uddannelse og beskæftigelse
- 4. Flere personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer skal i uddannelse og beskæftigelse.**
5. Flere personer udsat for vold i nære relationer skal i uddannelse og beskæftigelse

Mål 6– 10 Færre skal være socialt udsatte

6. Færre udsatte unge skal begå kriminalitet
7. Færre skal være hjemløse
8. Større effekt af stofmisbrugsbehandlingen
9. Større effekt af alkoholbehandlingen
10. Flere uden for arbejdsfællesskabet skal deltage i den frivillige indsats

Børne- og Socialministeriet udarbejder løbende analyser af målgrupperne for de sociale mål for at identificere de områder, hvor der måtte være behov for en særlig indsats. Analyserne vil blandt andet gå i dybden i forhold til udviklingen for delmålgrupper for de sociale mål fx unge med psykiske vanskeligheder.

4.3.4 Socialstyrelsen og VISO

Socialstyrelsen under Børne- og Socialministeriet arbejder med udvikling, rådgivning og implementering på hele det sociale område. Socialstyrelsens opgaver består i at:

- tilvejebringe ny socialfaglig viden
- formidle og udbrede virkningsfulde socialfaglige metoder og praksisser
- varetage socialfaglig rådgivning af kommuner, regioner og borgere
- understøtte udvikling og implementering af socialpolitik
- varetage den nationale audit-funktion i forhold til socialtilsyn samt den nationale koordinationsstruktur
- forvalte tilskudsordninger

Fx har Socialstyrelsen et metodeudbredelsesprogram, der arbejder med dokumenterede metoder for sårbare børn og unge. Socialstyrelsen hjælper interesserede kommuner og organisationer med at tage dokumenterede metoder i brug. Styrelsen giver rådgivning mhp. at understøtte beslutninger om, hvorvidt de dokumenterede metoder er interessante at implementere eller anvende det pågældende sted. Hvis en kommune eller organisation ønsker at implementere en af de dokumenterede metoder, yder Socialstyrelsen støtte hertil i form af uddannelse og vejledning samt processtøtte i implementeringsfaserne. Socialstyrelsen stiller ligeledes værktøjer til brug for beregning af de økonomiske konsekvenser til rådighed.

Desuden udvikler og udgiver Socialstyrelsen bl.a. metode- og implementeringsguider, metodebeskrivelser, nationale retningslinjer, faglige anbefalinger, kortlægninger af lovende praksisser, evalueringer, erfaringsopsamlinger, pjecer til borgere og deres pårørende, analyser mv.

Under Socialstyrelsen findes endvidere VISO, den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område og på specialundervisningsområdet, som bl.a. giver rådgivning til fagfolk og borgere. VISO tilbyder gratis rådgivning i konkrete sager fra nogle af landets dygtigste specialister inden for det sociale område. Som fagperson eller myndighed kan man henvende sig til VISO for at få en uforpligtende og afklarende samtale med en af VISO's konsulenter, og man kan om nødvendigt blive rådgivet til, hvordan VISO kan hjælpe, og hvad der skal til, for at VISO kan yde vejledende rådgivning.

VISO kan fx rådgive om, hvordan kommunen kan tilrettelægge en faglig indsats, eller hvad et tilbud kan indeholde. VISOs rådgivning er vejledende; kommunerne har det fulde myndighedsansvar på social- og specialundervisningsrådet. Det er altid kommunen, der beslutter, hvilke indsatser de vil iværksætte i en borgers sag. VISO laver således ikke lovfortolkning og behandler ikke klager over kommunal sagsbehandling/afgørelse. VISO yder rådgivning til kommuner, borgere og kommunale, regionale og private tilbud.

5. Organisatorisk styring af indsatsen målrettet mennesker med psykiske lidelser

Dette kapitel opridser de mest centrale eksempler på eksisterende overordnede organisatoriske styringsredskaber opdelt i tre niveauer: tværgående styring, styring i den regionale psykiatri og styring af de kommunale indsatser. I lighed med kapitel fire giver dette kapitel et overblik over de mest centrale organisatoriske styringsredskaber, hvoraf nogle ligeledes går igen i arbejdsgruppens anbefalingerne i kapitel syv. Dermed vil beskrivelsen i dette kapitel være mere omfangsrig end anbefalingerne, samtidig med, at der vil være overlap.

Med organisatorisk styring menes tiltag, der sigter mod at koordinere hvem, der udfører hvilke aktiviteter, for hvem og hvornår.

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser kan – afhængig af kompleksitet i borgerens behov – bestå af indsatser på tværs af sektorer og fagområder. Og ansvaret for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er delt mellem regioner og kommuner, mens tilrettelæggelsen og ansvaret for de konkrete indsatser ofte er placeret i forskellige sektorer. Fordelingen af ansvar mellem flere sektorer stiller derfor krav til organisatorisk koordination og samarbejde.

Organisatorisk styring er tæt forbundet med kvalitet og optimal ressourceudnyttelse, idet sammenhæng og kontinuitet i indsatsen kan have stor betydning for borgerens oplevelse af kvalitet og effekten af indsatserne, fx i forhold til mulighederne med at vende tilbage til hverdagslivet. Bl.a. kan usammenhængende forløb medføre, at borgeren får en ufuldstændig indsats, der ikke tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. Borgeren kan få overlappende eller modstridende tilbud, eller borgeren kan risikere ikke at få den nødvendige indsats. En usammenhængende indsats kan også resultere i genindlæggelse eller tab af funktionsevne. Hertil kommer, at den rette planlægning af personaleresourcer og sammenhæng i indsatsen bidrager til en bedre ressourceudnyttelse.

5.1 Tværsektoriel organisatorisk styring

5.1.1 Sundhedsaftaler

I forbindelse med kommunalreformen i 2007 blev sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner lovpligtige. Aftalerne indgås mellem regionsråd og kommunalbestyrelserne i de kommuner, som ligger i regionen. Fra 2015 indgås der fem sundhedsaftaler – én for hver region. Sundhedsaftalerne er et væsentligt koordinationsredskab mellem regioner og kommuner i forhold til at afklare arbejdsdelingen og samarbejdet om indsatsen for bl.a. mennesker med psykiske lidelser. Det skal bl.a. aftales, hvordan det sikres, at relevant information formidles mellem parterne, og at der ved udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af borgerens samlede behov.

Sundhedskoordinationsudvalget kan, jf. bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler § 2, stk. nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper bl.a. med henblik på faglig rådgivning fra sygehuse, almen praksis eller kommuner.

I første kvartal af 2018 forventes en ny bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler at træde i kraft. Bekendtgørelsen og vejledningen beskriver de rammer, som de lokale sundhedsaftaler skal tage udgangspunkt i.

Boks 14

Eksempler på samarbejde på psykiatrimrådet i sundhedsaftalerne

Region Hovedstadens sundhedsaftale indeholder retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center.

I Region Sjællands sundhedsaftale omtales forløbsbeskrivelser, som udarbejdes med udgangspunkt i forskellige typer af forløb på tværs af sektorer. For patienter fra børne- og ungdomspsykiatrien vægtes der tæt samarbejde mellem Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) i kommunen, den praktiserende læge og børne- ungdomspsykiatrien.

5.1.2 Koordinationsplaner og udskrivningsaftaler

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er reguleret i psykiatrilovens § 13 a-c og blev indført i 1998. Heraf fremgår det, at overlægen, såfremt det antages, at en patient efter udskrivning ikke vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, har ansvaret for, at der indgås en aftale mellem patienten, den psykiatriske afdeling og relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Ordningen bygger på patientens frivillige inddragelse i den fremtidige behandling.

Hvis patienten ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Ordningen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner omfatter en mindre gruppe patienter med svære psykiske lidelser, som uden en særlig opfølgning risikerer at falde ud af behandlingssystemet. Overlægen på den psykiatriske afdeling skal foretage en vurdering af, om en patient tilhører denne gruppe inden udskrivningen. For øvrige patienter skal der udarbejdes en behandlingsplan jf. sundhedslovens § 3, stk. 3.

I november 2016 blev brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner drøftet i både Sundhedsstyrelsens Udvalg for Psykiatri og Task Force for Psykiatrimrådet for at sikre, at redskaberne bliver brugt. På task force mødet påpegede Sundhedsstyrelsen, at regionerne bør drøfte med de respektive kommuner i regionen, hvordan de fremadrettet kan øge samarbejdet om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, og at forankringen af og samarbejdet omkring planerne/aftalerne hensigtsmæssigt kan foregå i regi af sundhedsaftalerne.

5.1.3 Koordinerende indsatsplan for mennesker med psykisk lidelser og samtidigt misbrug

I 2014 udgav sundhedsstyrelsen og socialstyrelsen retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner for personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Retningslinjerne skal medvirke til, at personer, der både har psykiske lidelser og et misbrug af stoffer eller alkohol, får tilstrækkeligt udbytte af den behandling, de tilbydes for begge problematikker.

De individuelle koordinerende indsatsplaner skal skabe overblik over borgerens aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i det psykiatriske ambulatorium og den kommunale stof- og alkoholbehandling.

Øvrige indsatser på det somatiske-, social- og/eller beskæftigelsesområdet mv. kan inddrages, hvis det vurderes relevant. Initiativet med koordinerende indsatsplaner implementeres i sundhedsaftalerne som et redskab til at sikre en sammenhængende indsats for borgeren ved at pointere, at de relevante behandlere og evt. kommunale sagsbehandlere skal mødes og koordinere indsatser på baggrund af en fælles forståelse af borgerens udfordringer.

5.1.4. En samlet plan for patienter som får ophold på en særlig plads på psykiatrisk afdeling

I lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. er det fastsat, at kommunalbestyrelsen i patientens handlekommune har ansvaret for, at der findes en samlet plan for alle patienter, der får ophold på en af de 150 særlige pladser på psykiatrisk afdeling, som blev vedtaget i forbindelse med Handlingsplanen til forebyggelse af vold på botilbud fra efteråret 2016. Den samlede plan er et supplement til den enkelte patients eksisterende planer fra kommunen, regionen og Kriminalforsorgen, og skal således indeholde elementerne fra disse planer. Derved vil den samlede plan skabe overblik over de indsatser, som patienter modtager, og sikre bedre sammenhæng i den enkelte patients forløb. Den samlede plan udarbejdes i tæt samarbejde mellem kommunalbestyrelsen, personalet på den psykiatriske afdeling og andre relevante aktører - både hvad angår patientens ophold på den særlige plads og patientens videre forløb.

5.2 Organisatorisk styring af den regionale psykiatri

5.2.1 Udrednings- og behandlingsrettighed

Den 3. juni 2014 vedtog alle Folketingets partier nye udrednings- og behandlingsrettigheder i psykiatrien med det formål at ligestille patientrettighederne for psykiatriske patienter med patienter med fysiske sygdomme. Udredningsretten inden for psykiatrien blev i første omgang indført i to etaper.

1. Pr. 1. september 2014 blev der indført 60 dages udredningsret i psykiatrien.
2. Pr. 1. september 2015 blev der indført 30 dages udredningsret. Men denne ændring fik psykiatriske patienter samme rettigheder til udredning som somatiske patienter. Lovændringen betød efter fuld indfasning, at alle patienter i sygehusvæsenet – per 1. september 2015 – havde ret til frit sygehusvalg, en udredningsret på 30 dage og en differentieret behandlingsret til udvidet frit sygehusvalg.

Pr. 1. oktober 2016 blev der indført nye udrednings- og behandlingsrettigheder, herunder fik patienter, som regionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan udrede inden for 30 dage, ret til udvidet frit sygehusvalg. Udredningsretten indebærer, at sygehuspatienter har ret til at blive udredt inden for én måned efter henvisning, hvis det er fagligt muligt. Hvis ikke det er muligt at afslutte udredningen inden for én måned, skal regionen inden for samme frist udarbejde en plan for det videre udredningsforløb. Kan regionen ikke udrede patienten inden for 30 dage pga. manglende kapacitet, får patienten ret til at vælge i mellem alle relevante private sygehuse og klinikker mv., som regionerne har indgået aftale med - dvs. udvidet frit sygehusvalg.

I forbindelse med indførslen af udrednings- og behandlingsret i psykiatrien er der ad flere omgange bevilget flere midler til regionerne til at efterleve reglerne. Ligesom der forud for indførslen af de nye rettigheder løbende er blevet tilført midler til psykiatrien til bl.a. at nedbringe ventetiderne og understøtte de løbende forbedringer af patientrettighederne for psykiatriske patienter.

Boks 15**Udrednings- og behandlingsretten som styringselement i den regionale psykiatri**

Overholdelse af udredningsretten indgår som indikator i de nationale mål, og samtlige regioner anvender overholdelse af udrednings- og behandlingsretten som et af de væsentligste styringsparametre for psykiatrien.

I alle regioner indgår overholdelse af udrednings- og behandlingsretten fx som et element i de økonomi- og aktivitetsmål, som der løbende er ledelsesmæssige dialog om mellem region og psykiatrisygehuset. Ligesom der ligeledes følges op på denne ledelsesmæssige dialog mellem sygehusledelse og de enkelte afdelinger om de fastlagte økonomi- og aktivitetsmål, hvor udrednings- og behandlingsretten er central. Den løbende dialog om mål og den løbende drift foregår med afsæt i data og er ofte udgangspunkt for organisatorisk læring mellem de forskellige afdelinger.

5.2.2 Psykiatriplaner

I Sundhedsloven er det fastlagt, at regionsrådet skal udarbejde en samlet plan og strategi for tilrettelæggelsen af regionens indsatser på sundhedsområdet. Alle regioner skal i henhold til sundhedslovens indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen ved udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mv.

Regionernes psykiatriplaner sætter dermed den politiske retning for arbejdet i psykiatrien. Psykiatriplanen inddrages dernæst i årsplaner og årlige driftsaftaler mellem regionen og psykiatrien. I alle regionerne er psykiatrien organiseret som ét sygehus, som regionen dermed indgår aftale med.

Psykiatriplanen og driftsaftalerne omfavner bl.a. både de nationale krav og fokusområder, samt de regionale politiske fokusområder. For eksempel står de nationale mål helt centralt i alle regionernes psykiatriplaner og bliver yderligere konkretiseret i driftsaftalerne. Det vil sige, at der sker en udfoldelse af de overordnede politiske mål i driftsaftalerne.

Det betyder bl.a., at regionsrådet skal ændre planen først, hvis de ønsker at lave væsentlige ændringer i regionens sundhedsvæsen, der ikke er forudsat i planen. Sundhedsstyrelsen tager i sin faglige rådgivning til regionerne udgangspunkt i sundhedsloven og de politiske målsætninger bag denne, Sundhedsstyrelsens rapport "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen fra 2007" og Sundhedsstyrelsens specialeplan.

Desuden tager Sundhedsstyrelsen hensyn til den enkelte regions organisatoriske og politiske målsætninger samt særlige forhold, herunder muligheden for at implementere store forandringer over en kortere eller længere periode. Faktorer som geografi, eksisterende fysiske rammer, personaleforhold og økonomi har betydning for med hvilken hast, forandringer kan gennemføres i de enkelte regioner.

Praksisplaner

For at medvirke til, at sundhedsaftalerne gennemføres på praksisområdet blev det med ændringen af sundhedsloven i 2013 fastsat, at der i hver region skal nedsættes et praksisplanudvalg, der skal udarbejde en plan for almen praksis' opgavevaretagelse i regionen. Lovændringen betyder, at almen praksis er forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen og skal dermed understøtte en tæt sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen. Praksisplanen vedrørende almen praksis beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen og indeholder overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre og er dermed et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis.

5.2.3 Specialeplanlægning

Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning sætter rammerne for den specialiserede behandling på sygehusene i Danmark for både offentlige og private hospitaler. Formålet med specialeplanlægningen er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen, helhed i patientforløbene og den bedste udnyttelse af ressourcerne. Specialeplanlægningen skal desuden fremme den nødvendige opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse med

henblik på fortsat opretholdelse og udvikling af sundhedsvæsenets ydelser. Endelig skal specialeplanlægningen tilgodeses, at sundhedsydelser af høj faglig kvalitet og med effektiv ressourceudnyttelse leveres så tæt på patienten som muligt. Specialeplanlægningen skal samtidig sikre den nødvendige planlægning, koordination og samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter.

Den seneste specialplan trådte i kraft den 1. juni 2017, og for psykiatriske patienter er der en specialeplan for børne- og ungdomspsykiatrien samt en specialeplan for psykiatrien, der omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering. Specialeplanen for psykiatrien omfatter også patienter med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser samt psykiske lidelser kombineret med misbrug hos voksne.

5.2.4 Visitationsretningslinjer

Faglige visitationsretningslinjer indeholder fagligt begrundede retningslinjer for henvisning til de eksisterende behandlingsmuligheder for en given sygdom. Retningslinjerne beskriver også, hvordan de sundhedspersoner, som patienterne kommer i kontakt med, bedst muligt kan samarbejde om at få udredt og behandlet patienterne. Retningslinjerne tager udgangspunkt i et princip om, at patienter skal ses på det lavest effektive omkostningsniveau. Visitationsretningslinjerne beskæftiger sig ikke med, hvilken behandling der skal tilbydes på de forskellige behandlingstrin. Det er i stedet beskrevet i den nationale kliniske retningslinje på det givne område.

Boks 16

Visitationsretningslinjer på psykiatriområdet

Sundhedsstyrelsen har udgivet fire retningslinjer for udredning og behandling på psykiatriområdet:

- Udredning og behandling af voksne med ADHD, 2016
- Udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, 2016
- Udredning og behandling af bipolar lidelse hos voksne, 2016
- Visitationsretningslinje for børn og unge med erhvervet hjerneskade og samtidig psykisk lidelse, 2015

5.2.5 Regionernes pakkeforløb

Med inspiration fra pakkeforløb på kræft- og hjerteområdet har regionerne selv siden 2012 løbende udviklet og implementeret en række diagnosespecifikke pakkeforløb i både børne- og ungdomspsykiatrien og voksen-psykiatrien. Pakkerne retter sig mod ambulante udrednings- og behandlingsforløb på hovedfunktionsniveau eller regions-funktion jf. Sundhedsstyrelsen specialeplan.

Formålet med pakkeforløb i psykiatrien er at tilbyde ensartede behandlingsforløb af høj faglig kvalitet til patienter med samme psykiske sygdom og behandlingsbehov. Ifølge Danske Regioner er pakkeforløbene baseret på og opdateres løbende i forhold til kliniske retningslinjer, specialevejledninger, visitationsretningslinjer, databaser m.m., hvor det er muligt. Ligeledes indgår sammenhænge mellem pakkeforløbene og de kliniske databaser, LUP samt de nationale mål.

Henvisning til og behandling i et pakkeforløb hviler på en faglig visitation med afsæt i en fællesregional mål-gruppebeskrivelse af patienter henvist til psykiatrien. Målgruppebeskrivelsen har til hensigt at understøtte ensartede visitationskriterier og ensartet adgang til psykiatriske behandling på sygehusniveau på tværs af de fem regioner. Det er således en forudsætning for igangsættelse af behandling, at der forinden er sket en udredning/visitation, der klarlægger, at behandling i regionspsykiatrien er den mest hensigtsmæssige.

Med mindre henvisningsgrundlaget er så fyldestgørende, at borgeren kan henvises direkte til en behandlingspakke, vil borgeren indgå i et udredningsforløb (udrednings-pakke). Her beskrives sygdomssymptomer, omfanget af sværhedsgraden og om muligt årsagen til tilstanden. Udredningspakken afsluttes med, at der træffes en lægefaglig beslutning

om det videre behandlingsbehov og behandlingsmuligheder, herunder yderligere behandling i et pakkeforløb, anden sygehusbehandling eller afslutning, såfremt behovet for sygehusbehandling kan afkræftes.

Pakkeforløb er som hovedregel afsluttede forløb, og pakkerne angiver den ramme, som behandlingen kan planlægges indenfor i form af en række kliniske handlinger og et samlet øvre antal timer. Den enkelte behandler kan ud fra faglig vurdering fleksibelt vælge at erstatte nogle ydelser med andre ydelser, hvis det skønnes bedst for patienten. I nogle tilfælde kan det desuden for at imødekomme patientens ønsker og behov være relevant at forlænge enkelte indsatser i pakkeforløbet til fordel for andre. Det vil ikke for alle patienter være relevant at følge pakkeforløbet i hele dets længde. I særlige tilfælde kan behandlingen forlænges eller gentages. Eller der kan henvises til regionsfunktion.

Foruden den beskrevne faglige styring, oplyser regionerne, at pakkerne også har fungeret som kapacitetsstyringsinstrument og medvirket til et større patient-flow i den ambulante psykiatri. Pakkerne er således en del af regionernes arbejde med at opfylde udrednings- og behandlingsretten.

Der findes behandlingspakker på voksenområdet inden for følgende områder:

- ADHD
- Depressiv enkeltepisode
- PTSD
- Incident skizofreni
- Prævalent skizofreni
- Angst
- Prævalent bipolar lidelse
- OCD
- Evasiv personlighedsforstyrrelse
- Traumatiserede flygtninge

For børn og unge findes der behandlingspakker inden for følgende områder:

- ADHD
- Depression
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelse
- Anoreksi og bulimi
- OCD

Danske Regioner har påbegyndt en revision af pakkeforløbene med henblik på i højere grad at koble dem op på de otte nationale kvalitetsmål, kliniske retningslinjer, medicin håndtering og databaser mv.

5.3 Organisatorisk redskaber for de sociale indsatser i kommunerne

Serviceoven sætter de overordnede rammer for, hvilke serviceydelser og tilbud kommunen kan og skal give borgerne. Serviceoven er en rammelov, der giver kommunerne en vis grad af frihed inden for lovens rammer. Kommunerne tilrettelægger tilbud og indsatser i forhold til den enkelte borgers konkrete behov, forudsætninger og ud fra en lokal prioritering og kan fastsætte et vejledende serviceniveau. Det betyder, at kommunerne har en vis frihed til at foretage økonomiske prioriteringer. Serviceoven omfatter bl.a. tilbud om socialpædagogisk støtte i eget hjem (§ 85), støtte- og kontaktpersonsordning (§ 99), aktivitets- og samværsydelse (§ 104) og midlertidige eller længerevarende botilbud (§ 107 og § 108).

Indsatsen i kommunerne adskiller sig dermed fra den regionale indsats, da tilbud og ydelser bevilges på baggrund af en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse og/eller særlige sociale problemer, og ikke i samme grad som den regionale psykiatri ud fra en diagnose. Det medvirker til, at der arbejdes ud fra et helhedssyn på borgerens situation og behov for hjælp og støtte.

5.3.1 Rammeaftaler

Kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet i den pågældende region skal årligt indgå en rammeaftale, hvori det samlede udbud af sociale tilbud efter lov om social service samt efter § 105, stk. 2, og § 185 b, stk. 1, i lov om almene boliger mv. koordineres. Kommunerne kan bl.a. benytte rammeaftalerne til at regulere regionernes forsyningspligt og dermed sikre kommunernes forsyning samt sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene på tværs af kommunegrænser, så alle kommuner til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til mindre målgrupper og målgrupper med særlige komplicerede problematikker. Rammeaftalerne skal medvirke til at skabe synlighed og gennemskelighed om kapacitet, behov for pladser samt takst- og udgiftsudvikling og sikre koordinering og udvikling af nye tilbud, så ekspertise og ressourcer på særlig specialiserede områder anvendes hensigtsmæssigt.

5.3.2 National koordination

Den nationale koordinationsstruktur skal sikre, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. Dette sker gennem faglig dialog, vidensindsamling og ved, at Socialstyrelsen udarbejder centrale udmeldinger og forløbsbeskrivelser på området. National koordination har fokus på at sikre, at kommunerne samarbejder om at tilbyde den fornødne højt specialiserede indsats til de målgrupper, hvor der kun er få borgere i hver kommune, som har behov for samme tilbud, eller hvor kompleksiteten af borgernes problemstillinger kræver særlig viden.

Kommunerne samarbejder i dag både tværkommunalt og med regioner og private udbydere om at levere højt specialiserede tilbud til borgerne. Det sker formelt set gennem kommunernes rammeaftalesamarbejde, der er forankret på regionalt plan. Da ikke alt kan løses på regionalt plan, er den nationale koordinationsstruktur oprettet for at styrke koordinationen og planlægningen på tværs af kommuner og regioner med henblik på at sikre og videreudvikle den mest specialiserede social- og specialundervisningsindsats.

5.3.3 Tilbudsportalen

I Tilbudsportalen kan kommunale sagsbehandlere med udgangspunkt i borgerens behov fremsøge en række tilbud, der retter sig mod borgerens specifikke problemstilling. Tilbudsportalen.dk indeholder således en database, der er et værktøj til at fremsøge et overskueligt antal relevante tilbud, som sagsbehandleren derefter kan undersøge nærmere. Tilbudsportalen indsamler og udstiller oplysninger om plejefamilier og tilbud til mennesker med en funktionsnedsættelse og/eller et socialt problem. Tilbudsportalen er landsdækkende og registrering er lovpligtig.

Tilbudsportalen indeholder bl.a. oplysninger om midlertidige botilbud til voksne efter servicelovens § 107, længerevarende botilbud til voksne efter § 108, tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102, aktivitets- og samværstilbud efter § 104 mv.

6. Data vedr. mennesker med psykiske lidelser

En væsentlig forudsætning for at kunne følge op på resultater og effekter af den faglige, organisatoriske og økonomiske styring er adgang til data af høj kvalitet.

I nedenstående kapitel beskrives den eksisterende nationale data på psykiatriområdet. Det vil sige, at kapitlet omhandler primært data, der er tilgængeligt i nationale registre, men data genereret ud fra nationale spørgeskema, som Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), vil også blive omtalt. Herudover er der en række regionale eller kommunale data, som bruges i den daglige drift og til ledelsesinformation. Kapitlet har til formål at beskrive indhold, omfang og kvalitet af eksisterende data. I bilagene findes en oversigt over alle registrene og relevante redegørelser på området.

Boks 17

Afgrænsning af socialpsykiatrien

Mennesker med psykiske lidelser kan have behov for en sundhedsfaglig, socialfaglig og beskæftigelsesrettet indsats og/eller indsats i relation til skole eller undervisning. Omfanget af indsatsen afhænger af kompleksiteten af borgerens funktionsnedsættelse og kompleksiteten af borgerens behov. Det er afgørende, at den samlede indsats på tværs af sektorer, forvaltninger og fag sammentænkes og koordineres, hvis kvaliteten i indsatsen, skal forbedres.

Der vil dermed være mennesker med psykiske lidelser, der enten har behov for behandling på psykiatrisk sygehus, behov for sociale indsatser eller begge dele. De fleste anvender begrebet "socialpsykiatri" om de sociale indsatser (primært) i kommunerne til mennesker med psykiske vanskeligheder.

Afgrænsning af socialpsykiatrien er vanskelig, da der ikke findes en entydig definition af socialpsykiatrien. I denne rapport er socialpsykiatrien afgrænset som tilbud efter serviceloven til borgere med psykiske vanskeligheder. Ydelser i serviceloven gives ud fra en konkret og individuel vurdering af borgers behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte, og serviceloven omfatter således ikke særskilte paragrafer til socialpsykiatrien. Indsatser efter serviceloven, som kan være relevante for psykisk sårbare borgere eller borgere med sindslidelse, er bl.a. socialpædagogisk støtte, botilbud, aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelse. Derudover indeholder kapitlet en kort beskrivelse af data vedr. Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR).

Der er fastsat regler i bl.a. persondataloven og i sundhedsloven om, hvem der må se hvilke data i hvilke situationer. Herudover er der fastsat regler om, hvilke tekniske og organisatoriske foranstaltninger, der skal være på plads ved behandlingen af data eksempelvis logning og opfølgning på adgange.

Registrene omtalt i indeværende rapport er baseret på forskellige love og bekendtgørelser. Registrene anmeldes til Datatilsynet, og kan anmeldes som administrativt registre, forskningsregistre etc. Dette har betydning for, med hvilke formål registrene må benyttes.

6.1 Afgrænsning af mennesker med psykiske lidelser

Mennesker med psykiske lidelser kan enten afgrænses ud fra kontakt til dele af sundhedsvæsenet og socialpsykiatrien, der primært er relateret til mennesker med psykiske lidelser eller ud fra registrering af en psykiatrisk diagnose.

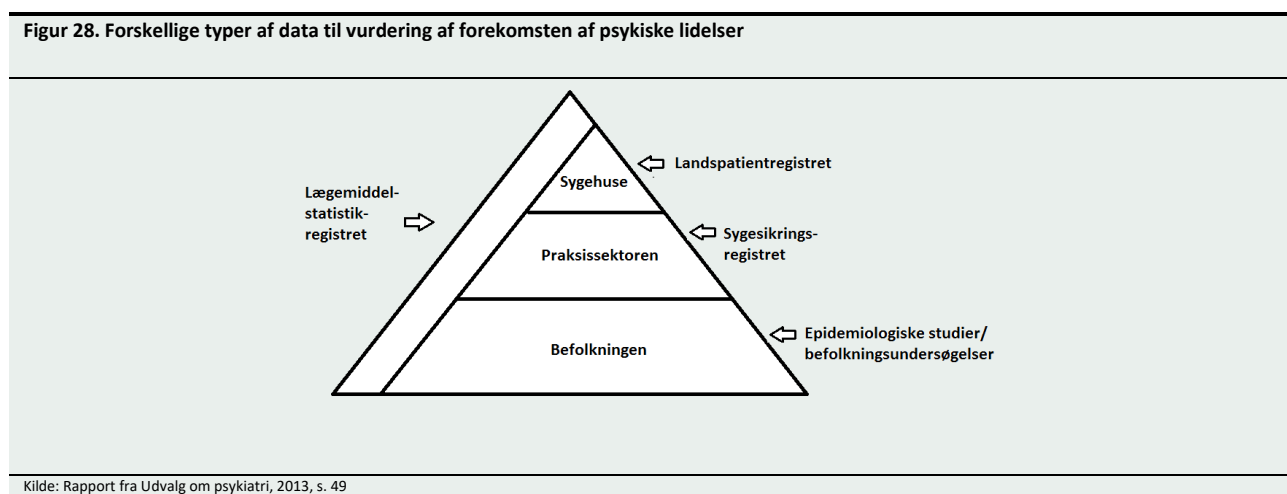
Ud fra eksisterende nationale registre er det kun muligt at afgrænse mennesker med psykiatrisk diagnose for patienter, der har haft en kontakt med det regionale psykiatriske sygehusvæsen. Det er ikke muligt at afgrænse mennesker

med psykiatriske diagnoser, der enten kun har haft kontakt med praksissektoren, kontakt til socialpsykiatrien eller mennesker, der slet ingen kontakt har haft.

Mennesker med psykiske problemer kan dog også blive behandlet i praksissektoren (privatpraktiserende psykiatere, kontakt til psykologhjælp med specifik henvisningsårsag og ved samtaleterapi i almen praksis) og/eller benytte bestemte psykofarmaka. Det vides dog ikke nødvendigvis, om mennesker med disse kontakter og/eller brug af psykofarmaka har en psykisk lidelse. Dertil er det muligt at afgrænse mennesker med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer og mennesker med handicap, der har modtaget en ydelse efter Serviceloven. Det er dog ikke muligt at afgrænse, hvorvidt det drejer sig om psykiske vanskeligheder.

Foruden de nationale registre er det muligt at afgrænse mennesker med psykiske lidelser ved benyttelse af befolkningsundersøgelser. Eksempelvis undersøges forekomsten af psykiske lidelser af henholdsvis mindre end og mere end 6 måneders varighed i Den Nationale Sundhedsprofil. Derudover undersøges forekomsten af nedtrykthed samt ængstelse, nervøsitet, uro og angst, der kan være udtryk for psykisk lidelse. Det skal dog bemærkes, at sådanne opgørelser kan være behæftet med usikkerhed samt, at oplysningerne er patientrapporteret og opgør dermed ikke nødvendigvis psykisk diagnose.

Psykiatriudvalget fra 2013 konkluderer i deres rapport, at opgørelser, der kun baseres på sygehuskontakt, bruger *”en snæver fortolkning af forekomsten af psykiske lidelser (...) Tallene vil således ikke nødvendigvis være et udtryk for forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen”*. Problematikken er illustreret i figuren nedenfor.



6.1.1 Identificering af mennesker med psykiske lidelser med sygehuskontakt

Hver gang en borger har kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen registreres bl.a. hvorvidt besøget er ambulant eller en indlæggelse (dette ændres dog i den nye version af Landspatientregisteret (LPR3), se bilag for nærmere beskrivelse), tidspunkt og dato for besøget, om besøget er foregået i voksenpsykiatrien eller børne- og ungdomspsykiatrien, samt hvilken diagnose besøget er relateret til. Oplysningerne registreres i Landspatientregisteret, hvorfra det er muligt at opgøre antallet af patienter, antallet af patienter med de forskellige diagnoser osv.

Oplysningerne registreres på personniveau, og det er dermed muligt at koble registeret med andre registre.

6.1.2 Identificering af mennesker med psykiske lidelser med kontakt til praksissektoren

Sygesikringsregisteret indeholder oplysninger om afregnede ydelser hos privatpraktiserende ydere, der har indgået aftale med regionen.

Når en borger har kontakt til praksissektoren registreres bl.a. yderens speciale, dato, ydelseskode og –honorar. I Sygesikringsregisteret registreres ikke årsagen til kontakten eller eventuel diagnose i forbindelse med kontakten. Det er dermed ikke muligt, at identificere, om borgeren har været i kontakt med praksissektoren i forbindelse med en psykisk lidelse.

Registreringen af specialet i Sygesikringsregistret giver dog mulighed for, at identificere de borgere, der er i kontakt med speciallægepraksis ved specialerne psykiatri, samt børne- og ungdomspsykiatri. Derudover er det på baggrund af Sygesikringsregisteret muligt at identificere borgere, der har modtaget psykologhjælp med henvisning fra den alment praktiserende læge. På baggrund af de specifikke ydelseskoder er det muligt at inddеле disse patienter i tre grupper, henholdsvis 1) kriser, fx dødsfald og voldtægt (henvisningsårsag 1-9), 2) depression (henvisningsårsag 10) og 3) angst (henvisningsårsag 11). Derudover registreres kontaktens ydelsestype i almen praksis. Én af ydelsestyperne er samtaleterapi. Årsagen til samtaleterapi registreres ikke.

Oplysningerne registreres på personniveau, og det er dermed muligt at koble registeret med andre registre.

6.1.3 Identificering af mennesker med psykiske lidelser ud fra psykofarmaka

Det er på nuværende tidspunkt kun i begrænset omfang muligt at identificere mennesker med psykiske lidelser ud fra det eksisterende register omhandlede psykofarmaka.

Problemet med at anvende psykofarmaka som indikator på psykiske lidelser er, at det ikke nødvendigvis vil være alle med en psykisk lidelse, der vil være i behandling med psykofarmaka. Flere af lægemidlerne kan også typisk anvendes til behandling af forskellige psykiske lidelser, men også i misbrugsbehandlinger, ved smertetilstande og i forbindelse med symptomer som søvnbesvær, som evt. kan være akut udløst af sorg mv. Nogle enkelte lægemidler anvendes kun til begrænsede sygdomme som fx ADHD medicin. Til behandling af ADHD anvendes ADD og narkolepsi. For yderligere beskrivelse se afsnit 6.3.7. Dertil bruges viden om psykofarmaka eksempelvis til at opgøre, hvorvidt personer fortsat er i prævalens af borgere med skizofreni i Registeret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

Oplysningerne registreres på personniveau, og det er dermed muligt at koble registeret med andre registre.

6.1.4 Identificering af mennesker med psykiske lidelser ud fra kontakt til socialpsykiatrien

Hjælp og støtte efter serviceloven baseres på en konkret og individuel vurdering af borgerens funktionsevne og behov. Det er således altid en konkret vurdering af borgerens samlede situation, der er udgangspunktet for, at borgeren visiteres til en indsats efter serviceloven og aldrig eksempelvis udelukkende en diagnose.

Det er muligt at identificere personer, der modtager visse indsatser efter serviceloven, både blandt børn og voksne, jf. Socialpolitisk Redegørelse 2017. Det centrale i statistikkerne er, *jf. beskrivelsen af hjælp efter serviceloven ovenfor*, den indsats, borgeren modtager, og ikke hvilke somatiske eller psykiatriske diagnoser borgeren evt. har fået stillet. Det er således ikke muligt entydigt at afgrænse personer, der modtager en indsats efter serviceloven, fordi de har en psykisk lidelse.

Kommunerne skal på voksenområdet til statistikken, De Kommunale Serviceindikatorer, indberette hvilken målgruppe borgeren, der modtager en given ydelse eller indsats, tilhører. De overordnede målgrupper er "fysisk funktionsnedsættelse", "kognitiv funktionsnedsættelse", "sindslidelse" og "socialt problem". "Kognitive funktionsnedsættelse" omfatter eksempelvis hjerneskade, udviklingshæmning, autismespektrum eller opmærksomhedsforstyrrelse. "Sindslidelse"

delse" omfatter fx angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse mv. "Socialt problem" kan være misbrug, kriminalitet, selvmordsforsøg eller selvmordstanker, overgreb, selvskadende adfærd mv. Begrebsbruken lægger sig op ad Voksenudredningsmetoden (VUM). Der skal som minimum indberettes én målgruppe pr. ydelse. Det er dog ikke obligatorisk for kommunen at indberette samtlige funktionsnedsættelser eller sociale problemer for en borger til Danmarks Statistik.

6.1.5 Identificering af menneske med dobbeltdiagnose

Ved at koble misbrugsregistre med andre registre er det muligt at identificere mennesker med både psykisk lidelse og samtidigt misbrug – såkaldt dobbeltdiagnosticerede. På nuværende tidspunkt forelægger der ikke en fast definition af, hvorledes dobbeltdiagnosticerede kan identificeres ud fra eksisterende registre.

En metode til at identificere mennesker med dobbeltdiagnose er ved at tage udgangspunkt i mennesker med psykiske lidelser, der

- modtager behandling for skadeligt alkoholforbrug, alkoholafhængighed eller stofmisbrug gennem enten offentligt betalte behandlingsforløb og/eller
- er i medicinsk behandling for skadeligt alkoholforbrug, alkoholafhængighed eller stofmisbrug eller
- har haft kontakt til sygehusvæsenet med en stofmisbrugsrelevant alkoholrelateret og/eller en relevant alkoholrelateret diagnose

Ud fra registre identificeres disse mennesker ved at koble oplysninger vedr. stofmisbrugs- og alkoholbehandling fra Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB), Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), oplysninger vedr. behandling via medicin fra Lægemiddelstatistikregisteret samt relevante alkoholrelateret diagnoser i sygehusvæsenet og borgere med en psykiatrisk diagnose stillet i sygehuspsykiatrien fra Landspatientregisteret.

6.1.5 Opsamling

	Ydelse/indsats	Registrering af årsag til kontakt	Register	Dataansvar	Individdata	Data til kommuner/regioner
Identificering af mennesker med psykiske lidelser	Sygehuspsykiatrien	Registrering af psykiatrisk diagnose	LPR	SDS	Ja	Kommuner: eSundhed og KØS Regioner: eSundhed
	Speciallægepraksis; psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri	Ingen registrering	Sygesikringsregisteret	SDS	Ja	Kommuner: eSundhed og KØS Regioner: eSundhed
	Psykologhjælp med henvisningsårsag depression eller angst	Angst og depression ud fra henvisningsårsag	Sygesikringsregisteret	SDS	Ja	Kommuner: eSundhed og KØS Regioner: eSundhed
	Almen praksis: samtaleterapi	Ingen registrering	Sygesikringsregisteret	SDS	Ja	Kommuner: eSundhed og KØS Regioner: eSundhed
	Indsats efter serviceloven	Registrering af overordnet målgruppe (ikke årsag til indsats)	Bl.a. De Kommunale Serviceindikatorer (Handicapdokumentationen), Biformstatistikken og Registeret over ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere	BSM	Ja	Socialpolitisk Redegørelse, Danmarks Statistik, FLIS mv.

6.2 Kapacitet

6.2.1 Personale i sygehuspsykiatrien

Sundhedsdatastyrelsen offentliggør antallet af beskæftigede på offentlige sygehuse ud fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL). Opgørelsen baserer sig dermed på lønoplysningerne fra lønsystemerne og er afgrænset ud

fra regionernes autoriserede kontoplan. Personalet opdeles på overenskomstniveau, der kategoriseres i bredere stillingskategorier. Personalet opgøres i antal fuldtidsbeskæftigede samt antal personer. På nuværende tidspunkt er det dog ikke muligt at afgrænse på personale i psykiatrien. Der forelægger dog et ønske om at kunne opdele personalet i henholdsvis somatikken og psykiatrien, *jf. anbefaling 13*.

Sundhedsdatastyrelsen opgør arbejdsstyrken af sundhedsuddannede i Bevægelsesregisteret. Herudfra er det muligt at opgøre antallet af læger med de psykiatriske specialer: psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri samt antallet af psykologer. Det er muligt at opdele disse faggrupper ud fra branche, sektor, uddannelsesland og arbejdsregion. Arbejdsfunktionen registreres dog ikke i registeret, og det er dermed ikke muligt at vide, hvorvidt en uddannet person nødvendigvis arbejder i den pågældende funktion, fx som psykiater på et psykiatrisk sygehus.

Derudover offentliggør Danske Regioner antallet af ansatte i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien ud fra regionernes indberetninger til nøgletal i den årlige *Benchmarking af psykiatrien*. Personalet opgøres i personalegrupper såsom læger, psykologer, sygeplejesker osv. Det er herfra muligt at følge udviklingen i hver enkelt region fra 2006 og frem.

6.2.2 Personale i socialpsykiatrien

Det er i KRL ikke muligt entydigt at identificere personale, som leverer indsatser til borgere med psykiske vanskeligheder. Dette skyldes dels, at de tidligere beskrevne udfordringer med at fordele udgifter på målgrupperne også gør sig gældende her, *jf. afsnit om udgifter til indsatser efter serviceloven*, og dels at en stor del af indsatserne leveres af private tilbud, som ikke indgår i KRL. For nogle indsatser er det op mod halvdelen af indsatsen, som ydes af private aktører.

Alle godkendte botilbud efter serviceloven (SEL §§ 107 og 108) skal indberette oplysninger om personale til Tilbudsportalen. Botilbuddene indberetter personalenormering og kan løbende opdatere oplysningerne, hvis de ændrer sig. Det fremgår ligeledes af Tilbudsportalen hvilke målgrupper, tilbuddet har indsatser for. Det er således muligt, at opgøre personale fordelt på overenskomstgrupper for botilbud. Der skal dog tages forbehold for, at oplysningerne er selvindberettede og ikke er regnskabstal. Tilbuddene kan og vil ofte have indsatser til flere målgrupper og ikke alene psykisk sårbare. Personale kan alene opgøres for tilbuddet, og det kan således ikke præcist opgøres hvor stor en del af personalet, som yder en indsats for personer med psykiske vanskeligheder. Indsatser for personer med psykiske vanskeligheder kan desuden omfatte en række ambulante indsatser, som der ikke kan opgøres antal personale for via Tilbudsportalen.

6.2.3 Sengepladser i sygehuspsykiatrien

Antallet af psykiatriske sengepladser offentliggøres både af Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner. De to opgørelser bygger på forskellige opgørelsesmetoder; henholdsvis disponible og normerede sengepladser, og det forskellige datagrundlag skaber usikkerhed omkring de tal for regionernes sengekapacitet, der anvendes på nationalt niveau. Hertil kommer, at regionerne også tilretter deres sengetal bagudrettet, og at denne tilretning som oftest kun er indberettet til Danske Regioner. Der mangler dermed en konsolideret opgørelse af sengepladser i psykiatrien, *jf. anbefaling 11*.

Sundhedsdatastyrelsen

Hvert kvartal indberetter regionerne månedsvise opgørelser til Sundhedsdatastyrelsen, der offentliggør antallet af både normerede og disponible sengepladser. Sygehusene i regionerne kan frit bestemme, hvorvidt de indberetter normerede eller disponible sengepladser i deres systemer. For de afdelinger, hvor der ikke forelægger oplysninger om

disponible sengepladser antages antallet af disponible sengepladser værende lig antallet af normerede sengepladser. Dette gør sig eksempelvis gældende for flere sygehuse i Region Syddanmark.

Det er muligt at opdele sengepladserne ud fra specialekoder. For de sygehuse, der indberetter SKS-koder er det muligt at opgøre ud fra voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. SKS indeholder kliniske og administrative klassifikationer til brug for dokumentation af patienter og sundhedsvæsenets ydelser.

Opgørelsen er dog udfordret grundet en ændring i indberetningsmetoden fra 2014 og frem. Dette har medført et databrud, så tal før 2014 kan ikke sammenlignes med senere tal. Endvidere mangler der data for 2012. Endelig har Region Hovedstaden og Region Syddanmark ikke kunnet levere fuldstændige tal i den nye opgørelse.

Regionale indberetninger til nøgletal

Danske Regioner offentliggør antallet af normerede sengepladser i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien ud fra regionernes indberetninger til nøgletal i den årlige *Benchmarking af psykiatrien*. Opgørelserne er foretaget på forskellige tidspunkter, hvorfor sammenligning på tværs af årene skal foretages med forsigtighed. I opgørelserne er eventuelle 5-døgnsenge omregnet til 7-døgnsenge.

6.2.4 Kapaciteten i socialpsykiatrien

Antallet af normerede pladser i botilbud og hos plejefamilier kan opgøres via Tilbudsportalen, og det er muligt at afgrænse pladserne til tilbud, som har borgere med psykiske vanskeligheder i målgruppen. Tilbuddene kan have flere målgrupper, og det er ikke i opgørelsen muligt at opgøre præcist hvor stor en del af pladserne på det enkelte tilbud, som anvendes til borgere med psykiske vanskeligheder.

6.2.5 Opsamling

	Område		Beskrivelse	Datakilde/register	Dataansvar	Data til kommuner/regioner	Datakvalitet
Kapacitet	Sygehus-psykiatrien	Personale	Data om antal sundhedsuddannede samt antal ansatte på psykiatriske sygehuse.	Bevægelsesregisteret og Regionernes indberetninger til nøgletal	SDS og Danske Regioner	Regioner: eSundhed og <i>Benchmarking af psykiatrien</i>	Mangler konsolideret opgørelse
		Sengepladser	Data vedr. månedlige disponible og normerede sengepladser samt opgørelse af normerede sengepladser opdelt hhv. i børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien	Regionale indberetninger til SDS og Regionernes indberetninger til nøgletal	SDS og Danske Regioner	Regioner: eSundhed og <i>Benchmarking af psykiatrien</i>	Divergens mellem de to opgørelser
	Praksis-sektoren	Personale	Fx kapaciteten i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien	Yderregisteret	CSC Scandihave og Danske Regioner	eSundhed	Registeret er generelt komplet
	Indsatser efter serviceloven	Personale	Primært muligt ift. botilbud. Kan dog ikke afgrænses til borgere med psykiske vanskeligheder.	Tilbudsportalen	-	-	Opgøres på nuværende tidspunkt ikke
		Kapacitet	Primært muligt ift. pladser i botilbud. Kan dog ikke afgrænses til borgere med psykiske vanskeligheder.	Tilbudsportalen	-	-	Opgøres på nuværende tidspunkt ikke

6.3 Aktivitet

6.3.1 Aktiviteten i sygehuspsykiatrien

Hver gang en borger har en kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen registreres dette i Landspatientregisteret. Her registreres det bl.a. hvorvidt besøget er ambulant eller en indlæggelse (dette ændres dog i den nye version af Landspatientregisteret (LPR3), se *bilag for nærmere beskrivelse*), tidspunkt og dato for besøget, om besøget er foregået i børne- og ungdomspsykiatrien eller voksenpsykiatrien, om kontakterne er foregået akut eller elektivt, samt hvilken diagnose besøget er relateret til.

Det er dermed muligt at opgøre antallet af kontakter til det psykiatriske sygehus ud fra LPR, og opdele kontakterne i ambulante besøg og indlæggelser. Dertil er det eksempelvis muligt at opdele patienter ud fra diagnose, alder, køn, region osv. og undersøge det gennemsnitlige antal kontakter i hver gruppe.

Ud fra oplysningerne i LPR er det muligt at definere, og dermed opgøre antallet af akutte genindlæggelser, overholdelse af udredningsretten, antallet af færdigbehandlingssage, den gennemsnitlige indlæggelsestid osv.

6.3.2 Aktiviteten i praksissektoren

Hver gang en borger modtager en ydelse i praksissektoren registreres dette i Sygesikringsregisteret. Generelt kan aktiviteten ved speciallæger opgøres ved brug af de afregnede ydelser, der vurderes at udgøre en selvstændig kontakt. Dette gælder dermed for de privatpraktiserende psykiatere (specialerne psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri),

psykologhjælp, der gives med henvisning fra den alment praktiserende læge med henvisningsårsag depression eller angst, samt samtaleterapi i almen praksis.

Dertil er der, for de psykiatriske specialer, kommet flere oplysninger om, hvilken behandling borgeren modtager. Dette følger en omstrukturering af ydelserne som følge af en modernisering af de psykiatriske specialer, der trådte i kraft i forbindelse med ny overenskomst i 2015. Dette betyder konkret, at visse afregnede ydelser skal suppleres med de nye registreringskoder, der bl.a. angiver, at der er tale om et udredningsforløb, eller at der er tale om et primært psykoedukativt behandlingsforløb.

Derudover er der specifikke ydelser i almen praksis, der i høj grad kan tilskrives mennesker med psykiske lidelser. Dette gælder eksempelvis tillægsydelsen, der anvendes i forbindelse med diagnosticering og monitorering af angsttilstande og depression.

6.3.3 Indsatser efter serviceloven

Der indsamles statistik om indsatser efter serviceloven i regi af forskellige registre. For udsatte børn og unge indsamles registerdata vedrørende anbringelser og personrettede forebyggende foranstaltninger samt familierettede forebyggende foranstaltninger. Statistikken på voksenområdet bygger på flere registre. De Kommunale Serviceindikatorer på voksenområdet dækker bl.a. ydelserne midlertidige og længerevarende botilbud, socialpædagogisk støtte, beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud. Boformstatistikken vedrører brugere af forsorgshjem og herberger for hjemløse. Hertil kommer registret over ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere, der omhandler personer i social stofmisbrugsbehandling efter serviceloven.

Statistik om kommunale indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder i regi af anden lovgivning er i nærværende rapport ikke berørt, men omfatter eksempelvis modtagere af mentorstøtte, ressourceforløb, vejledning og opkvalificering, virksomhedsrettede tilbud mv. i regi af beskæftigelseslovgivningen.

Boks 18
Indsatser efter serviceloven
Der har siden 1977 været indsamlet registerdata vedrørende anbringelser og personrettede forebyggende foranstaltninger. Fra 2014 er statistikken udbygget med individdata for modtagere af familierettede forebyggende foranstaltninger.
Opgørelserne på voksenområdet bygger på flere registre. De Kommunale Serviceindikatorer på voksenområdet dækker ydelser som midlertidige og længerevarende botilbud, socialpædagogisk støtte, beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud. Statistikken dækker aktuelt perioden 2014-2016 for omkring halvdelen af landets kommuner. Boformstatistikken vedrører brugere af forsorgshjem og herberger for hjemløse i Danmark og går tilbage til 1999. Hertil kommer registret over ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere, der omhandler personer i social stofmisbrugsbehandling efter serviceloven, der dækker perioden fra 2008 og frem.

6.3.4 Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

Folkeskolelovgivningen indeholder få bestemmelser om pædagogisk psykologisk rådgivning. Det følger af folkeskolelovens § 12, at henvisning til specialundervisning skal ske efter Pædagogisk Psykologisk rådgivning. Videre følger det af bekendtgørelsen om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand, at en række afgørelser om specialundervisning og herunder fritagelse for fag skal ske efter Pædagogisk Psykologisk Rådgivning.

Kommunernes Pædagogisk Psykologisk Rådgivning varetager, ud over de opgaver der følger af folkeskolelovgivningen ofte også opgaver i forbindelse med henvisning af børn og unge til børne- og ungdomspsykiatrien og lettere behandlingsopgaver.

Undervisningsministeriet indsamler ikke løbende data om Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR).

6.3.5 Misbrug

I forhold til borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug har kommunerne ansvaret for misbrugsbehandlingen, mens regionerne har ansvaret for behandling af den psykiatriske lidelse samt for misbrugsbehandling under indlæggelse. Den sociale misbrugsbehandling er reguleret efter serviceloven §101 om behandlingsgaranti, og den lægelige stofmisbrugsbehandling er reguleret efter sundhedsloven §142 om lægelige behandling for stofmisbrug.

Registeret for Stofmisbrug i Behandling (SIB) indeholder information vedr. indskrivning i behandling samt information om misbrugsmønstre. Registeret over Ventetider vedr. Behandlingsgaranti for Stofmisbrugere (VBGS) indeholder information om social stofmisbrugsbehandling. Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) indeholder data om borgere, der er eller har været indskrevet i alkoholbehandling, dog kun offentligt finansieret, hvor privatbetalt behandling indberettes på frivillig basis. I registrene fremgår oplysninger om behandlingstidspunktet, type og forløb, personens misbrugshistorik, sociale baggrund m.m.

6.3.6 Forebyggelse og sundhedsfremme

I henhold til sundhedsloven § 119 har kommunerne ansvaret for at skabe rammer for sund levevis og sikre forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til alle kommunens borgere. Kommunerne iværksætter som følge heraf mange forskellige indsatser, der enten direkte eller indirekte skal fremme borgernes mentale sundhed.

Ydelser tildelt sundheds- og ældreplejen, herunder hjemmehjælp, forebyggende hjemmebesøg, hjemmesygepleje og genoptræning og vedligeholdelsestræning registreres i kommunernes Elektronisk Omsorgsjournal (EOJ). Det er på baggrund af EOJ ikke muligt at identificere borgere med psykiske lidelser. Dog kan der kortlægges antallet af ydelser i sundheds- og ældreplejen for de borgere, som har været i kontakt med sygehuspsykiatrien. Hjemmehjælp inddeles i praktisk hjælp eller personlig pleje, men EOJ-data indeholder ikke oplysninger om årsagen til eller information om den specifikke ydelsestype. Hjemmehjælp i henhold til serviceloven tildeles primært til borgere på 65 år eller derover.

Kommunerne skal også tilbyde kommunal hjemmesygepleje til borgere med behov herfor samt genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Derudover kan en genoptræningsplan efter sundhedsloven med henblik på genoptræning i kommunalt regi være relevant for nogle borgere med psykiske lidelser, fx borgere der skal komme sig efter en svær spiseforstyrrelse. EOJ indeholder kun genoptrænings- og vedligeholdelsesydelse i henhold til serviceloven, hvorimod genoptræning ifølge sundhedsloven kan findes i Genoptræningsregisteret (GES).

Forebyggende indsatser kan eksempelvis være tilbud om motion eller rådgivning om sund kost, rygestop mv. og flere kommuner har forebyggelsestiltag målrettet specifikke psykiske diagnoser. Det kan eksempelvis være individuelle samtaleforløb med psykolog eller gruppeterapi, eller sociale akuttillbud med henblik for at forebygge (gen)indlæggelser blandt borgere med psykiske lidelser. I EOJ registreres forebyggende hjemmebesøg, som skal tilbydes alle borgere der er fyldt 80 år og som ikke allerede modtager hjemmehjælp. Forebyggende indsatser registreres generelt ikke i et centralt register men i kommunernes egne omsorgssystemer.

6.3.7 Medicin

Lægemiddelstatistikregisteret er et salgsregister, der indeholder detaljeret information om al salg af medicin i Danmark. Oplysninger om salg af lægemidler i primærsektoren dækker bl.a. salget fra private apoteker, hvor det er muligt at opgøre salget på personniveau for den del af receptsalget, der er til privatpersoner. Der er dog ikke information om uafhængte recepter.

Oplysninger om salg af lægemidler på sygehuse indberettes som salg til sygehusafdelinger og ikke på personniveau. Ud fra foreliggende datamateriale er det derfor ikke muligt at se hvilke lægemidler, der er ordineret under evt. indlæggelse eller ambulatoriebesøg. Der er heller ikke oplysninger om vederlagsfrit medicin udleveret fra sygehuse.

Psykofarmaka er en bred betegnelse for lægemidler, der anvendes til behandling af psykiske lidelser eller forstyrrelser. Psykofarmaka er ikke en entydigt, velafgrænset lægemiddelgruppe. Herunder er psykofarmaka afgrænset til at angive lægemidler, der bl.a. bliver brugt til behandling af psykiske lidelser. Det kan overordnet kategoriseres i nedenstående fire lægemiddelgrupper:

- Antidepressive lægemidler (til behandling af bl.a. depression og angsttilstande)
- Lægemidler til ADHD (til behandling af hyperkinetiske forstyrrelser som ADHD)
- Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler (til behandling af bl.a. søvnbesvær og akutte angsttilstande)
- Antipsykotiske lægemidler (til behandling af bl.a. skizofreni)

Lægemidler listet i de fire lægemiddelgrupper er oftest ikke specifikke for en given tilstand, da de kan bruges til behandling af flere forskellige typer af sygdomme. Eksempelvis bruges antidepressive lægemidler ikke kun i behandlingen af depression, men også i behandlingen af forskellige typer angst, tvangstanker (OCD), posttraumatisk stresstilstand, spiseforstyrrelser og i smertebehandling. Også de beroligende (benzodiazepiner- og benzodiazepinlignende lægemidler) lægemidler kan bl.a. bruges til behandling af angst- og urotilstande, kramper, søvnbesvær, misbrug og som sederende lægemiddel. Antipsykotiske lægemidler kan udover psykotiske lidelser også bruges til bl.a. søvnbesvær og i misbrugsbehandling. Brugere af ADHD-medicin vil tilnærmelsesvis kunne bruges til at afgrænse en patientpopulation med ADHD, om end en lille del af gruppen vil være i behandling for narkolepsi.

6.3.8 Opsamling

	Ydelse/indsats	Indhold	Register	Dataansvar	Individdata	Data til kommuner/regioner
Aktivitet	Sygehuspsykiatrien	Forholdsvis detaljeret information	LPR	SDS	Ja	Kommuner: eSundhed og KØS Regioner: eSundhed
	Praksissektoren	Antallet af kontakter, speciale. Begrænset information om indholdet af kontakten.	Sygesikringsregisteret	SDS	Ja	Kommuner: eSundhed og KØS Regioner: eSundhed
	Indsatser efter serviceloven	Antallet af kontakter til de forskellige typer af sociale foranstaltninger/indsatser	Register vedr. anbringelser og forebyggende foranstaltninger, de kommunale serviceindikatorer, boplysningsstatistikken Registret over ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere	BSM	Ja	Danmarks Statistik, FLIS mv.
	PPR	-	-	-	-	-
	Forebyggelse	Kontakt til hjemmepleje, hjemmesygepleje, forebyggende hjemmebesøg, genoptræning- og vedligeholdelsestræning (serviceloven). Genoptræning (Sundhedsloven §119).	Bl.a. EOJ og GES	Danmarks Statistik	Ja	Ældreserviceindikatorerne
	Alkohol- og stofmisbrugsbehandling	Antallet af kontakter	Alkoholbehandlingsregisteret (NAB) og stofmisbrugsdatabasen (SIB)	SDS/Danmarksstatistik	Ja	Alkohol: Rapport fra Sundhedsstyrelsen Misbrug: Via Socialstyrelsen
	Medicin	Detaljeret information om al salg af medicin i Danmark.	Lægemiddelstatistikregisteret	SDS	Receptpligtig medicin: Personhenførbart salg Sygehusmedicin: Ikke-personhenførbart salg.	

6.4 Kvalitet og behandlingens effekt

6.4.1 Patienttilfredshed

Patienternes tilfredshed i psykiatrien undersøges i den Landsdækkende Undersøgelse af Patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien (LUP psykiatri). LUP Psykiatri er en national spørgeskemaundersøgelse, der årligt gennemføres på vegne af de fem regioner og Danske Regioner.

Undersøgelsen består af ni delundersøgelser herunder voksne: ambulatorier, voksne: sengeafsnit, voksne: specialiserede retspsykiatriske sengeafsnit, børn og unge: ambulatorier, børn og unge: sengeafsnit, forældre til børn og unge: ambulatorier, forældre til børn og unge: sengeafsnit, pårørende til voksne: ambulatorier (gennemføres hvert tredje år, næste gang i 2018) og pårørende til voksne: sengeafsnit (gennemføres hvert tredje år, næste gang i 2018).

Den seneste rapport er fra 2016 og inkluderer bl.a.:

- Samlet tilfredshed
- Inddragelse, behandling og samarbejde
- Fastholdelse og forbedring af resultater
- Pårørendes oplevelser

Rapporten ser også på udviklingen i de forskellige indikatorer. 11.994 personer deltog i den seneste undersøgelse, hvilket giver en svarprocent på 57 pct. Ved benyttelse af resultaterne skal der tages forbehold for den forholdsvis lave svarprocent, der kan give bias i resultaterne.

Det er muligt at opdele undersøgelsens resultater på afdelings- og afsnits-/ambulatorieniveau.

6.4.2 Tvang

Brugen af tvang i psykiatrien anses som værende et mål for kvaliteten af behandlingen og der er dermed et stort fokus på monitorering af tvang i psykiatrien.

Sundhedsdatastyrelsen offentliggør anvendelse af tvang i psykiatrien baseret på Tvang i Psykiatrien (TIP)-registeret. Opgørelserne foretages på antal påbegyndte tvangsforanstaltninger og antal berørte personer fra år 2004 og frem. Opgørelserne er fordelt på region, speciale og tvangstype:

- Frihedsberøvelse
- Tvangsbehandlinger
- Fiksering og fysisk magtanvendelse
- Beskyttelsesforanstaltninger
- Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Dertil offentliggør Sundhedsdatastyrelsen en række indikatorer for nedbringelse af tvang i psykiatrien. Indikatorerne giver mulighed for at følge udviklingen over tid, samt om måltallene på området nås. Indikatorerne er udarbejdet af 'Task Force for Psykiatriområdet'. Indikatorerne er opgjort i en årlig opgørelse med baselines og milepæle.

I den årlige offentliggørelse er fokus på udviklingen i forhold til baseline, der er et gennemsnit af årene 2011-2013, frem mod målet om reduktion i år 2020. Sundhedsstyrelsen publicerer sammen med det årlige indikatorsæt en kommentering af udviklingen i indikatorerne. Der måles bl.a. på følgende indikatorer vedr. bæltefiksering, tvangsindlæggelse, medicinering og fastholdelse af patienter.

6.4.3 Behandlingens indirekte effekt

Behandlingens effekt kan indirekte måles ud fra eksempelvis, hvorvidt patienterne kommer tilbage i uddannelse eller arbejde, eller hvorvidt patienterne går igen i sygehusvæsenet eksempelvis ved genindlæggelse.

Det er muligt at følge de mennesker med psykiske lidelser, der har været i kontakt med sygehusvæsenet ved at koble flere registre. Det er eksempelvis muligt at koble Landspatientregisteret med enten Forebyggelsesregisteret for at undersøge tilknytningen til uddannelse eller til DREAM-databasen for at undersøge tilknytning til arbejdsmarkedet. Dertil er det muligt at undersøge kontaktmønsteret til sygehuspsykiatrien over tid. Hvis en patient eksempelvis bliver akut indlagt inden for 30 dage efter den foregående indlæggelse defineres dette som en genindlæggelse (denne definition benyttes bl.a. i monitoreringen af sundhedsaftalerne).

6.4.4 Dødelighed

Alle dødsårsager bliver registreret i Dødsårsagsregisteret. I Dødsårsagsregisteret registreres blandt andet, hvis personen er død af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Derudover vil en andel af dødsfaldene grundet selvmord og selvmordsforsøg formentlig kunne tilskrives psykiske lidelser.

Dødsårsagsregisteret er baseret på de dødsattester, der er indberettet til Sundhedsdatastyrelsen. Da der ikke er indberettet dødsattester på alle dødsfald er det nødvendigt at benytte en opskrivningsprocent for at kunne sammenligne niveauerne på tværs af årene.

6.4.5 Opsamling

	Kvalitetsmål	Information	Datakilde/register	Dataart
Kvalitet og behandlings-effekt	Patienttilfredshed	Patientens og pårørendes oplevelse med behandlingen i sygehuspsykiatrien	Landsdækkende Undersøgelse af Patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien (LUP)	Selvrapporteret vurdering ved spørgeskema
	Tvang	Antal tvangsforanstaltninger og antal berørte personer	Register over anvendelse af tvang i psykiatrien	Baseret på en lægelig vurdering
	Behandlingens indirekte effekt	Bl.a. tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet	Bl.a. DREAM, forebyggelsesregisteret	Bl.a. pba. oplysninger fra SKAT
	Dødelighed	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser som dødsårsag	Dødsårsagsregisteret	Baseret på en medicinsk vurdering

6.5 Udgifter i psykiatrien og socialpsykiatrien

6.5.1 Udgifter til sygehuspsykiatrien

Udgifterne til sundhedsvæsenet opgøres generelt ud fra regionernes autoriserede kontoplan, der indeholder de regionale budgetter og regnskaber fra 2007 og frem. Kontoplanen findes i Statistikbanken og kan opdeles efter område, hovedkonto, funktion, dranst og art. Det er dermed muligt at følge regionernes økonomi, og sammenligne på tværs eller over en årrække. I den autoriserede kontoplan er det dog ikke muligt at opdele på områder såsom psykiatri.

Udgifterne til psykiatrien kan opgøres enten fra regionernes særlige indberetninger eller De Tilrettede Driftsudgifter (DTD).

De Tilrettede Driftsudgifter

Regionerne indberetter årligt til Sundhedsdatastyrelsen de korrigerede regnskabstal for alle driftsudgifter og –indtægter forbundet med behandling af patienter på psykiatriske og somatiske sygehuse. Udgifterne indberettes primært til brug for DRG-takstberegning for de somatiske sygehuse.

Regionernes særlige indberetning

Regionerne sender særlige indberetninger til Økonomi- og Indenrigsministeriet, hvor de opgør udgifterne til psykiatrisk sygehusbehandling. Indberetningerne er baseret på regionernes regnskaber og indberettes af regionerne selv på indtast.dk. De totale nettodriftsudgifter til psykiatrisk sygehusbehandling opdeles i udgifterne til personale, medicin samt øvrige udgifter.

Forskellige opgørelsesmetoder medfører dog, at de to opgørelser divergerer. Eksempelvis er der i 2016 en afvigelse på ca. 250 mio. kr. mellem de to opgørelser. De Tilrettede Driftsudgifter viser, at regionernes driftsudgifter til psykiatriske sygehuse var ca. 8,9 mia. kr. (2017-priser), mens regionernes særlige indberetninger viser, at nettodriftsudgifterne til psykiatrisk sygehusbehandling var ca. 8,7 mia. kr. (2017-priser).

6.5.2 Udgifter til praksissektoren

De samlede udgifter til praksissektoren kan opgøres ud fra regionernes autoriserede kontoplan. Kontoplanen er opdelt i almen lægehjælp, speciallægehjælp, psykologbehandling mv. Kontoplanen findes i Statistikbanken, og kan opdeles efter område, hovedkonto, funktion, dranst og art. Det er muligt at følge udgifter til de forskellige områder af praksissektoren på tværs af regioner og over en årrække.

6.5.3 Udgifter til medicintilskud

I Danmark er en del af den medicin, der bliver købt på recept, tilskudsberettiget. Udgifter til medicintilskud kan enten opgøres på baggrund af regionernes autoriserede kontoplan eller ud fra Lægemiddelstatistikregisteret.

På baggrund af data fra Lægemiddelstatistikregisteret udarbejder Sundhedsdatastyrelsen en kvartalsvis opgørelse af det tilskudsberettigede salg af lægemidler og regionernes udgifter til medicintilskud. Opgørelsen beskriver bl.a. den generelle udvikling i salget af de tilskudsberettigede lægemidler samt lægemidler solgt med tilskud.

Oplysninger vedr. det årlige salg af lægemidler er derudover tilgængeligt på medstat.dk. Her er det muligt at finde oplysninger om den årlige omsætning samt den solgte mængde ud fra lægemiddelgrupper, ATC-kode eller produktnavn.

6.5.4 De samlede udgifter til socialpsykiatrien

Udgifter til indsatser efter serviceloven opgøres i den autoriserede kommunale kontoplan. Kontoplanen er grupperet efter indsatser, og hjemmelsgrundlag knyttet til disse indsatser.

Kommunerne adskiller i deres kontering ikke udgifter til ældre og voksne med funktionsnedsættelser eller sociale problemer, idet ydelserne (fx personlig og praktisk hjælp) visiteres efter de samme paragraffer i serviceloven. Serviceloven skelner ikke mellem, hvorvidt borgerens nedsatte funktionsniveau skyldes fx handicap eller alder. For at kunne opgøre de kommunale udgifter til henholdsvis ældre- og voksenområdet anvendes fordelingsnøgler, hvor der foretages en skønsmæssig afgrænsning af voksenområdet fra ældreområdet. Opgørelsen af udgifterne og udviklingen på voksenområdet skal derfor tages med forbehold.

Der er tegn på, at fordelingsnøglerne i stigende omfang undervurderer, hvor stor en andel af udgifterne, der tilgår voksenområdet i udgiftsopgørelsen. Opgørelsesmetoden ændres derfor fra og med kommunernes budgetlægning for 2018.

Det er ikke muligt entydigt at opdele det samlede voksenområde i udgifter til henholdsvis personer med handicap, voksne med psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer. Det skyldes blandt andet, at den samme person både kan have en sindslidelse og et handicap, og at kommunernes registrering af udgifter i kontoplanen ikke alle steder er delt op på målgrupper.

6.5.5 Enhedsomkostninger i sygehuspsykiatrien

Aktiviteten på det psykiatriske sygehus værdisættes ud fra en sengedagstakst (stationære patienter) eller en besøgstakst (ambulante patienter). Disse reflekterer imidlertid ikke nødvendigvis den faktiske udgift for kontakterne og kan alene anvendes som et skøn for udgifterne.

Der eksisterer et dansk DRG-system for psykiatrien, men det har ikke været vedligeholdt i over 10 år, og det vurderes dermed, at validiteten ikke er af tilstrækkelig kvalitet, og det bør derfor ikke anvendes.

6.5.6 Enhedsomkostninger i praksissektoren

Enhedsomkostningerne i praksissektoren opgøres almindeligvis ud fra ydelseshonorarer. Sygesikringsregisteret indeholder de afregnede ydelseshonorarer inden for det enkelte praksissektorområde, hvor det dermed er muligt at benytte ydelseshonorarerne til, at opgøre enhedsomkostningerne for speciallægehjælp i psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri og til psykologhjælp. Ydelseshonorarerne er forhandlede takster og afspejler dermed ikke nødvendigvis de reelle udgifter til den enkelte patients behandling.

6.5.7 Enhedsudgifter til indsatser efter serviceloven

Børne- og Socialministeriet opgør enhedsudgifter for en række indsatser efter serviceloven, jf. *Socialpolitisk Redegørelse 2016 og 2017*.

Enhedsudgifterne er opgjort ved at sammenholde de årlige driftsudgifter til en given foranstaltning med antallet af helårspersoner, der har modtaget foranstaltningen i løbet af året. Driftsudgifterne er de samlede offentlige netto-driftsudgifter til en given indsats, dvs. før statsrefusion til kommunerne. Indtægter fra eventuel egenbetaling er fraregnet. Driftsudgifterne omfatter både direkte driftsudgifter samt foranstaltningens anslåede andel af udgifter, der ikke kan henføres til specifikke indsatser (udgifter til administration mv.). Driftsudgifterne bygger på oplysninger fra kommunernes regnskaber.

Antallet af helårspersoner er opgjort på baggrund af oplysninger fra en række forskellige registre (individdata) om modtagere af sociale foranstaltninger. Registrerne indeholder bl.a. individoplysninger om start- og slutdato for modtagelse af den pågældende ydelse. På den baggrund er det muligt at optælle antallet af uger, hvor en given ydelse er blevet modtaget i løbet af et år.

Beregningen af enhedsudgifter til indsatser efter serviceloven er forbundet med en række forbehold. I denne sammenhæng skal det også bemærkes, at det ikke er muligt, at opgøre enhedsudgifter til grupper som eksempelvis borgere med en psykisk lidelse.

6.5.8 Opsamling

		Område	Datakilde	Datakvalitet
Økonomi/omkostninger	Udgifter	Sygehuspsykiatrien	De tilrettede driftsudgifter og regionernes særlige indberetninger	Divergens mellem de to opgørelser
		Praksissektoren	Regionernes autoriserede kontoplan	Høj datakvalitet
		Medicintilskud	Regionernes autoriserede kontoplan og Lægemiddelstatistikregisteret	Høj datakvalitet
		Indsatser efter serviceloven	Autoriserede kommunale kontoplan	Høj datakvalitet. Ingen mulighed for at afgrænse til mennesker med psykiske vanskeligheder.
	Enhedsomkostninger/udgifter	Sygehuspsykiatrien	SDS's takstkatalog	Ældre sats, der løbende PL reguleres
		Praksissektoren	Sygesikringsregisteret	Baserer sig på overenskomstforhandlede takster
		Indsatser efter serviceloven	Den kommunale kontoplan og aktivitetsdata fra diverse registre, herunder De Kommunale Serviceindikatorer	Gennemsnitlige enhedsudgifter. De beregnede enhedsudgifter er behæftet med usikkerhed, hvilket bl.a. skal ses i lyset af, at det i dag ikke er muligt at koble oplysninger om aktivitet og udgifter på individniveau. Enhedsudgifterne skal derfor fortolkes med varsomhed.

6.6 Kvaliteten af data og initiativer omhandlende data vedr. mennesker med psykiske lidelser

Indeværende kapitel illustrerer, at omfanget af det eksisterende data vedr. mennesker med psykiske lidelser er stort. Dertil illustrerer kapitlet dog også, at datakvaliteten er varierende på tværs af ydelser, områder og sektorer.

Adgang til data af høj kvalitet er en væsentlig forudsætning for at skabe bedre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer. Det forudsætter, at der både systemteknisk og lovgivningsmæssigt er adgang til data fra sygehusene, praksissektoren og kommunerne.

Datagrundlaget for aktiviteten i sygehuspsykiatrien er generelt af høj kvalitet, men der mangler solide data vedr. kapaciteten samt udgifterne og omkostningerne til behandlingsforløb internt i sygehuspsykiatrien eller på tværs af sektorer.

Indsamling af data, registreringspraksis og systemunderstøttelsen varierer på tværs af kommuner, hvorfor der pt. ikke findes sammenligneligt data for alle landets kommuner. Det skyldes bl.a. forskelle i registreringspraksis samt udfordringer i forhold til systemunderstøttelse samt anvendelse af forskellige it-systemer.

Et mere dækkende datagrundlag er en del af visionen på sundhedsdataområdet om ”bedre sundhed gennem bedre brug af data” med fokus på bedre brug af data om aktivitet, kvalitet og økonomi, og synlighed og åbenhed om effekt og resultater som en afgørende faktor i at forbedre den samlede sundhedsindsats på tværs af sektorer. En væsentlig del af sundhedsdataprogrammet er at prioritere hvilke data, der er behov for at indsamle, koble og berige på nationalt plan, således de efterfølgende kan stilles til rådighed og anvendes af regioner og kommuner. Dertil kommer det kommunale udviklingsinitiativ Fælles Faglige Begreber, som arbejder med og bliver en del af løsningen på flere af de problemstillinger, der pt. er vedr. data på det kommunale område.

Samlet er der igangsat en lang række initiativer og projekter, der enten direkte eller indirekte er med til at forbedre, udvikle eller udbygge data eller brugen af data bl.a. vedr. mennesker med psykiske lidelser. Initiativerne omhandler ikke nødvendigvis kun mennesker med psykiske lidelser, men er initiativer og projekter der blandt andet vil få betydning for data vedr. mennesker med psykiske lidelser.

En lang række af de igangværende projekter og planlagte initiativer, der kan have betydning for data vedr. mennesker med psykiske lidelser, er vist i oversigten nedenfor. Initiativerne er af meget forskellig type, og arbejder med data på forskellig vis. I oversigten er initiativerne og projekterne inddelt i henholdsvis ”sekundær” og ”primær”. Med ”sekundær” skal der forstås initiativer og projekter, der overordnet sigter på at forbedre den sekundære brug af data til fx statistik, kvalitetsudvikling og planlægning. Der er tale om projekter/initiativer, der eksempelvis omhandler bedre brug af eksisterende data, udvikling og forbedring af data samt bedre rammebetingelser for udnyttelse af data mv. Med ”primær” skal forstås initiativer og projekter, der helt eller delvist sigter på at forbedre den primære brug af data i relation til behandling og pleje. Der er tale om projekter/initiativer, der eksempelvis omhandler udvikling af nye IT-infrastrukturer. Samtidig kan disse systemer også være afgørende for den sekundære brug af data, idet de er forudsætningen for at data kan registreres, opbevares og deles.

Boks 19

Data i socialpsykiatrien og Børne- og Socialministeriets datastrategi

Børne- og Socialministeriet har i 2015 etableret en afdeling for data og analyse, som bl.a. skal implementere ministeriets datastrategi og gennemføre analyser på ministerområdet. Visionen for datastrategien er, at der for alle målgrupper på ministerområdet indsamles dækkende og aktuelle data af høj kvalitet. Ministeriet har ved en intensiv indsats i samarbejde med kommuner og Danmarks Statistik forbedret datadækning og datakvaliteten væsentligt, og arbejdet med at sikre bedre data fortsættes. Som led i Børne- og Socialministeriets datastrategi er ministeriet ved at sanere i oplysningerne i en række statistikker, så oplysningerne opfylder formålet med statistikken og unødvendige indberetningskrav fjernes med henblik på at sikre valide og fuldstændige statistikker for de relevante oplysninger. På nuværende tidspunkt er 72 ud af 163 indberetningskrav i statistikker for udsatte voksne og børn fjernet. Datastrategien understøtter en afbureaukratiseringsdagsorden og udgangspunktet er, at der ikke skal indføres nye indberetningskrav.

Godkendte private og offentlige botilbud på BSMs ressource fremgår af Tilbudsportalen. Det bemærkes, at BSM som led i datastrategien er ved at sanere oplysningerne på tilbudsportalen, så der fremover bliver færre og mere sammenlignelige oplysninger. Statistikker med personhenførbare oplysninger indsamlet under Børne- og Socialministeriets ressource er tilgængelige via Danmarks Statistik. Ministeriet har ikke hjemmel til at indsamle data til administrativt brug, og oplysningerne kan således alene anvendes til analyseformål.

Kilde: Børne- og Socialministeriet

	Hvad	Formål	Betydning for data vedr. mennesker med psykiske lidelser	Ansvarlig
Sekundær	Datastrategi for børne- og socialområdet	Sikre data om målgrupperne på børne- og socialområdet, herunder data om hvem der får en ydelse, hvilken ydelse, hvad koster ydelsen, hvem visiterer, betaler og leverer ydelsen og i hvilken periode gives ydelsen.	Øget datakvalitet, aktualitet og dækning. Oplysningerne indsamles alene til analyseformål i Børne- og Socialministeriet.	BSM
	SDS Uddata-strategi	Afklare Sundhedsdatastyrelsen uddatakanaler og uddataleverancer	Bedre formidling af data vedr. borgernes forbrug af sundhedsydelser målrettet praksissektoren og kommunerne samt øge anvendelsen af data fra de centrale sundhedsregistre.	SDS
	Sundhedsdataprogrammet	Sikre bedre anvendelse af sundhedsvæsnets data og skabe større synlighed og viden om sundhedsvæsnets resultater på nationalt niveau på tværs af stat, regioner og kommuner.	I regi af Sundhedsdataprogrammet er der igangsat en række projekter som kan understøtte moderne brug af data på sikker vis. Et af disse projekter, som igangsættes i 2018, er <i>Dialogværktøj om "fælles patienter"</i> hvor regioner, kommuner og almen praksis for adgang til et dataværktøj til statistiske formål med data om borgere med hyppige kontakter på tværs af sektorer, som fx kan anvendes til at analysere mønstre i patientforløb om borgere de deler. Formålet er at sikre bedre mulighed for at identificere udfordringer og på den baggrund igangsætte indsatser lokalt, fx bedre forebyggelse eller målrettet tidlig opsporing og på den måde sikre bedre sammenhæng på tværs af sektorer.	SUM
	Nationale mål – udvikling af indikatorer målrettet psykiatrien	Sikre udvikling/udvælgelse af indikatorer, der er målrettet psykiatrien.	Sætter fokus på bedre sammenhæng på tværs af sektorer til gavn for de psykiatiske patienter.	SUM/KL/DR
Sekundær/primær	Fælles sprog III	Sikre udvikling af en fælles metode for dokumentation og udveksling af data på social- og sundhedsområdet	Bedre og mere ensartet indsamling af viden om den kommunale indsats ift. serviceloven og sundhedsloven. Standardiseret dokumenteringspraksis på tværs af kommuner.	KL/kommuner
	Fælles Faglige Begreber	Skabe mere viden om effekten af sociale indsatser ved at udvikle et fælles begrebsapparat på tværs af myndighed og udfører	Bl.a. ved at indarbejde begrebsapparatet i voksenudredningsmetoden (VUM), samt i øvrige relevante metoder, skal en mere ensartet og struktureret dokumentationspraksis imødekomme kommunernes ønske om mere sammenhæng på handicap- og udsatte voksne-området.	KL
Primær	Digitalt samarbejde om komplekse patientforløb	Sikre bedre tværgående digital understøttelse af samarbejde og koordination om patienter med komplekse forløb.	Deling af data og viden på tværs af sektorer om aftaler, aktører, stamkort, planer og indsatser samt patientens mål. Dette vil betyde, at alle har relevante stamoplysninger ved hånde, så patienten ikke selv skal bære egen historik/oplysninger. Dette vil skabe bedre overblik for patienterne samt bedre mulighed for koordination på tværs.	SUM/KL/DR/PLO
	FMK	Formålet er at styrke tværsektoriel kommunikation elektronisk mellem relevante parter på social- og sundhedsområdet således, at der er lige muligheder for understøttelse af borgernes forløb uanset om behandlingen foregår i somatikken eller psykiatrien.	Anvendelse af FMK og MedCom standarder på misbrugsområdet og stimuleret udbredelse af FMK på socialområdet for interesserede.	MedCom
	Kommunikationsstandarder		Ibrugtagning af eksisterende MedCom standarder indenfor psykiatri- og socialområdet	MedCom
	Værdibaseret styring	Formålet er i højere grad at styre efter den værdi, som patienterne oplever - konkrete effektmål for patienterne.	Effektmål for behandlingsområdet angst og depression.	

7. anbefalinger

Inden for de eksisterende økonomiske rammer opridser dette kapitel arbejdsgruppens anbefalinger opdelt i:

1. *Faglig styring*
2. *Organisatorisk styring*
3. *Bedre nationale data.*

Anbefalingerne bygger videre på de eksisterende styringsredskaber og igangværende initiativer i forhold til en styrket indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, som beskrevet i kapitel 4, 5 og 6 samt indledningen. Jf. arbejdsgruppens kommissorium (jf. bilag 4) er fokus for anbefalingerne særligt den regionale psykiatri samt samarbejdet på tværs af regioner og kommuner.

7.1 Anbefalinger til faglig styring – bedre brug af eksisterende nationale kvalitetsredskaber

Det nationale kvalitetsprogram udgør i dag bl.a. den nationale ramme for faglig styring og dermed udvikling af høj, ensartet kvalitet i sundhedsvæsenet – både for somatikken og psykiatrien. Samtidig har der siden Psykiatriudvalgets anbefalinger fra 2013 været fokus på at udvikle den faglige styring og kvalitet i psykiatrien, bl.a. med udarbejdelsen af en række Nationale Kliniske Retningslinjer. Nærværende anbefalinger bygger videre på anvendelsen af de værktøjer, som er beskrevet nærmere i kapitel 4.

I dag er der fortsat behov for at styrke brugen af en række af de eksisterende nationale faglige styringsredskaber for at sikre en sammenhængende indsats af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at følgende tre nationale redskaber i forhold til kvalitetsarbejde forbedres i forhold til psykiatrien.

Anbefaling 1: De nationale mål for sundhedsvæsenet skal udvikles med fokus på psykiatrien

De otte nationale mål er et stærkt omdrejningspunkt i sundhedsvæsenet og har været med til at sætte en fælles ambitiøs retning for udviklingen af sundhedsvæsenet og en styrket kvalitet til gavn for patienterne.

I følge aftalen om de nationale mål for sundhedsvæsenet skal indikatorerne under de nationale mål løbende udvikles, så de i højere grad afspejler den ønskede retning for sundhedsvæsenet og værdien for den enkelte patient. Samtidig er det vigtigt, at det samlede antal indikatorer er overskueligt. KL, Danske Regioner og regeringen var med den seneste afrapportering vedr. de nationale mål for sundhedsvæsenet enige om, at: *"I fællesskab vil vi sammen udvikle konkrete indikatorer, der er målrettet psykiatrien, og som sætter fokus på bedre sammenhæng på tværs af sektorer til gavn for de psykiatriske patienter."* Det betyder i praksis, at der skal ske en sidestilling med somatikken, ligesom der skal udvikles indikatorer, som har fokus på sammenhæng på tværs af sektorer.

Der er i dag indikatorer i de nationale mål, som kun berører somatikken, uden at der er tungtvejende grunde herfor. Samtidig skal der også i forhold til mennesker med psykiske lidelser være fokus på at udvikle indikatorer vedrørende sammenhæng og outcome.

Inddragelse af psykiatrien i forhold til nedenstående indikatorer vil være med til at skabe større synlighed og transparens på tværs af kommunerne og regionerne og muliggøre identifikation af indsatser, der kan løfte kvaliteten for de psykiatriske patienter. En inklusion af psykiatrien, i lighed med den nuværende opgørelse for somatikken, vil dermed være med til at understøtte det lokale arbejde med udvikling af indsatser og kvalitetsforbedring på tværs af sektorerne.

Inklusion af psykiatri i eksisterende indikatorer

Patientinddragelse er afgørende for sundhedsvæsenets mulighed for at tilrettelægge en indsats, der tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker og dermed skabe værdi for borgeren. Målet om øget patientinddragelse er i de nationale mål opgjort ved to indikatorer: patientoplevelt tilfredshed og patientoplevelt inddragelse. Indikatorerne er kun baseret på data fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) på det somatiske område, men vurderes at være lige så relevant for mennesker med psykiske lidelser, idet der hvert år foretages en tilsvarende LUP for psykiatrien.

Boks 20

Psykiatri i de nationale mål

Psykiatrien indgår i dag i følgende fire indikatorer:

- Fastholdelse af indlagte psykisk syge på arbejdsmarkedet
- Indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres
- Ventetid til psykiatrien
- Psykiatriske patienter udredt inden for 30 dage

Samtidig indgår psykiatrien i følgende indikatorer, som ikke er opdelt på henholdsvis psykiatriske og somatiske patienter:

- Kliniske kvalitetsdatabaser
- Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge)
- Middellevetid
- Daglige rygere i befolkningen

Sammenhængende patientforløb er afgørende for både borgeren og samfundsøkonomien. En indikator for dette er færdigbehandlingsdage på sygehusene. Antallet af færdigbehandlingsdage i psykiatrien monitoreres i lighed med somatikken, men præsenteres ikke i de nationale mål, som det er tilfældet med somatiske færdigbehandlingsdage. For at fastholde fokus på det tværsektorielle samarbejde, recovery og tilbagevenden til det nære miljø foreslår arbejdsgruppen, at der udarbejdes en indikator for færdigbehandlingsdage i psykiatrien. Dette bør dog ske under hensyn til, at der på det psykiatriske område nogle gange vil være behov for specialiserede botilbud, og at borgeren ikke bør hjemtages, før det nære miljø kan stå klar med det rette tilbud. Det er kommunernes opgave at sikre, at borgerens opfølgende rehabiliterende tilbud, som eksempelvis støttekontaktpersoner og botilbud, står klar, når borgeren ikke længere har behov for indlæggelse. Samtidig er det vigtigt, at de regionale sygehuse ikke udskrifter patienterne, før de er færdigbehandlede, og at der er en god dialog mellem region og kommune i denne proces.

Bedre sammenhæng på tværs af sektorer

Akutte genindlæggelser er en indikator under målet om bedre sammenhængende patientforløb. Akut genindlæggelse inden for 30 dage er en internationalt anerkendt og anvendt indikator for kvalitet i både det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsenet. Den eksisterende monitorering af nationale mål præsenterer dog alene denne indikator for somatikken. For mennesker med psykiske lidelser kan en genindlæggelse være udtryk for rette indsigt i egen sygdom og behov for at søge behandling og dermed en naturlig del af behandlingsforløbet. En genindlæggelse kan også være udtryk for, at der forud kunne have været et bedre behandlings- eller rehabiliteringsforløb samt tværsektorielt samarbejde. For at tage højde for denne forskel på psykiatriske og somatiske patienter anbefaler arbejdsgruppen, at der i regi af de nationale mål overvejes, om det er relevant at se nærmere på genindlæggelsesindikatoren for psykiatrien i forhold til kortere tidsintervaller eller evt. opdeling på diagnosegrupper.

For at sikre større fokus på psykiatrien og udvikle nye sammenhængsindikatorer anbefales det, at:

De nationale mål for sundhedsvæsenet skal udvikles med fokus på psykiatrien.

Det betyder konkret, at:

- *Der umiddelbart laves opgørelser både for somatikken og psykiatrien ved følgende indikatorer*
 - Patientoplevet tilfredshed (Mål om øget patientinddragelse).
 - Patientoplevet inddragelse (Mål om øget patientinddragelse).
 - Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehusene (Mål om bedre sammenhængende patientforløb).
- *I regi af nationale mål udvikles der indikatorer vedrørende psykiatri med fokus på sammenhæng på tværs af sektorer, herunder en indikator for genindlæggelser.*

Anbefaling 2: Styregruppen for lærings- og kvalitetsteam skal løbende overveje, hvorvidt der skal udvikles lærings- og kvalitetsteams på psykiatriområdet

Lærings- og kvalitetsteams er endnu et centralt element i arbejdet med kvalitetsforbedringer i sygehusvæsenet i regi af det Nationale Kvalitetsprogram. Et lærings- og kvalitetsteam er et nationalt netværk af klinikere og ledere fra relevante afdelinger og enheder samt en ekspertgruppe, der arbejder med kvalitetsforbedringer på et udvalgt område med afsæt i kliniske kvalitetsdatabaser.

I regi af det nationale kvalitetsprogram er det aftalt, at der årligt skal etableres to til tre nye lærings- og kvalitetsteams. Styregruppen for lærings- og kvalitetsteam vælger områder, hvor der igangsættes lærings- og kvalitetsteams. Udvælgelsen af områder kan fx ske på baggrund af aktuelle kvalitetsindikatorer, patientoplevet kvalitet, ventetid eller analyser fra fx de kliniske kvalitetsdatabaser og de nationale registre. Et lærings- og kvalitetsteam kan etableres på et sygdomsområde eller for en specifik diagnose. Det kan også være en tværgående indsats, som vedrører pleje og behandling og/eller organiseringen af et forløb. Formålet er at opnå en forbedring af den kliniske kvalitet og af patientens oplevelse af resultat og forløb.

Flere lærings- og kvalitetsteams er undervejs, herunder teams der også involverer kommunerne, og hvor fokus er på det tværsektorielle arbejde. Det skal sikre sammenhæng i forløb, der går på tværs af sektorer, og tage hånd om borgeren på vejen gennem systemet. Med input fra organisationer og parter i sundhedsnettet prioriterer styregruppen for lærings- og kvalitetsteams for hvilke områder, der skal etableres nye lærings- og kvalitetsteams. Regionerne driver de enkelte lærings- og kvalitetsteams.

Ved Sundheds- og Ældreministeriets lancering af det nationale kvalitetsprogram for sundhedsområdet i 2015 blev det fremhævet, at efter første fase af udrulninger kan erfaringerne udbredes til større sygdomsområder som fx psykiatriområdet.

Afsættet for etablering af et lærings- og kvalitetsteam er, at der er på det udvalgte område er en utilfredsstillende kvalitet eller uønsket variation i behandlingen. På psykiatriområdet kan der aktuelt peges på en række særlige udfordringer, der kan begrunde, at der etableres lærings- og kvalitetsteams med henblik på at løfte kvaliteten.

Et stigende antal børn og unge mistrives og henvises til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Fra 2010 til 2016 er antallet af børn og unge i kontakt med den regionale psykiatri steget med 44,5 pct. Samtidig tyder tallene for monitoreringen af tvang på, at der ikke er den ønskede reduktion i tvang blandt børn og unge indlagt i psykiatrien. Dermed er der et stort potentiale i forhold til at styrke indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser, herunder det tværsektorielle samarbejde jf. anbefaling nr. 5. For at understøtte forbedringer på området og implementeringen af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammerne

for børn og unge med psykiske lidelser kan det derfor være relevant at etablere et lærings- og kvalitetsteam i forhold til børn og unge med psykiske udfordringer.

De seneste data for anvendelsen af tvang i psykiatrien viser, at udviklingen for tvangsnedbringelse på flere områder ikke mindskes så hurtigt som ønsket i partnerskabsaftalen om nedbringelse af tvang, og der er store regionale forskelle i anvendelsen af tvang som beskrevet i kapitel 4. Et yderligere element i bestræbelserne på at nedbringe tvang er, at både antallet af tvangsindlæggelser og antallet af personer berørt af tvangsindlæggelser har været støt stigende de seneste mange år – i 2010 var der fx 3.141 tvangsindlæggelser, og dette tal er steget til 4.330 tvangsindlæggelser i 2016. Derfor kan det være relevant at etablere et lærings- og kvalitetsteam med fokus på at nedbringe tvang i psykiatrien, herunder at have fokus på tværsektorielle indsatser forud for og i forlængelse af en indlæggelse.

For at understøtte kvalitetsudvikling i psykiatrien anbefales det, at:

Styregruppen for lærings- og kvalitetsteam skal løbende overveje, hvorvidt der skal udvikles lærings- og kvalitetsteams på psykiatriområdet.

Det betyder konkret, at:

- *Arbejdsgruppen opfordrer styregruppen for lærings- og kvalitetsteams til fagligt at overveje at udvikle lærings- og kvalitetsteams inden for fx ovennævnte områder.*

Anbefaling 3: Anvendelsen af eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser for mennesker med psykiske lidelser skal revideres og opdateres

De regionale og landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser er med til at måle kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrager til at forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater. De kliniske kvalitetsdatabaser rummer værdifuld viden om kvaliteten af patientbehandlingen og udgør derfor en potentiel vigtig datakilde til at understøtte kvalitetsudvikling, monitorering og styring i sundhedsvæsenet.

I dag findes der fire kliniske kvalitetsdatabaser for mennesker med psykiske lidelser inden for områderne for skizofreni, depression og ADHD blandt børn og unge samt demens. Samtidig er en klinisk kvalitetsdatabase vedr. retspsykiatrien ved at blive etableret. Anvendelsen af de kliniske kvalitetsdatabaser er imidlertid udfordret af, der blandt andet er kendte mangler i registreringen til databaserne og manglende opfølgning på afdækkede kvalitetsbrist. Derudover indeholder de kliniske kvalitetsdatabaser på området alene data fra hospitalspsykiatrien. Da behandlingen af patientgrupperne også foregår i kommuner og almen praksis er det på sigt ønskeligt, at databaserne udvikles og udvides med relevante data fra andre sektorer, så de afspejler patientens samlede forløb. Hertil er der et ønske om, at databaserne også udvides, så oplysninger fra patienterne selv indgår i databaserne. Her er der allerede peget på flere oplysninger, der vil kunne bruges til meningsfuldt at forbedre kvaliteten af behandlingen.

Arbejdsgruppen peger dog på, at registreringen og brugen i forhold til de eksisterende databaser med fordel kan forbedres. For at styrke grundlaget for kvalitetsudvikling, planlægning og styring på psykiatriområdet anbefales det, at:

Anvendelsen af eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser for mennesker med psykiske lidelser skal revideres og opdateres.

Det betyder konkret, at:

- *Regionerne styrker datakvaliteten og registreringspraksis*
Regionerne understøtter, at de dataansvarlige styrker fokus på både bedre datakvalitet og registreringspraksis og en bedre og mere systematisk anvendelse af data i de kliniske kvalitetsdatabaser på psykiatriområdet.
- *Den tværsektorielle viden styrkes i kvalitetsdatabaserne*
Kommunerne indgår i arbejdet med at afdække, hvorvidt de kliniske kvalitetsdatabaser på sigt skal anvendes tværsektorielt på psykiatriområdet, så viden om kvaliteten i patienternes samlede forløb indsamles eller indgår og kan danne grundlag for kvalitetsudvikling mv. Det kan være oplysninger om aktiviteter, medicinbehandling og patientrapporterede oplysninger mv. efter sundhedslovens regler.

7.2 Anbefalinger til faglig styring – tidlige indsatser i de nære omgivelser

Heldigvis har mennesker med psykiske lidelser en hverdag uden for det specialiserede sygehusvæsen. Derfor er der fortsat behov for at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for mennesker med psykiske lidelser. De tidlige og nære indsatser er bl.a. centrale, fordi de er med til at sikre mindst mulig indgriben i borgerens hverdag, ligesom det giver mulighed for at sikre sammenhæng til borgerens eventuelle øvrige indsatser. Samtidig kan indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen give mulighed for en øget specialisering og frigøre kapacitet på sygehusene.

Det fremgår af kapitel 3, at over perioden 2010-16 er antal patienter i kontakt med den regionale psykiatri steget med 30 pct. og antal kontakter er steget med 45 pct. Det er generelt sådan, at en lille del af de psykiatriske patienter står for en stor del af patienternes samlede forbrug på de psykiatriske sygehuse. Hovedparten af patienterne hører dermed til gruppen af patienter med lavt forbrug. Fx står ca. 60 pct. af patienterne for blot 10 pct. af den samlede forbrug. Samtidig er de mest hyppige diagnoser i voksenpsykiatrien angst og depression, dvs. diagnoser, der for de lettere og moderate tilfælde i mange tilfælde vil kunne behandles i praksissektoren i stedet for. Der er altså potentiale for, at nogle af disse patienter, som får en mindre intensiv indsats i den regionale psykiatri, i højere grad kan hjælpes og behandles i det nære sundhedsvæsen.

Med følgende anbefalinger ønsker arbejdsgruppen derfor at understøtte de tidlige indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Der er både behov for at forebygge, at mistrivsel udvikler sig til psykiske lidelser og behov for fokus på tidligere indsatser for borgere med en psykisk lidelse.

Anbefaling 4: Sundhedsstyrelsen skal som en del af kvalitetsplanen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udarbejde faglige anbefalinger for de sundhedsfaglige indsatser, der udføres i kommunalt socialpsykiatrisk regi og regionernes rolle i forbindelse hermed.

I dag fastsættes den faglige ramme for sygehusenes behandling bl.a. med Sundhedsstyrelsens specialeplan, de Nationale Kliniske Retningslinjer, ligesom Sundhedsstyrelsen rådgiver regionerne i forhold til den generelle planlægning på sundhedsområdet, herunder ved psykiatriplaner. Der findes dog ikke på samme måde en national faglig rammesætning for de nære sundhedsindsatser uden for sygehusene.

Med afrapportering fra udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, bestående af repræsentanter fra KL, Danske Regioner og regeringen, var der enighed om at anbefale, at Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. En

national model, der skal beskrive den givne opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for at varetage indsatsen, herunder samarbejdet mellem relevante sektorer.

Med anbefalingen var der enighed om, at Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning. Af anbefalingen fremgår det, at *"For at realisere målsætningerne om på sigt at varetage flere indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, er der behov for en national og faglig model for kvaliteten i varetagelsen af disse opgaver. Der er således behov for en generisk model for kvalitetsplanlægning, der skal fungere som en fælles ramme for arbejdet med systematiske og ensartede beskrivelser af de sundhedsfaglige indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Modellen skal beskrive den givne opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for at varetage opgaven. Modellen skal dermed beskrive kommunernes opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for, at kommunerne kan varetage opgaven samt regionernes rolle i forhold til ansvar, rådgivning og sikring af kompetencer.*

Udvalget anbefalede videre, at Sundhedsstyrelsen prioriterer områder inden for udvalgets tre målgrupper (den ældre medicinske patient, patienter med kroniske sygdomme, mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug), hvor der kan udarbejdes konkrete anbefalinger for de konkrete kommunale sundhedsopgaver, forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser samt almen praksis og sygehuse-nes rolle. Det fremgår, at *"med udgangspunkt i den generiske model kan der efterfølgende udarbejdes konkrete anbefalinger for opgavevaretagelsen på et bestemt område. Anbefalingerne skal beskrive tilrettelæggelsen, indhold, kompetencer mv. i forhold til den givne indsats og skal baseres på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe effektive sundhedstilbud. De skal i videst mulig omfang bygge på evidens fra nyere systematiske forskningsoversigter, videnskabelige undersøgelser, ekspertskøn samt erfarings- og praksisbaseret viden."* Som beskrevet i indledningen er et af de otte initiativer fra regeringsudspillet "Sundhed, hvor du er", at en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, som skal styrke og ensarte kvaliteten på såvel det somatiske som det psykiatriske område.

I lighed med behovet for at understøtte indsatserne i de nære omgivelser for den ældre medicinske patient og mennesker med kroniske lidelser, er det hensigtsmæssigt at understøtte de sundhedsfaglige indsatser i forhold til de længerevarende botilbud med faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Dette kan bl.a. trække på erfaringerne med kvalitetstandarden for akutfunktioner fra 2017.

Overgangen mellem den regionale psykiatri og kommunale socialpsykiatriske tilbud kan være en kritisk fase for borgeren. Samtidig er tidlig opsporing og forebyggende sundhedsfaglige indsatser for mennesker med psykiske lidelser centrale for at sikre mindst indgriben i borgerens hverdag og bedst brug af sundhedsvæsenets ressourcer. Når der eksempelvis sker ændringer i en borgers fysiske eller psykisk tilstand, er det afgørende, at dette opspores tidligt, og at der handles derpå. Det kræver et tæt samarbejde mellem den regionale psykiatri og de socialpsykiatriske indsatser, herunder at de rette sundhedsfaglige kompetencer er tilknyttet de længerevarende botilbud, hvor nogle borgere kan have både psykiske udfordringer og somatiske problemstillinger. For at sikre og fastholde et højt fagligt niveau i de sundhedsfaglige indsatser i kommunalt socialpsykiatrisk regi, særligt på længerevarende botilbud, og et stærkt tværsektorielt samarbejde, kan der med fordel udarbejdes sundhedsfaglige anbefalinger. Anbefalingerne skal beskrive regionernes og kommunernes opgave i forhold til de sundhedsfaglige indsatser, der finder sted i kommunalt socialpsykiatrisk regi samt regionernes rolle i forhold til ansvar, rådgivning og sikring af kompetencer. Anbefalingerne skal baseres på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe effektive sundhedstilbud.

Målet er, at disse sundhedsfaglige anbefalinger, sammen med aftalen om faste læger på længerevarende botilbud fra delaftalen om forebyggelse af vold på botilbud, kan medvirke til at systematisk og øget fokus på

bl.a. somatiske lidelser blandt mennesker med psykiske lidelser og dermed være medvirkende til at mindske den højere sygelighed og overdødelighed blandt denne gruppe.

For at sikre, at mennesker med psykiske lidelser tilbydes sundhedsfaglige indsatser af høj, ensartet kvalitet i de nære omgivelser, anbefales det, at:

Sundhedsstyrelsen skal som en del af kvalitetsplanen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udarbejde anbefalinger for de sundhedsfaglige indsatser, der udføres i kommunalt socialpsykiatrisk regi og regionernes rolle i forbindelse hermed.

Det betyder konkret, at:

- *Som en del af kvalitetsplanen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger for de sundhedsfaglige indsatser, der udføres i kommunalt socialpsykiatrisk regi og regionernes rolle i forhold til ansvar, rådgivning og sikring af kompetencer. Anbefalingerne skal baseres på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe effektive sundhedstilbud.*

Anbefaling 5: Sundhedsindsatserne for børn og unge, der mistrives mentalt, skal styrkes

Børn og unge er en afgørende ressource og potentiale i samfundet. Antallet af børn og unge, der mistrives er dog stigende i både kommuner og regioner. Fra 2010 til 2016 er antallet af børn og unge i kontakt med den regionale psykiatri steget med 44.5 pct. jf. "Indblik i psykiatrien og sociale indsatser". Stigningen understreger behovet for en tidlig og forebyggende indsats for børn, unge og deres pårørende og tydeliggør vigtigheden af et godt samarbejde mellem sektorer om det samlede forløb.

Statens Institut for Folkesundhed har i december 2017 udgivet rapporten "Mental sundhed blandt unge. Resultater fra Ungdomsprofilen 2014". Selvom undersøgelsen viser, at langt størstedelen af de unge på ungdomsuddannelserne har god mental sundhed, så er der også en relativ stor gruppe på 3-4 pct. af drengene og 9-10 pct. af pigerne, der har lav grad af mental sundhed. Yderligere oplever bl.a. 5 pct. af drengene og 15-17 pct. af pigerne dårligt humør/irritabilitet, nervøsitet og at være ked af det. Undersøgelsen giver et nuanceret indblik i trivsel blandt målgruppen og tydeliggør, at alt efter de unges mental sundhed, er der behov for forskellige tilbud og indsatser.

Indsatsen for børn og unge samt deres familier er præget af mange aktører og arenaer, som anvender forskellige tilgange og sprog. En styrket indsats i forhold til mental mistrivsel kræver derfor en tværsektoriel indsats med høj grad af koordinering. Dette skal Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer bidrage til.

Rapporten "Kommunale tilbud til børn og unge med psykiske lidelser og vanskeligheder – bidrag til udarbejdelse af forløbsprogrammer" fra Sundhedsstyrelsen peger på, at de eksisterende tilbud til børn og unge

Boks 21

Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer

Sundhedsstyrelsen har i 2017 offentliggjort forløbsprogrammer for børn og unge med ADHD, spiseforstyrrelser og angst/depression, der skal understøtte den komplekse opgave med at skabe sammenhængende forløb for børn og unge, som ofte kræver en indsats fra forskellige fagprofessionelle i flere sektorer. Forløbsprogrammerne beskriver, hvordan indsatsen for målgruppen skal varetages samtidigt og koordineret mellem sektorer. Og der er fokus på den tidlige, forebyggende indsats, der skal forhindre, at barnet/den unge får behov for mere indgribende indsatser. Selvom de tre forløbsprogrammer omhandler børn og unge med ADHD, spiseforstyrrelse og angst/depression er det hensigten, at de overordnede anbefalinger om organisering og sammenhæng i indsatsen også finder anvendelse i forhold til samarbejdet omkring børn og unge med andre psykiske lidelser/vanskeligheder. Der er afsat 33,5 mio. kr. til en pulje til implementering af forløbsprogrammerne i 2018-2020.

med psykiske lidelser og vanskeligheder i nogle kommuner især finder sted inden for undervisningsområdet, herunder inden for Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), samt inden for børne- og familieområdet samt sundhedsområdet. Det er dermed i høj grad i regi af skolerne, at der er potentiale i forhold til at opspore børn og unges psykiske mistrivsel i et samspil med den regionale psykiatri. PPR er en kommunal funktion, der arbejder med udgangspunkt i lovgivning på undervisningsområdet. PPR er ikke inde for arbejdsgruppens kommissorium, men beskrives dog kort jf. boks.

Den kommunale sundhedspleje spiller en stor rolle vedr. den sundhedsfaglige indsats i skolerne i forhold til opsporing og sundhedsfremme blandt børn og unge jf. boksen. Sundhedsplejen er i kontakt med børn og unge gennem deres skoletid og har bl.a. fokus på målgruppens kost og motion. Samtidig er der et potentiale for, at sundhedsplejen øger sit fokus på mental sundhed og opsporing af psykisk mistrivsel i deres kontakt med børn og unge.

Når mistrivsel eller tegn på psykiske vanskeligheder opspores, er der behov for tilbud til barnet/den unge og familien. Det kan være indsatser i praksissektoren eller i nogle tilfælde henvisning til den specialiserede sektor. For mange børn og unge, der mistrives mentalt, er der ligeledes potentiale for at tilbyde indsatser i de nære, kommunale omgivelser.

Både for at sikre den bedste og mindst indgribende indsats men også for at sikre rette brug af ressourcer.

Dermed er et tæt samarbejde mellem sundhedsplejersken og andre aktører på området, herunder sociale indsatser, PPR og praksissektoren, afgørende. Der er potentiale for at styrke samarbejde, især i forhold til at sikre opfølgning på de børn og unge, hvor fx sundhedsplejen opsporer psykisk mistrivsel. For at understøtte det tværsektorielle samarbejde og tidlige indsatser for børn og unge med mental mistrivsel er der med satspuljen på sundhedsområdet for 2018-2021 afsat midler til en række initiativer for børn og unge med psykiske problemer.

En anden central medspiller på børne- og ungeområdet er de frivillige og civile tilbud, som hver dag gør en stor forskel for mange børn og unge. Og der er fortsat behov for at anerkende og have fokus på de civile indsatser på området.

Boks 22

Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

PPR's kerneopgave er at yde pædagogisk psykologisk rådgivning til og omkring børn og unge i alderen 0-18 år. PPR kan yde indsatser i forhold til faglig opsporing, lettere udredning og behandling af det enkelte barn/unge. PPR kan ligeledes yde indsatser i forhold til at vejlede og understøtte omgivelser og personer omkring barnet, eksempelvis undervisere og forældre.

Med aftale om satspuljen på social- og indenrigs-området for 2017-2020 er der afsat i alt 133,2 mio. kr. til investering i den tidlige og forebyggende indsats i PPR, herunder til flere medarbejdere i PPR og partnerskab mellem kommunerne og Socialstyrelsen vedr. udvikling af kvalitet i PPR-indsatsen.

Boks 23

Sundhedsplejens opgaver

Sundhedsplejen skal levere en generel sundhedsfremmende og forebyggende indsats i relation til alle børn og unge, indtil undervisningspligtens ophør, såvel som en særlig indsats over for børn og unge med særlige behov. Sundhedsplejen gennemfører samtaler med og undersøgelser af børn og unge gennem hele skoletiden og de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser. Udskolingsundersøgelsen er en samtale og undersøgelse, der har til formål at give en samlet vurdering af den unges helbred og sundhed. Ind- og udskolingsundersøgelser kan foretages af enten en læge eller en sundhedsplejerske. Ved udskolingsundersøgelsen bliver der bl.a. foretaget en vurdering af den unges sociale kompetencer, relationer og netværk. Det sker for at forebygge selvskadende adfærd, spiseforstyrrelser og lignende. Samarbejdet mellem sundhedspleje, almen praksis og børnepsykiatrisk afdeling på sygehusene er formaliseret i sundhedsaftalerne.

Boks 24

Styrket indsats for børn og unge jf. satspuljen for 2018-2021 på sundhedsområdet

Med satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021 er der afsat 397,5 mio. kr. til psykiatriområdet, hvoraf størstedelen går til indsatsen for børn og unge. Bl.a. er der afsat ca. 215 mio. kr. til afprøvning af fremskudt regionale funktioner, hvor regionerne i samarbejde med kommuner skal arbejde for en mere helhedsorienteret indsats med involvering af relevante parter for eksempel skole, PPR, forældre, socialforvaltning mv. Og der er afsat yderligere 53 mio. kr. til bl.a. at styrke den tidlige og opsporende indsats samt behandlingskapaciteten for mennesker med spiseforstyrrelse og selvskade.

For at sikre børn og unge med mentalt mistrivsel og deres familiers tilknytning til hverdagslivet og for at reducere og forebygge behovet for indsatser i børne- og ungdomspsykiatrien anbefales det, at:

Sundhedsindsatserne for børn og unge, der mistrives mentalt, skal styrkes.

Det betyder konkret, at:

- *Sundhedsplejen skal øge fokus på mental sundhed og mistrivsel blandt børn og unge*
For at imødekomme udfordringer med at besætte sundhedsplejerskestillingerne, og fordi sundhedsplejerskernes kerneopgaver er under pres, har Sundheds- og Ældreministeriet drøftet mulighederne for at øge optaget på sundhedsplejeuddannelsen med Uddannelses- og Forskningsministeriet og KL. Dette har ført til, at optaget af studerende på uddannelsen kan øges fra 100 til 120 studerende årligt i 2018, 2019 og 2020.
- *Sundhedsplejens og almen praksis' indsats for børn og unge, der mentalt mistrives, skal styrkes*
Dette skal også ses i lyset af satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2017-2020, hvor der blev afsat midler til en styrket sundhedsplejeindsats over for sårbare og udsatte børn og familier.
- *Det tværsektorielle samarbejde på området skal styrkes ved implementering af igangværende initiativer på området*
Dette skal ses i lyset af udviklingen og implementering af forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske udfordringer fra satspuljen for 2017-2020. Ligesom der med satspuljen på sundhedsområdet for 2018-2021 er afsat midler til at styrke området, herunder afprøvning af fremskudt regional funktion.

7.3 Anbefalinger til organisatorisk styring – sammenhængende forløb og integration af indsatser

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser kan – afhængig af kompleksitet i borgerens behov – bestå af indsatser på tværs af sektorer og fagområder, bl.a. fordi ansvaret for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er delt mellem regioner og kommuner, mens de konkrete indsatser ofte er placeret i forskellige afdelinger og forvaltninger. Borgere med komplekse forløb kan dermed møde mange aktører, overgange og tilbud. Det stiller krav til koordination, samarbejde og integration af indsatserne.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor et øget fokus på bedre sammenhænge i indsatsen – både mellem kommuner og regioner og inden for behandlingspsykiatrien. Dette skal supplere de eksisterende værktøjer i form af udskrivningsaftaler, koordinationsplaner, koordinerende indsatsplaner mv, som er beskrevet i kapitel 5.

Anbefaling 6: Integrerede samarbejdsmodeller skal afprøves og udbredes for at understøtte sammenhængende borgerforløb på psykiatriområdet

Flere steder udvikles og implementeres integrerede samarbejdsmodeller, som eksempelvis Psykiatriens Hus i Silkeborg, der bl.a. har til formål at øge sammenhængen i borgerens indsatser. Det er en udvikling, som arbejdsgruppen ønsker skal fortsætte.

I regi af frikommuneforsøg arbejder Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde med relevante parter på at fjerne nogle af barriererne for integrerede samarbejdsmodeller jf. ansøgning fra bl.a. Silkeborg Kommune.

Målet med frikommuneforsøgene er, at frikommunernes gode erfaringer kan udbredes til andre kommuner og danne grundlag for ændringer af regler, der i dag kan virke uhensigtsmæssige for kommunernes opgaveløsning.

Med satspuljeaftalen for 2018-2021 er der desuden afsat knap 215 mio. kr. til afprøvning af en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien, der bl.a. skal understøtte og afprøve nye samarbejdsformer mellem kommuner og regioner for børn og unge med psykiske lidelser.

I aftalen om regionernes økonomi for 2018 er regeringen og regionerne enige om, at der skal igangsættes en fælles afdækning af, hvilke nuværende rammer og regler, som eventuelt danner barrierer for sammenhængende patientforløb, herunder adgangen til at anvende data til planlægning af og opfølgning på sammenhængende patientforløb mv. Arbejdet er i gang og forventes afsluttet ultimo marts 2018.

Endvidere anbefalede Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, at kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerede samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning. I forlængelse heraf blev det anbefalet, at kommuner, regioner og staten udvikler og forbedrer rammerne for planlægning, samarbejde og flere integrerede løsninger på tværs af sektorer med det formål at skabe mere sammenhængende og effektive patientforløb.

For at understøtte, at mennesker med psykiske lidelser oplever en sammenhængende indsats og færrest mulige indgange til systemet, anbefales det, at:

Integrerede samarbejdsmodeller skal afprøves og udbredes for at understøtte sammenhængende borgerforløb på psykiatriområdet.

Det betyder konkret at:

- *Regioner og kommuner skal udbrede integrerede samarbejdsmodeller og fælles tilbud på psykiatriområdet med udgangspunkt i erfaringerne på området.*
- *I regi af igangværende frikommuneforsøg fjerner Sundheds- og Ældreministeriet barrierer i sundhedsloven vedr. drift, myndighedsansvar, klageadgang og fælles finansiering, som der skal søges dispensation for i forhold til integrerede samarbejdsmodeller.*
Som det er målet generelt med frikommuneforsøgene er det hensigten, at frikommunernes gode erfaringer kan udbredes til andre kommuner og danne grundlag for ændringer af regler, der i dag kan virke uhensigtsmæssige for kommunernes opgaveløsning.
- *Staten sikrer fortsat, under inddragelse af relevante parter, rammerne for integrerede samarbejdsmodeller.*

Boks 25

Psykiatriens Hus i Silkeborg

Silkeborg Kommune er blandt andre en del af frikommunenetværket, der under overskriften "Bedre styring af udgifterne på det specialiserede socialområde" har ansøgt om organisatorisk at integrere deres akuttilbud som én enhed, således at de eksisterende 12 pladser i tilbuddet bliver fælles regionale/kommunale. I dag består det akutte døgntilbud af 6 regionale pladser, der tilbyder ambulant psykiatrisk behandling, og 6 kommunale pladser, der tilbyder socialfaglig støtte og omsorg. Under frikommuneforsøget vil patienterne kunne modtage både kommunale og regionale ydelser, når de har plads i tilbuddet, hvilket i dag kræver en dobbelt visitation. Det er hermed forventningen, at forsøget vil skabe en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats for patienterne samt øge kvaliteten i de tværfaglige indsatser for patienterne. Herudover ønsker frikommunenetværket, at der i forsøgsperioden etableres en fælles regional/kommunal driftsøkonomi samt en fælles ledelse for tilbuddet, hvilket forventes at optimere ressourceanvendelsen. Forsøget vil starte 1. juli 2018 og vil løbe henover en 3-årig periode.

Anbefaling 7: Overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien skal styrkes og i højere grad tage højde for individuelle forskelle i behandlingsbehov

Overgangen mellem ungdom og voksenlivet kan for nogle virke brat og uoverskuelig. Det er en overgang, hvor de unge kan opleve mange ændringer, som eksempelvis overgang fra ungdomsuddannelse til anden uddannelse eller arbejdsmarked, at den unge bliver myndig eller flytter hjemmefra.

På psykiatriområdet kan overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til psykiatrien for nogle unge føles meget brat. I dag er der ikke en centralt fastsat aldersgrænse for skiftet fra børn- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Der er dog en praksis for, at dette skifte sker omkring 18-årsalderen. Nogle unge oplever, at behandlingstilbuddet i børne- og ungdomspsykiatrien er mere helhedsorienteret og målrettet end i voksenpsykiatrien. De unge kan opleve, at de møder en mere forskellig gruppe af behandlere og medpatienter i voksenpsykiatrien, end de kender fra børne- og ungdomspsykiatrien. Omvendt er der nogle, der kan have gavn af de mere intensive indsatser, som tilbydes i voksenpsykiatrien. For at understøtte, at unge i psykiatrien oplever den bedst mulige overgang til voksenpsykiatrien, er der behov for at understøtte sundhedspersonalet med henblik på at sikre en struktureret og individuel overgang. Det skal samtidig understøtte den unges egenomsorg og handlekompetence. Den faglige vurdering i samarbejde med den unge og familien omkring er fortsat det afgørende for overgangen.

En bedre overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien er et skridt på vejen til at sikre bedre overgange for børn og unge. Som beskrevet i indledningen er arbejdsgruppen samtidig bevidst om, at en række andre indsatser og områder er afgørende for børn og unges samlede indsats og overgange.

For at understøtte, at unge med psykiske lidelse får en bedre overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til psykiatrien anbefales det, at:

Overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien skal styrkes og i højere grad tage højde for individuelle forskelle i behandlingsbehov.

Det betyder konkret, at:

- *Der skal udvikles redskaber, der understøtter en bedre overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien.*

Anbefaling 8: Monitoreringen af de regionale pakkeforløb i psykiatrien skal styrkes

For at ensarte og højne kvaliteten, sikre et godt patientflow og en god udnyttelse af ressourcer anvender regionerne i dag pakkeforløb i den ambulante behandling i psykiatrien. Regionerne har siden 2012 udarbejdet og introduceret pakkeforløb i psykiatrien for en række ikke-psykotiske lidelser.

Et pakkeforløb er et standardforløb for udredning og behandling af en specifik sygdom, der har til formål at tilbyde ensartede udrednings- og behandlingsforløb af høj kvalitet til patienter med samme sygdom og behandlingsbehov. Ligeledes er det målet at skabe mere effektiv tilrettelæggelse af behandling og bedre gennemsigtighed i udredning og behandling. Udredningspakkerne består af eksempler på ydelser, der kan indgå i udredningsforløbet. Derudover er der angivet et antal timer, som skaleres efter patientens behov, der understøtter, at patienterne udredes inden for udredningsfristen. Behandlingspakker indeholder, lige-

som udredningspakker, vejledende eksempler på behandlinger og tidsramme baseret på en klinisk vurdering af behovet. Pakkerne er som hovedregel afsluttende forløb, men kan ud fra en faglig vurdering gentages, eller der kan henvises til et mere specialiseret tilbud.

På psykiatrimrådet offentliggøres der ikke samlet data for pakkeforløbene. Danske Regioner arbejder i øjeblikket med at få indført en monitorering på området. Monitoreringen skal gøre det muligt at få et samlet indblik i, om pakkeforløbene bidrager til at sikre en ensartet ramme for behandling - og dermed i tråd med det oprindelige formål bidrager til, at patienter med samme type lidelse tilbydes behandling med same indhold og af samme kvalitet på tværs af landet. Det anbefales, at Danske Regioner fuldfører dette arbejde med henblik på at sikre en monitorering af pakkeforløb i psykiatrien.

For at skabe mere gennemsigtighed i udredningen og behandlingen af patienterne i psykiatrien anbefales det, at:

Monitoreringen af de regionale pakkeforløb i psykiatrien skal styrkes.

Det betyder konkret at:

- *Danske Regioner udvikler indikatorer, der kan understøtte monitoreringen af pakkeforløb i psykiatrien.*

7.4 Anbefalinger til organisatorisk styring – bedre brug af sundhedsfaglige ressourcer

For at sikre, at mennesker med psykiske lidelser modtager behandling af høj kvalitet, uanset hvor den enkelte patient henvender sig, er der behov for at sikre en rationel brug af bl.a. personaleressourcerne, så patienterne mødes med laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau. Dette er med til at sikre, at flere får den rette hjælp og behandling i psykiatrien. I takt med, at flere mennesker har kontakt med psykiatrien, er denne problemstilling mere aktuel end nogensinde.

Arbejdsgruppen ønsker derfor et større fokus på, hvordan forskellige personalegrupper kan anvendes i behandlingen af psykiatriske patienter. Dette skal også ses i lyset af udfordringerne med at rekruttere blandt andet speciallæger og læger til almen praksis, som beskrevet i Lægedækningsudvalget rapport fra 2017.

Anbefaling 9: Almen praksis bør styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel

Almen praksis er i høj grad i kontakt med mennesker, der har eller er i risiko for at udvikle psykiske lidelser og mistrivsel, både direkte og indirekte i forbindelse med deres psykiske udfordringer. Derfor er indsatserne i almen praksis og samarbejdet med de specialiserede og kommunale tilbud afgørende for at sikre, at mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel tilbydes indsatser af høj, ensartet kvalitet i de nære omgivelser. Nærværende anbefaling er inspireret af drøftelse med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) vedr. behovet for at styrke den nuværende borgernære indsats for mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel.

Almen praksis er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet og beskrives ofte som gatekeeper og generalisten, der skal tage sig af det hele menneske. Derfor besidder almen praksis også en afgørende rolle i forhold til udredning, behandling og viderehenvisning af patienter med psykiske lidelser og mistrivsel. I 2016 fik knap 148.000 patienter samtaleterapi i almen praksis. Dette er et fald på ca. 12 pct. siden 2010. Samtaleterapi er blot én af flere indsatser i almen praksis, der kan medvirke til, at der sættes ind, inden den

enkelte patients udfordringer vokser sig så store, at der er behov for mere intensive indsatser i fx den regionale psykiatri.

Samtidig har almen praksis en vigtig opgave i at understøtte og følge op på de veludredte patienter, som efter en specialiseret indsats vender tilbage til en hverdag i de nære omgivelser, både med og uden fortsat specialiserede indsatser.

De alment praktiserende læger er samtidigt en knap ressource, især i visse landsdele. Derfor er der behov for, at almen praksis organiseres bæredygtigt, herunder med rette brug af andre relevante faggrupper, hvilket det blandt andet er formålet at understøtte med udmøntningen af midlerne til nye og bedre læge- og sundhedshuse jf. udspillet "Sundhed, hvor du er". Brugen af andet personale kan bidrage til omkostningseffektivitet - både internt i almen praksis og i forhold til at understøtte, at de rette indsatser på tværs af sektorer finder sted på den mindst indgribende måde og det lavest effektive omkostningsniveau. Andre faggrupper kan dermed være med at aflaste den alment praktiserende læge og forebygge behovet for indsatser i den specialiserede psykiatri. Det kan ske med inspiration fra de hollandske erfaringer og ambitionerne inden for kronikerområdet [bl.a. med afsæt i den seneste overenskomst for almen praksis]. Brugen af andet sundhedspersonale kan være relevant både i forhold til indsatser for borgere, der mistrives eller har udvalgte psykiske lidelser, som eksempelvis lettere grader af angst og depression og i forhold til veludredte patienter, der har behov for støtte og opfølgning efter en specialiseret indsats. Brugen af andre faggrupper skal også ses i sammenhæng med anbefaling 10 vedr. opgavevaretagelse og uddannelsen af specialuddannede psykologer og sygeplejersker.

Boks 26

Internationale erfaringer: Holland fra belastet specialiseret sektor til større brug af praksissektoren

Med baggrund i et stort pres på den specialiserede psykiatri, og anerkendelsen af, at en styrket psykiatrisk sektor er central for at reducere antallet af selvmord, besluttede Holland i 2012 en række ændringer i forhold til den primære sektor. Målet var at sikre, at patienter modtager rette indsats, på rette tidspunkt, leveret af rette kilde og en reduktion i behovet for specialiseret behandling.

Rollen i almen praksis for særlige sundhedspersoner med psykiatriske fokus

I 2008 indførte Holland POH-GGZ (Dutch abbreviation for Practical Support Professional for Mental Health Care). Formålet var at understøtte almen praksis i diagnosticering, behandling og henvisning af patienter med psykiske udfordringer. Disse sundhedspersoner har ansvar for analyse/screening af udfordringer, udvikling og diskussion af behandlingsplan, levering af psyko-uddannelse, vejledning/støtte af egenomsorg, interventioner sigtet mod adfærdsmæssige ændringer, forebyggelse og styrket egenomsorg hos patienter med kroniske psykiske lidelser og potentiel multisygdom. Disse særlige sundhedspersoner kan ikke udskrive medicin og er ofte uddannet som psykiatriske sygeplejersker (63 pct.), psykologer (10 pct.), socialarbejder (7 pct.) eller sygeplejersker (6 pct.). Ansvar for disse særlige sundhedspersoner er forankret i almen praksis. Bl.a. er der krav om samarbejde mellem POH-GGZ og den alment praktiserende læge. Deres arbejde skal følge af den alment praktiserende læges behov og initiativ, og de er derfor forpligtet til direkte at underrette den alment praktiserende læge om evt. alarmerende situationer. Henvisninger til øvrige støtte- og behandlingsmuligheder skal derfor også godkendes af den alment praktiserende læge. De særlige sundhedspersoner arbejder ofte fysisk i den almene praksis, selvom det dog ikke er et krav.

Øget støtte til alment praktiserende læger i forhold til at behandle lette psykiske udfordringer

For at styrke de alment praktiserende lægers behandling af patienter med psykiske udfordringer blev mulighederne for at anvende en særlig sundhedsperson med målrettet fokus på psykiske problemer (POH-GGZ) styrket gennem støtte og mere fleksibel brug af det statslige budget dertil. Det medførte en øget brug af særlige sundhedspersoner.

Ny henvisningsmodel for alment praktiserende læger

Med henblik på at imødegå for hurtig henvisning fra de alment praktiserende læger til den specialiserede psykiatri blev der i Holland udarbejdet en henvisningsmodel. Henvisningsmodellen giver retningslinjer for, hvornår behandling kan ske i den almene praksis (sammen med det særlige sundhedspersonale), hos psykologer eller i den specialiserede sektor.

Det hollandske sundhedssystem

Det hollandske sundhedssystem er baseret på fri konkurrence mellem en række private indkøbere og udbydere i Holland. Derudover adskiller det hollandske sundhedssystem sig ved, at almen praksissektoren er organiseret anderledes end den danske, idet 95 pct. af de praktiserende læger er tilknyttet en Care Group. Care Group er administrative enheder, der samler den primære sektor og bl.a. forhandler kollektive kontrakter med forsikringsselskaberne i forhold til behandling af patienter med kroniske sygdomme. De enkelte Care Groups kan samtidig også være med til at understøtte ansættelsen af andet personale, som sundhedspersoner med målrettet fokus på psykiske udfordringer.

Samtidigt er det centralt, at almen praksis sikrer et effektivt og tæt samarbejde med den specialiserede regionale psykiatri og de kommunale tilbud. Den specialiserede psykiatri skal som led i den generelle rådgivningsfunktion sikre rette rådgivning og sparring med almen praksis i forhold til patienter med psykiske lidelser. For borgere, hvor den (medicinske) behandling skal vedligeholdes af almen praksis, er det afgørende, at der er en behandlingsplan, som sikrer, at almen praksis har rette indsigt i relevant behandling og viden om opmærksomhedspunkter i forhold til behandlingen. Der er potentiale for bedre brug af de lovpligtige behandlingsplaner og i forlængelser heraf udveksling af relevante informationer mellem den regionale psykiatri og almen praksis.

Ligeledes er det centralt, at almen praksis - ud fra viden om de rette kommunale tilbud - samarbejder med og informere borgeren om relevante kommunale tilbud, herunder kontakt til den kommunale socialforvaltning, PPR og den kommunale sundhedspleje i forhold til børn og unge. Der er især potentiale for styrket koordination, øget tidlig opsporing og indsatser i forhold til børn og unge, der mistrives. Sundhedsplejen er bl.a. forpligtet til at tilbyde børn og unge i den skolepligtige alder regelmæssig kontakt gennem skoletiden med henblik på at afdække almene og individuelle sundhedsmæssige problemer. Almen praksis følger børnene med årlige børneundersøgelser indtil det femte leveår. Der er dog potentiale for større fokus på og bedre samarbejde om børns psykiske trivsel. Det kan ske gennem mere formaliseret og systematiseret samarbejde mellem sundhedsplejen og almen praksis.

For at sikre, at mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel tilbydes indsatser af høj, ensartet kvalitet, inden udfordringerne vokser sig så store, at der er behov for mere intensive indsatser, anbefales det, at:

Almen praksis bør styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel.

Det betyder konkret, at:

- *Almen praksis opfordres til større brug af andre faggrupper med fx relevant efteruddannelse, som eksempelvis sygeplejersker både i forhold til voksne samt børn og unge.*
- *Den regionale psykiatri skal styrke samarbejdet med og rådgivning af almen praksis.*
- *Samarbejdet mellem almen praksis og sundhedsplejen skal styrkes.*
- *Samarbejdet med kommunale sundhedstilbud og relevante socialpsykiatriske tilbud skal styrkes, herunder som fastlagt med aftalen om faste læger tilknyttet længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 for borgere med psykiske lidelser.*

Anbefaling 10: Revidering af specialuddannelse af psykologer og specialuddannelse af sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje skal overvejes

Som det påpeges i Lægedækningsudvalgets anbefalinger fra januar 2017, er der udfordringer med en tilstrækkelige speciallægedækning på tværs af landet inden for de psykiatriske specialer både i forhold til uddannelsesforløb og speciallægestillinger i børne- og ungdomspsykiatrien samt psykiatrien. Dette er til trods for, at der i de seneste år er sket en stigning i antallet af speciallæger i psykiatrien.

For at imødekomme udfordringen med manglen på speciallæger i psykiatrien og ønsket om effektiv brug af personaleressourcer er det vigtigt at sikre, at der er de rette muligheder for opgaveflytning til relevante faggrupper som specialuddannede psykologer og specialuddannede sygeplejersker. De to uddannelser er beskrevet nærmere i kapitel 4.

I takt med, at psykiatrien fagligt udvikler sig, er der samtidig større krav til personalet. Dette er eksempelvis i form af større fokus på metoder målrettet recovery, alternative behandlingsformer, forebyggende indsatser til at undgå tvang og mulighederne for behandling i det nære sundhedsvæsen, herunder almen praksis jf. anbefaling 6 og kommunale tilbud samt indsatser. Bedre og øget og brug af specialuddannede sygeplejersker kan dermed understøttes ved at sikre, at uddannelsen giver de nødvendige praksisnære kompetencer.

Siden 2010, hvor rammerne for specialuddannelse af psykologer i børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri blev fastsat, har de specialuddannede psykologer med deres nye kompetencer fået nye og flere opgaver end tidligere. Psykiatrien har i perioden undergået en stor udvikling, og det giver anledning til at se nærmere på, om indholdet i uddannelsen matcher de opgaver, psykiatrien varetager i dag.

For at sikre en optimal anvendelse af personaleressourcerne bør der endvidere være et ledelsesmæssigt fokus på brugen af de specialuddannede gruppers kompetencer. Dermed er ledelses- og medarbejderfokus på mulighederne for opgaveflytning en central del af implementeringen og realiseringen af målet om at bedre brug af personaleressourcer.

For at understøtte brugen af specialuddannede psykologer eller sygeplejerske anbefales det, at:

Revidering af specialuddannelse af psykologer og specialuddannelse af sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje skal overvejes.

Det betyder konkret, at:

- *Rådet for Specialpsykologuddannelsen og Specialuddannelsesrådet for uddannelse til specialsygeplejerske i psykiatrisk sygepleje overvejer i samarbejde med relevante parter, herunder Sundhedsstyrelsen, om indholdet i specialuddannelsen for psykologer og sygeplejerskerne bør revideres for at imødekomme fremtidens udfordringerne og efterspørgsel efter konkrete og praksisnære kompetencer inden for psykiatrien med fortsat respekt for uddannelsernes særlige faglighed.*

Dette skal ses i lyset af mulighederne for, at specialuddannede psykologer og sygeplejersker kan spille en større rolle med at sikre indsatser af høj, ensartet kvalitet for mennesker med psykiske lidelser i det nære sundhedsvæsen, jf. anbefaling 4 vedr. kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og 9 vedr. almen praksis.

7.5 anbefalinger til bedre nationale data

Et væsentligt element for at skabe større synlighed og åbenhed om aktivitet og kvalitet i psykiatrien er solide data. Et validt datagrundlag kan dertil give mulighed for at følge resultater samt lave en fyldestgørende opfølgning på centralt aftalte prioriteringer.

Beskrivelsen af det eksisterende data i kapitel seks viser, at der allerede findes en lang række datakilder i psykiatrien, men beskrivelsen viser samtidig, at der er flere områder, hvor datakvaliteten kan forbedres.

På den baggrund er arbejdsgruppen enige om en række anbefalinger til at sikre bedre nationale data for psykiatrien. Anbefalingerne tager blandt andet udgangspunkt i at tilvejebringe solide data, som kan sikre en mere fyldestgørende opfølgning på centralt aftalte prioriteringer, herunder særligt løftet til den regionale psykiatri på 2,2 mia. kr. i satspuljeaftalen for 2015-2018.

Anbefaling 11: Bedre national data på sengepladser i psykiatrien

Antallet af sengepladser skal afspejles i en tilstrækkelig kapacitet i psykiatrien, herunder at der er tilstrækkelig stationær kapacitet til patienter, der har behov for indlæggelse i kortere eller længere perioder. En valid og nuanceret opgørelse af sengepladser er dermed vigtigt for at skabe transparens og indsigt i kapaciteten i psykiatrien. Der er i flere omgange (bl.a. i satspuljen 2016-2019) afsat midler til flere sengepladser i psykiatrien.

Udfordringer med den nuværende opgørelse af sengepladser

I dag indberetter regionerne særskilte henholdsvis månedlige og kvartalsvise opgørelser af deres sengekapa-
pacitet til både Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. De to opgørelser divergerer imidlertid ofte, bl.a. fordi der anvendes forskellige opgørelsesmetoder; henholdsvis disponible og normerede sengepladser. Hertil kommer, at regionerne tilretter deres sengetal bagudrettet, og at denne tilretning som oftest kun er indberettet til Danske Regioner og ikke Sundhedsdatastyrelsen.

Der kan være stor variation i ressourceforbruget knyttet til en sengeplads afhængigt af, om sengepladsen er en brugerstyret sengeplads, en sengeplads på en psykiatrisk akutmodtagelse/fælles akutmodtagelse, om sengen er en af de nye særlige sengepladser i psykiatrien eller en helt anden type sengeplads. I dag opgøres alle de forskellige typer af sengepladser som en sengeplads uden yderligere differentiering i Sundhedsdatastyrelsen. En udvidet kategorisering i opgørelsen af sengepladser vil kunne skabe større transparens i forhold til ressource- og kapacitetsudnyttelsen i psykiatrien.

Sygehusene kan i regionerne frit bestemme, om de vil arbejde med normerede eller disponible sengepladser i deres systemer. Dette betyder, at sengepladserne ikke opgøres ens på alle sygehuse, hvilket mindsker sammenligneligheden på tværs.

For at sikre et mere nuanceret vidensgrundlag om den stationære kapacitet i psykiatrien samt skabe mulighed for at kunne følge sammenligne på tværs anbefales det, at:

Der laves en ensartet national opgørelse af sengepladser i psykiatrien.

Det betyder konkret, at:

- *Der etableres ét fælles indberetningssted til sengepladser i psykiatrien i regi af Sundhedsdatastyrelsen, hvor regionerne indberetter månedsvise opgørelser hvert kvartal.*

- *Sengepladserne kategoriseres i følgende kategorier:*
 - *Børn og unge-psykiatrien: Åbne (5-døgnspladser omregnes til 7-døgnspladser), lukkede, integrerede/skærmede (5-døgnspladser omregnes til 7-døgnspladser).*
 - *Voksenpsykiatrien: Åbne (5-døgnspladser omregnes til 7-døgnspladser), lukkede, integrerede/skærmede (5-døgnspladser omregnes til 7-døgnspladser), fælles kommunale-regionale, særlige pladser, retspsykiatriske åbne, retspsykiatriske lukkede, retspsykiatriske integrerede/skærmede, retspsykiatriske sikringen.*
- *Sengepladser i psykiatrien opgøres fremadrettet som normerede sengepladser.*

Anbefaling 12: National opgørelse af udgifterne i psykiatrien

Der findes i dag ikke en "autoriseret" opgørelse af udgifterne i psykiatrien ud fra Økonomi- og Indenrigsministeriets kontoplan for regionerne. I dag opgøres udgifterne i psykiatrien enten ud fra de tilrettede driftsudgifter eller ud fra regionernes særlige indberetninger.

De tilrettede driftsudgifter: Regionerne indberetter årligt til Sundhedsdatastyrelsen de korrigerede regnskabstal for alle driftsudgifter og –indtægter forbundet med behandling af patienter på psykiatriske og somatiske sygehuse. Udgifterne indberettes primært til brug for DRG-takstberegning.

Regionernes særlige indberetning: Regionerne sender særlige indberetninger til Økonomi- og Indenrigsministeriet, hvor de opgør udgifterne til psykiatrisk sygehusbehandling. Indberetningerne er baseret på regionernes regnskaber og indberettes af regionerne selv på indtast.dk. De totale nettodriftsudgifter til psykiatrisk sygehusbehandling opdeles i udgifterne til personale, medicin samt øvrige udgifter.

De to opgørelser divergerer imidlertid ofte. Eksempelvis er der for regnskabstallene fra 2016 en afvigelse på ca. 250 mio. kr. mellem de to opgørelser. De tilrettede driftsudgifter viser, at regionernes driftsudgifter til psykiatriske sygehuse var ca. 8,9 mia. kr. (2017-priser), mens regionernes særlige indberetninger viser, at nettodriftsudgifterne til psykiatrisk sygehusbehandling var ca. 8,7 mia. kr. (2017-priser).

Igennem den seneste årrække er der prioriteret mange midler til psykiatrien gennem bl.a. satspuljeaftaler (fx 2,2 mia. kr. i satspuljeaftalen 2015-2018). Der er således behov for at kunne følge bedre op på udgiftsudviklingen i sektoren.

Det vurderes dermed, at der er behov for en konsolideret opgørelse af udgifterne i psykiatrien. Ud fra et samtidigt hensyn til at nedbringe administrationsbyrden for regionerne via omfattende opfølgingsregimer og manuel indberetning af skøn for udgiftsniveauet i sektoren anbefales det, at:

Der laves en national opgørelse af udgifterne i psykiatrien ud fra regionernes autoriserede kontoplan.

Det betyder konkret, at:

- *Der oprettes en særskilt funktion (1.10.02) til psykiatriske sygehuse i regionernes autoriserede kontoplan. På denne funktion registreres direkte henførbare udgifter og indtægter vedrørende regionernes psykiatriske sygehuse, samt udgifter og indtægter vedrørende psykiatriske sygehusydelse, der leveres uden for regionen. Der anvendes samme grupperinger og momsrefusionsregler som på funktion 1.10.01.*

- *Der oprettes under den gældende funktion 1.60.40 Central administration af sundhedsområdet en gruppering 001 til fordeling af den andel af den centrale administration, der vedrører psykiatri. Disse indirekte udgifter/indtægter fordeles senest ved regnskabsafslutningen. Udgifter til decentral administration af psykiatriområdet konteres på funktion 1.10.02.*
- *Der oprettes under den nye funktion 1.10.02 en gruppering 001 til fordeling af den andel vedr. psykiatri som anvendes til tværgående servicefunktioner/hjælpeaktiviteter der ikke har med den direkte patientbehandling at gøre, fx laboratorier, køkkener, vaskeri. Såfremt der for disse aktiviteter ikke foretages intern afregning, fordeles de indirekte udgifter/indtægter hertil senest ved regnskabsafslutningen.*

Anbefaling 13: Oprettelse af en national opgørelse af personale i den regionale psykiatri

Personalet i psykiatrien og socialpsykiatrien er en væsentlig faktor for opgørelse af kapaciteten. Der er en stigende efterspørgsel på at kunne opgøre kapaciteten og dermed også opgøre personalet.

Personale i psykiatrien:

I gennem de senere år har der i flere omgange været afsat midler til at ansætte flere i psykiatrien heriblandt i satspuljeaftalen for 2015-2018. En konsolideret opgørelse af personalet i psykiatrien er dermed afgørende for at kunne følge personaleudviklingen i sektoren.

I dag offentliggør Sundhedsdatastyrelsen antallet af fuldtidsbeskæftigede samt antal personer på offentlige sygehuse i Danmark pr. kvartal på eSundhed.dk. Opgørelsen leveres af Kommunernes og Regionernes Løn-datakontor (KRL) og baserer sig dermed på lønoplysningerne ud fra lønsystemerne. Opgørelsen er afgrænset ud fra hovedkonto 1.10 i kontoplanen og yderligere afgrænset til sygehuse. Personalet er opgjort ud fra det femcifret overenskomstniveau og er efterfølgende kategoriseret i nogle bredere stillingskategorier. Ud fra denne opgørelse er det på nuværende tidspunkt ikke muligt at afgrænse personalet til psykiatrien.

Derudover offentliggør Danske Regioner antallet af ansatte i henholdsvis børne- og ungdoms- samt voksenpsykiatrien ud fra regionernes særlige indberetninger til nøgletal i den årlige *Benchmarking af psykiatrien*. Personalet opgøres i personalegrupper såsom læger, psykologer, sygeplejesker osv.

For at sikre en konsolideret og konsistent opgørelse af personale i psykiatrien er det afgørende, at opgørelserne bliver indarbejdet som en del af de løbende opgørelser, der offentliggøres med jævnlig kadence.

Personale i socialpsykiatrien:

Der er ligeledes efterspørgsel på at kunne opgøre personalet i socialpsykiatrien. Det er imidlertid vanskeligt at få et tilsvarende overblik over socialpsykiatrien, da det ikke på samme måde er muligt at opgøre personalet i socialpsykiatrien som i sygehuspsykiatrien.

Flere forhold udfordrer opgørelsen af personale i socialpsykiatrien. For det første visiteres borgere efter serviceloven til indsatser ud fra deres støttebehov og ikke ud fra en diagnose, hvorfor det er vanskeligt for kommuner entydigt at identificere personale, som leverer indsatser relateret til borgernes psykiske vanskeligheder. Tilbud efter serviceloven kan i mange tilfælde håndtere flere målgrupper, hvor borgere med psykiske vanskeligheder blot er én af dem. For det andet er en betydelig del af de tilbud, som leverer indsatser til borgere med psykiske vanskeligheder, private leverandører, og personaleoplysninger vil derfor ikke kunne

trækkes i KRL, selv hvis målgruppen kunne entydigt identificeres. Dertil kommer, at støttende indsatser til mennesker med psykiske lidelser også leveres uden om serviceloven eksempelvis i regi af beskæftigelsesindsatser som mentor, ressourceforløb eller praktik. Samt for børn og unge i regi af PPR under folkeskoleområdet. På baggrund af ovenstående er det ikke muligt at opgøre retvisende opgørelser af personale i socialpsykiatrien, hverken ud fra oplysninger fra KRL på samme vis som ved personalet i psykiatrien eller ud fra fx Tilbudsportalen.

For at opnå transparens i forhold til personaleressourcer og konsolidering af opgørelsesmetoden anbefales det, at:

Der oprettes en samlet national opgørelse af personale i den regionale psykiatri.

Det betyder konkret, at

- *Personale i psykiatrien opgøres som en delmængde af den eksisterende opgørelse af fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse i Danmark på baggrund af KRL. I dag leveres opgørelsen af KRL hvert kvartal til SDS, og opgøres ud fra lønoplysningerne. Opgørelse af personale i psykiatrien vil dermed blive en del af den eksisterende opgørelse og offentliggørelse.*
- *Personalet i psykiatrien opdeles i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.*

Anbefaling 14: Mere viden om sammenhæng mellem regional og kommunal indsats

Mange mennesker med psykiske lidelser vil opleve at modtage ydelser fra forskellige sektorer. Fordelingen af det offentlige ansvar mellem flere sektorer stiller store krav til koordination og samarbejde mellem de forskellige aktører for at kunne lave sammenhængende patientforløb for den enkelte patient/borger.

For at sikre bedre sammenhæng på tværs af sektorer igangsættes der i regi af Sundhedsdataprogrammet i 2018 et projekt vedr. *Dialogværktøj om "fælles patienter"*, hvor regioner, kommuner og almen praksis får adgang til et dataværktøj til statistiske formål med data om borgere med hyppige kontakter til sundhedsvæsenet på tværs af sektorer, som fx kan anvendes til at analysere mønstre i patientforløb om borgere på tværs af sektorer. Formålet er at sikre bedre mulighed for at identificere udfordringer og på den baggrund igangsætte indsatser lokalt, fx bedre forebyggelse eller målrettet tidlig opsporing.

En andel af de patienter, der udskrives fra et psykiatrisk sygehus, vil, som tidligere beskrevet, have behov for indsatser og støtte fra den kommunale socialpsykiatri i henhold til serviceloven, sundhedsloven, aktivloven mv.

Ifølge en beregning foretaget af KL havde halvdelen af alle modtagere af ydelser visiteret under serviceloven i 2015 også været i kontakt med behandlingspsykiatrien i løbet af de seneste fem år. Hvor stor en andel af patienterne i behandlingspsykiatrien, der også modtager ydelser under serviceloven er der endnu ikke foretaget analyser af.

For at opnå mere viden om sammenhæng mellem regional og kommunal indsats anbefales det, at:

Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet igangsætter et samarbejde med fokus på at udnytte eksisterende data bedre med henblik på at belyse sammenhæng og overlap mellem regional indsats og kommunal indsatser efter serviceloven.

Anbefaling 15: Anvendelse af data på tværs af sektorer vedr. mennesker med psykiske lidelser skal styrkes

Adgang til data af høj kvalitet er en væsentlig forudsætning for at skabe bedre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer, *jf. udvalgsarbejdet om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*. Ifølge udvalgsarbejdet er en forudsætning for, at brugen af data kan skabe forbedringer i sundhedsvæsenet bl.a., at data skal være tilgængelig for medarbejdere og ledelse, så det er muligt at følge op på egen indsats, sammenligne sig med andre med henblik på at skabe læring og udvikle kvaliteten samt effektiviteten af behandling og pleje til gavn for patienter og borgere.

Ydermere beskriver udvalgsarbejdet, at en vigtig forudsætning for et sammenhængende sundhedsvæsen bl.a. er, at kommunerne, sygehusene og praksissektoren kender hinandens indsats og har data til rådighed, der kan bidrage til en koordineret planlægning og tilrettelæggelse af indsatsen på tværs af sektorerne. Dertil er der enighed om vigtigheden af tilgængeligt relevant data fra henholdsvis regionerne og kommunerne med henblik på planlægning og tilrettelæggelse af indsatsen på tværs af sektorerne.

For at afdække barrierer for sammenhængende patientforløb, herunder i forhold til adgangen til at anvende data til planlægning af og opfølgning på sammenhængende patientforløb, er der igangsat en fælles afdækning af de nuværende rammer og regler, der eventuelt skaber barrierer, *jf. aftalen om regionernes økonomi for 2018*. Arbejdet er i gang og forventes afsluttet ultimo marts 2018.

Bedre anvendelse af sundhedsvæsenets data samt større synlighed og viden om sundhedsvæsenets resultater på nationalt niveau på tværs af stat, regioner og kommuner er bl.a. formålet med det nationale Sundhedsdataprogram. Data skal danne grundlag for beskrivelsen af det samlede patientforløb og sikre større synlighed om resultater på de enkelte sygehusafdelinger og på tværs af sygehuse, regioner og kommuner. Sundhedsdata skal samtidigt understøtte sammenhængende patientforløb og bidrage til en tidlig og effektiv forebyggelsesindsats.

Der er behov for, at kommunerne styrker datakvaliteten og registreringspraksis. På kommunalt niveau arbejdes på tværs af alle 98 kommuner med initiativet Fælles Faglige Begreber med henblik på at understøtte et mere sammenhængende borgerforløb, ved netop at sikre at data genanvendes på tværs af myndighed og udfører. For den kommunale fremtidige styring på psykiatrimrådet vil Fælles Faglige Begreber derfor være et væsentligt omdrejningspunkt.

Boks 27

Fælles Faglige Begreber

Med det formål at skabe mere viden om effekten af sociale indsatser igangsatte KL i 2017 projektet Fælles Faglige Begreber, der skal udvikle et fælles begrebsapparat på tværs af myndighed og udfører.

Ved at indarbejde begrebsapparatet i Voksenudredningsmetoden (VUM), samt i øvrige relevante metoder, skal en mere ensartet og struktureret dokumentationspraksis imødekomme kommunernes ønske om mere sammenhæng på handicap- og udsatte voksne-området.

Projektet er forankret i den fælleskommunale digitaliseringsstrategi 2016-2020, hvor alle 98 kommuner er blevet enige om at sætte retningen for den kommunale digitaliseringsstrategi frem mod 2020. Projektet sigter efter henholdsvis mere sammenhæng mellem myndighed og udfører samt bedre data på tværs af både kommuner og andre offentlige instanser.

Kilde: KL

For at skabe en bedre dataunderstøttelse og udveksling af data på tværs af sektorer anbefales det, at:

Anvendelse af data på tværs af sektorer vedr. mennesker med psykiske lidelser skal styrkes.

8. Bilag

Bilag 1: Register, der indeholder oplysninger om psykiatrien og socialpsykiatrien

Oversigt over relevante registre og spørgeskemaundersøgelser:

Register/ Datakilde	Grundlag	Anmeldelse	Registreringskomplethed	Individdata	Aktivtetsdata	Kvalitetsdata	Resultater/Outcome	Økonomi/omkostninger
LPR	Sundhedsloven	Administrativt register	Generelt komplette data	Ja	x			
Sygesikringsregisteret	Sundhedsloven	Administrativt register	Generelt komplette data for aktivitet under den offentlige sygesikring	Ja	x			x
Lægemiddelstatistikregisteret	Bl.a. bekendtgørelse af lov om lægemidler, apotekerloven	Forskningsregister	Generelt komplette data	Receptpligtig medicin: Ja Sygehusmedicin: Nej	x			x
Register over anvendelse af tvang i psykiatrien	Psykiatriloven	Forskningsregister	Generelt høj komplethed efter 2000	Ja	x	x		
Genoptræning efter sundhedsloven § 140	Sundhedsloven	Administrativt register	Manglende komplethed. I 2015: Ca. 84 kommuner	Ja	x			
Regionernes Kliniske Kvalitetsdatabaser	Sundhedsloven	Forskningsregister	Manglende komplethed	Ja		x	x	
De kommunale Serviceindikatorer (Handicapdokumentationen)	Serviceoven	Forskningsregister	Primo 2017: 44 kommuner med data i hele perioden 2014-2016. Ultimo 2017: 80 kommuner i alt, heraf 55 med data i hele perioden	Ja	x			
Ældredokumentation (EOJ)	Serviceoven, Sundhedsloven	Administrativt register	I 2016: 93 kommuner		x			
Boformstatistik	Serviceoven §110	Forskningsregister	Generelt komplette data	Ja	x			
Tilbudsportalen	Bl.a. Serviceoven, Sundhedsloven	-	Generelt komplette data	Nej				x
Register over Stofmisbrugere i Behandling	Serviceoven, sundhedsloven	Forskningsregister	Flere kendte databrud	Ja	x			
Det Nationale Alkoholbehandlingsregister	Sundhedsloven	Forskningsregister	Flere kendte databrud	Ja	x			
Registret over Ventetider vedr.	Serviceoven	Forskningsregister	Varierende registreringspraksis og ikke fuld	Ja	x	x		

Behandlingsgaranti for Stofmisbrugere (VBGS)			dækning for alle kommuner					
Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)	Kompetencecenter for Patientoplevelser	-	Svarprocenten lå mellem 46-67 pct. på de forskellige afdelinger	Nej		x		
Dødsårsagsregisteret	Sundhedsloven	Administrativt register	Forholdsvis komplet	Ja		x	x	

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret (LRP) er oprettet i 1976 og er et nationalt register over aktiviteten ved de danske sygehuse. Registeret omfatter alle patienter på offentlige og private somatiske og psykiatriske sygehuse og indeholder oplysninger over, hvilke sygdomme patienterne har haft ved kontakten til sygehuse, og hvordan disse sygdomme er blevet behandlet. Hertil kommer en række oplysninger om patienternes bopæl, køn, alder, indlæggelses- og udskrivningstidspunkt mv. Alle sygehuskontakter er desuden registreret med en aktionsdiagnose, dvs. den væsentligste årsag til undersøgelse eller behandling. Desuden angives ofte også en bidiagnose, dvs. andre sygdomme, der har betydning for sygehuskontakten.

Indberetningen sker via journaloptag og videregives til Sundhedsdatastyrelsen. Det er Sundhedsdatastyrelsen som administrerer LRP og dermed varetager drift og udvikling i registeret. Aktiviteten ved de private sygehuse er formelt set en del af Landspatientregisteret, men de private sygehuse indberetter til den selvstændige databaseenhed MiniPas.

Generelt anses LRP for stort set at være komplet og med god datakvalitet, idet al aktivitet på offentlige sygehuse er medtaget sammen med den offentligt betalte aktivitet på de private sygehuse. Enkelte kontakter kan mangle i registeret fx i forbindelse med fejlrettelser o.lign., men det forekommer i yderst begrænset omfang.

Sundhedsdatastyrelsen arbejder på at udvikle en ny version af Landspatientregisteret – LPR3. Den nye version skal bl.a. sikre en mere logiske datastruktur og gøre data lettere tilgængeligt. Én af ændringerne i den nye version er, at den sundhedsprofessionelle ikke længere skal indberette til LPR, hvorvidt kontakten er et ambulant besøg eller en indlæggelse. Dette betyder, at det ikke længere er muligt at skelne mellem ambulante besøg og indlæggelser direkte ud fra registeret. Derimod vil det være en definition, der kan opgøres baseret på LPR.

Sygesikringsregisteret

Registeret indeholder data om ydelser, der er støttet af den offentlige sygesikring, og foretaget af alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter og psykologer. Registerets data fungerer som dokumentation for disse ydelser, således at afregning mellem den enkelte "yder" (fx en praktiserende læge) og regionen kan finde sted.

Konkret indeholder registeret oplysninger om personen, som ydelsen er foretaget på (CPR-nummer, alder, køn, bopælsamt osv.), yderen som har udført ydelsen (speciale, ydernummer, praksisamt osv.) samt ydelsen (ydelsens art, hvornår ydelsen er foretaget, størrelsen af honoraret som ydelsen udløser fra Den Offentlige Sygesikring).

DXC indsamler afregningsdata for Den Offentlige Sygesikring fra regionerne, og Sundhedsdatastyrelsen administrerer registeret. Da registreringen i registeret fungerer som dokumentation af aktivitet, indeholder registeret ikke detaljerede oplysninger om sygdom og behandling for den enkelte patient.

Registeret indeholder data fra 1990 og frem. Sundhedsdatastyrelsen opdaterer registeret hver måned.

Lægemiddelstatistikregistret

Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) er et salgsregister, der indeholder detaljeret information om al salg af medicin i Danmark. Oplysninger om salg af lægemidler i primærsektoren dækker bl.a. salget fra private apoteker, hvor det er muligt at opgøre salget på personniveau for den del af receptsalget, der er til privatpersoner. Der er dog ikke information om uafhængte recepter. Oplysninger om salg af lægemidler på sygehuse indberettes som salg til sygehusafdelinger og ikke på personniveau. Ud fra foreliggende datamateriale er det derfor ikke muligt at se hvilke lægemidler, der er givet under evt. indlæggelse eller ambulatoriebesøg. Der er heller ikke oplysninger om vederlagsfrit medicin udleveret fra sygehuse.

LSR blev etableret ved en lovændring i 1994 med bl.a. det formål at overvåge forbrug og anvendelse af lægemidler for at fremme en rationel lægemiddelanvendelse og -forbrug samt styrke de centrale sundhedsmyndigheders styring og planlægning af lægemiddel- og apotekerområdet.

Sundhedsdatastyrelsen administrerer registeret. Videregivelse af data fra LSR kan foretages, såfremt der er hjemmel til det, og hvis formålet med en opgave falder under LSR's formål og SDS's bevillingsmæssige formål, idet Lægemiddelstatistikken er gebyrfinansieret.

Register over Tvang i Psykiatrien

Registeret indeholder oplysninger om tvang anvendt over for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger. Herunder oplysninger om særlig tvang anvendt på Sikringsafdelingen i Region Sjælland, hvor patienter er indlagt på baggrund af en retslig kendelse eller et såkaldt farlighedsdekret. Det centrale i registret er oplysninger om de specifikke tvangsforanstaltninger som bl.a. frihedsberøvelser, tvangsbehandling, fiksering og fysisk magtanvendelse.

Data er fra 1999 og frem – dog indgår data fra Sikringsafdelingen først fra 2002, og data om udskrivningsaftaler og koordineringsplaner er fra 2007 og frem.

Brug af tvangsforanstaltninger er baseret på en lægelig vurdering og indberettes af overlægen på den psykiatriske afdeling. Data er således baseret på fagpersoners viden og også indberettet af fagpersoner, så medlemled undgås, hvilket sikrer en høj datakvalitet. Det nuværende valideringssystem i SEI samt den høje indberetningsprocent har betydet, at kompletheden af data generelt set er høj.

Genoptræning efter Sundhedsloven § 140

Registeret indeholder oplysninger om de fysio- og ergoterapeutiske ydelser, der indgår i genoptræningsøjemed i kommunerne. Hertil kommer basisoplysninger som CPR-nummer, sted og dato for de enkelte ydelser. Genoptræning efter Sundhedslovens § 140 vedrører personer, der, efter udskrivning fra sygehus, har modtaget en genoptræningsplan på baggrund af et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

I registeret kan man udelukkende finde data om den del af genoptræningen, der foregår i kommunerne på baggrund af en genoptræningsplan. Genoptræningsaktiviteter på sygehusene (inklusive genoptræning som sygehusene udfører efter aftale med kommunerne) indberettes til Landspatientregisteret og indgår ikke i registret.

Registret rummer data om ovenstående fra 2007 og frem.

Udfordringerne med data er på nuværende tidspunkt kompletthed og ensartethed, hvor visse kommuner i perioder har problemer med at indberette af tekniske årsager. Dette kan bl.a. skyldes problemer med tredjepartssystemleverandører, udløbne certifikater m.m. Dette giver databrud, hvor der i perioder mangler indberetninger fra kommuner. For 2015 vurderes det, at der især er manglende indberetninger fra 14 kommuner.

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) blev dannet i 2010 og udgør infrastrukturen for støttede landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og kompetencecentre for epidemiologi, biostatistik, sundhedsinformatik og klinisk kvalitet. Programmets primære formål er at sikre fortsat bedre udnyttelse af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser såvel klinisk, ledelsesmæssigt og forskningsmæssigt.

RKKP indeholder en lang række databaser, herunder for kræft, diabetes, fedmekirurgi, hjerte, fødsler mv. Nedenfor præsenteres de databaser, som har med psykiatrien at gøre:

- ***ADHD Databasen***
Formålet med ADHD-databasen er at optimere undersøgelse og behandling samt indsamle kvalitetsdata til langtidsopfølgning. Alle patienter, der første gang registreres med Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) som aktionsdiagnose i danske børne- og ungdomspsykiatriske centre, inkluderes. Indikatorerne i databasen inkluderer bl.a. andelen af patienter, som får foretaget manualiseret diagnostisk interview, som vurderes ved miljøobservation i skole, hjem eller institution, og hvor der er afholdt diagnostisk konference og koordinerende netværksmøde. Databasen har eksisteret siden 2003, men udvikles løbende med nye indikatorer. Indrapporteringen sker via de lokale Patient Administrativ system (PAS) til LPR.
- ***Dansk Depressionsdatabase***
Databasen er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase, som skal overvåge og forbedre kvaliteten af behandling og pleje til alle patienter, som er indlagt eller tilknyttet hospitalspsykiatrien i Danmark. Indikatorerne i databasen inkluderer bl.a. andelen af patienter, der vurderes ved speciallæge i psykiatri, som får vurderet depressionssværhedsgrad og selvmordsrisiko, som får tilbud om psykoterapi, og hvor der er planlagt opfølgning ved udskrivelse. Databasen samler data på patienter, som enten er indlagt eller i ambulant kontakt med hospitalspsykiatrien, og data hentes fra LPR og CPR-registeret. Databasen har været landsdækkende siden 1. januar 2011.
- ***Den Nationale Skizofrenidatabase***
Databasen skal monitorere og udvikle kvaliteten af behandling og pleje til patienter, som er indlagt eller tilknyttet hospitalspsykiatrien i Danmark. Databasen er udkommet med ni årsrapporter, og der indgår ca. 11.000 patientforløb i databasen årligt. Indikatorerne fokuserer på udredning og opfølgning samt på behandling og bivirkninger til den medicinske behandling.

Gældende for både ADHD databasen, Dansk Depressionsdatabasen og Den Nationale Skizofrenidatabase er, at dataindsamling sker på baggrund af indberetning via afdelingernes PAS, med SKS-koder (Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem) fra LPR. Dette data samkøres med data fra CPR-registeret. Diagnosekoder som

baggrund for inklusion af patienter indberettes efter sædvanlig procedure på den enkelte afdeling. Manglende indberetning af SKS-koder betragtes som om ydelsen ikke er givet, hvilket vil medføre misvisning i dataopgørelsen. Datakvaliteten er derfor afhængig af, at afdelingernes personale følger indberetningspraksis. Det anbefales, at der udvælges nøglepersoner på afdelingerne, som skal sikre registrering via PAS.

De Kommunale Serviceindikatorer (Handicapdokumentationen)

De Kommunale Serviceindikatorer er en statistik over en række ydelser til voksne med funktionsnedsættelse eller særlige sociale problemer efter serviceloven. Indsatserne omfatter bl.a. aflastning og afløsning (§84), socialpædagogisk støtte (§ 85), borgerstyret personlig assistance (§ 96), ledsageordning (§ 97), kontaktperson for døvblinde (§ 98), beskyttet beskæftigelse (§ 103), aktivitets og samværstilbud (§ 104), midlertidige ophold (§ 107) og længerevarende ophold (§ 108).

De ydelser, som er de mest udbredte, er socialpædagogisk støtte (§85) og botilbud (bl.a. §107-108). For alle ydelser er der oplysninger om startdato og evt. slutdato, samt målgruppe. Data indhentes fra de relevante kommunale IT-systemer, eller en manuel indberetningsløsning stillet til rådighed af Danmark Statistik.

Statistikken er behæftet med usikkerhed og er bl.a. påvirket af forskelle i indberetningspraksis mellem kommunerne. Antallet af ydelser er undervurderet i de tidligste kvartaler, fordi ikke alle sager på daværende tidspunkt var digitaliseret. Blandt andet på grund af disse forhold offentliggør Danmarks Statistik kun data, som kommunerne har godkendt, idet Danmarks Statistik beder kommunerne validere indberetningerne.

Statistikken blev første gang offentliggjort medio 2015 og var på daværende tidspunkt baseret på 13 kommuner. Primo 2017 indgik 44 kommuner i statistikken for alle årene 2014-2016. Disse 44 kommuner udgør datagrundlaget for analyserne i denne afrapportering. Antallet af personer er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal i de deltagende kommuner vægtet med køn og alder, *jf. også Socialpolitiske Redegørelse*. Ultimo 2017 indgår der i alt 80 kommuner i statistikken, hvoraf 55 kommuner har indberettet og godkendt deres data for hele perioden for alle ydelser. Det indgår som en væsentlig del af datastrategien, at statistikken skal være dækkende.

Data eksisterer fra 4. kvartal 2013 og frem. Før dette tidspunkt fandtes der ikke registerbaserede individdata om de indsatser, der indgår i registret. Forud for introduktionen af De Kommunale Serviceindikatorer bestod den nationale statistik af årlige summariske optællinger af antallet af modtagere af eksempelvis botilbud. Tællingerne blev foretaget ved at kommunerne udfyldte blanketter om antallet af borgere i én bestemt uge i året. De Kommunale Serviceindikatorer repræsenterer en væsentlig forbedring af datagrundlaget og de analytiske muligheder for at belyse modtagere af indsatser efter serviceloven.

Ældredokumentation

For ældredokumentationen er det obligatorisk for kommunerne at indberette til den Elektroniske Omsorgsjournal (EOJ) til Danmarks Statistik, hvorfra der skabes baggrundindikatorer på ældreområdet². I 2016 har 93 kommuner indberettet data for de enkelte indikatorer. Områderne for indberetning er hjemmehjælp, genoptræning/vedligeholdelsestræning, forebyggende hjemmebesøg, hjemmesygepleje og plejehjem og plejeboligpladser på ældreområdet. For hjemmehjælpsområdet registreres antal visiterede borgere, antal visiterede timer, leverede timer og andelen som benytter en privat leverandør. Data opgøres i aggregeret form og registreres pr. år. Data går tilbage til 2008.

Udsatte Børn

For udsatte børn findes registre for anbringelse, forebyggende foranstaltninger og underretninger. For anbringelser og forebyggende foranstaltninger indeholder registrene start- og slutdato for foranstaltningen, type af foranstaltning eksempelvis anbringelse i plejefamilie eller på døgninstitution, samtykkegrundlag samt ændringer i anbringelsessted. Data er registreret siden 1977. For underretninger indeholder registret oplysninger om dato for underretning, hvem der underretter, og hvad der underrettes om. Data er registreret siden 2014. Alle registre indeholder data fra 98 kommuner.

Boformstatistik

Boformstatistikregisteret indeholder data om antal borgere på forsorgshjem og herberg efter servicelovens § 110. Oprindeligt varetog Ankestyrelsen Boformsstatistikken, men i 2016 overgik opgørelsen til Danmarks Statistik. Variablerne i Boformsstatistikken dækker over ind- og udskrivningsdata for personer på boformer for hjemløse. Derudover dækker data baggrundsoplysninger om personer på boformerne blandt andet folkeregistreringskommune, statsborgerskab, indtægtsgrundlag, henvisnings- og udskrivningsmåde. Alt data er baseret på CPR-numre Data er registreret siden 1999 og offentliggøres årligt.

FLIS – Fælleskommunalt LedelsesInformationsSystem

FLIS er kommunernes fælles datavarehus og nøgletalsløsning. FLIS henter data i kommunernes egne fagsystemer og har dermed oplysninger på CPR-niveau. På voksenhandicapområdet deler FLIS dog snitflade med Danmarks Statistik, og aktivitetsdata i FLIS på voksenhandicapområdet svarer således til data i Danmarks Statistiks handicapdokumentation.

I FLIS indgår både økonomidata og aktivitetsdata for de ydelser/indsatser, der indgår på de relevante fagområder. Hvor langt data går tilbage afhænger af tilgængeligheden i kommunernes egne it-systemer, eksempelvis kan et systemskifte medføre, at der ikke ligger data fra det tidligere system.

Data opdateres månedligt i FLIS, og kommunerne får således løbende adgang til aktuelle nøgletal.

Tilbudsportalen

Tilbudsportalen samler og opgør oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud. Tilbudsportalen er landsdækkende og registreringen er lovpligtig. Alle oplysninger på Tilbudsportalen er godkendt af plejefamiliernes og tilbuddenes tilsynsførende myndighed. Tilbudsportalen indeholder information om plejefamilier, private opholdssteder, døgninstitutioner, stofmisbrugsbehandlinger, midlertidigt botilbud til voksne, længerevarende botilbud til voksne, krisecentre og tilbud i form af støtte efter alkoholmisbrug.

Tilbud, som er registreret i Tilbudsportalen omfatter: særlige dagtilbud (SEL § 32), særlige klubtilbud (SEL § 36), plejefamilier (SEL § 66, stk. 1, nr. 1 og 2), private opholdssteder (SEL § 66, stk. 1, nr. 5), døgninstitutioner (SEL § 66, stk. 1, nr. 6), stofmisbrugsbehandling (SEL § 101 og § 101a), beskyttet beskæftigelse (SEL § 103), aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104), midlertidige botilbud til voksne (SEL § 107), længerevarende botilbud til voksne (SEL § 108), krisecentre (SEL § 109), herberg og forsorgshjem (SEL § 110), plejehjem (SEL § 192), botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter SEL § 83-87, 97, 98 og 102, almene ældre- og plejeboliger (ABL § 5, stk. 2 og § 105, stk. 2), friplejeboliger (FPL § 1) og alkoholmisbrugsbehandling (SUL § 141).

Oplysningerne i Tilbudsportalen omfatter oplysninger om tilbuddene bl.a. juridisk grundlag, målgrupper, pladser, personale, økonomiske oplysninger for tilbud omfattet af lov om socialtilsyn, faglig tilgang og metode, ydelser, takster m.v. samt Socialtilsynets vurdering af tilbuddet.

Tilbud identificeres via. CVR (p-nummer/EAN nummer), mens plejefamilierne identificeres via navn og adresse. Det er lovpligtigt at indberette data, men der er mangler i indrapporteringerne for ca. 40 pct. af tilbuddene, hvoraf halvdelen har omfattende mangler. Mere end halvdelen af tilbuddene med omfattende mangler er tilbud på ældreområdet, ligesom langt størstedelen af tilbuddene med mangler har kommunen som tilsynsmyndighed. Data er således ikke mangelfuldt for botilbud og plejefamilier. Tilbudsportalen blev etableret i 2007, men det var først i 2014, at Tilbudsportalens formål blev udvidet til også at bidrage til overblik over udviklingen på det sociale område. Fuld dataoversigt er tilgængelig fra 2011. Der blev i 2014 implementeret en ny datastruktur, hvilket har medført et databrud. Derudover indeholder registeret mindre databrud på specifikke variabler.

Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB) og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB)

SIB

Registeret har til formål at tilvejebringe oplysninger, der viser udviklingen af stofmisbrugere, som gennem deres bopæl visiteres i stofmisbrugsbehandling. Endvidere er formålet at opfylde Danmarks internationale forpligtigelser i forhold til European Monitoring Centre of Drug and Drug Abusers, EMCDDA, at danne baggrund for Sundhedsstyrelsens løbende statistik på området og at bidrage med data til forskning.

Register over Stofmisbrugere i Behandling går i sin nuværende form tilbage til 1996. Data fra registeret bliver fx brugt til statistik i såvel nationale som internationale analyser og har derfor stor betydning i forbindelse med forskning og overvågning af sundheden. Registrets variabelstruktur er fra og med 2007 forskellig fra den forudgående periode. Der er kendte problemer med datakvaliteten i dele af perioden.

NAB

Sundhedsdatastyrelsen administrerer Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, som indeholder informationer om personer, der er eller har været indskrevet i alkoholbehandling, dog kun offentligt finansieret, da privatbetalt alkoholbehandling indberettes på frivillig basis. Formålet med Alkoholbehandlingsregisteret er at gøre det muligt at følge den nationale indsats på alkoholbehandlingsområdet og dermed gøre det muligt at danne sig et overblik over antallet af personer i alkoholbehandling i Danmark.

Da der før 2006 ikke fandtes en national monitorering af alkoholbehandlingen i Danmark, udviklede Sundhedsstyrelsen et nationalt alkoholbehandlingsregister, som blev sat i drift i 2006. Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) blev i 2012 flyttet til Statens Serum Institut og i 2015 flyttet til Sundhedsdatastyrelsen, som har administreret registeret siden.

Da det er obligatorisk for såvel offentlige som private alkoholbehandlingsinstitutioner at indberette alkoholbehandlinger til Sundhedsdatastyrelsen, indeholder Det Nationale Alkoholbehandlingsregister informationer fra alle behandlinger, som det offentlige har henvist til. Derudover indeholder registeret også frivilligt indberettede informationer fra private behandlingsinstitutioner.

Bilag 2: Årlige udgivelser

Der offentliggøres årligt en række forskellige udgivelser omhandlende psykiatrien og socialpsykiatrien.

Nøgletal på sundhedsområdet

Sundhedsdatastyrelsen offentliggør årligt en række nøgletal for aktiviteten i sundhedsvæsenet, der afspejler danskernes kontakter med sygehuse, praktiserende læger og speciallæger. Den seneste publikation er "Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2016", som opgør antal patienter og deres kontakter til det somatiske sygehusvæsen, psykiateren og praksissektoren.

Danske Regioners Benchmarking af psykiatrien

Danske Regioner udgiver hvert år rapporten "Benchmarking af psykiatrien", som præsenterer sammenlignelige nøgletal for regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet. Tallene viser udviklingen for psykiatrien over de seneste fem år. Data i rapporterne er indberettet af regionerne og baserer sig på aktivitets- og regnskabstal for de pågældende år. Andre hentes fra SDS. "Benchmarking af psykiatrien" indeholder oplysninger om organisering og kapacitet (herunder bl.a. personale og sengepladser), antal patienter, ventetid, aktivitet (herunder bl.a. indlæggelsestid og ambulante besøg), økonomi og tilfredshedsundersøgelser. Datakilderne for denne rapport baserer sig på LPR og Sygesikringsregistret. Den seneste rapport udkom i 2016.

Socialpolitisk Redegørelse

Børne- og Socialministeriet udgiver hvert år Socialpolitisk Redegørelse. Redegørelsen følger op på arbejdet med regeringens 10 mål for social mobilitet, der handler om, at flere skal være en del af arbejdsfællesskabet, og færre skal være socialt udsatte. I redegørelsen gives et samlet overblik over den socialpolitiske indsats i Danmark med udgangspunkt i spørgsmålene: Hvem er socialt udsatte og mennesker med handicap, og hvordan hjælper man dem bedst? Socialpolitisk Redegørelse udkom første gang i 2016 og understøtter omstillingen til en virksom socialpolitik baseret på viden.

LUP: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

LUP er en spørgeskema undersøgelse, som udsendes årligt og har til formål at identificere patienternes oplevelser med det danske sygehusvæsen. LUP inddrager både indlæggelser og ambulante besøg, og skal skabe muligheden for at kunne identificere og sammenligne forskelle i patienternes oplevelser inden for udvalgte temaer. Ligeledes skal det give input til kvalitetsforbedringer og skabe muligheden for at kunne følge udviklingen i patienternes oplevelser og vurderinger systematisk over tid. Et af temaerne i LUP er LUP Psykiatri. Siden 2005 har DEFACTUM (tidligere CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling) i Region Midtjylland haft ansvaret for at gennemføre undersøgelsen. LUP Psykiatri inkluderer både børne-/unge- og voksenpsykiatrien, retspsykiatrien samt ambulant og stationær psykiatri. Hvert tredje år inkluderer undersøgelsen også pårørendes oplevelser.

Bilag 3: Udvalget rapporter med data om psykiatrien

Der er udgivet en række relevante rapporter om psykiatrien, hvorfra man også kan hente data. Nedenfor beskrives tre centrale rapporter.

Regeringens udvalg om psykiatri (2013):

Den daværende S-R-SF-regering nedsatte i april 2012 et udvalg, der skulle "komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt". I oktober 2013 kom udvalget med rapporten "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser". Rapporten beskriver udviklingen fra 2001-2011 i psykiske lidelser samt udviklingen i indsatsen over for personer med psykiske lidelser, herunder støtteforanstaltninger, diagnostik og behandling. Der er inddraget en række forskellige kilder, herunder de ovennævnte registre samt en spørgeskemaundersøgelse blandt regionerne med henblik på at afdække den regionale indsats. Rapporten afdækker bl.a. forekomsten af psykiatriske lidelser, kommunernes indsats, praksissektoren, den regionale psykiatri, retspsykiatrien, tvang, overdødelig samt udredning og behandling.

Deloitte: Analyse af kapaciteten i psykiatrien (2012)

Rapporten blev udgivet på foranledning af regeringens udvalg om psykiatrien. Formålet med analysen er at kortlægge psykiatriens kapacitet og økonomi, belyse muligheder og barrierer for en bedre kapacitetsudnyttelse samt vurdere det fremtidige kapacitetsbehov. Analysen omfatter både den regionale børne-, ungdoms- og voksenpsykiatri, speciallægepraksis og retspsykiatrien. Derimod omfatter analysen ikke kapaciteten i kommunernes socialpsykiatriske tilbud. Analysen inkluderer data om bl.a. økonomi og personale, aktivitet og produktivitet, herunder en sammenligning af enhedsudgifterne i de regionale psykiatrier.

Rigsrevisionen: Beretning til Statsrevisorerne om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser (2016) Rapporten omhandler regionernes styring af den ambulante kapacitet til behandling af patienter med psykiske lidelser i den regionale hospitalspsykiatri og praksissektoren. I undersøgelsen af hospitalspsykiatrien tages afsæt i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland, mens undersøgelsen i praksissektoren tager afsæt i alle fem regioner. Analysen inkluderer data om bl.a. økonomi og aktivitet, visitationspraksis, ventetid og overholdelse af udredningsretten.

Bilag 4: Kommissorium for styringsgennemgang af psykiatrien

Baggrund og formål

Psykiatriudvalget konkluderede i 2013, at psykiatrien historisk har været præget af en decentral og delvist autonom styringskultur, hvor de enkelte afdelingsledelser og de enkelte læger har været relativt selvledende og haft varierende syn på, hvilken behandling der er den rette for de samme typer patienter. Psykiatriudvalget anbefalede derfor, at der blev set nærmere på styringen af psykiatrien.

Siden psykiatriudvalgets afrapportering har psykiatrien styringsmæssigt været inde i en udvikling for bl.a. at kunne leve op til aftalen om satspuljen til psykiatrien for perioden 2015-2018 (2,2 mia. kr.) og de nye patientrettigheder. Det har givet et øget fokus på ressourceanvendelse og på at få reduceret ventelisterne. Med dette kommissorium igangsættes et arbejde med det formål at se på den overordnede styring af psykiatrien. Arbejdet skal bidrage til mest mulig sundhed for pengene, mindske utilsigtede geografiske forskelle i praksis, kvalitet og ressource- og kapacitetsudnyttelse samt styrke viden, sammenlignelighed og gennemsigtighed på området.

Tilgang

Styringen i psykiatrien er flerstreget men handler samlet set om at sikre en effektiv og høj kvalitet i behandlingen af den psykiatriske patient.

Som nævnt i psykiatriudvalgets rapport er der dels en faglig, organisatorisk og økonomisk styringsvinkel. Det vil sige at anvende kapaciteten, herunder personaleresourcerne, bedst muligt, sikre faglig konsensus og mindske variation i behandling. Gennemsigtighed og kvalitet i de styringsinstrumenter og incitamentsstrukturer, der skal understøtte kapacitetsanvendelsen, er centralt i bestræbelserne på at skabe mest mulig sundhed for pengene. Dette skal også ses i lyset af, at der de senere år er prioriteret betydelige ekstra midler til psykiatrien, og der er indført udrednings- og behandlingsret.

Til at forestå styringsgennemgangen nedsættes en arbejdsgruppe, der selvstændigt kan nedsætte eventuelle grupper til specifikke dele af gennemgangen. Det overordnede formål med arbejdet er at se på elementer, som kan styrke styringen af og kvaliteten i psykiatrien.

En styringsgennemgang af psykiatrien skal tage udgangspunkt i tidligere relevante arbejder, herunder bl.a. psykiatriudvalget og incitamentsudvalget. Der er dog behov for at supplere eksisterende viden og analyser med nyt, herunder bl.a. viden om og erfaringer med regionernes aktuelle styringsmodeller. Arbejdet skal baseres på de positive regionale styringsmæssige erfaringer på det psykiatriske område inden for de senere år.

Arbejdsgruppen vil ligeledes inddrage internationale erfaringer med styring i psykiatrien i sammenlignelige lande, herunder bl.a. Norge.

Indhold og afgrænsning

Arbejdet vil søge tiltag til bedre styring, som reducerer ventetider og øger kvaliteten af behandlingen i psykiatrien samt mindsker forskelle på tværs af landet i ventetid og kvalitet. Ligeledes vil det generelle fokus på kvalitet i sundhedsvæsenet indgå i beskrivelsen af mulige styringsmodeller, jf. *spor 2*. Sideløbende med styringsgennemgangen vil der være fokus på generel kvalitetsudvikling i psykiatrien bl.a. i regi af Sundhedsstyrelsens Task Force for Psykiatri. Der vil til brug herfor, i regi af styringsgennemgangen, blive udpeget en række kvalitets- og sammenhængsindikatorer, som kan danne grundlag for drøftelser og opfølgning i Task Forcen.

Arbejdsgruppens arbejde vil koncentrere sig om følgende to spor:

1. Data og åbenhed på det psykiatriske område: De eksisterende data, datakilder og deres kvalitet skal beskrives. Og det skal undersøges, hvordan der skabes større synlighed og åbenhed om aktivitet og kvalitet i psykiatrien. Et væsentligt element heri er, at der tilvejebringes solide data, som kan følge resultater samt sikre en mere fyldestgørende opfølgning på centralt aftalte prioriteringer, herunder særligt løftet på 2,2 mia. kr. i satspuljeaftalen for 2015-2018. Gruppen vurderer kvaliteten og omfanget af eksisterende data i psykiatrien samt vurderer, om data til understøttelse af sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer er til stede.

2. Økonomi og styring: Det skal beskrives, hvordan regionerne udmønter den økonomiske styring af sygehuse. Videre skal det beskrives, hvordan sygehusenes styring af de enkelte afdelinger bl.a. inddrager mål, kvalitet og aktivitetskrav, samt hvordan dette understøtter triple aim, herunder omkostningseffektive forløb, der giver øget kvalitet og værdi for patienten. Der skal afdækkes forskellige styringsmæssige redskaber, herunder konkrete styringsmodeller (fordele og ulemper) til at sikre ensartet kvalitet på tværs og god ressourceanvendelse. Der vil i arbejdet også blive inddraget internationale erfaringer med styringsmodeller fra sammenlignelige lande.

Arbejdet skal således samlet set munde ud i en række anbefalinger, der vedrører en øget synlighed, gennemsigtighed og styring i forhold til aktivitet, kvalitet og ressourceanvendelse i psykiatrien.

Organisering

Arbejdet organiseres i en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Finansministeriet, Danske Regioner/regioner og Sundheds- og Ældreministeriet (formand). KL og øvrige interessenter inddrages undervejs. Arbejdet i de to spor skal ses i sammenhæng med øvrige aktuelle arbejder, herunder Task Force for Psykiatri, det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, Sundhedsdataprogrammet samt regionernes arbejde om værdibase-ret styring.

Proces

Arbejdsgruppens analysearbejde forventes afsluttet i efteråret 2017, hvor styregruppen samtidig udarbejder anbefalinger til det fremadrettede arbejde med styring af psykiatrien.

Økonomi

Arbejdsgruppens anbefalinger skal kunne gennemføres inden for de eksisterende økonomiske rammer.

