

STYRINGSGENNEMGANG AF PSYKIATRIEN

DELAFRAPPORTERING II

SEPTEMBER 2018



Styringsgennemgang af psykiatrien - Delafrapportering II

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

Udgivelsesår: 2018

Version: 7.9.2018

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

Indhold

1.	Indledning	3
2.	Opsummering af analyser af psykiatrien	6
	2.1 Demografiske og socioøkonomiske forskelle i kontaktmønstret til psykiatrien	6
	2.2 Førstegangsdagnosticerede patienter i psykiatrien	9
	2.3 Patienter med de højeste udgifter i psykiatrien	12
	2.4 Overlap mellem modtagere af indsatser efter serviceloven og patienter i sygehuspsykiatri	13
3.	Analyse af færdigbehandlingsdage i psykiatrien	16
	3.1 Variation på tværs af regioner	17
	3.2 Variation på tværs af diagnoser og alder	20
4.	Introduktion til den statslige økonomiske finansiering og styring af psykiatrien	24
	4.1 Rammefinansiering	24
	4.2 Kommunal finansiering og medfinansiering	25
	4.3 Satspuljefinansiering	26
	4.4 Udvikling i driftsudgifter på det psykiatriske område	27
5.	Introduktion til den regionale økonomiske styring af psykiatrien	28
	5.1 Grundlæggende styringsredskaber	28
	5.2 Historisk udvikling i den økonomiske styring	29
	5.3 Nuværende økonomiske styring i regionerne	32
6.	Resultater fra analyse af kapacitetsanvendelsen i psykiatrien	34
	6.1 Metodegrundlag	34
	6.2 Overordnede resultater	35
7.	Anbefalinger	43
	7.1 anbefalinger på baggrund af registeranalyser	43
	7.2 anbefalinger på baggrund af kapacitetsanalysen	44
	7.3 Mere viden om omkostninger for behandlingsforløb i psykiatrien	48
	7.4 Justering af færdigbehandlingstaksten i psykiatrien	49

1. Indledning

Siden Psykiatriudvalget i 2013 konkluderede, at psykiatrien er præget af en decentral styringskultur, er der sket en positiv udvikling i styringen af psykiatrien, som har medført et øget fokus på ressourceanvendelsen og nedbragt ventetiderne. Regionerne har øget deres fokus på en mere effektiv anvendelse af kapaciteten og introduceret pakkeforløb, der har til formål at sikre ensartede behandlingsforløb af høj kvalitet.

Det er centralt, at styringen af psykiatrien fortsat udvikles, så den understøtter en vel fungerende og sammenhængende indsats for mennesker med psykiske lidelser med fokus på en tværsektoriel og populationsbaseret tilgang til den enkelte borger. Behovet for fortsat udvikling af styringen, herunder i forhold til kapacitetsanvendelsen, skal desuden ses i lyset af, at antallet af patienter i psykiatrien er steget de senere år, og at der opleves et generelt pres på kapaciteten både i den regionale psykiatri og i kommunerne.

I 2017 nedsatte regeringen, Danske Regioner og KL en arbejdsgruppe, som skal komme med anbefalinger til en omkostningseffektiv og hensigtsmæssig faglig, organisatorisk og økonomisk styring af psykiatrien på sundhedsområdet. Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Sundheds- og Ældreministeriet samt Finansministeriet. Derudover har Børne- og Socialministeriet været inddraget i arbejdet.

Første del af arbejdsgruppens arbejde blev fremlagt i rapporten *Styringsgennemgang af psykiatrien – delafrapportering I*, som udkom i marts 2018. Rapporten giver et indblik i de eksisterende statslige styringsredskaber inden for **faglig** og **organisatorisk** styring.

Med faglig styring henvises der til tiltag, der sigter mod at påvirke indholdet i og resultaterne af de aktiviteter, som ressourcerne på området anvendes til. Arbejdsgruppens anbefalinger omhandlede bl.a. styringselementer som Nationale mål for sundhedsvæsenet og Kliniske Kvalitetsdatabaser.

Organisatorisk styring er tiltag, der sigter mod at koordinere, hvem der udfører hvilke aktiviteter for hvem og hvornår. Bl.a. kom arbejdsgruppen med anbefalinger vedrørende integrerede samarbejdsmodeller, almen praksis og monitorering af de regionale pakkeforløb. I rapporten opstilles i alt 15 anbefalinger til tiltag, som kan understøtte en bedre faglig og organisatorisk styring samt et forbedret datagrundlag, herunder til at understøtte øget sammenhæng i forløb.

Boks 1.1

Delafrapportering I: 15 anbefalinger vedr. faglig og organisatorisk styring samt bedre brug af data

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

Nærværende rapport har fokus på **økonomisk styring**. Formålet med afrapporteringen er således at give et indblik i de eksisterende nationale og regionale styringsredskaber inden for økonomisk styring, herunder med fokus på den regionale kapacitetsanvendelse i psykiatrien. Kapacitetsanvendelsen er kortlagt i konsulentanalysen *Kapacitetsanalyse af psykiatrien*. På baggrund af analyserne i delafrapportering II vil arbejdsgruppen komme med supplerende anbefalinger til de 15 anbefalinger listet i delafrapportering I.

Ud over delafrapportering I og II er der gennemført en række registerbaserede analyser på psykiatriområdet. I analyserne er der bl.a. afdækket udvikling i patientpopulationen, aktiviteten og udgifterne samt geografiske forskelle heri. Der er også foretaget en beskrivelse af patienternes karakteristika og kontaktmønstre på tværs af sundhedsvæsenet, sociale indsatser og arbejdsmarkedstilknytning. Registeranalyserne understøtter i høj grad flere af ovenstående anbefalinger fra delafrapportering I om at skabe mere sammenhængende forløb og tidligere indsatser for patienter med psykiske lidelser.

I nedenstående boks 1.2 opsummeres de 10 anbefalinger fra delafrapportering II.

Boks 1.2

Delafrapportering II: 10 anbefalinger vedr. økonomisk styring

1. Mere målrettede indsatser for borgere med svære psykiske lidelser
2. Bedre dialog med primærsektoren omkring henvisningspraksis
3. Klarere kriterier for henvisning og visitation
4. Fokus på forbedret planlægning og koordinering af udskrivningsforløb
5. Fortsat fokus på overgange mellem stationære og ambulante forløb
6. Styrket ledelsesfokus og systemunderstøttelse omkring vagtplanlægning og bemanning
7. Personalesammensætning og opgaveglidning mellem faggrupper
8. Fokus på øget direkte patientkontakt
9. Mere viden om omkostninger for behandlingsforløb i psykiatrien
10. Justering af færdigbehandlingstaksten i psykiatrien

Nærværende rapport består foruden dette indledende kapitel af seks kapitler.

- Kapitel 2 præsenterer en opsummering af analyser af psykiatrien, herunder analyse af patientsammenfald mellem psykiatrien og sociale indsatser, socioøkonomiske karakteristika af psykiatriske patienter, førstegangsdiagnosticerede patienter i psykiatrien og analyse af patienter i psykiatrien.
- I kapitel 3 analyseres færdigbehandlingstaksten i psykiatrien.
- Kapitel 4 redegør for den statslige økonomiske finansiering og styring af psykiatrien.
- Kapitel 5 redegør for den regionale økonomiske styring af psykiatrien.
- Kapitel 6 præsenterer resultaterne fra konsulentanalysen ”Kapacitetsanalyse af psykiatrien”.
- I kapitel 7 opstilles arbejdsgruppens anbefalinger.

2. Opsummering af analyser af psykiatrien

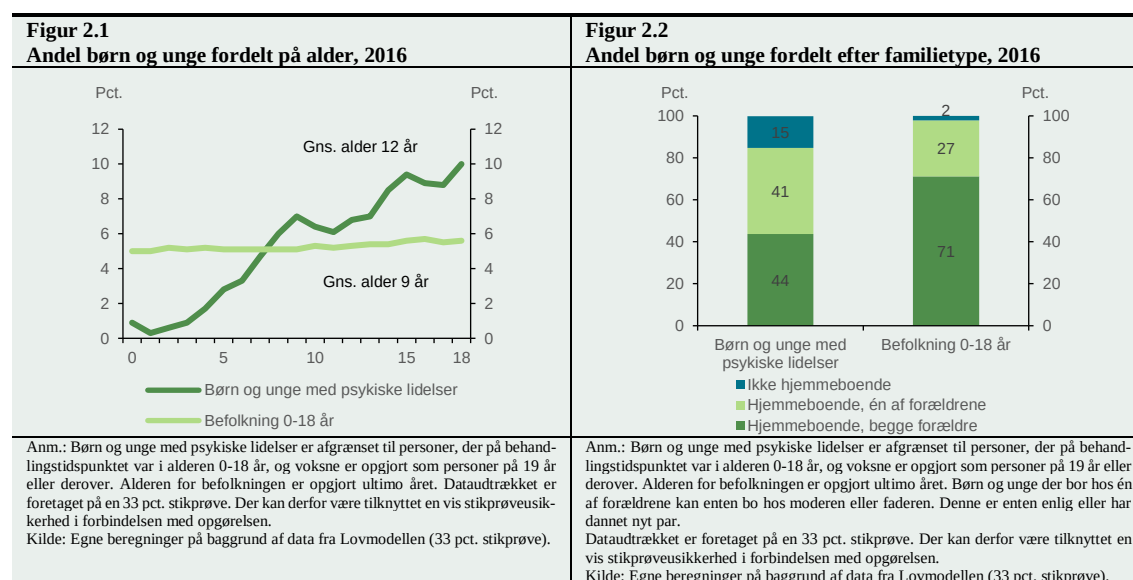
2.1 Demografiske og socioøkonomiske forskelle i kontaktmøn- stret til psykiatrien

I indeværende analyse ses der på en række demografiske og socialøkonomiske forhold for henholdsvis børn og unge samt voksne med psykiske lidelser, som i denne analyse er afgrænset til personer med kontakt til sygehuspsykiatrien i 2016.

Patienter med psykiske lidelser er i mange tilfælde en relativ ung patientgruppe, der lever længe med deres sygdom og har langstrakte behandlingsforløb. Formålet med analysen er at undersøge forskelle i, hvor mange personer der er i kontakt med psykiatriske sygehuse blandt forskellige befolkningsgrupper.

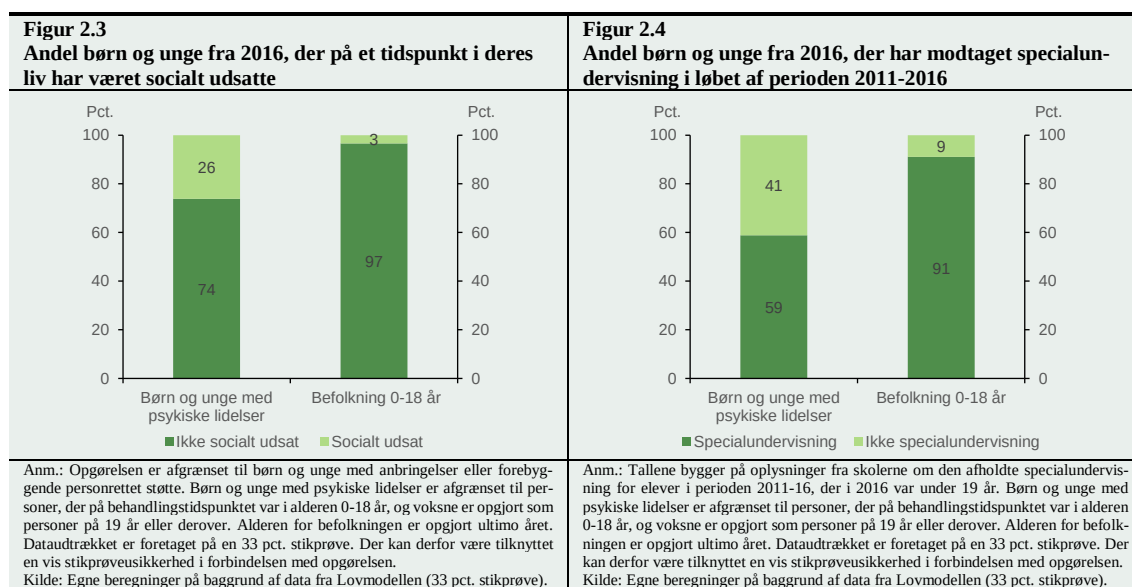
Børn og unge

Børn og unge med psykiske lidelser er som oftest i deres teenageår, *jf. figur 2.1*. En patient med kontakt til sygehuspsykiatrien er i gennemsnit ca. 12 år gammel. Til sammenligning er gennemsnitsalderen ca. 9 år for personer i aldersgruppen 0-18 år.



Der er generelt en sammenhæng mellem psykisk sygdom og en række sociale faktorer. Under halvdelen af børn og unge med psykiske lidelser bor hos begge forældre. Det gælder omtrent 70 pct. af alle børn og unge til og med 18 år, *jf. figur 2.2*. Omtrent 15 pct. af børn og unge med psykiske lidelser er ikke hjemmeboende – dette tal er 2 pct. for befolkningen i aldersgruppen 0-18 år.

Desuden viser analysen, at omkring hvert fjerde barn eller ung person med psykiske lidelser på et tidspunkt har været berørt af en social foranstaltning – enten anbringelse uden for hjemmet (fx plejefamilie eller døgninstitution) eller forebyggende personrettet støtte (fx aflastningsophold eller en fast kontaktperson), *jf. figur 2.3*. Det tilsvarende gælder under 3 pct. af alle børn og unge i Danmark.

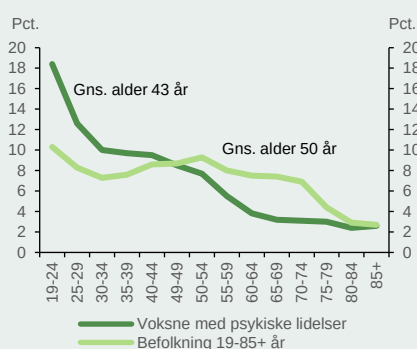


Omkring 40 pct. af elever med psykiske lidelser, der over perioden 2011-2016 har gået på en grundskole, har fået specialundervisning, *jf. figur 2.4*. Dette er væsentligt højere end for børn og unge generelt. Omkring 9 pct. af alle børn og unge med skolegang i årene 2011-16 har fået specialundervisning.

Voksne

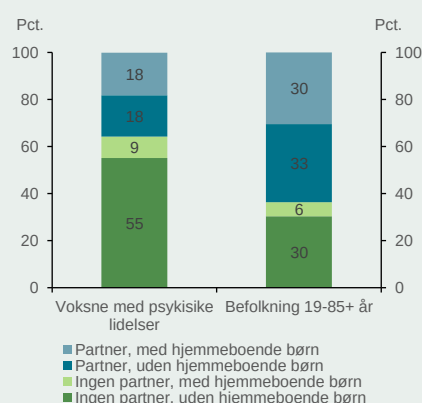
Voksne mennesker med psykiske lidelser, der har kontakt til sygehuspsykiatrien i 2016, er primært i alderen 19-44, *jf. figur 2.5*. Patienterne i alderen 19-29 er særligt overrepræsenterede sammenlignet med befolkningen. En voksen person med psykiske lidelser er i gennemsnit ca. 43 år gammel. Til sammenligning er gennemsnitsalderen ca. 50 år for personer i aldersgruppen 19-85+ år.

Figur 2.5
Andel voksne fordelt på alder, 2016



Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for befolkningen er opgjort ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur 2.6
Andel voksne fordelt efter familietype, 2016

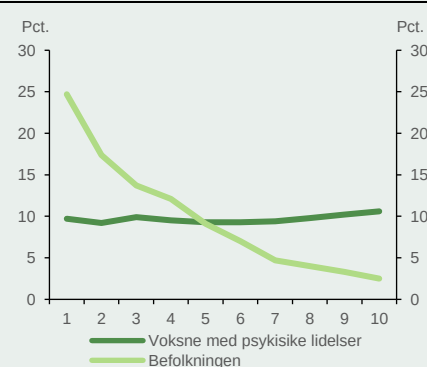


Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for befolkningen er opgjort ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Også for voksne er der en væsentlig sammenhæng mellem psykisk lidelse og sociale samt socioøkonomiske faktorer. Mere end halvdelen af voksne med psykiske lidelser er enlige uden børn, jf. figur 2.6. Til sammenligning er dette tilfældet for ca. 30 pct. af befolkningen. Hertil er knap 10 pct. af patienterne enlige med hjemmeboende børn, mens det tilsvarende er ca. 5 pct. af alle voksne i befolkningen.

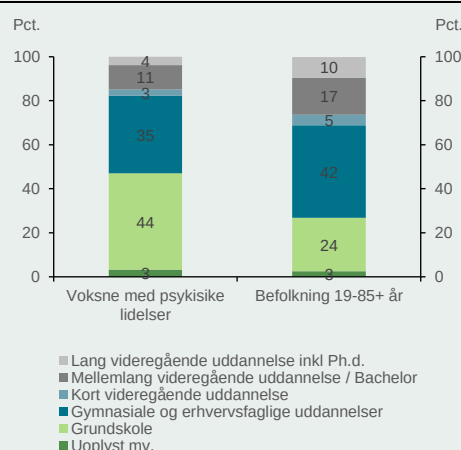
Analysen viser også, at voksne med psykiske lidelser generelt har væsentligt lavere disponibel indkomst (bruttoindkomst minus indkomstskat) end befolkningen generelt. Hver fjerde voksen med psykiske lidelser er blandt de ti pct. mindst velhavende i Danmark, jf. figur 2.7. Omvendt er knap 3 pct. af patienterne blandt de 10 pct. mest velhavende i befolkningen.

Figur 2.7
Andel voksne fordelt efter husholdningens disponible indkomst, 2016



Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for befolkningen er opgjort ultimo året. Opgørelsen foretages med husholdningens ækvivalerede disponible indkomster, dvs. at der tages hensyn til stordriftsfordele i familierne. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur 2.8
Andel voksne fordelt efter højeste fuldførte uddannelse, 2016



Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for befolkningen er opgjort ultimo året. Opgørelsen foretages med husholdningens ækvivalerede disponible indkomster, dvs. at der tages hensyn til stordriftsfordele i familierne. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelsen med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Dette hænger også sammen med, at voksne med psykiske lidelser generelt har lavere uddannelsesniveau sammenlignet med befolkningen. Fx har 44 pct. af voksne med psykiske lidelser grundskole som højest fuldførte uddannelse, *jf. figur 2.8*. Det har kun én ud af fire af alle voksne i befolkningen. Blandt alle voksne i befolkningen har omkring 30 pct. en videregående uddannelse, hvilket gælder for ca. 18 pct. af voksne med psykiske lidelser.

Læs mere om sammenhængen mellem psykisk lidelse og arbejdsmarkedstilknytning, kriminalitet, grundskolekarakter mv. i analysen *Demografiske og socioøkonomiske forskelle i kontaktmønstret til psykiatrien*.

2.2 Førstegangsdagnosticerede patienter i psykiatrien

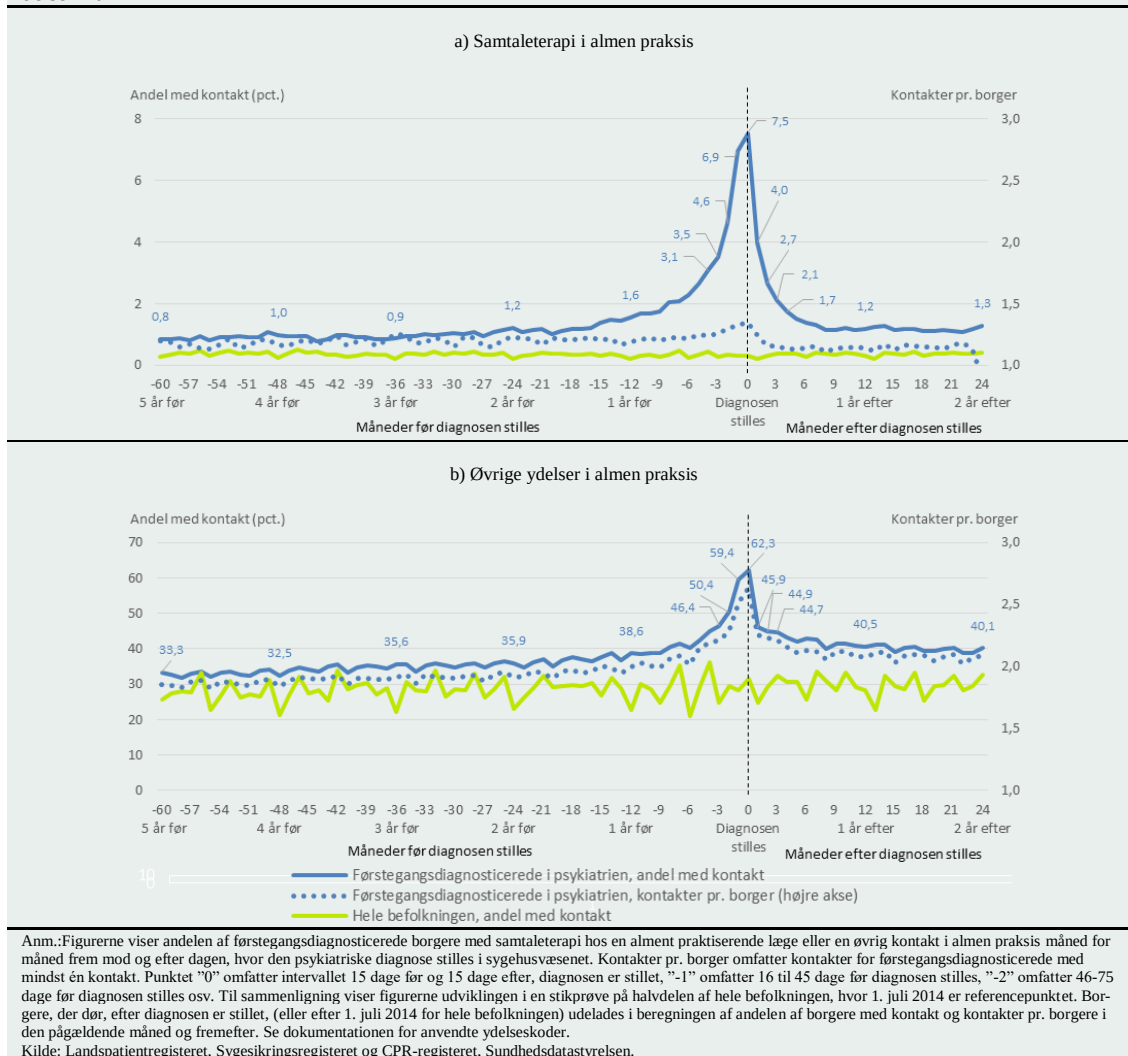
I denne analyse belyses patienters forløb op til og efter første gang patienterne diagnosticeres med en psykisk lidelse i det psykiatriske sygehusvæsen. Analysen belyser hvad der sker op til og efter, at patienten kommer ind i det psykiatriske sygehusvæsen. Herunder belyser den, hvorvidt der er kontakt med almen praksis, praktiserende psykiatere og psykologer mv. samt hvornår i forløbet. Derudover undersøges det, om tilknytningen til arbejdsmarkedet svækkes, og hvis den gør, om dette sker før eller efter kontakten med det psykiatriske sygehusvæsen.

Analysen tager udgangspunkt i de 36.500 personer, der i 2014 blev diagnosticeret for første gang i det psykiatriske sygehusvæsen. Næsten halvdelen er 24 år eller derunder. ADHD mv. og angst mv. er de hyppigste diagnoser blandt børn og unge, mens det blandt voksne er angst mv. og depression mv.

To ud af tre patienter ses i almen praksis i måneden, hvor diagnosen stilles

To ud af tre patienter har kontakt til almen praksis i måneden, hvor diagnosen stilles, og ca. 8 pct. får ydet samtaleterapi i almen praksis, *jf. figur 2.9*. Det drejer sig særligt om personer med lettere psykiske lidelser, hvor ca. syv ud af ti har kontakt til almen praksis i måneden, hvor diagnosen stilles, og lidt mere end én ud af ti får ydet samtaleterapi.

Figur 2.9
Førløbet i det primære sundhedsvæsen ved almen praksis op til- og efter førstegangsdiagnosticering med en psykisk lidelse i 2014



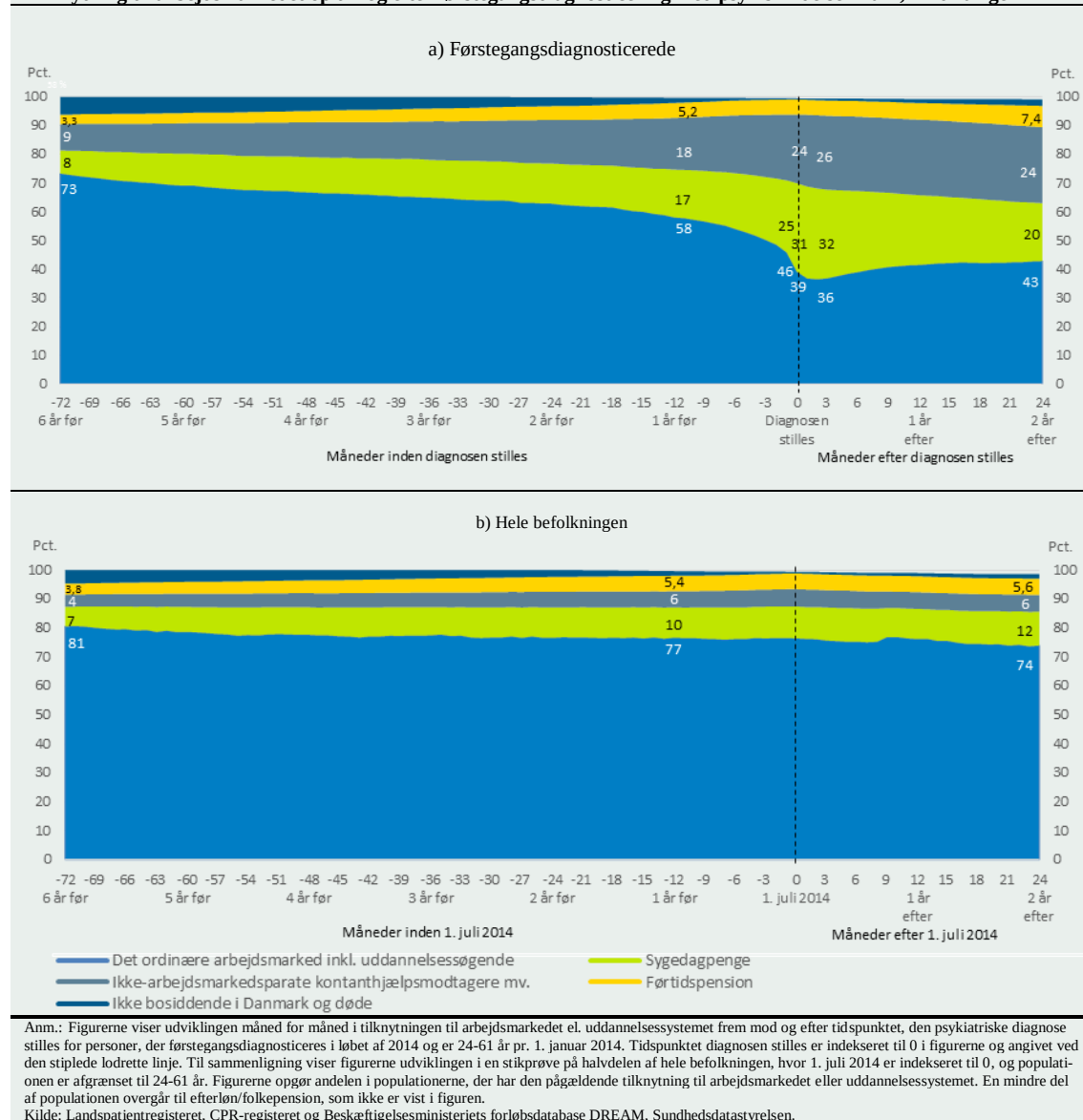
Tilknytningen til arbejdsmarkedet

De førstegangsdiagnosticerede i psykiatrien har en løsere tilknytning til arbejdsmarkedet sammenlignet med hele befolkningen, længe inden de diagnosticeres. Syv ud af ti førstegangsdiagnosticerede er tilknyttet arbejdsmarkedet seks år før, diagnosen stilles, mod otte ud af ti i hele befolkningen, *jf. figur 2.10*. Der er ikke større forskelle på tværs af diagnoser.

Fra seks år til ét år før diagnosen stilles, svækkes tilknytningen til arbejdsmarkedet gradvist, og flere overgår til sygedagpenge og ikke-arbejdsmarkedssparat kontanthjælp. Det sidste år frem til de første måneder efter diagnosen er stillet, ses en stor svækkelse i arbejdsmarkedstilknytningen. Når diagnosen stilles, er 39 pct. tilknyttet arbejdsmarkedet, og andelen falder til 36 pct. tre måneder efter, at diagnosen er stillet. Det er især personer med sværere psykiske lidelser, der mister tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Fra to måneder til to år efter, at diagnosen er stillet, begynder tilknytningen til arbejdsmarkedet at stige svagt igen. Fra to måneder til to år efter, diagnosen er stillet, stiger andelen, der er tilknyttet arbejdsmarkedet, således fra 36 pct. til 43 pct. Det er særligt personer med lettere psykiske lidelser, der tilknyttes arbejdsmarkedet, mens personer med sværere psykiske lidelser oftest forbliver uden tilknytning til arbejdsmarkedet.

Figur 2.10
Tilknytning til arbejdsmarkedet op til- og efter førstegangsdiagnosticering med psykisk lidelse i 2014, 24-61 årige



Læs mere om kontakterne til det somatiske sygehusvæsen, privatpraktiserende psykologer og psykiatere samt forløbet efter diagnosticering i det psykiatriske sygehusvæsen i analysen *Førstegangsdiagnosticerede patienter i psykiatrien - Forløb i sundhedsvæsenet og udvikling i arbejdsmarkedstilknytning*.

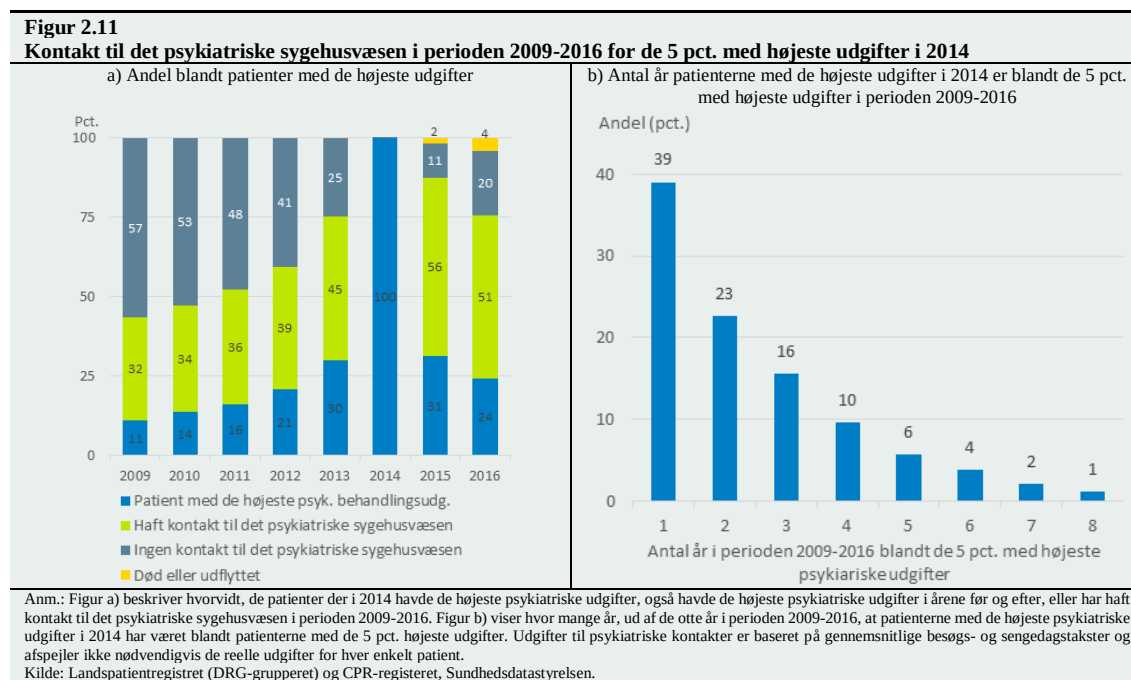
2.3 Patienter med de højeste udgifter i psykiatrien

Denne analyse omhandler de 5 pct., der i 2014 har de højeste udgifter til behandling i det psykiatriske sygehusvæsen (herefter benævnt patienter med de højeste udgifter). Analysen belyser udviklingen i kontakter og udgifter. Der ses både på det somatiske og det psykiatriske sygehusvæsen samt alment praktiserende læger og privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Udviklingen i patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet belyses også.

Af patienterne med de højeste psykiatriske udgifter i 2014 har omtrent 30 pct. også højeste udgifter året efter, i 2015, jf. Figur 2.11a. Ligeledes har omtrent 30 pct. også højeste udgifter året før, i 2013. Tilbage i 2009 er det omtrent 10 pct., der har højeste udgifter.

Hver fjerde patient med de højeste udgifter i 2014 er ikke i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen året før. Fem år inden - i 2009, er lige knap halvdelen i kontakt. Ni ud af ti af patienterne er fortsat i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen året efter - i 2015, mens det to år efter - i 2016, er otte ud af ti.

Omkring 40 pct. af patienterne har de højeste udgifter i dette ene år i perioden 2009-2016, jf. Figur 2.11b. Omkring 25 pct. har højeste udgifter i to af årene, 16 pct. i tre af årene, mens ca. 25 pct. har højeste udgifter i fire år eller derover.



Ved sammenligning med øvrige psykiatriske patienter og resten af befolkningen har patienterne med de højeste psykiatriske udgifter også et større ressourceforbrug i det somatiske sygehusvæsen samt flere kontakter til almen praksis. Læs mere om patienter med de højeste psykiatriske udgifter, herunder kontakter i sundhedsvæsenet samt patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet i analysen *Patienterne med de højeste udgifter i psykiatrien*.

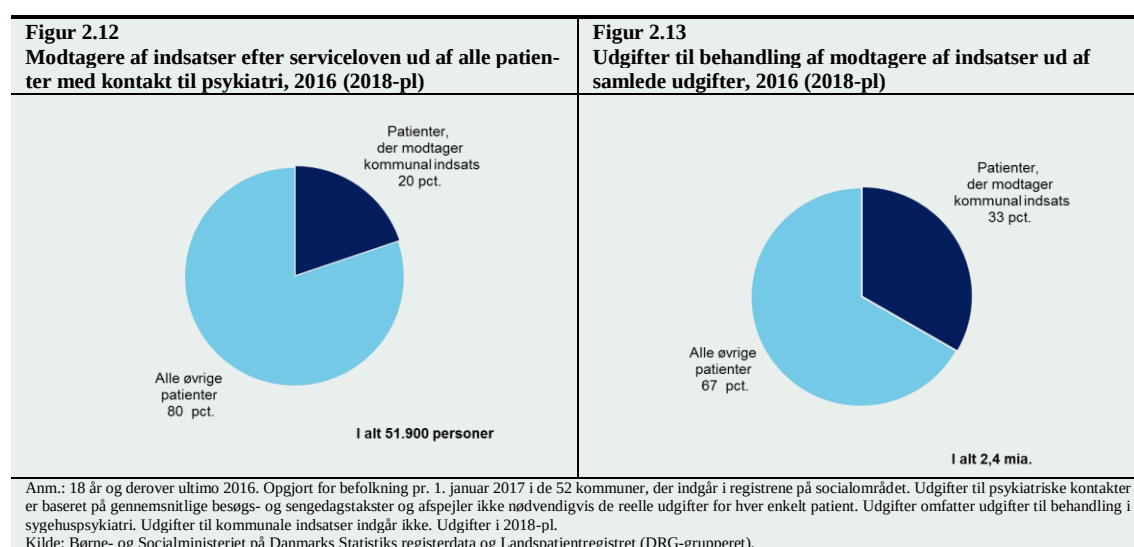
2.4 Overlap mellem modtagere af indsatser efter serviceloven og patienter i sygehuspsykiatri

Mange mennesker med psykiske lidelser vil modtage behandling og indsatser fra flere sektorer, eksempelvis både de psykiatriske sygehuse og en indsats i kommunalt regi. Dette stiller store krav til koordination og samarbejde for at kunne lave sammenhængende patientforløb for den enkelte borger.

Denne analyse ser på overlappet mellem modtagere af kommunale indsatser efter serviceloven og patienter i den regionale sygehuspsykiatri blandt voksne. Analysen er baseret på data fra 52 kommuner, der indgår i de anvendte registre på socialområdet. Kommunerne omfatter både store og små kommuner fra forskellige dele af Danmark. Aarhus og Københavns Kommune indgår dog ikke blandt de 52 kommuner.

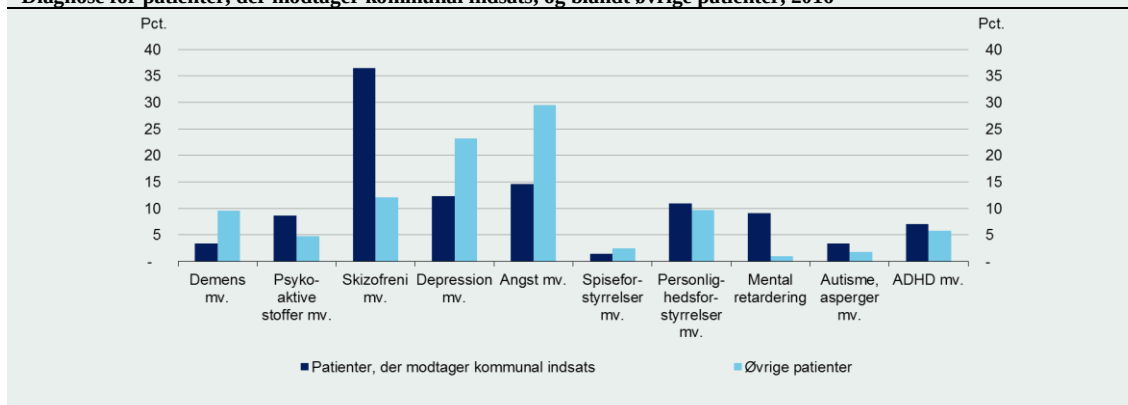
Kommunale indsatser efter serviceloven blandt patienter i den regionale sygehuspsykiatri

I alt har 20 pct. af personerne med en kontakt til psykiatrien i 2016 også modtaget en indsats efter serviceloven i 2016. Det vil sige, at hver femte patient med psykiske lidelser modtager en indsats efter serviceloven i samme år, som de har kontakt til psykiatrien. Disse 20 pct. af patienterne står for 33 pct. af de samlede behandlingsudgifter i sygehuspsykiatrien, *jf. figur 2.12 og 2.13.*



De 20 pct. af patienterne, der modtager indsatser efter serviceloven, har en anden diagnoseprofil end de øvrige patienter. Eksempelvis er der væsentligt flere med en diagnose for skizofreni blandt modtagerne af kommunale indsatser. Mere end hver tredje patient, der modtager en kommunal indsats, har således diagnosen skizofreni mv., mens det kun er omkring hver tiende blandt de øvrige patienter. Omvendt er der færre med diagnosen depression mv. og angst mv. blandt modtagerne af indsatser efter serviceloven. Depression mv. og angst mv. er de to hyppigst forekommende diagnoser blandt de øvrige patienter, *jf. figur 2.14.*

Figur 2.14
Diagnose for patienter, der modtager kommunal indsats, og blandt øvrige patienter, 2016



Anm.: 18 år og derover ultimo 2016. Opgjort for befolkning pr. 1. januar 2017 i de 52 kommuner, der indgår i registrene på socialområdet med kontakt til sygehuspsykiatri i 2016. Baseret på aktionsdiagnoser i året. En person kan have flere aktionsdiagnoser.
 Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Patienter i den regionale sygehuspsykiatri, der modtager en kommunal indsats efter serviceloven, kan eksempelvis modtage socialpædagogisk støtte eller have ophold på et botilbud. Det er særligt patienter med diagnosen mental retardering, der har ophold på botilbud. To ud af tre patienter med mental retardering, der får en indsats efter serviceloven, bor på botilbud. Dette kan ses på baggrund af, at mental retardering kan have en betydelig påvirkning af funktionsevnen. Heroverfor er det kun lidt over hver tiende patient med angst, depression og ADHD, der modtager kommunale indsatser, som har ophold på et botilbud.

Blandt patienter med diagnoserne skizofreni og autisme, der modtager en kommunal indsats, ser man både en væsentlig gruppe med ophold på botilbud og en stor gruppe, der modtager socialpædagogisk støtte. Dette kan ses på baggrund af, at der inden for diagnosegrupperne formentligt er en betragtelig variation i, hvor patienterne er i deres sygdoms- og behandlingsforløb, og hvor påvirket deres funktionsevne er.

Blandt patienter med psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, som modtager en kommunal indsats, er over halvdelen i stofmisbrugsbehandling, jf. tabel 2.1.

Tabel 2.1

Type af indsats efter aktionsdiagnose, 2016

	Botilbud	Socialpædagogisk støtte	Aktivitetstilbud mv.	Stofmisbrugsbehandling	Øvrige indsatser	Antal personer
	----- Pct. med indsats i diagnosegruppe * -----					
Demens mv.	33	48	28	7	20	344
Psykoaktive stoffer mv.	17	38	7	56	7	884
Skizofreni mv.	30	59	23	10	5	3.752
Depression mv.	13	68	17	14	7	1.271
Angst mv.	13	63	10	22	8	1.504
Spiseforstyrrelser mv.	21	63	11	10	11	149
Personlighedsforstyrrelser	15	67	10	19	6	1.130
Mental retardering	66	25	57	2	23	936
Autisme, aspergers mv.	36	58	14	4	8	346
ADHD	14	56	8	36	8	722
Alle	25	56	20	17	8	10.279

Note: * Procenterne er beregnet i rækkerne. Første række viser fx, at 33 pct. med aktionsdiagnosen demens, der modtager en kommunal indsats, modtager botilbud. Procentgrundlaget er antal personer (ikke opregnet).

Anm.: 18 år og derover ultimo 2016. Opgjort for befolkning pr. 1. januar 2017 i de 52 kommuner, der indgår i registrene på socialområdet. Baseret på aktionsdiagnoser i året. En person kan have flere aktionsdiagnoser. Procentgrundlaget er antal personer. "Aktivitetstilbud mv." omfatter aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelse. Øvrige indsatser omfatter fx ledsagerordning og borgerstyret personlig assistance. Der er usikkerhed forbundet med opgørelsen af socialpædagogisk støtte og botilbud, da kommunernes registreringspraksis varierer. Socialpædagogisk støtte er her opgjort eksklusivt, hvor der til ydelsen er registreret, at den leveres på et botilbud samt, hvor personen i samme kalenderår er registreret med et midlertidigt eller længerevarende botilbud.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og Landspatientregistret (DRG-grupperet).

Mens hver fjerde modtager af indsatser efter serviceloven i 2016 også har kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen i 2016, er det næsten halvdelen, der har haft kontakt inden for en 5-årig periode. Læs mere om sammenfaldet mellem personer med kontakt til sygehuspsykiatri og modtagere af sociale ydelser i analysen *Overlap mellem modtagere af indsatser efter serviceloven og patienter i sygehuspsykiatri*.

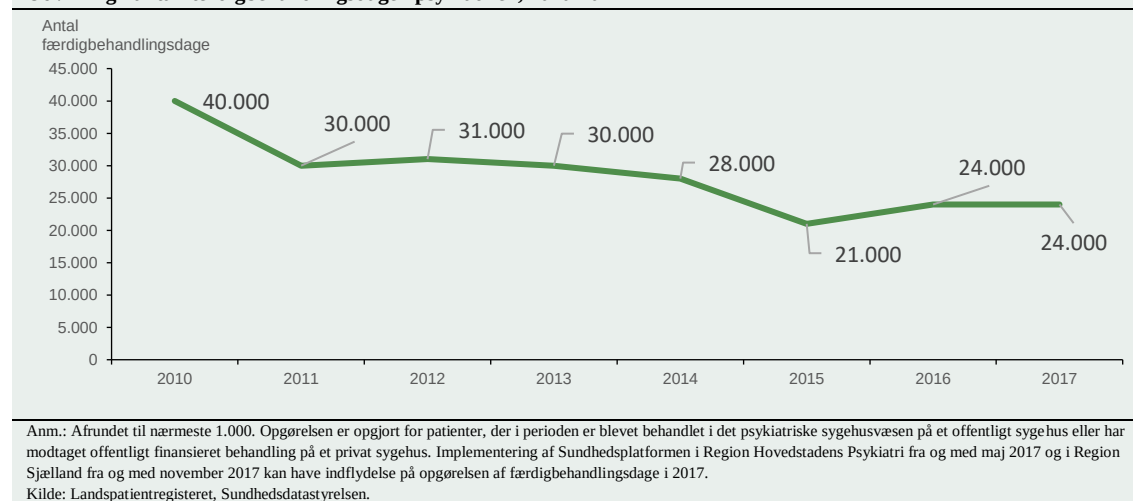
3. Analyse af færdigbehandlingsdage i psykiatrien

I indeværende kapitel fremgår en analyse af færdigbehandlingsdage i psykiatrien. Ved færdigbehandlingsdage forstås antallet af dage, hvor patienterne vurderes klar til udskrivning fra sygehuset, men fortsat opholder sig på sygehuset. Patienterne er færdigbehandlet, når behandlingen er afsluttet, eller når indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling, og beror på en lægelig vurdering. Sygehusets administrative opgaver skal desuden være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

Antallet af færdigbehandlingsdage er faldet

Det samlede antal færdigbehandlingsdage i psykiatrien er faldet fra ca. 40.000 dage i 2010 til ca. 24.000 i 2017, jf. figur 3.1. Fra 2015 til 2017 er der dog sket en stigning i antallet af færdigbehandlingsdage. Udviklingen i færdigbehandlingsdage skal samtidig ses i lyset af, at der er sket en stigning i antallet af psykiatriske indlæggelser fra ca. 41.000 i 2010 til ca. 47.000 i 2017.

Figur 3.1
Udvikling i antal færdigbehandlingsdage i psykiatrien, 2010-2017



Andelen af patienter i psykiatrien med færdigbehandlingsdage er relativt lille

I psykiatrien var ca. 24.500 patienter indlagt i 2016 (ca. 45.700 indlæggelser), hvoraf ca. 590 af patienterne havde færdigbehandlingsdage (ca. 660 indlæggelser). Dette svarer til, at knap 2,4 pct. af patienterne og 1,5 pct. af indlæggelserne i psykiatrien havde en eller flere indlæggelser med færdigbehandlingsdage.

Højt antal gennemsnitlige færdigbehandlingsdage

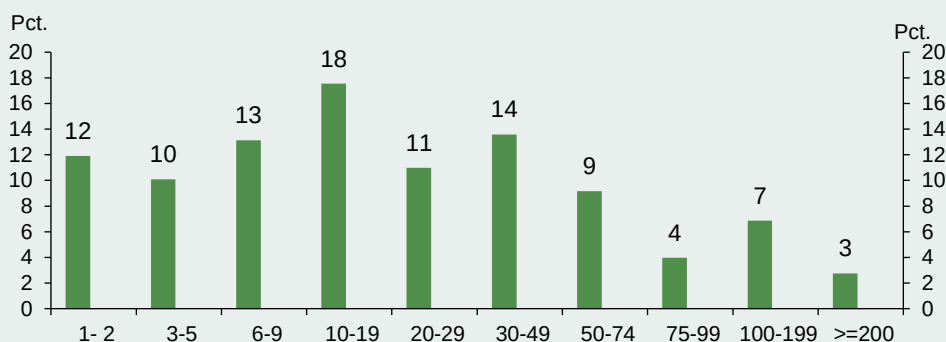
Patienter i psykiatrien med færdigbehandlingsdage var i gennemsnit indlagt i 38,5 dage efter endt behandling i 2016.

Ved 10 pct. af indlæggelserne med færdigbehandlingsdage lå patienterne i over 100 dage efter endt behandling i 2016, *jf. figur 3.2*.

Antallet af færdigbehandlingsdage pr. indlæggelse var ca. 19,5 gange højere i psykiatrien end i somatikken i 2016, og antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 sengedage var ca. 3,5 gange højere i psykiatrien. Det skal hertil bemærkes, at det gennemsnitlige antal sengedage pr. indlæggelse var ca. 5,5 gange højere i psykiatrien end i somatikken.

Figur 3.2

Andel af indlæggelser med færdigbehandlingsdage opdelt på antal færdigbehandlingsdage, 2016



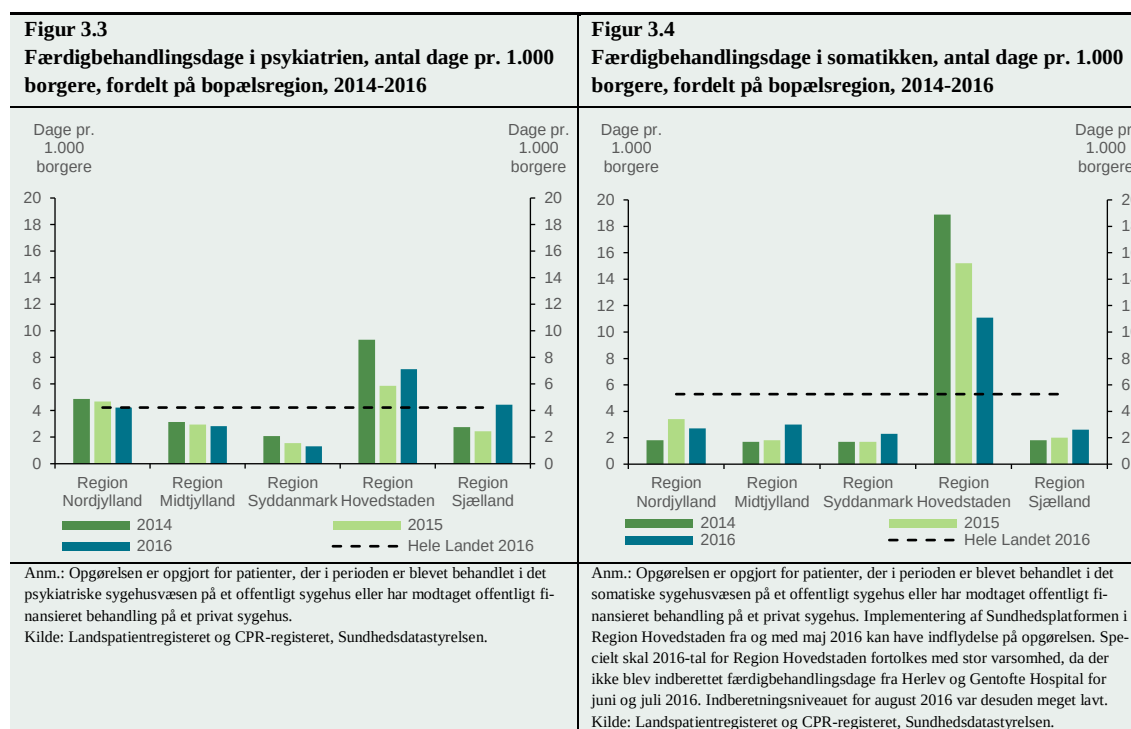
Anm.: Opgørelsen er opgjort for patienter, der i perioden er blevet behandlet i det psykiatriske sygehusvæsen på et offentligt sygehus eller har modtaget offentligt finansieret behandling på et privat sygehus. Der er kun talt færdigbehandlingsdage i 2016, og nogle af indlæggelserne kan have færdigbehandlede dage før og efter årsskiftet.
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

3.1 Variation på tværs af regioner

Flest færdigbehandlingsdage i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har markant flere færdigbehandlingsdage end de andre regioner. I 2016 var der 7,1 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere i Region Hovedstaden, mens der samlet for hele landet var 4,2 pr. 1.000 borgere, *jf. figur 3.3*.

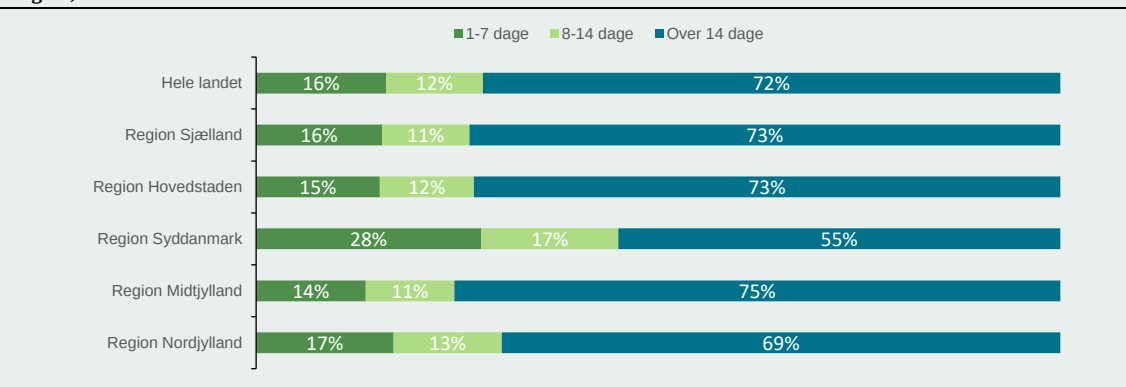
Færdigbehandlingsdagene i psykiatrien er ikke nær så skævt fordelt på regionerne sammenholdt med fordelingen i somatikken, hvor Region Hovedstaden havde 11,1 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, sammenholdt med 5,3 færdigbehandlingsdage for hele landet, jf. figur 3.4.



Der er samtidig stor forskel på det gennemsnitlige antal færdigbehandlingsdage i psykiatrien på tværs af regioner. Region Syddanmarks gennemsnitlige antal færdigbehandlingsdage var i 2016 19,8 dage, mens det i de andre regioner varierede mellem ca. 41 dage og 50 dage.

Opdeles antallet af færdigbehandlingsdage ved hver indlæggelse med færdigbehandlingsdage i kategorierne 1-7 dage, 8-14 dage og over 14 dage, ses det, at der er forskel på, hvor stor en andel af dagene, der er efter den 14. færdigbehandlingsdag på tværs af regionerne. Region Syddanmark har den mindste andel færdigbehandlingsdage, der er over den 14. færdigbehandlingsdag, mens 69-75 pct. af færdigbehandlingsdagene i de øvrige fire regioner var efter den 14. færdigbehandlingsdag, jf. figur 3.5.

Figur 3.5
Andelen af færdigbehandlingsdage inden for 1.-7. dag, 8.-14. dag og over 14. færdigbehandlingsdage opdelt efter bopælsregion, 2016



Anm.: Opgørelsen er opgjort for patienter, der i perioden er blevet behandlet i det psykiatriske sygehusvæsen på et offentligt sygehus eller har modtaget offentligt finansieret behandling på et privat sygehus. Der er kun talt færdigbehandlingsdage i 2016, og nogle af indlæggelserne kan have færdigbehandlede dage før og efter årsskiftet. Færdigbehandlede dage på én kontakt opgøres samlet og fordelt på antal færdigbehandlede dage i intervaller på 1-7 dage, 8-14 dage og over 14 dage på den enkelte kontakt. Såfremt færdigbehandlede dage på én kontakt fordeler sig på flere bopælskommuner og eventuelt også på flere bopælsregioner, fordeles antal færdigbehandlede dage for den næste kommune/region på tilsvarende måde, som for den første kommune/region. Derved tælles der "forfra" i fordelingen af færdigbehandlede dage på én kontakt i de tre kategorier, dvs. 1-7 dage, 8-14 dage og over 14 dage. Det betyder eksempelvis, at en kontakt med 25 færdigbehandlede dage vil fremgå med 7 dage i første kategori, 7 dage i anden kategori og 11 dage i sidste kategori.

Kilde: Landspatientregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Både antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere samt andelen af færdigbehandlingsdage, der er efter den 14. færdigbehandlingsdag, varierer i høj grad på tværs af kommuner, jf. tabel 3.1.

Grundet diskretionshensyn er beregningerne vist for de kommuner, der havde flere end 5 indlæggelser med færdigbehandlede dage i 2016. Kommuner med mindst én, men færre end 5 indlæggelser med færdigbehandlingsdage, er vist som øvrige kommuner.

Tabel 3.1
Antal færdigbehandlingsdage i psykiatrien og færdigbehandlingsdage efter 14. dag, 2016

	Antal færdigbehandlingsdage	Antal færdigbe-handlingsdage pr. 1.000 borgere	Antal dage over 14. dag pr. 1.000 borgere	Andel dage over 14. dag, pct.
København	7.697	13,0	9,5	73,2
Frederiksberg	183	1,8	1,0	56,3
Ballerup	736	15,3	13,2	86,7
Gentofte	136	1,8	1,2	64,0
Glostrup	245	10,9	7,2	65,7
Albertslund	324	11,6	9,1	78,7
Hvidovre	245	4,6	3,4	74,3
Høje-Taastrup	131	2,6	1,3	50,4
Lyngby-Taarbæk	13	0,2	0,0	0,0
Ishøj	140	6,3	2,9	46,4
Tårnby	580	13,5	10,4	76,9
Fredensborg	472	11,8	9,7	82,4
Helsingør	489	7,9	5,9	75,3
Hillerød	189	3,8	2,4	64,0
Øvrige kommuner i Region Hovedstaden (13 kommuner)	1.205	2,2	1,5	67,0
Køge	136	2,3	1,7	73,5
Roskilde	1.558	18,1	15,6	86,3

Holbæk	296	4,2	2,6	60,5
Slagelse	424	5,4	3,0	55,4
Guldborgsund	185	3,0	2,0	65,9
Vordingborg	295	6,4	4,2	65,8
Øvrige kommuner i Region Sjælland (9 kommuner)	790	1,9	1,2	67,2
Nyborg	34	1,1	0,0	0,0
Odense	132	0,7	0,4	56,1
Svendborg	114	2,0	0,6	30,7
Haderslev	500	8,9	6,6	74,0
Esbjerg	287	2,5	1,2	47,0
Aabenraa	163	2,8	1,4	50,9
Øvrige kommuner i Region Syddan- mark (11 kommuner)	373	0,5	0,3	49,3
Randers	484	5,0	3,0	60,5
Århus	2.504	7,6	6,2	81,7
Thisted	32	0,7	0,0	0,0
Viborg	284	3,0	2,1	70,8
Øvrige kommuner i Region Midtjyl- land (11 kommuner)	358	0,5	0,3	61,2
Frederikshavn	115	1,9	0,8	40,0
Mariagerfjord	169	4,0	1,8	44,4
Aalborg	1.619	7,7	5,8	75,0
Hjørring	343	5,2	4,3	82,5
Øvrige kommuner i Region Nordjyl- land (4 kommuner)	224	1,1	0,5	43,3

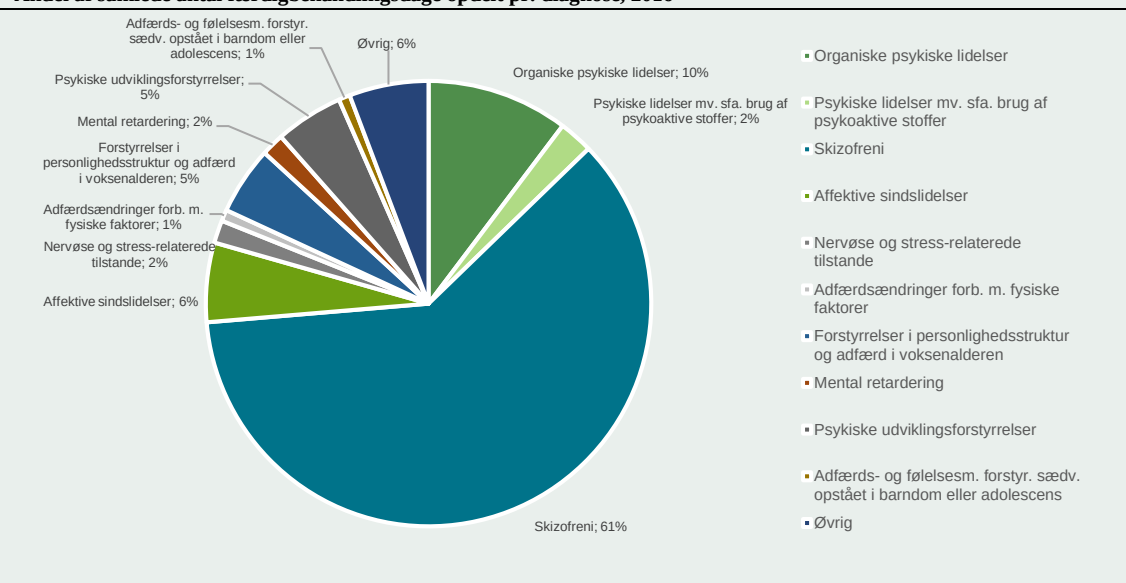
Anm.: Nogle kommuner har få indlæggelser med færdigbehandlingsdage i psykiatrien, og tallene er vist for kommuner med mindst 5 indlæggelser med færdigbehandlingsdage i psykiatrien, svarende til 34 kommuner. 48 kommuner har færre end 5 indlæggelser med færdigbehandlingsdage og er vist som en samlet gruppe grundet diskretionshensyn. 16 kommuner har ingen indlæggelser med færdigbehandlingsdage. Der er kun talt færdigbehandlingsdage i 2016, og nogle af indlæggelserne kan have færdigbehandlede dage før og efter årsskiftet. Færdigbehandlede dage på én kontakt opgøres samlet og fordelt på antal færdigbehandlede dage i intervaller på 1-7 dage, 8-14 dage og over 14 dage på den enkelte kontakt. Såfremt færdigbehandlede dage på én kontakt fordeler sig på flere bopælskommuner og eventuelt også på flere bopælsregioner, fordeles antal færdigbehandlede dage for den næste kommune/region på tilsvarende måde, som for den første kommune/region. Derved tælles der "forfra" i fordelingen af færdigbehandlede dage på én kontakt i de tre kategorier, dvs. 1-7 dage, 8-14 dage og over 14 dage. Det betyder eksempelvis, at en kontakt med 25 færdigbehandlede dage vil fremgå med 7 dage i første kategori, 7 dage i anden kategori og 11 dage i sidste kategori. Befolkningstal er opgjort pr. 1. januar 2016.
Kilde: Landspatientregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

3.2 Variation på tværs af diagnoser og alder

Færdigbehandlingsdage opdelt på diagnose

14.800 af færdigbehandlingsdagene i 2016 var knyttet til indlæggelser med skizofreni som aktionsdiagnose. Dette svarer til knap to tredjedele af færdigbehandlingsdagene i 2016, *jf. figur 3.6*.

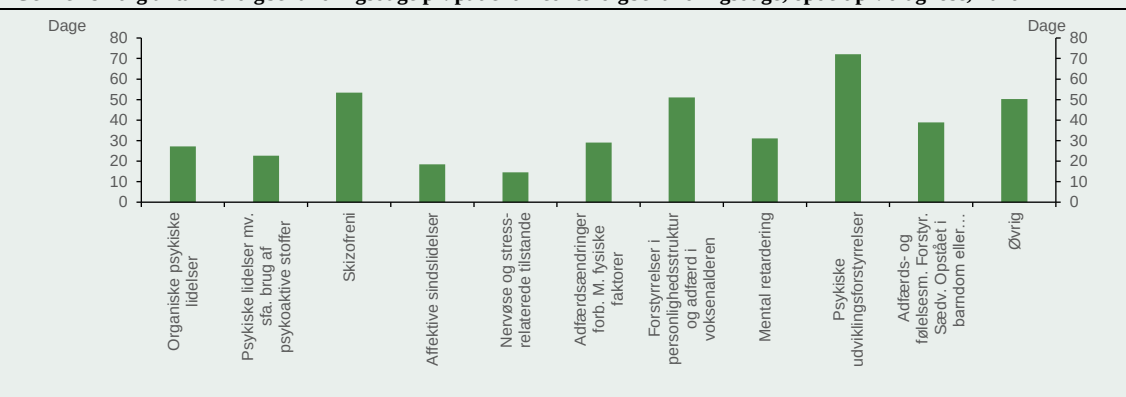
Figur 3.6
Andel af samlede antal færdigbehandlingsdage opdelt pr. diagnose, 2016



Anm.: Opgørelsen er opgjort for patienter, der i perioden er blevet behandlet i det psykiatriske sygehusvæsen på et offentligt sygehus eller har modtaget offentligt finansieret behandling på et privat sygehus. Der er kun talt færdigbehandlingsdage i 2016, og nogle af indlæggelserne kan have færdigbehandlede dage før og efter årsskiftet.
 Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Patienter med psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder autisme og aspergers syndrom, havde i gennemsnit flest færdigbehandlingsdage pr. patient med færdigbehandlingsdage, jf. figur 3.7.

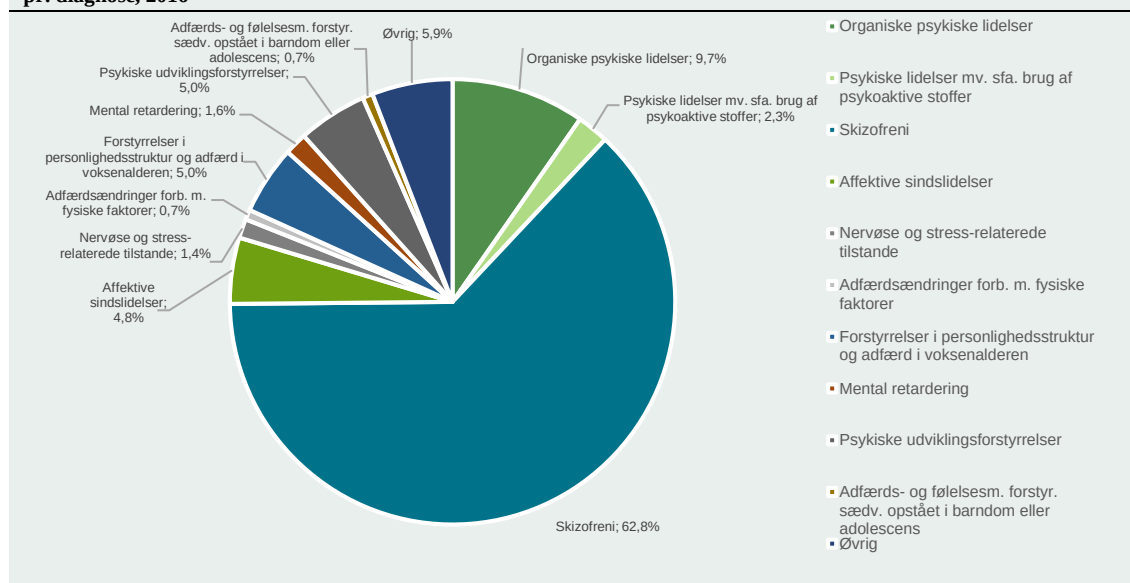
Figur 3.7
Gennemsnitlig antal færdigbehandlingsdage pr. patient med færdigbehandlingsdage, opdelt pr. diagnose, 2016



Anm.: Opgørelsen er opgjort for patienter, der i perioden er blevet behandlet i det psykiatriske sygehusvæsen på et offentligt sygehus eller har modtaget offentligt finansieret behandling på et privat sygehus. Der er kun talt færdigbehandlingsdage i 2016, og nogle af indlæggelserne kan have færdigbehandlede dage før og efter årsskiftet.
 Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Betragtes kun de indlæggelser, der havde mere end 14 færdigbehandlingsdage, er diagnosefordelingen næsten den samme som for alle indlæggelser.

Figur 3.8
Diagnosefordelingen for de indlæggelser med mere end 14 færdigbehandlingsdage: Andel færdigbehandlingsdage opdelt pr. diagnose, 2016



Anm.: Opgørelsen er opgjort for patienter, der i perioden er blevet behandlet i det psykiatriske sygehusvæsen på et offentligt sygehus eller har modtaget offentligt finansieret behandling på et privat sygehus. Der er kun talt færdigbehandlingsdage i 2016, og nogle af indlæggelserne kan have færdigbehandlede dage før og efter årsskiftet.
 Kilde: Landspatientregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

For de indlæggelser, der havde mere end 14 færdigbehandlingsdage, varierer andelen af færdigbehandlingsdage efter den 14. færdigbehandlingsdag på tværs af diagnoserne.

Tabel 3.2
Diagnosefordelingen for de indlæggelser med mere end 14 færdigbehandlingsdage: Antal færdigbehandlingsdage over 14. færdigbehandlingsdage pr. diagnose, 2016

	Andel over 14 dage	Samlet antal dage
Organiske psykiske lidelser	74,8	2.170
Psykiske lidelser mv. sfa. brug af psykoaktive stoffer	70,1	520
Skizofreni	79,6	14.040
Affektive sindslidelser	68,7	1.070
Nervøse og stress-relaterede tilstande	59,4	310
Adfærdssændringer forb. m. fysiske faktorer	73,9	160
Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	79,8	1.110
Mental retardering	69,3	370
Psykiske udviklingsforstyrrelser	82,5	1.120
Adfærds- og følelsesm. forstyr. sædv. opstået i barndom eller adolescens	66,3	170
Øvrige	77,5	1.310
I alt	77,8	22.340

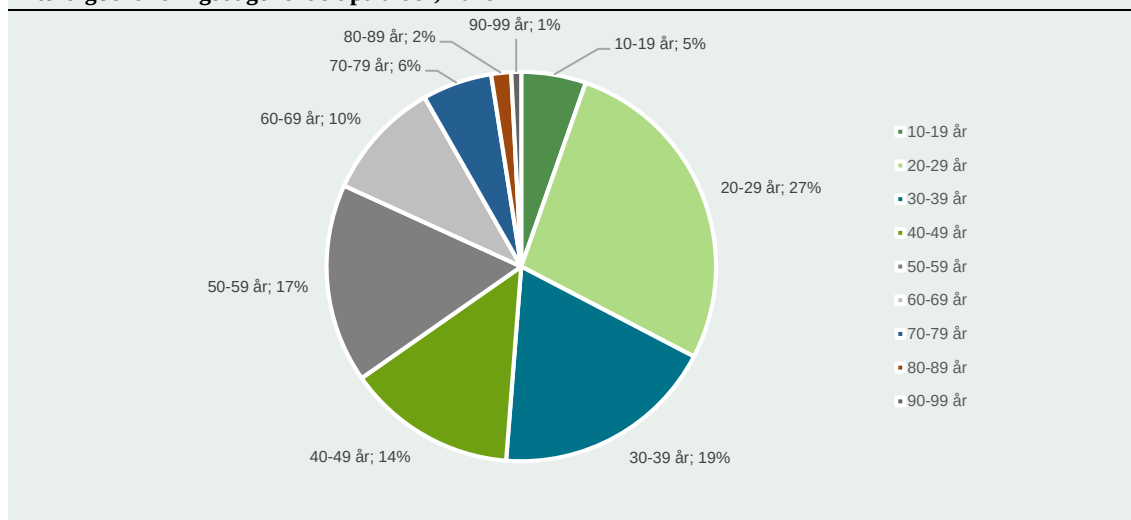
Anm.: Opgørelsen er opgjort for patienter, der i perioden er blevet behandlet i det psykiatriske sygehusvæsen på et offentligt sygehus eller har modtaget offentligt finansieret behandling på et privat sygehus. Der er kun talt færdigbehandlingsdage i 2016, og nogle af indlæggelserne kan have færdigbehandlede dage før og efter årsskiftet.
 Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Færdigbehandlingsdage opdelt på alder

Det er særligt patienter i aldersgruppen 20-29 år, der har færdigbehandlingsdage, jf. figur 3.9.

Figur 3.9

Færdigbehandlingsdage fordelt på alder, 2016



Anm.: Opgørelsen er opgjort for patienter, der i perioden er blevet behandlet i det psykiatriske sygehusvæsen på et offentligt sygehus eller har modtaget offentligt finansieret behandling på et privat sygehus. Der er kun talt færdigbehandlingsdage i 2016, og nogle af indlæggelserne kan have færdigbehandlede dage før og efter årsskiftet.
Kilde: Landspatientregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

4. Introduktion til den statslige økonomiske finansiering og styring af psykiatrien

Den statslige økonomiske styring af psykiatrien skal ses i samspil med den faglige og organisatoriske styring. Eksempler på nationale faglige styringselementer er nationale mål, som går på tværs af kommuner og regioner, og Nationale Kliniske Retningslinjer, der indgår som styringselement i den regionale psykiatri. Et eksempel på statslig organisatorisk styring er udrednings- og behandlingsrettigheder. Der henvises til *Styringsgenemgang af psykiatrien- delafrapportering I* for en uddybning af den faglige og organisatoriske styring af psykiatrien.

I indeværende kapitel beskrives den statslige økonomiske finansiering og styring af den regionale psykiatri, herunder i form af økonomisk rammefinansiering, kommunal finansiering og medfinansiering, satspuljefinansiering samt udviklingen i driftsudgifter. Den kommunale økonomi er her kun beskrevet for de dele, som direkte spiller ind i den regionale økonomiske finansiering og styring.

4.1 Rammefinansiering

I de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner fastsættes de overordnede økonomiske rammer for regionernes opgavevaretagelse på sundhedsområdet, hvor det somatiske og psykiatriske område finansieres under ét.

Aftalerne fastlægges inden for rammerne af de bindende udgiftslofter for hhv. stat, regionerne og kommuner og er tilknyttet økonomiske sanktioner ved overskridelse af rammebudgettet.

Størstedelen af midlerne til den regionale psykiatri tilføres på baggrund af en regional prioritering ud fra de overordnede aftalte rammer og er uafhængig af den leverede aktivitet. Den statslige økonomiske finansiering af den regionale psykiatri kan derfor betegnes som rammefinansiering.

4.2 Kommunal finansiering og medfinansiering

Kommunal finansiering - færdigbehandlingstakst

Ifølge Sundhedsloven §238 opkræver bopælsregionen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter fra bopælskommunen. Bopælsregionen kan opkræve færdigbehandlingstakst pr. sengedag fra og med dagen efter, at patienten er færdigbehandlet. I 2018 er færdigbehandlingstaksten 2.044 kr.

Bestemmelsen er videreført fra sygehusloven §12. Formålet med bestemmelsen er at motivere kommunerne til i videre omfang at tilvejebringe de nødvendige og hensigtsmæssige plejetilbud til de patienter, der har behov for det med henblik på at undgå, at de opholder sig længere end nødvendigt på sygehusene.

Det er lægens vurdering, der afgør, hvornår patienten vurderes som færdigbehandlet. Ved færdigbehandlet forstås, at sygehusets behandling, samt de nødvendige administrative opgaver, er færdige, og at patienten dermed vurderes klar til udskrivning.

Kommunal medfinansiering

En del af regionernes udgifter på sundhedsområdet finansieres gennem den kommunale medfinansiering (KMF). KMF omfatter al somatisk og psykiatrisk sygehusbehandling, både ambulante besøg og stationær behandling. Derudover omfatter medfinansieringen ydelser leveret af praktiserende sundhedspersoner, fx psykiatere og psykologer.

Overordnet set er hensigten med KMF at give kommunerne yderligere incitament til en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder at styrke samarbejdet på tværs af kommunale fagområder, samt at styrke det forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner.

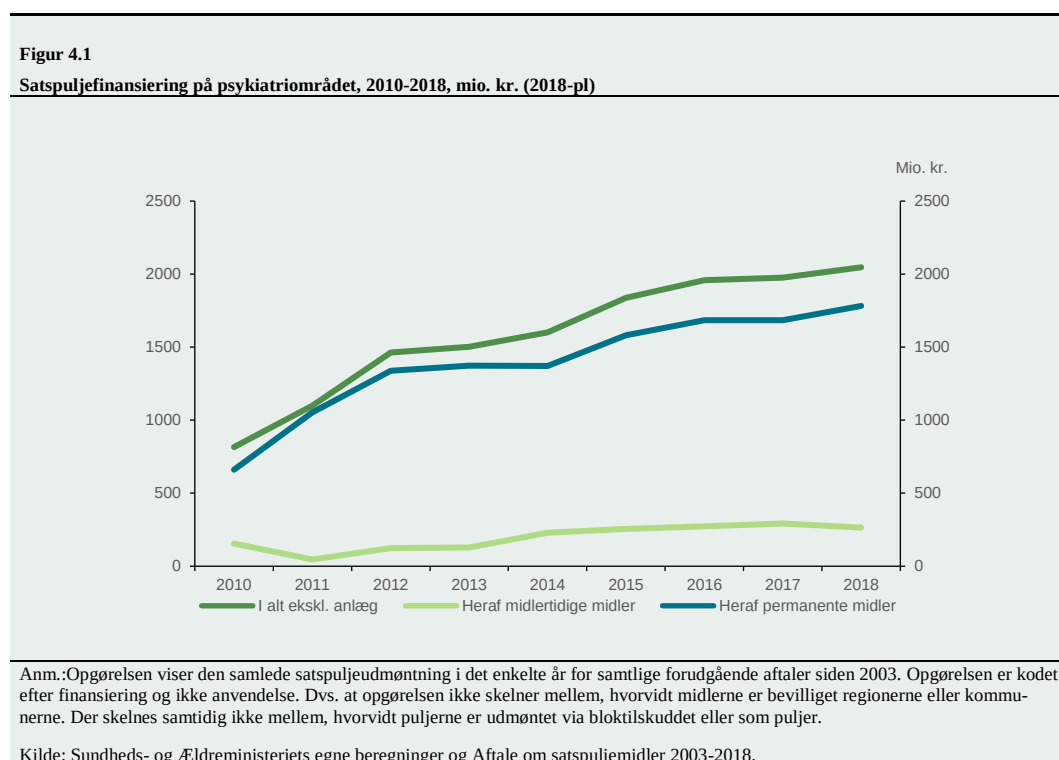
Der blev i 2016 indført en ændring af den øvre grænse for den regionale indtægt fra kommunal medfinansiering, som indebærer, at en regions indtægter fra kommunerne ikke kan overstige et fastsat loft. Hensigten med loftet er helt at fjerne et muligt incitament til regional meraktivitet som følge af den kommunale medfinansiering. Den kommunale medfinansiering har efter ændringen karakter af bloktilskud og er ligeledes fordelt mellem regionerne på samme vis som bloktilskuddet.

Den kommunale medfinansiering på psykiatriområdet udgør for stationær behandling 60 pct. af sengedagstaksten (dog maks. 8.862 kr./regionsforløb), mens den udgør 30 pct. af besøgstaksten for ambulant behandling (dog maks. 555 kr./besøg). Sengedagstaksten udgør i 2018 3.686 kr. pr. dag, mens besøgstaksten for ambulant behandling udgør 1.844 kroner. Begge takster bliver årligt pris- og lønreguleret.

4.3 Satspuljefinansiering

I tillæg til det statslige bloktilskud og den kommunale medfinansiering finansieres psykiatrien også via satspuljemidler.

Igennem de senere år er der sket en markant stigning i tilførte satspuljemidler til psykiatriområdet på ca. 1,2 mia. kr. (ekskl. anlæg) fra 2010 til 2018, jf. figur 4.1.



Der stilles som regel en række statslige krav i forbindelse med udmøntning af satspuljemidlerne, og der sker løbende opfølgning på puljerne med henblik på at sikre, at midlerne anvendes som forudsat.

De permanente satspuljeprojekter på psykiatriområdet tildeles enten direkte ud i bloktilskuddet eller udmøntes via puljer til regionerne i det første 4 år, hvorefter projekterne er blevet overført til bloktilskuddet. I de år, hvor projekterne har været udmøntet som puljer, følges der op på, om budgetterne er overholdt, ligesom de enkelte projekter fremsender midtvejsrapporter samt slutrapporter. Ofte bliver der endvidere gennemført evaluering af projekterne. I de tilfælde, hvor midlerne efterfølgende er blevet overført til bloktilskuddet, er det aftalt, hvad regionerne skal bruge midlerne til - typisk fortsættelse af projekterne fra de år, hvor de blev udmøntet i puljer.

Eksempelvis blev det med satspuljeaftalen for 2015-2018, hvor der blev afsat 2,2 mia. kr. til psykiatrien, besluttet, at der skulle ske en årlig monitorering af og opfølgning på aftalen. Regionerne skal enkeltvis redegøre for anvendelsen af midlerne. Satspuljeparterne orienteres én gang årligt om regionernes udbygning af kapaciteten og realisering af målsætningerne.

4.4 Udvikling i driftsudgifter på det psykiatriske område

Regionerne indberetter årligt deres regnskabstal for psykiatrien til Sundhedsdatastyrelsen. (De Tilrettede Driftsudgifter) og Økonomi- og Indenrigsministeriet (Regionernes særlige indberetninger).

De Tilrettede Driftsudgifter (DTD) er regionernes 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 indberetninger er baseret på regionernes regnskaber og udgør den officielle indberetning, og derfor anvendes denne opgørelsesmetode i nedenstående.

Regionernes nettodriftsudgifter til det psykiatriske sygehusvæsen er steget fra ca. 7,8 mia. kr. i 2010 til ca. 8,7 mia. kr. i 2017. Der har således været en samlet vækst på ca. 0,9 mia. kr., svarende til en gennemsnitlig årlig vækst i udgifterne på ca. 1,6 pct. i perioden fra 2010 til 2017, *jf. tabel 4.2*.

Tabel 4.2

Nettodriftsudgifter til psykiatrisk sygehusbehandling, regnskabstal, 2018-priser, mia. kr., 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	Vækst i perioden, pct.	Vækst i perioden p.a., pct.
Total	7,8	7,9	8,0	8,3	8,4	8,6	8,8	8,7	11,5	1,6

Anm.: Det bemærkes, at der fra 2016-2017 er et teknisk fald i udgifterne på ca. 168 mio. kr. som følge af omkontering i Region Hovedstaden, hvor Center for Ejendomme er flyttet ud af psykiatriens budget til det centralt placerede center. Opgørelsen er korrigeret herfor.

Kilde: Kilde: Regionernes særlige indberetninger

5. Introduktion til den regionale økonomiske styring af psykiatrien

Indeværende kapitel indeholder regionernes beskrivelse af den regionale *økonomiske* styring. For beskrivelse af den regionale *faglige* og *organisatoriske* styring, henvises til delafrapportering I.

5.1 Grundlæggende styringsredskaber

Den økonomiske styring af psykiatrien tager i alle regioner afsæt i økonomiske og styringsmæssige rammer, som udmøntes af regionsrådet. Det helt overordnede princip i regionernes styring af psykiatrien er mål- og rammestyring. Dette gør sig gældende for alle regioner på det stationære område og nogle regioner på det ambulante område.

Mål- og rammestyringen betyder, at den regionale psykiatri får en økonomisk ramme, som de skal holde sig inden for, og der fastsættes desuden mål og krav, som psykiatrien skal leve op til, herunder de nationale mål, patientrettigheder, aktivitetskrav, produktivitetskrav og kvalitetsmål for psykiatrien.

Rammestyringen betyder, at der i udgangspunktet ikke er økonomiske konsekvenser ved manglende overholdelse af de opsatte mål, men at de opstillede mål følges og indgår i den ledelsesmæssige dialog i de forskellige ledelseslag. Ved rammestyring er aktivitetskravene dog ofte knyttet sammen med budgettet i den forstand, at budgettet lægges efter den forventede aktivitet.

Alle regioner udarbejder psykiatriplaner, der sætter den politiske retning for arbejdet i psykiatrien i et flerårigt perspektiv. Psykiatriplanerne uddybes og konkretiseres i årsplaner og årlige driftsaftaler, som indgås mellem regionen og psykiatrisygehuse i hver region. Driftsaftalerne fastsætter rammerne for det kommende års økonomi og aktivitet, hvor der de seneste år er sket en udvikling i fokus ift. aktivitetsstyringen (mere herom under Historisk udvikling i den økonomiske styring).

Driftsaftalerne nedbrydes i aftaler mellem psykiatriledelsen og de forskellige afdelings- og sektorledelser. Psykiatriplanen og driftsaftalerne omfavner både de nationale krav og fokusområder, samt de regionale politiske fokusområder. I hver region defineres regionale og lokale strategibundne mål, som der bl.a. ved udvalgte indikatorer følges op på med faste intervaller på forskellige ledelsesmæssige niveauer i styringskæden. De konkrete indikatorer varierer mellem ledelsesniveauer, da der er behov for at følge op på

forskellige ting afhængig af, om det er kliniknært eller politisk regi. Alle regioner arbejder i denne forbindelse i stigende grad med datadrevet ledelse i form af fx opfølgning på mål og indikatorer, herunder i tilknytning til nationale mål, hvor data anvendes af ledere i organisationen til at styrke og kvalificere dialoger og beslutningsprocesser.

Siden 2014 har psykiatrien haft udrednings- og behandlingsret for børn, unge og voksne patienter. Det betyder, at patienter med psykiske lidelser har ret til hurtig udredning (inden for 30 dage), samt krav på tilbud om påbegyndt behandling inden for 30 dage fra udredningstidspunkt. Kan regionen ikke tilbyde behandlingen inden for tidsfristen, har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg. Disse patientrettigheder sidestiller således rettighederne for patienter med psykiske lidelser med patienter med somatiske lidelser.

I psykiatriudvalgte rapport fra 2013 blev det bl.a. påpeget, at der var variationer i kvaliteten af den psykiatriske behandling på tværs af landet. For at adressere dette har regionerne i 2013 indført 5 pakkeforløb i børn- og ungespsykiatrien og 12 pakkeforløb i voksenpsykiatrien på det ambulante område, fx. for diagnoserne depression, angst, skizofreni, spiseforstyrrelser mv.

Pakkeforløbene fastlægger overordnede behandlingsforløb med planlagte undersøgelser og behandlinger, men fordi der er stor forskel på patienter og deres behov, kan pakkeforløbene blive justeret, så de passer til den enkeltes behov. Der foregår i dag ikke en monitorering af pakkeforløbene på nationalt niveau, og det er således uvist, i hvilken grad pakkeforløbene anvendes i de fem regioner. Kapacitetsanalysen peger på, at pakkeforløbene ikke anvendes systematisk i alle regioner.

5.2 Historisk udvikling i den økonomiske styring

I flere år har økonomistyringen i psykiatrien været særligt fokuseret på at give incitament til at øge aktiviteten, så ventelisterne kunne reduceres, og udredningsretten kunne opfyldes. Parallelt har der været fokus på, at den ambulante kapacitet på de psykiatriske sygehuse udnyttes omkostningseffektivt. Siden 2017 er der imidlertid sket et skift væk fra det stærke aktivitetsfokus mod større fokus på værdi for patienten, dog med fortsat fokus på overholdelse af udredningsretten.

Fokus på aktivitet og implementering af udredningsretten frem til 2016

Som konsekvens af ønsket om at reducere ventelisterne, opfylde udredningsretten og øge omkostningseffektiviteten i udnyttelsen af den ambulante kapacitet, har der frem til og med 2016 været stærk fokus på aktivitetsstyring, særligt på det ambulante område.

Aktivitetsstyringen har haft to udformninger på tværs af regionerne. Enten har der været konkret afregning ift. den i driftsaftalen aftalte baseline, dvs. honorering ved meraktivitet og reduktion af budgettet ved mindre aktivitet (Region Syddanmark og Region Midtjylland).

Alternativt har man aftalt et aktivitetskrav uden direkte økonomiske konsekvenser ved mer- eller mindre aktivitet, dog med forskellige muligheder for løbende forhandling af

budgettilpasninger (Region Sjælland, Region Nordjylland, og delvist Region Hovedstaden). Uanset den konkrete model, har de fleste regioner til og med 2016 haft et årligt produktivitetskrav på ca. 2 pct. Fælles for alle regioner er, at der fra 2017 arbejdes på måder, hvor styringen kan gå fra at være knap så aktivitetsfokuseret til at fokusere på at gøre det, der skaber værdi for patienten.

Mere fokus på værdi for patienten (parallelt med overholdelse af udredningsretten) fra 2017

Fælles for alle regioner er, at der i 2017 er sket en bevægelse væk fra aktivitetsstyring over mod mål- og rammestyring. Mål- og rammestyringen betyder, at aktiviteten stadig kan indgå som et af de mål, som sygehuset eller afdelingerne skal leve op til, men at der ikke i udgangspunktet er økonomiske konsekvenser ved manglende overholdelse af de opsatte mål. Ved rammestyring er aktivitetskravene dog ofte knyttet sammen med budgettet i den forstand, at der på baggrund af budgettet fastlægges krav til aktiviteten.

Region Syddanmark har som den eneste region valgt at fastholde aktivitetsafregning for ambulant behandling, men har samtidig igangsat forsøg med en ny styringsmodel med rammestyring og populationsansvar på udvalgte afdelinger.

Fælles for alle regioner er et større fokus på at skabe værdi for patienten. Styringen går således i retning af rammestyring, både på det stationære og det ambulante område, for at sikre grundlag for at kunne arbejde mere værdibaseret.

Udvikling mod værdi for patienten

Fælles for alle regioner er, at der fra 2018 arbejdes på måder, hvor styringen kan gå fra at være knap så aktivitetsfokuseret til at fokusere på at gøre det, der skaber værdi for patienten. Den generelle tendens er, at den økonomiske styring går i retning af rammestyring både på det stationære og det ambulante område.

Det gennemgående princip i værdibaseret styring er, at det er effekten for patienten set i forholdet til omkostningerne, der styres efter. Det handler om at holde fokus på de resultater, der har værdi for patienten (både de kliniske og patientoplevede) og om at fremme effektive arbejdsmetoder med et minimum af spild og mest sundhed for patienterne. Øget fokus på effekt af behandlingen og værdi for patienten er samtidig indlejret i de nationale mål.

Boks 5.1

Mere værdi for patienten – Region Hovedstadens Psykiatri delprojekt for angst og depression i Projekt Værdibaseret Styring

I et værdibaseret sundhedsvæsen er fokus på at opnå de bedst mulige patientnære resultater til de lavest mulige omkostninger. I delprojektet for angst og depression har læger, patienter og eksperter identificeret relevante effektmål, der stiller skarpt på, hvilken effekt patienten har af et samlet behandlingsforløb.

De udvalgte effektmål skal understøttes med data, hvoraf nogle data kommer fra eksisterende kliniske databaser og registreringssystemer, mens andre oplysninger er baseret på, at man spørger patienterne direkte – PRO. Den effekt, patienten opnår, vil blive dokumenteret, og der illustreres en sammenhæng mellem resultaterne for patienten og omkostninger forbundet hertil. Indsigten i patientens resultater skal anvendes til langsigtet kvalitetsudvikling, styring og planlægningsopgaver samt til at optimere det samlede patientforløb i dialog med kommuner og praktiserende læger.

Angst- og depression



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Symptombyrde
- ❖ Remission
- ❖ Bivirkninger (af både medicin og terapi)
- ❖ Social funktionsevne
- ❖ Livskvalitet
- ❖ Personlig recovery
- ❖ Tilbagekomst af lidelse (muligt tilvalg)



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:

- Har jeg følt mig aktiv og energisk?
- Har du følt:
 - At du pludselig er bange uden grund?
 - En følelse af at alting er anstrengende?

I 2017 er analyseværktøjet blevet testet på flere centre og forventes udbredt på alle centre i Region Hovedstadens Psykiatri i løbet af 2018. Der vil som en del af projektet foregå en afklaring af muligheder for casemix-justering inden for de informationer, der er tilgængelige i behandlingssystemet, således at resultaterne ikke påvirkes af særlige forhold ved patientpopulationen på tværs af regioner og sygehuse.

Psykiatrien indgår aktuelt i et tværregionalt pilotprojekt omkring værdibaseret styring. Dette projekt har til formål at udvikle styringsindikatorer, som både kan bruges i det kliniske arbejde men også i styringsøjemed. I dette pilotprojekt er udviklet effektmål herunder patientrapporteret effektmål inden for sygdomsområderne angst og depression, jf. boks 5.1.

5.3 Nuværende økonomiske styring i regionerne

Region Nordjylland

Region Nordjylland er **mål- og rammestyret** både i den stationære og ambulante psykiatri. Psykiatrien tildeles et rammebudget med udgangspunkt i seneste års budget og tillagt merbevillinger og fratrullet evt. besparelseskrav. Der har tidligere været indlagt et krav om 2 pct. produktivitetsstigning i budgetlægningen, men dette er afskaffet fra 2018.

Aktivitetsmål fastsættes med udgangspunkt i det økonomiske rammebudget, og regionen opstiller **aktivitetsmål**, fx i form af mål for antallet af ambulante besøg og ydelser uden besøg, som behandlingsenhederne skal gennemføre. Samtidig stiller regionen en række **krav til udvikling i proces og udvalgte kvalitetsstandarder, fx fra kvalitetsdatabaserne**. Der er dog ikke økonomiske konsekvenser ved manglende overholdelse af aktivitets- eller kvalitetsmålene.

Region Midtjylland

I Region Midtjylland havde man tidligere en økonomistyringsmodel, hvor der på det ambulante område var aktivitetsfinansiering via meraktivitetspuljer, hvor afdelinger kunne søge ekstra midler ved at øge aktiviteten, samt budgetreduktion ved mindre aktivitet. Fra 2017 er denne model afskaffet med henblik på at øge fokus på den rigtige indsats frem for mere aktivitet. Regionen har nu **mål- og rammestyling** både i den stationære og ambulante psykiatri. Psykiatrien tildeles et rammebudget med udgangspunkt i seneste års budget og tillagt merbevillinger og fratrullet evt. besparelseskrav. Der har tidligere været indlagt et krav om 2 pct. produktivitetsstigning i budgetlægningen, men dette er afskaffet fra 2017.

Der opstilles fortsat **aktivitetsmål** for afdelingerne, fx antal besøg og 90 pct. belægning, samt **kvalitetsmål**. Der er ingen økonomiske konsekvenser ved manglende overholdelse, men eventuelle udfordringer vil indgå som en del af den ledelsesmæssige dialog. Derudover er der afsat en **pulje til håndtering af pres på udrednings- og behandlingsgarantien**, som kan søges af afdelinger, der kan påvise, at presset skyldes behov for ekstra kapacitet.

Region Syddanmark

I Region Syddanmark anvendes **mål- og rammestyling** på det stationære område, mens det ambulante område fortsat er **aktivitetsfinansieret** med undtagelse af forsøg med rammestyling og populationsansvar på enkelte afdelinger.

På det stationære område tildeles et rammebudget med udgangspunkt i seneste års budget og tillagt merbevillinger og fratrullet evt. besparelseskrav. Dertil kobles mål om overholdelse af udrednings- og behandlingsgarantien samt kvalitetsmål.

På det ambulante område (med undtagelse af fritagne afdelinger) nedbrydes aktivitetskrav på de enkelte ambulatorier og afsnit, og der er direkte afregning ved mer- eller

mindre aktivitet. Afregningen sker på baggrund af 55 pct. af DAGS-taksten¹. Endvidere afregnes afdelingerne for hurtig udredning inden for 30 dage for henvisningsdato, opnået målet afregnes med 40 procent af DAGS-taksten. Alle ambulante afdelinger (med undtagelse af fritagne afdelinger) underlægges et årligt produktivitetskrav på 2 pct., som kan imødekommes ved, at afdelingen enten leverer 2 pct. mere aktivitet med samme ressourcegrundlag eller tilpasser ressourcegrundlaget til en lavere aktivitet.

Region Sjælland

Aktivitetsstyringen i psykiatrien i Region Sjælland er tidligere blevet praktiseret ved, at der årligt blev fastsat et aktivitetsbudget, hvor der, i forbindelse med de løbende opfølgninger på aktivitetsudviklingen, var indlagt en mulighed for at omregne den manglende aktivitet til en budgetreduktion. Forventet meraktivitet kunne som udgangspunkt ikke tilsvarende omregnes til en budgetudvidelse.

Regionen er nu gået over til **mål-og rammestyling** både i den ambulante og stationære psykiatri. Sygehusenes resultater bliver målt på opfyldelse af **kvalitets-og servicemål** og ikke på antallet af ydelser. Aktivitetsudviklingen følges fortsat, men regionens incitamentsmodel knyttes an til opfyldelse af udrednings- og behandlingsretten samt enkelte øvrige mål. Det ændrede fokus betyder ligeledes, at der – i modsætning til tidligere år – ikke siden 2017 er udmøntet konkrete produktivitetskrav over for sygehusene.

Region Hovedstaden

Region Hovedstaden er **mål- og rammestyret** både i den stationære og ambulante psykiatri. I perioden 2014-16 havde regionen aktivitetsfinansiering på det ambulante område via den såkaldte ”2-3-4-model”, hvor der var fastsat en norm for den gennemsnitlige aktivitet pr. medarbejder pr. arbejdsdag.

Normen tog udgangspunkt i ambulatorietypen og kunne således variere fra 2 til 4 besøg pr. dag. Derudover var der fastsat normer for antal ydelser uden besøg pr. dag i gennemsnit. Der var ikke direkte økonomiske konsekvenser ved manglende overholdelse af normerne, men det tildelte rammebudget var afhængigt af aktivitetsniveau ift. opstillede normer.

Regionen opstiller fortsat **aktivitetsmål**, som der følges op på, ligesom med andre **konkrete driftsmål**. Der er dog ingen økonomisk konsekvens koblet hertil. Endvidere arbejder regionen med god kapacitetsudnyttelse vha. ugeplaner, som fastsætter, hvor meget tid, der afsættes til patientkontakt og andre væsentlige opgaver i den ambulante psykiatri.

Regionen arbejder endvidere med udvikling af effektmåling inden for områderne angst og depression i forbindelse med arbejdet med **værdibaseret styring** i psykiatrien.

¹ Anvendes til beregning af ambulante patienter. Afregnes pr. besøg og afspejler de beregnede, direkte udgifter til behandling.

6. Resultater fra analyse af kapacitetsanvendelsen i psykiatrien

KPMG og Struensee & Co. har i perioden januar – april 2018 foretaget en analyse af kapacitetsanvendelsen i den regionale psykiatri. Formålet med analysen har været at analysere, om ressourcerne anvendes på de rigtige patienter, om opgavefordelingen og vagtplanlægningen er hensigtsmæssig, samt om personaleressourcerne bliver anvendt effektivt.

Analysen dækker både det stationære og ambulante område i regionerne for voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien, men afgrænser sig fra at se på regionsfunktionsniveauet og det højt specialiserede psykiatriske område. Analysen ser på, hvordan ressourcerne anvendes på de enkelte afsnit, men afgrænser sig fra at se på, hvordan ressourcerne anvendes på støttefunktioner, som fx. økonomi og HR.

Analysen har belyst den regionale psykiatris vurdering af snitflader og samarbejde med primærsektor, bl.a. almen praksis og kommunerne. Det er ikke undersøgt, hvordan snitflader og samarbejde opleves set fra primærsektorens perspektiv, eller hvad den tilgængelige kapacitet her er.

I indeværende kapitel præsenteres centrale resultater fra analysen. Det fulde ledelsesresumé er vedlagt som bilag.

6.1 Metodegrundlag

Analyserne er hovedsageligt baseret på et casestudie af to børne- og ungdomsafdelinger inkl. underliggende afsnit, tre voksenafdelinger inkl. underliggende afsnit, fire centrale og en decentral visitationsenhed samt fem akutmodtagelser.

Caseafdelingerne er inden for en række afgrænsningskriterier udvalgt for at undgå, at de valgte afdelinger skulle medføre en systematisk bias ift. performance. Hvor det var muligt, er analyserne suppleret med dataanalyser for alle afdelinger i den regionale psykiatri.

Casestudie-tilgangen er valgt, da analysens fokus har krævet et dybdegående kendskab til, hvordan arbejdet er tilrettelagt og gennemføres på de enkelte afsnit. Casestudiet anvendes således, at de tre caseafdelinger på voksenområdet sammenlignes med hinanden, og de to caseafdelinger på børne- og ungdomsområdet sammenlignes med hinanden.

Derudover er det alene ambulante afsnit, der sammenlignes med hinanden, og stationære afsnit, der sammenlignes med hinanden.

Styrken ved casestudie-tilgangen er bl.a., at der kan opnås et detaljeret og mere dybdegående kendskab til arbejdsmetoder og praksisser på de udvalgte caseafdelinger. Det giver mulighed for mere nøjagtigt at analysere de udvalgte afdelingers kapacitetsudnyttelse, og der kan opnås et mere detaljeret kendskab til de enkelte afsnit og deres særforhold. Dette er afgørende fx i forhold til at tage højde for forskellige rammevilkår eller andre aspekter, der vil påvirke sammenligneligheden. Svagheden ved casestudie-tilgangen er primært, at evnen til at generalisere på tværs af psykiatrien svækkes, da analysen alene har undersøgt fem caseafdelinger ud af 44 almene psykiatriske afdelinger.

Analyserne af caseafdelingerne er baseret på i) indsamling af ny data fra caseafdelingerne ii) indhentning af eksisterende data, både lokalt fra caseafdelingerne og på regionalt niveau bredt for psykiatrien samt iii) data fra Sundhedsdatastyrelsen.

For caseafdelingerne er der foretaget patientinventering, tidsregistrering, observationsstudier, interviews samt workshops og valideringsmøder. Det skal i den forbindelse bemærkes, at patientinventeringsdata er indsamlet på enkelte og tilfældigt udvalgte dage og derfor udgør et øjebliksbillede, der ikke nødvendigvis er repræsentativt for den samlede psykiatri. Der skal således tages forbehold for den usikkerhed, som den stikprøvebaserede tilgang medfører, samt at patientinventeringsdata er selvrapporteret af det kliniske personale på caseafdelingerne. Det skal ligeledes bemærkes, at indsamlingen af tidsregistreringsdata skete i en periode på 10 dage, og er således også en stikprøve, der svarer til ca. 5 pct. af de samlede arbejdsdage på et år. Stikprøven dækker i gennemsnit ca. 30 pct. af afdelingens vagter.

Analysen har ikke forholdt sig til kvalitetsniveauet på de undersøgte afdelinger. Det er derfor en forudsætning for analysen, at kvaliteten af opgavevaretagelsen er tilstrækkelig på de afdelinger, hvor der er fundet eksempler på gode arbejdsgange og praksisser, der leder til lavere omkostninger. I forlængelse heraf skal det påpeges, at konsulentanalysens fremhævelser af gode eksempler baseres på observationer på caseafdelingerne. Konsulenterne har ikke afdækket, hvorvidt der findes andre bedre løsninger eller initiativer.

Nedenstående gennemgang af analysens resultater skal ses i lyset af ovenstående metodegrundlag.

6.2 Overordnede resultater

Analysen har identificeret muligheder for optimeret kapacitetsudnyttelse inden for visitationspraksis, snitflader til og samarbejde med primærsektoren, samarbejde i og mellem stationære afsnit og ambulatorier, vagtplanlægningsprocessen, opgavefordeling mellem medarbejdergrupper, bemandingspraksis samt anvendelse og planlægning af arbejdstid.

Visitationspraksis til udredning og behandling i den regionale psykiatri

Analysen dækker over fire centrale **visitationer** (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland, Region Nordjylland) samt en decentral visitation (Region Syddanmark). Konkret er der foretaget patientinventering af seks visitationsenheder med i alt 409 patienter fra alle fem regioner, heraf 299 patienter i voksenpsykiatrien og 110 patienter i børne- og ungdomspsykiatrien.

Patientinventeringsanalysen peger på, at der er forskelle i visitationspraksis på tværs af regioner, herunder visitationsprocedurer og brug af målgruppebeskrivelser.

Analysen har ligeledes afdækket andelen af tilbagevisninger², som på patientinventeringsdagene varierede med 39 procentpoint på tværs af visitationsenhederne. I Region Syddanmark ses alle patienter, der er henvist, så der var ingen tilbagevisninger. I de øvrige regioner blev 17-39 procent af henvisningerne tilbagevist. Størstedelen af tilbagevisningerne på tværs af regioner kommer fra praktiserende læger, mens de resterende bl.a. kommer fra praktiserende psykiatere og akutmodtagelsen. Analysen indikerer, at der er en sammenhæng mellem visitationens samarbejde med primærsektoren og tilbagevisningsraten, således at visitationsenheder, som har tæt dialog og samarbejde med primærsektor, har lavere tilbagevisningsrate. Tilbagevisninger kan både være et udtryk for, at patienten ikke bør behandles i psykiatrien, men det kan også skyldes, at henvisningen er ufuldstændig. På patientinventeringsdagene blev der identificeret fejl eller mangler i ca. 14 pct. af de modtagne henvisninger i visitationsenhederne.

Der er ligeledes gennemført patientinventering af fem **akutmodtagelser** med i alt 65 patienter i alle fem regioner, heraf et intensivt sengeafsnit med modtagelsesfunktion i Region Nordjylland. Resultaterne fra patientinventeringsanalysen peger yderligere på variation i, hvordan akutmodtagelser anvendes ift. styringsansvar. I nogle regioner har akutmodtagelsen ansvar for at indlægge alle patienter og har således det samlede overblik og ansvar for belægning af sengeafsnit samt prioritering af patienter, eksempelvis Region Syddanmark. I andre regioner anvendes en model, hvor ambulatorierne selv kan indlægge patienter, og hvor elektive indlæggelser fylder mere.

Under patientinventeringen har de visitationsansvarlige i akutmodtagelserne desuden identificeret uhensigtsmæssigheder i visitationen af forskellig art i ca. 34 pct. af akutmodtagelsens visitationer, herunder fx at triagering ikke er foretaget. Årsager hertil omfatter bl.a. spildtid forbundet med forældede logistiksystemer, ressourcemangel, der fx kan resultere i unødigt ventetid (bl.a. mangel på tolk eller relevant personale), samt patienter, der er henvist forkert eller ikke skulle have været i akutmodtagelsen.

På baggrund af patientinventeringsanalysen ses et potentiale for et styrket samarbejde med primærsektor omkring henvisning og visitation.

² En tilbagevisning bruges i analysen som betegnelse på en henvisning, der sendes tilbage til den henvisende instans og således ikke bliver visiteret til psykiatrien. Region Nordjylland anvender betegnelsen "annullering" frem for tilbagevisning.

Patientforløb

Patientinventeringsmetoden er anvendt til at analysere de patienter, der er i kontakt med den ambulante og stationære psykiatri. Der bør tages forbehold for, at det i patientinventeringen er personalet i den regionale psykiatri, som har foretaget vurderingen af, om patienterne er på rette sted, og hvor de ellers mener, at patienten burde være. Derudover er det ikke undersøgt, hvordan snitflader og samarbejde opleves fra primærsektorens perspektiv, eller hvad den tilgængelige kapacitet her er.

For voksenpsykiatrien er der gennemført patientinventeringer på caseafdeling i Region Nordjylland, Syddanmark og Hovedstaden. Helt konkret er patientinventeringen baseret på 181 stationære patienter og 339 ambulante patienter i voksenpsykiatrien.

Analysen finder, at 35 ud af 181(19 pct.) af patienterne på det stationære område i voksenpsykiatrien er vurderet til ikke eller måske ikke at være på rette sted på patientinventeringsdagen. Tilsvarende vurderer personalet, at 55 ud af 339 ambulante patienter (17 pct.) ikke eller måske ikke at være på rette sted på patientinventeringsdagen. Det vil sige, at det kliniske personale har vurderet, at disse patienter potentielt kunne være helt eller delvist behandlet et andet sted på patientinventeringstidspunktet, enten en anden afdeling i psykiatrien, eller at patienten kunne være givet et andet passende tilbud fx i kommunen.

Desuden viser analysen, at ud af de i alt 19 pct., der er vurderet til ikke/måske ikke at være på rette sted i den stationære voksenpsykiatri, afventer 29 pct. et kommunalt tilbud. Dette inkluderer både færdigbehandlede patienter og patienter, hvor dialogen med kommunen er påbegyndt, men hvor patienten endnu ikke er noteret som færdigbehandlet. 9 pct. af patienterne er, på patientinventeringsdagen, vurderet af det kliniske personale til at kunne behandles kommunalt. Analysen viser samtidig, at, af de patienter der ikke eller måske ikke ligger i rette seng, er 20 procent retspsykiatriske patienter. De patienter afventer enten retten, en plads i kriminalforsorgen eller en ledig plads i retspsykiatrien.

Ud af de i alt 17 pct. af patienterne, der er vurderet til ikke/måske ikke at være på rette sted i den ambulante voksenpsykiatri, vurderes det, at 33 pct. kunne behandles kommunalt, mens 13 pct. afventer kommunalt tilbud.

Patientinventeringen peger desuden på, at der er stor variation i brugen af pakkeforløb eller specifikke behandlingsplaner for den enkelte patient i voksenpsykiatrien.

For børne- og ungdomspsykiatrien er der gennemført patientinventeringer på caseafdelinger i region Midtjylland og Sjælland. Patientinventeringen er baseret på 42 stationære patienter og 166 ambulante patienter i børne- og ungdomspsykiatrien på de to afdelinger. Patientinventeringen viste, at 7 ud af 42 (17 pct.) af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien er vurderet til ikke/måske ikke at være i rette seng på det stationære område. Tilsvarende ses 3 ud af 166 patienter (1,8 pct.), som ikke/måske ikke er på rette sted i den ambulante psykiatri. Årsagen til, at patienter ikke/måske ikke er på rette sted, omfatter, at patienten kunne være behandlet i kommunalt regi, almen praksis eller i styrket ambulant behandling samt hos praktiserende psykolog, givet at disse tilbud var tilgængelige og iværksatte.

Kompensationstimer og vagtplanlægning

Analysen fokuserer på vagtplanlægningsprocessen og vagtplanlægningens implikationer for udbetaling af kompensationstimer. Kompensationstimer kan opdeles i to kategorier:

- **Mer- og overarbejdstimer** dækker over faktiske arbejdstimer ud over de ansattes normale arbejdstid, som fx merarbejde på fridage eller efter endt vagt. Merarbejde honoreres 1:1 og udgør ikke ekstrahonorering.
- **Honorering for gene** dækker over en ekstrahonorering for over- og merarbejde, hvor der ikke er ydet faktiske arbejdstimer, men som medarbejderen modtager, fordi der pålægges en gene, fx i form af en mistet fridag, eller fordi medarbejderen indkaldes med kort varsel.

Vagtplanlægning i psykiatrien foregår i dag decentralt på de enkelte afsnit og ofte ved brug af egenudviklede systemer. Vagtplanlægningsprocessen er en ressourcekrævende opgave, som typisk varetages af den ledende oversygeplejerske for alle med undtagelse af læger og psykologer, der typisk har eget vagtplanlægningssystem. Vagtplanlæggeren skal tilgodesøe ønsker, holde overblik over arbejdstidsregler – herunder opdateringer – og sikre, at medarbejdernes normerede antal timer overholdes.

Decentral vagtplanlægning kan øge risikoen for fejl i vagtplanlægningen, da kendskab til arbejdstidsregler og muligheder for udnyttelse er spredt på mange medarbejdere. Fordele kan bl.a. være den tætte kontakt med medarbejderen, der oplever, at deres ønsker bliver tilgodeset og hørt.

I alle organisationer med døgnbemanding og uforudset arbejdsbelastning vil der være behov for mer- og overarbejde for at kunne dække pludselige hændelser og uforudsete sygdomsmeldinger. Analysen har derfor ikke set på niveauet for mer- og overarbejde, som antages at være det samme i morgen, som det er i dag. I stedet har analysen alene haft fokus på honorering for gene. Genetillægget hænger tæt sammen med vagtplanlægning. Jo bedre en organisation er til at fordele arbejdstimer, planlægge med uforudsete hændelser samt anvende arbejdstidsaftaler optimalt, desto mindre gene for medarbejderen og desto lavere udbetaling af honorering for gene. Analysen har derfor set på, om niveauet for honorering for gene kan nedbringes ved at optimere vagtplanlægningen.

Der er alene analyseret på vagtplanlægning på de stationære afsnit, da der ikke er planlægningsmæssige udfordringer forbundet med vagtplanlægningen på ambulante afsnit, der følger normale arbejdsuger.

Løndata fra regionerne viser, at der er forskel i udbetalingen af både mer-/overarbejdstimer og honorering for gene pr. medarbejder mellem afdelingerne og regionerne. Der er ikke en direkte sammenhæng mellem brugen af mer-/overarbejdstimer og honorering for gene.

Analyse af data for forbrug af vikarer og sygefravær samt lønkroner fra caseafdelingerne viser yderligere, at der ikke er en sammenhæng mellem brug af vikarer og for-

skelle i udbetaling af honorering for gene. Der ses dog en svag sammenhæng mellem niveau for honorering af gene og niveau for sygefravær og/eller type af afsnit (lukkede vs. åben) for de steder, hvor data har været tilgængeligt.

På baggrund af interviews med vagtplanlæggere for plejepersonale og læger på caseafdelinger er der identificeret en række forhold, som vurderes at påvirke unødige compensationstimer. Der er generelt ikke identificeret eksempler på et overordnet koncept for vagtplanlægning på afsnits- eller afdelingsniveau, og der er således set forskelligartede standarder for deadlines ift. møder, vagtønsker ol., samt grad og brug af ledelsesgodkendelse og kriterier for overarbejde. Yderligere viser de gennemførte interviews samt gennemgang af systemerne anvendt i stationære afdelinger i fire ud af fem regioner, at vagtplanlægningssystemerne ikke understøtter information omkring omkostninger forbundet med givne tilkald, vagtbyt eller lignende. Der er yderligere ikke mulighed for understøttelse af datadrevet vagtplanlægning forbundet med fx sygefravær, og der er begrænset kapacitetsudjævning på tværs af afsnit i tilfælde af sygdom.

Medarbejdersammensætning og opgavefordeling

Analysen har set på medarbejdersammensætning og opgavefordeling i de fem caseafdelinger fordelt på de fem regioner. Formålet med analysen er at undersøge, om der er forskelle i, hvilke medarbejdere der løser hvilke opgaver, og om der i den forbindelse er mulighed for intern læring mellem regioner ift. at få opgaverne løst mest omkostnings-effektivt.

Baseret på spørgeskema til caseafdelingerne, interviews og observationer er der på hhv. det stationære og ambulante område i voksenpsykiatrien kortlagt forskelle i, hvilke medarbejdergrupper der varetager opgaven inden for en række opgavetyper. Eksempelvis ses der forskel i opgavefordeling på tværs af ambulatorier på voksenområdet ift. udarbejdelse af behandlingsplan. På caseafdelingen i Nordjylland varetages opgaven af læger, men det i Syddanmark varetages af både læger, psykologer og sygeplejersker. I Hovedstaden varetages opgaven af læger, psykologer, sygeplejersker, SOSU'er og socialrådgivere.

For en række opgaver er det i flere interviews tilkendegivet, at opgaven i højere grad end i dag kunne udarbejdes af sygeplejersken frem for lægen. Det gælder fx udarbejdelse af behandlingsplan, individuel terapi, psykoedukation, udfyldelse af recepter, udarbejdelse af epikriser m.fl.

For en række opgaver er det i flere interviews tilkendegivet, at opgaven i højere grad end i dag kunne udarbejdes af psykologen frem for lægen. Det gælder fx afklarende samtaler, diagnostisk test m.fl.

For at kunne vurdere et muligt potentiale i forhold til opgaveflytning mellem personalegrupper er de faktiske realiserede gennemsnitslønninger pr. medarbejdergruppe (eksklusiv compensationstimer) kortlagt. Analysen viser, at omkostningerne til læger i gen-

nemsnit er højere end til psykologerne og højere end øvrige behandlergruppe (fx sygeplejerske). For øvrige behandlere viser tallene, at omkostningerne til sygeplejersker, pædagoger, SOSU'er og socialrådgivere ligger tilnærmelsesvis ens.

Det er ikke vurderet, om der er de rette rekrutteringsmæssige forudsætninger til rådighed til at sikre den nævnte opgaveglidning.

Bemanding og patientbelastning

Analysen af bemanding og patientbelastning har fokus på eventuelle forskelle i bemanding på de psykiatriske afdelinger, når der tages højde for forskelle i patientbelastning. Området er søgt belyst ved at se på, om der er forskelle i den måde bemandingsbehovet vurderes på, og om der er indikationer på forskelle i aktivitetsniveauet pr. medarbejder og fremmødeprofiler på de enkelte afdelinger, som ikke kan forklares ved forskelle i patientbelastning.

På baggrund af interviews med økonomi- og planlægningsansvarlige i regionerne og afdelingsledelsen i caseafdelinger ses det, at metoden for vurderingen af bemandingsbehovet for de psykiatriske afdelinger i en vis grad er forskellig. Den hyppigst anvendte metode er, at lønrammen for afdelingerne baseres på antallet af senge på afdelingen, der primært er historisk bestemt, samt historisk forbrug på det ambulante område.

På afdelingsniveau udarbejdes fremmødeprofiler for hvert afsnit, der tager afsæt i den regionalt givne budgetramme samt afdelingsledelsens vurdering af bemandingsbehovet. Analysen viser, at der er variation i, hvilke kriterier afdelingsledelsen anvender som grundlag for at vurdere bemandingsbehovet. På nogle afdelinger anvendes historisk fastsatte bemandingsnormer pr. seng på det stationære område, og herefter anvendes resterende budget på ambulatorierne. Andre steder bemandes på baggrund af præsterede ydelser, henvisningstal, opgavegrundlag mv., der kombineres i en samlet bemandingsvurdering. Disse forskelle understøttes af, at der i en analyse af patientbelastning og aktivitet pr. medarbejder er identificeret forskelle på tværs af caseafdelinger. Patientbelastning og aktivitet er her målt som antal sengedage og udskrivninger pr. behandler for det stationære område samt antal besøg på det ambulante område. Forskelle i aktivitet pr. medarbejder kan på baggrund af analysen ikke alene tilskrives forskelle i bemanding, da en række andre faktorer såsom forskelle i arbejdsgange og ydelsesopgørelser, samt fysiske rammer også vil påvirke aktiviteten pr. medarbejder.

Anvendelse og planlægning af arbejdstid

Analysen har undersøgt anvendelse og planlægning af arbejdstid for hhv. de stationære afsnit og ambulatorier på de udvalgte caseafdelinger inden for voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. Fokus har været på, hvorvidt kapacitetsudnyttelsen vil kunne optimeres til gavn for patienterne.

Analysen har overordnet set på tre typer af opgaver. Opgaver med direkte patientkontakt, andre patientrelaterede opgaver og ikke-patientrelaterede opgaver, *jf. boks 6.1*. Alle grupper af opgaver er nødvendige for at kunne behandle patienten.

Boks 6.1

Kategorier i tidssurvey

Direkte patientkontakt: Dækker bl.a. over patientsamtaler, netværksmøder, terapi og øvrig undersøgelse/behandling.

Andre patientrelaterede opgaver: Dækker bl.a. over patientrelateret mødeaktivitet, udarbejdelse af handleplaner, indhentning af oplysninger fra kommunerne, journalskrivning og registrering, forberedelse, koordination med primærsektor og øvrige parter, kontrol af EKG, patientbooking.

Ikke-patientrelaterede opgaver: Dækker bl.a. over interne møder, pauser, supervision, uddannelse, øvrige og administrative opgaver.

Det stationære område

Tidsregistreringssurveys på de stationære caseafdelinger i voksenpsykiatrien viser, at direkte patientkontakt udgør 23-28 pct. af lægernes, 13-19 pct. af psykologernes og 50-56 pct. af miljøpersonalets (sygeplejersker og SOSU'er) tidsanvendelse på tværs af hele døgnet. Det bemærkes, at datagrundlaget for psykologer er begrænset. På de stationære caseafdelinger i børne- og ungdomspsykiatrien ses det, at direkte patientkontakt udgør 16-20 pct. af lægernes, 17-26 pct. af psykologernes og ca. 57 pct. af miljøpersonalets tidsanvendelse på tværs af hele døgnet.

Forskellen i andelen af direkte patientkontakt mellem behandlerpersonale og miljøpersonale skyldes bl.a., at miljøpersonale har den primære kontakt til patienten, mens lægen typisk alene er med ved indlæggelse, udskrivelse og enkelte opfølgende samtaler med patienten undervejs.

For både miljøpersonalet og behandlerpersonalet anvendes den øvrige tid i vid udstrækning til journalskrivning og registrering, konferencer, patientgennemgang, interne møder og planlægning samt øvrige administrative opgaver.

Observationer peger på, at der er forskellig praksis, ift. hvor omfangsrigt der journaliseres, og dermed hvor lang tid opgaven tager. Observationer og interview peger også på, at flere registreringsskemaer opleves som værende ikke-relevante for psykiatrien, men mere rettet mod somatikken og/eller gentagende ift. data, der kan hentes fra systemerne. Ift. patientgennemgang ses varierende arbejdstilrettelæggelse.

Yderligere fremgår det af observationer, at der på nogle afdelinger foretages patientgennemgang flere gange dagligt og af alle patienter, mens andre afdelinger har forkortet processen til en gang om dagen og kun for udvalgte patienter, hvilket reducerer tid på patientgennemgang mærkbart.

Det ambulante område

Analysen af tidsforbrug på caseafdelingerne i voksenpsykiatrien på det ambulante område viser, at direkte patientkontakt udgør 18-32 pct. af lægernes, 20-31 pct. af psykologernes og 22-25 pct. af andre behandleres tidsanvendelse. Den øvrige tid går i vid udstrækning til journalskrivning og registrering, konferencer, patientgennemgang og planlægning samt øvrige administrative opgaver. På caseafdelingerne i børne- og ungdomspsykiatrien ses det, at direkte patientkontakt udgør 17-21 pct. af lægernes, 22-26 pct. af psykologernes og 21-25 pct. af andre behandleres tidsanvendelse.

Der er identificeret variation i tiden anvendt på andre patientrelaterede opgaver og ikke-patientrelaterede opgaver mellem afdelingerne, herunder tidsforbrug på bl.a. journalskrivning, patientbooking og konferencer.

På baggrund af dataudtræk, tidsregistreringssurveys, observationer og interviews ses det, at behandlerne ofte selv planlægger patientbesøgene på caseafdelingerne både i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. Analyser viser, at der er variation i, hvor lang tid der afsættes til patientbesøg på tværs af caseafdelinger. Yderligere er der variation i, hvordan besøgene planlægges hen over dagen, og det observeres, at variationen både kan skyldes eksterne faktorer, som fx bustider, samt interne faktorer, som fx konferencer, medarbejderønsker til tilrettelæggelse af arbejdsdag. Endeligt observeres det, at der inden for caseafdelingerne er variation i antal besøg hen over ugens dage samt hen over året. Det observeres, at variationen hen over året både kan skyldes patientflow samt planlægningen af besøgene.

Baseret på dataudtræk, observationer samt interviews ses det, at nogle patientbesøg ikke afholdes grundet udeblivelser og aflysninger. 6-10 pct. af de planlagte besøg i caseafdelingerne i voksenpsykiatrien afholdes ikke pga. udeblivelser, mens 8-10 pct. ikke afholdes pga. aflysninger. I én af caseafdelingerne i børne- og ungdomspsykiatrien, er der tale om 7 pct. udeblivelser og 10 pct. aflysninger. Det observeres, at udeblivelser og aflysninger bidrager til ekstra arbejde og spildtid i ambulatorierne, og at der er igangsat en række initiativer på tværs af regionerne såsom påmindelser pr. SMS og telefon samt fast praksis i tilfælde af udeblivelser. Alle initiativer er imidlertid ikke udbredte.

7. anbefalinger

Indeværende kapitel består af arbejdsgruppens anbefalinger. Først præsenteres anbefalinger på baggrund af registeranalyserne. Herefter følger et afsnit med anbefalinger på baggrund af kapacitetsanalysen, hvorefter anbefalinger om mere viden om omkostninger for behandlingsforløb samt justering af færdigbehandlingstaksten i psykiatrien præsenteres.

7.1 Anbefalinger på baggrund af registeranalyser

Registeranalyserne, som blev opsummeret i kapitel 2, understøtter i høj grad flere af de anbefalinger, som blev udledt i delafrapportering I, *jf. boks 7.1*.

Boks 7.1

Delafrapportering I: 15 anbefalinger vedr. faglig og organisatorisk styring samt bedre brug af data

1. De nationale mål for sundhedsvæsenet skal udvikles med fokus på psykiatrien
2. Styregruppen for lærings- og kvalitetsteams skal løbende overveje, hvorvidt der skal udvikles sådanne teams på psykiatriområdet
3. Anvendelsen af eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser for mennesker med psykiske lidelser skal revideres og opdateres
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 hermed.
5. Sundhedsindsatserne for børn og unge, der mistrives mentalt, skal styrkes
6. Integrerede samarbejdsmodeller skal afprøves og udbredes for at understøtte sammenhængende borgerforløb på psykiatriområdet
7. Overgangen fra børne- og ungespsykiatrien til voksenpsykiatrien skal styrkes og i højere grad tage højde for individuelle forskelle i behandlingsbehov
8. Monitoreringen af de regionale pakke-forløb i psykiatrien skal styrkes
9. Almen praksis bør styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel
10. En revidering af specialuddannelse af psykologer og specialuddannelse af sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje skal overvejes
11. Bedre nationale data på sengepladser i psykiatrien
12. National opgørelse af udgifterne i psykiatrien
13. Oprettelse af en national opgørelse af personale i den regionale psykiatri
14. Mere viden om sammenhæng mellem regional og kommunal indsats
15. Anvendelse af data på tværs af sektorer vedr. mennesker med psykiske lidelser skal styrkes

Eksempelvis viser en af analyserne, at der er overlap mellem modtagere af indsatser i serviceloven og patienter i sygehuspsykiatrien. Dette stiller krav til bedre samarbejde og koordinering på tværs af sektorer og understøtter derfor flere af anbefalingerne, som blev udledt i delafrapportering I, herunder om udarbejdelse af faglige anbefalinger for de sundhedsfaglige indsatser, der udføres i socialpsykiatrisk regi og regionernes rolle hermed (anbefaling 4), udarbejdelse af integrerede samarbejdsmodeller (anbefaling 6)

og mere viden om sammenhæng mellem den regionale og kommunale indsats (anbefaling 14).

Yderligere fremgår det af analyserne, at en psykisk diagnose blandt børn og unge er forbundet med en større udsathed og større behov for specialundervisning i skolen sammenlignet med børn og unge generelt, hvilket kan have konsekvenser for deres fremtidige muligheder. Dette understreger vigtigheden af en tidlig og effektiv indsats, bl.a. i form af styrkede sundhedsindsatser for børn og unge, der mistrives mentalt jf. anbefaling 5.

På baggrund af registeranalyserne i kapitel 2, er parterne enige om én supplerende anbefaling.

1. Mere målrettede indsatser for borgere med svære psykiske lidelser

Mange borgere med psykiske lidelser modtager behandling og indsatser fra flere sektorer. Det stiller store krav til koordination og samarbejde mellem sektorer at lave sammenhængende forløb for denne gruppe af borgere. Af analysen *Overlap mellem modtagere af indsatser efter serviceloven og patienter i sygehuspsykiatri* fremgår det, at 20 procent af de psykiatriske patienter, som modtager behandling i hospitalspsykiatrien, også modtager kommunale indsatser efter serviceloven. Samtidigt viser analysen *Patienterne med de højeste behandlingsudgifter*, at de dyreste patienter ofte har længerevarende behandlingsforløb, og at de har et større forbrug i det somatiske sygehusvæsen samtidigt med, at de også har flere kontakter hos den alment praktiserende læge. Der skal skabes mere målrettede indsatser for borgere med svære psykiske lidelser.

Det betyder konkret, at:

- Det skal gøres lettere at dele og anvende information på tværs af sektorer om denne gruppe af særligt udsatte borgere med psykiske lidelser mhp. at understøtte den generelle behandlingsindsats og planlægning inden for sundhedsområdet samt til statistiske formål på tværs af sektorområder, og der bør kontinuerligt være fokus på at styrke det eksisterende datagrundlag. Det skal ske med hensyntagen til relevant lovgivning som fx sundhedsloven, databeskyttelsesloven (kom-mende), retssikkerhedsloven og serviceloven.

Eventuelle lovgivningsmæssige barrierer for mere sammenhængende forløb for de patienter, som går på tværs af hospitalspsykiatrien og de kommunale indsatser på sundhedsområdet, afdækkes i regi af det aftalte arbejde fra *Aftale om regionernes økonomi 2018*, om fælles afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb.

7.2 Anbefalinger på baggrund af kapacitetsanalysen

Med udgangspunkt i resultaterne fra kapacitetsanalysen udarbejdet af KPMG og Struensee & Co. er staten, Danske Regioner og KL enige om [7] anbefalinger, som beskrives nedenfor. Disse anbefalinger er rettet mod regionerne, men det videre arbejde med nogle af dem vil involvere samarbejde med andre sektorer, herunder almen praksis og kommunerne. Rapportens samlede løftestænger fremgår af det vedlagte ledelsesresumé.

Det bemærkes, at analysen har belyst den regionale psykiatris vurdering af snitflader og samarbejde med primærsektor, men det er ikke undersøgt, hvordan snitflader og samarbejde opleves fra primærsektorens perspektiv, eller hvad den tilgængelige kapacitet her er.

Analysen har ikke forholdt sig til kvalitetsniveauet på de undersøgte afdelinger. Det er derfor en forudsætning for analyserne, at kvaliteten af opgavevaretagelsen er tilstrækkelig på de afdelinger, hvor der er fundet eksempler på arbejdsgange og praksisser, der leder til lavere omkostninger.

I forlængelse heraf skal det påpeges, at konsulentanalysens fremhævelser af gode eksempler, baseres på observationer på caseafdelingerne. Konsulenterne har ikke afdækket, hvorvidt der findes andre bedre løsninger eller initiativer. For yderligere forbehold ift. analysemetoden henvises i øvrigt til afsnit 6.1 om metode.

2. Bedre dialog med primærsektoren omkring henvisningspraksis

I analysen er det identificeret, at 14 pct. af henvisningerne fra primærsektoren på de besøgte caseafdelinger manglede information³, ligesom visitationsenhederne beretter om forsinkelser og udfordringer i forbindelse med at etablere kontakt til praktiserende læger og flaskehalse i forbindelse med store mængder henvisninger fra PPR. Analysen viser, at der er behov for at skabe bedre dialog mellem den regionale psykiatri og primærsektoren ift. henvisningspraksis for at sikre, at der er viden om, hvilke patienter der er psykiatriens målgruppe og kriterierne for en god henvisning.

På den baggrund anbefales det, at:

- Regionerne styrker arbejdet med systematisk med at identificere ufuldstændige henvisninger og samarbejder med primærsektoren om at kvalificere disse.

Analysen har vist, at gode eksempler på konkrete initiativer fx kunne indebære mere systematisk dialog og samarbejde med almen praksis og kommunerne i regionale fora og evt. audits, samt systematisk identifikation af ufuldstændige henvisninger.

3. Klarere kriterier for henvisning og visitation

Analysen viser, at der er behov for mere klarhed i kriterierne for, at en patient er akut og skal igennem akutmodtagelsen eller er subakut og skal igennem visitation.

På den baggrund anbefales det, at:

- Regionerne arbejder med at sikre klarhed i kriterier for henvisnings- og visitationspraksis.

³ I de udvalgte visitationsenheder på de dage, hvor der er foretaget patientinventering.

4. Fokus på forbedret planlægning og koordinering af udskrivningsforløb

Analysen har vist, at ca. 19 pct. af de stationære patienter på de besøgte voksenpsykiatriske caseafdelinger, efter det kliniske personales vurdering på tidspunktet for undersøgelsen er vurderet til ikke eller måske ikke at være på rette sted. Heraf ventede knap en tredjedel på et kommunalt tilbud⁴. På børne- og ungdomsafdelingerne var der 7 ud af 42 patienter (17 pct.), som på patient-inventeringsdagen vurderedes til ikke/måske ikke at være i rette seng.

Analysen peger på, at bedre planlægning og koordinering med kommuner og almen praksis i forbindelse med udskrivningsforløb kan bidrage til, at nogle patienter kan forkorte deres indlæggelse eller forebygge genindlæggelse.

På denne baggrund anbefales det, at:

- Regionerne styrker og fremrykker planlægning og koordinering med primærsektoren i forbindelse med udskrivningsforløb med henblik på at sikre bedre forløb omkring udskrivning.

Det bør undersøges nærmere, hvad der karakteriserer de borgere, som psykiatrien vurderer eventuelt kunne være et andet sted med henblik på håndtering af de psykiatriske patienter, der er klar til udskrivning, eller hvor indlæggelsen kunne være forebygget.

Konkrete initiativer ift. samarbejde omkring udskrivelse kunne fx indebære, at patienter får en udskrivelsesdato tidligt i forløbet, og at der udarbejdes klarere retningslinjer for, hvornår der skal påbegyndes dialog med kommunen forud for udskrivning. Derudover kan man arbejde med systematisk anvendelse af patient-brobygger forløb i forbindelse med udskrivning.

5. Fortsat fokus på overgange mellem stationære og ambulante forløb

Analysen har identificeret, at ca. 15 pct. af de patienter, som ikke eller måske ikke er i rette seng på de besøgte caseafdelinger på patientinventeringsdagene, ifølge det kliniske personale, kunne behandles i et ambulant forløb.

På den baggrund anbefales det, at:

- Der fortsat fokuseres på overgange og samspil mellem stationære og ambulante forløb i den regionale psykiatri, så patienter behandles ambulant, hvor det er fagligt muligt.

Analysen har vist, at gode eksempler på konkrete initiativer kunne være ugentlige mini-patientinventeringer og øget anvendelse af mobile teams i ambulatorierne.

⁴ Herunder tæller både patienter, som er noteret som færdigbehandlede samt patienter, hvor dialogen omkring udskrivning er påbegyndt med kommunen.

6. Styrket ledelsesfokus og systemunderstøttelse omkring vagtplanlægning og bemanning

Analysen har vist, at der er behov for at styrke ledelsesfokus og systemunderstøttelse omkring vagtplanlægning, så der kan opnås et bedre overblik over konsekvenserne ved forskellige dispositioner i vagtplanlægningen. Der er potentiale i at tilrettelægge vagtplanlægningen mere systematisk, herunder at skabe øget gennemsigtighed omkring omkostningen forbundet med pågældende vagtplanlægning, samt at vagtplanlægningen kan systemunderstøttes bedre.

Samtidig foreslås i analysen, at vurdering af bemandingsbehov med fordel kan dataunderstøttes bedre.

På den baggrund anbefales det, at:

- Regionerne arbejder med at styrke det ledelsesmæssige fokus på vagtplanlægningen.
- Vagtplanlægningen skal systemunderstøttes bedre, og der skal ske en kompetenceudvikling hos vagtplanlæggerne med henblik på at underbygge kvaliteten af vagtplanlægningen samt understøtte bedre kapacitets- og ressourceudnyttelse på tværs af afsnit og afdelinger.
- Regionerne arbejder med at styrke dataunderstøttelsen for at sikre en mere systematisk vurdering af bemandingsbehov ift. patientgrundlaget.

7. Personalesammensætning og opgaveglidning mellem faggrupper

På baggrund af interviews med det kliniske personale finder analysen, at personalesammensætning og opgaveløsning i nogen grad varierer på tværs af regionerne. Variationen kan delvist forklares af forskelle i rekrutteringsgrundlag på tværs af regionerne. Opgaver kan forudsat det rette kompetenceniveau bl.a. omfordeles gennem opgaveglidning fra primært læger til psykologer og / eller sygeplejersker.

Opgaveglidning er allerede et centralt indsatsområde i regionerne, og den regionalt forankrede Specialuddannelse i Psykiatrisk Sygepleje (SPS) og de to uddannelser til specialpsykolog i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri har netop til formål at imødegå rekrutteringsudfordringerne og samtidig understøtte mulighederne for opgaveglidning.

På den baggrund anbefales det, at:

- Regionerne fortsat har fokus på at afstemme aktuelle kompetencebehov med personalesammensætningen, således at opgaver løses på det rette og mest omkostningseffektive niveau.

Anbefalingen skal desuden ses i lyset af anbefaling 10 fra Styringsgennemgang af psykiatrien (Delafrapportering I) om psykologers og specialuddannede sygeplejerskers opgavevaretagelse.

8. Fokus på øget direkte patientkontakt

En central del af psykiatrisk behandling af høj kvalitet er den direkte behandlingskontakt med patienten. Derudover er det centralt, at personalet bruger tid til at sikre sammenhæng til pårørende, på afdelingen, mellem sektorer, og opretholde kvaliteten ift. dokumentation og sikre fortsat udvikling af væsenet i form af uddannelse af personalet. Analysen af personalets tidsforbrug viser, at personalet i fx ambulatorierne på de besøgte caseafdelinger anvender ca. 20-30 pct. af arbejdstiden på direkte patientkontakt, mens 40-50 pct. af arbejdstiden anvendes på andre patientrelaterede opgaver, som eksempelvis forberedelse, udarbejdelse af handleplaner, dokumentation og patientkonferencer mv. 30-40 procent af arbejdstiden bruges på øvrige opgaver, eksempelvis supervision og undervisning. Analysen har bl.a. vist, at der er et potentiale i at arbejde med at øge den direkte patientkontakt, at se på omfanget af journalisering samt forenkle patientgennemgang og konferencerne.

På den baggrund anbefales det, at:

- Regionerne fortsat har fokus på at øge den direkte patientkontakt, så mere tid bruges med patienterne ved at sikre effektiv tidsanvendelse ved ikke-patientrelaterede opgaver, fx interne møder, patientbooking og konferencer.
- Regionerne styrker det ledelsesmæssige fokus på planlægning af flow i ambulatorierne, herunder koordination på tværs af faggrupper, med henblik på at sikre et fornuftigt flow i patientbehandlingen, gøre god brug af behandlernes tid og minimere antallet af udeblivelser.

7.3 Mere viden om omkostninger for behandlingsforløb i psykiatrien

Datagrundlaget for aktiviteten i sygehuspsykiatrien er generelt af høj kvalitet, men der mangler solide data vedr. omkostningerne til behandlingsforløb. Det er nødvendigt for at kunne følge omkostningseffektiviteten.

For at kunne bruge ressourcerne i psykiatrien – og i sundhedsvæsenet generelt - bedst muligt, er det nødvendigt at få større indsigt i, hvordan omkostninger fordeler sig for hele behandlingsforløbet. Det være sig på tværs af afdelinger og organisatoriske enheder.

Aktiviteten i hospitalspsykiatrien kan værdisættes ud fra en sengedagstakst eller en besøgstakst, men disse reflekterer ikke den faktiske udgift og kan alene anvendes som et skøn, ligesom taksterne ikke kan anvendes til at beregne udgifter til et samlet behandlingsforløb.

Rigsrevisionens undersøgelse fra 2016 af voksenpsykiatrien understreger også, at regionerne bør arbejde mere med at udvikle mål for effekten af behandlingen og opgøre omkostningerne ved behandlingsforløb i hospitalspsykiatrien for at komme nærmere at kunne opgøre omkostningseffektiviteten.

I somatikken er der oprindeligt etableret en omkostningsdatabase mhp. at lave DRG-takster. Der pågår aktuelt et arbejde, hvor det undersøges, hvordan omkostningsdatabasen i somatikken kan tilrettelægges, så den mere aktivt kan anvendes af regionerne, ligesom der i regi af arbejdet med udvikling af værdibaseret styring er nedsat en arbejdsgruppe, der undersøger, hvordan der kan udvikles et bedre grundlag for at opgøre omkostninger i et behandlingsforløb i somatikken. Dette arbejde pågår i regi af Styregruppen for Værdibaseret Styring med deltagelse af Danske Regioner, de fem regioner, Finansministeriet, Sundhedsdatastyrelsen og konsulentteamet McKinsey/Iqvia. Arbejdsgruppen forventer at færdiggøre en afrapportering i efteråret 2018.

Det foreslås, at arbejdet i psykiatrien tager udgangspunkt i de erfaringer og de løsninger, der fremkommer på det somatiske område. Det vil være helt centralt, at arbejdet tager udgangspunkt i regionernes behov og de ønsker, der er til opfølgning og sammenligning af omkostninger på tværs og regionernes styringsbehov på området.

På den baggrund anbefales det, at:

- Det undersøges, hvordan gennemsigtigheden af omkostningerne for forskellige patientforløb i psykiatrien kan øges til brug for regionernes styring og opfølgning på tværs. Arbejdet skal tage udgangspunkt i de erfaringer, der bliver gjort på det somatiske område og regionernes styringsbehov på området.

7.4 Justering af færdigbehandlingstaksten i psykiatrien

Det samlede antal færdigbehandlingsdage i psykiatrien er faldet fra ca. 40.000 i 2010 til ca. 24.000 i 2017. Omregnet til sengepladser svarer dette til, at ca. 65 sengepladser var optaget hele året af færdigbehandlede patienter i 2017.

I 2016 var der ca. 630 indlæggelser med færdigbehandlingsdage, hvilket svarer til knap 1,4 pct. af indlæggelserne i psykiatrien. Således er det samlede antal færdigbehandlingsdage i høj grad drevet af, at 65 pct. af de pågældende indlæggelser havde over 10 færdigbehandlingsdage, mens 10 pct. havde mere end 100 færdigbehandlingsdage.

Det er dermed en relativt lille andel af indlæggelserne i psykiatrien, hvor der er færdigbehandlingsdage. Dog er antallet af færdigbehandlingsdage pr. indlæggelse med færdigbehandlingsdage relativt højt. Sammenlignet med det somatiske sundhedsvæsen var antallet af færdigbehandlingsdage pr. indlæggelse ca. 19,5 gange højere i psykiatrien i 2016, og antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 sengedage var ca. 3,5 gange højere i psykiatrien i 2016.

På den baggrund har staten tilkendegivet, at det kan overvejes at implementere en justering af færdigbehandlingstaksten i psykiatrien med henblik på at styrke incitamenterne i ordningen.

KL kan ikke støtte, at der implementeres en justering af færdigbehandlingstaksten i psykiatrien. Det er KL's vurdering, at en øget færdigbehandlingstakst ikke vil løse udfordringen med at reducere antallet af færdigbehandlingsdage. Der vurderes i stedet at være en række barrierer, både generelle og lokale, der bør undersøges nærmere, herun-

der status for de patienter, der udskrives. Dette løses ikke med øgede økonomiske incitament for kommunerne. KL vurderer således, at der er behov for andre løsningsmodeller.

Danske Regioner mener, at psykiatrien skal ligestilles med somatikken også i forhold til incitamenterne til at hjemtage patienterne.

