



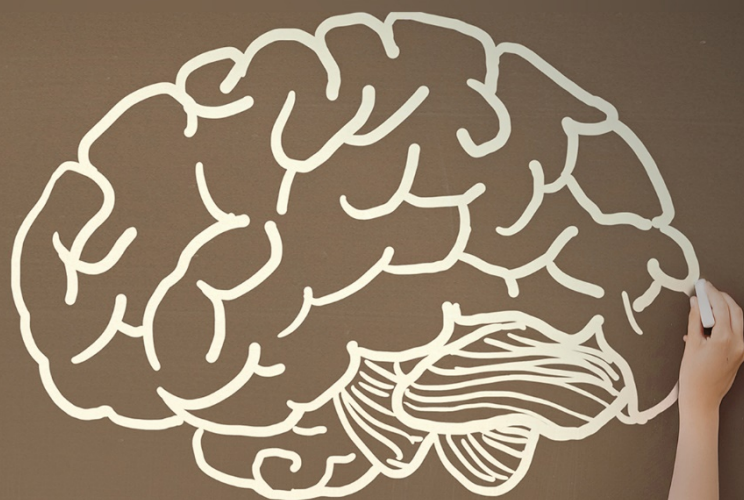
STRUENSEE
& CO.

Ledelsesresumé Kapacitetsanalyse af psykiatrien

Den 30. maj 2018

—

KPMG og Struensee & Co



Indholdsfortegnelse

Baggrund for kapacitetsanalysen af psykiatrien	3
Overordnet metode og grundlag	4
Væsentlige resultater og løftestænger	7
3.1 Analyse af visitationspraksis til udredning og behandling i den regionale psykiatri	7
3.2 Analyse af patientforløb	9
3.3. Analyse af kompensationstimer og vagtplanlægning	14
3.5. Analyse af bemanding og patientbelastning	22
3.6. Analyse af anvendelse og planlægning af arbejdstid	26
Samlet oversigt over bruttopotentialer	32

01

Baggrund for kapacitetsanalysen af psykiatrien

Analysen er foranlediget af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Finansministeriet med afsæt i økonomaftalen mellem regionerne og regeringen for 2018. Analysen blev igangsat ultimo januar og afsluttet ultimo april 2018.

Analysens formål er fastlagt i udbudsmaterialet "Kapacitetsanalyse af psykiatrien". Formålet er, at:

1. analysere om ressourcerne anvendes på de rigtige patienter
2. analysere om opgavefordelingen, personalesammensætningen og vagtplanlægningen er hensigtsmæssig
3. analysere om personaleressourcerne anvendes effektivt

Analysen dækker både det stationære og ambulante område for voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien i regionerne, 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 f.eks. økonomi og HR.

Analysen finder sted på baggrund af en stigning på 30 pct. i antallet af unikke patienter i psykiatrien i perioden 2010-2016 og skal ses i sammenhæng med den igangværende styringsgennemgang af psykiatrien med deltagelse af Sundheds- og Ældreministeriet (formand), Finansministeriet, Børne- og Socialministeriet, Danske Regioner og KL.

Nærværende ledelsesresumé giver en overordnet gennemgang af analysens konklusioner, identificerede løftestænger, potentialer og væsentlige forudsætninger.

Analysen har identificeret optimeringsmuligheder ift. den nuværende kapacitetsudnyttelse inden for den nuværende 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.

Analysen har ikke forholdt sig til kvalitetsniveauet på de undersøgte afdelinger. Således er det 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.

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

Analysen har været forankret i en styregruppe bestående af repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Finansministeriet.

02

Overordnet metode og grundlag

Analyserne baseres hovedsageligt 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 psykiatri¹.

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. Der er i de konkrete analyser taget stilling til eventuelle udfordringer ift. sammenlignelighed mellem afsnittene. Eventuelle udfordringer ved sammenlignelighed er beskrevet under særlige forudsætninger i hvert kapitel.

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 f.eks. 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. På årsbasis dækker caseafdelingerne på det almene ambulante område 23% af den samlede aktivitet, samt 20% af det totale antal sengedage på det almene stationære område. De dækker desuden ~22% af de samlede lønomkostninger for den almene psykiatri². Ikke alle afsnit på de udvalgte caseafdelinger er besøgt i analysen, hvorfor de analyserede afsnit dækker over en delmængde af denne aktivitet.

Resultaterne på de fem caseafdelinger ekstrapoleres til at gælde den samlede almene psykiatri. Der er derfor usikkerhed om, hvorvidt resultater og konklusioner for de fem caseafdelinger er gældende for den samlede psykiatri. 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.

¹ Det gælder analyserne i kapitel 3.3. og delvist analyserne i kapitel 3.2.

² Beregnet med afsæt i LPR-data med korrektion for det højt-specialiserede områdes andel af aktiviteten.

For caseafdelingerne er der indsamlet følgende ny data, der lægges til grund for analyser og potentialeberegninger:

- Patientinventering gennemført for 1 dag på 25 afsnit, fordelt på 9 ambulante afsnit og 16 stationære afsnit svarende til gennemførelse af patientinventering for 728 patienter, heraf 223 stationære og 505 ambulante patienter.
- Patientinventering gennemført for 1 dag på 5 visitationsenheder og 1 døgn på 5 akutmodtagelser svarende til gennemførelse af patientinventering for 474 patienter, heraf 409 patienter på visitationsenheder og 65 patienter på akutmodtagelser.
- Tidsregistrering for 6 medarbejdergrupper for alle caseafdelinger forløbende over i gennemsnit 11 dage svarende til samlet set 1.782 vagter og kortlægning af ~14.000 timer, som fordeler sig med 20% på læger, 10% på psykologer, 58% på sygeplejersker, SOSU'ere og andre behandlere samt 12% på sekretærer.
- Observationsstudier svarende til ~150 timer på alle caseafdelinger
- +50 interview med medarbejdere på caseafdelingerne fra alle medarbejdergrupper
- 8 workshops og valideringsmøder med afdelingsledelserne på caseafdelingerne

Patientinventeringsdata er indsamlet på enkelte og tilfældigt udvalgte dage og udgør derfor et øjebliksbillede, der ikke nødvendigvis er repræsentativt for den samlede psykiatri. Patientinventeringen er gennemført af caseafsnittens kliniske personale. I læsningen af resultater baseret på patientinventeringsdata skal der tages forbehold for den usikkerhed, som den stikprøvebaserede tilgang medfører. Det bemærkes dog, at resultater fra andre patientinventeringsanalyser foretaget i de enkelte regioner viser resultater svarende til resultaterne fra denne patientinventering³. Derudover skal det nævnes, at patientinventeringsdata er selvrapporeret af det kliniske personale på caseafdelingerne.

Indsamling af tidsregistreringsdata er gennemført for en stikprøve, der dækker i gennemsnit ca. 30% af afdelingens vagter, samt for en tidsperiode, der svarer til ca. 5% af de samlede arbejdsdage på et år⁴. Der vil være usikkerhed forbundet med data i forhold til generaliserbarhed, som skal tages i betragtning, når analysens resultater læses. Analyser af stikprøvestørrelsen viser dog, at efter ca. 7 dage medfører yderligere dataregistreringer ikke væsentlige ændringer i f.eks. andelen af timer til direkte patientkontakt, der stabiliserer sig til et fast niveau. Usikkerheder ift. dataindsamlingen er endvidere søgt imødekommet ved bl.a. a) at sikre at afsnit og medarbejdere, der indgik i undersøgelsen, er udvalgt med henblik på at sikre størst sammenlignelighed mellem afdelingerne, b) at supplere tidsregistreringen med valideringsrunder med afdelingsledelsen samt c) at supplere med observationsstudier, hvor det bemærkes, at resultaterne underbygger tidsregistreringens resultater.

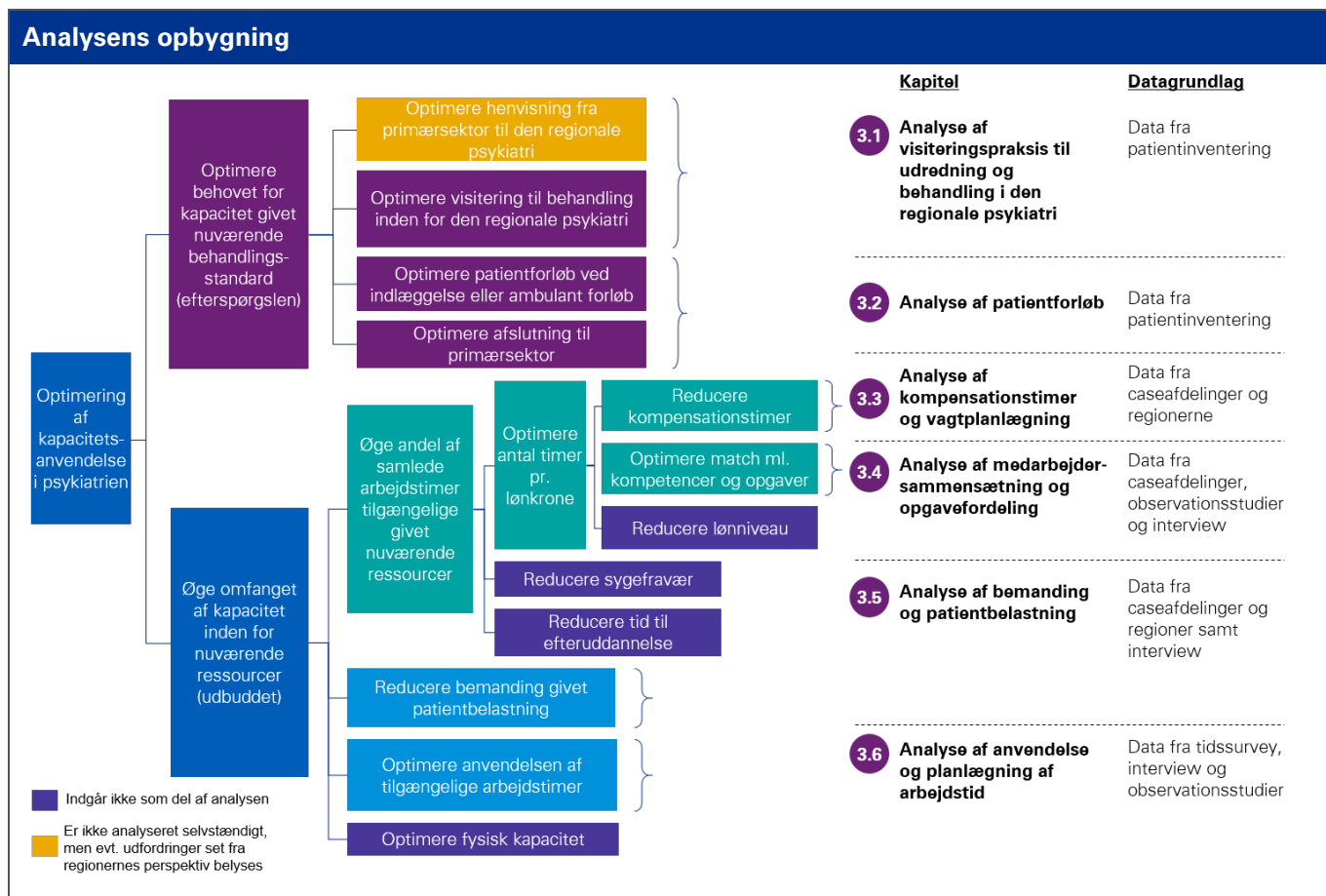
Usikkerheden forbundet med den stikprøvebaserede tilgang for caseafdelingerne betyder, at potentialeberegningerne bevidst er estimeret konservativt. F.eks. beregnes potentialet ved at øge den direkte patientkontakt⁵ ved at løfte caseafdelingerne til hhv. gennemsnitligt niveau for direkte patientkontakt blandt caseafdelingerne (lavt spænd) og til bedste præstation (højt spænd) indenfor caseafdelingerne. Havde afdelingernes egne målsætninger for tid brugt på direkte patientkontakt været lagt til grund, ville analysen have konstateret et større potentiale. Bedste præstation er udtryk for bedste præstation blandt caseafdelingerne og dermed ikke som en global "best practice" dvs. bedste praksis på samtlige afdelinger i landet. Der er således ikke tale om idealbilleder, men udvikling af det nuværende på baggrund af erfaringer på tværs af regioner.

³ Se s. 75 i den samlede rapport

⁴ Stikprøven er fra ~11 dage af gennemsnitlig 7,5 times varighed svarende til 83 timer pr. medarbejder. Det svarer til 5% ud af en samlet effektiv arbejdstid på ca. 1.550 timer pr. år.

⁵ Direkte patientkontakt er i rapporten omtalt som konfrontationstid, hvilket svarer kategorien som personalet har svaret inden for i tidsregistreringen.

Figur 1 viser opbygningen af analysen.



Figur 1: Opbygning af analysen.

03

Væsentlige resultater og løftestænger

3.1 Analyse af visitationspraksis til udredning og behandling i den regionale psykiatri

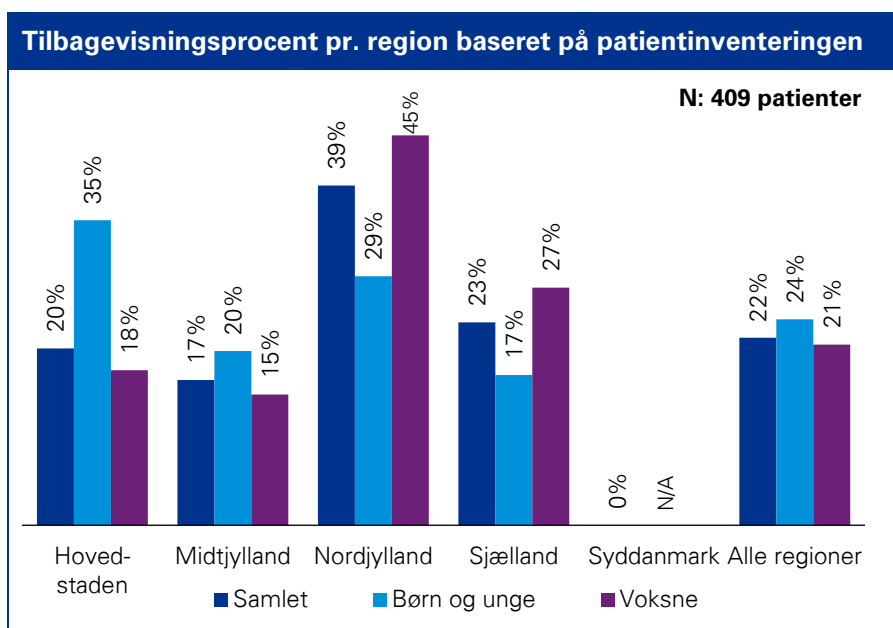
Patienter til den regionale psykiatri visiteres enten via a) visitationsenhederne, der primært visiterer til ambulatorierne, eller b) akutmodtagelsen, der primært visiterer til de stationære afsnit.

3.1.1 Patientinventering på visitationsenheder

Analysen ser på fire centrale visitationer (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland) samt en decentral visitation (Region Syddanmark), da visitation i denne region er decentralt placeret.

Analysen peger på, at der er mindre forskelle i, hvordan visitationsenheder i de fem regioner visiterer patienter til psykiatrien. Dette omfatter både visitationspraksis og -procedurer, herunder brug af målgruppebeskrivelser samt visitationsmønstre for de tilbud, patienter visiteres til.

Analysen viser, at der i gennemsnit tilbagevises 22% af alle henvisninger med en relativ stor variation på tværs af visitationsenheder i regionerne. Variationen i tilbagevisningsraten udgør 39 procentpoint på tværs af visitationsenhederne fra højeste tilbagevisningsprocent i visitationen i Region Nordjylland, til laveste tilbagevisningsprocent i visitationen i Region Syddanmark (den decentrale), jf. nedenstående figur 2.



Figur 2: Tilbagevisningsprocent pr. region i visitationsenheder

En høj tilbagevisningsrate vurderes ikke nødvendigvis at være udtryk for, at visitationen fungerer optimalt, da den også kan pege på et potentiale for at forbedre samarbejdet med primærsektor for at øge kvaliteten i henvisninger. 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.

På patientinventeringsdagen oplevede visitationsenhederne, at ca. 14% af de modtagne henvisninger var ufuldstændige eller indeholdt fejl. Konsekvensen heraf er, at visitationen ikke udføres optimalt, og at der er et uhensigtsmæssigt ressourcetræk på visitationsenheden, der skal bruge ekstra sagsbehandlingstid på at vurdere og behandle henvisninger. I visse tilfælde vil dette resultere i forlænget ventetid for patienten.

3.1.2. Patientinventering på akutmodtagelser

Analysen af akutmodtagelserne viser, at de organiseres forskelligt, hvad angår styringsansvar for regionens indlagte patienter. Hvor akutmodtagelsen i nogle regioner har ansvar for at indlægge alle patienter og således har det samlede overblik og ansvar for belægning af sengeafsnit samt prioritering af patienter, anvender andre regioner en model, hvor ambulatorierne selv kan indlægge patienter, og hvor elektive indlæggelser fylder mere.

Under patientinventeringen har de visitationsansvarlige i akutmodtagelserne identificeret uhensigtsmæssigheder af forskellig art i ca. 34% af akutmodtagelsens visitationer, hvilket har forårsaget, at visitationen ikke er foregået optimalt, herunder f.eks. at triagering ikke er foretaget. Årsager hertil omfatter bl.a. spildtid forbundet med forældede logistiksystemer, ressourcemangel, der f.eks. 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.

Væsentlige analyseresultater

Der er samlet identificeret en række forhold, der er med til at forhindre optimal visitation i visitationsenheder og akutmodtagelser:

- Udfordringer forbundet med samarbejdet med primærsektor, herunder klarhed om målgrupper og vanskeligheder med at etablere kontakt til læger for at indhente opklarende oplysninger
- En vis klarhed om rolle- og arbejdsdelingen mellem akutmodtagelser og visitationsenheder blandt henvisende instanser, herunder i forhold til subakutte patienter

Analysen peger desuden på, at variation i visitationers opfølgings- og auditpraksis betyder, at de har forskellige vilkår for løbende at optimere og tilpasse visitationer samt løbende at forbedre samarbejdet med primærsektor og ambulatorier/sengeafsnit.

Tabel 1. Opsummering af observationer og datagrundlag		
Hovedkonklusioner	Grundlag	Henvisning til sidetal i rapport
<ul style="list-style-type: none"> • Der er forskelle i visitationspraksis på tværs af regioner, herunder brug af målgruppebeskrivelser 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Patientinventering af fem akutmodtagelser med i alt 65 patienter i alle fem regioner, heraf et intensivt sengeafsnit med modtagelsesfunktion i Region Nordjylland 	<ul style="list-style-type: none"> • 36-40
<ul style="list-style-type: none"> • Variation i tilbagevisningsrater på 39 procentpoint mellem visitationsenheder 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ovenstående 	<ul style="list-style-type: none"> • 41
<ul style="list-style-type: none"> • Identificerede fejl eller mangler i 14% af modtagne henvisninger i visitationsenheder 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ovenstående 	<ul style="list-style-type: none"> • 45
<ul style="list-style-type: none"> • Der ses variation i hvordan akutmodtagelser anvendes ift. styringsansvar 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ovenstående 	<ul style="list-style-type: none"> • 61
<ul style="list-style-type: none"> • Visitationsansvarlige har identificeret spild i ca. 34% af akutmodtagelsens visitationer 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ovenstående 	<ul style="list-style-type: none"> • 59
<ul style="list-style-type: none"> • Potentiale for et styrket samarbejde med primærsektor ses 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ovenstående 	<ul style="list-style-type: none"> • 224-227

Løftestænger og bruttopotentialer

På baggrund af analysen er identificeret tre overordnede løftestænger (nummerering som i rapport):

1. Forbedring af samarbejdet med primærsektor, herunder IT-drevet validering af henvisninger, styrket anvendelse af forbedringsfora samt styrket brug af medicinrådgivning for praktiserende læger
2. Sikring af mere ensartet visitationspraksis og opfølgning
3. Optimering af patientforløb for akutte og subakutte patienter

Samlet set estimeres et bruttopotentiale ved anvendelse af løftestængerne til en produktionsværdi på ~2 mio. kr. ved eksempelvis mindre tidsforbrug pr. visitation og dermed frigørelse af timer brugt pr. visitation.

Potentialet er beregnet ved, at tilbagevisningsraten kan nedbringes til de enheder, hvor niveauet for tilbagevisninger var lavest inden for hhv. voksenafdelinger (15%)⁶ samt børne- og ungdomsafdelinger (10%), og at tid anvendt på visitation af patienter, der ikke hører til i psykiatrien, dermed kan reduceres.

Særlige forudsætninger

Potentialet er beregnet ud fra patientinventering foretaget på én dag pr. visitationsenhed og ét døgn pr. akutmodtagelse. Data er således en stikprøve, som antages at være repræsentativ for hele året. Med henblik på at kvalificere analysen er inventeringen understøttet af dybdegående kvalitative interview og analyser af skriftlig dokumentation, f.eks. visitationskriterier og triageringsværktøjer.

Det bemærkes, at regionerne pga. forskellige størrelser, optageområder, kapacitetsmæssige og organisatoriske strukturer har forskellige muligheder for at implementere ovenstående løftestænger, som derfor ikke vil kunne implementeres ensartet på tværs af alle regioner. Analysen peger dog på nogle gode eksempler, som de øvrige regioner kan gøre brug af.

En række af anbefalingerne forudsætter desuden aktiv deltagelse af primærsektoren.

For yderligere detaljer omkring metoden henvises til afsnit 2.

3.2 Analyse af patientforløb

Den gennemførte patientinventering giver et øjebliksbillede af, om patienter vurderes at være på rette sted i den regionale psykiatri, samt årsager til, at patienter vurderes til ikke at være på rette sted, såvel som identificerede flaskehalse. For voksenpsykiatrien er der gennemført patientinventeringer på caseafdeling Nordjylland, Syddanmark og Hovedstaden. For børne- og ungdomspsykiatrien er der gennemført patientinventeringer på caseafdeling Midtjylland og Sjælland. Patientinventeringen dækker både den ambulante og stationære psykiatri.

3.2.1 Voksenpsykiatrien

I voksenpsykiatriens caseafdelinger (stationære afsnit og ambulatorier) er der samlet set 17% (hhv. 19% og 17% jf. figur 3 og 4, som grundet decimaler beregnes til samlet ~17%) af patienterne, som vurderes til ikke/måske ikke at være på rette sted. Det vil sige, at de er vurderet til potentielt at kunne være helt eller delvist behandlet et andet sted på patientinventeringstidspunktet, givet at et andet passende tilbud f.eks. i kommunen var tilgængeligt. Dette svarer til 90 ud af 520 patienter (181+339). Ses der alene på patienter, som er vurderet til ikke at være på rette sted (dvs. uden kategorien "måske" for både stationære afsnit og ambulatorier), er tallet 13% (hhv. 11% og 14% jf. figur 3 og 4)). Dette svarer til 66 ud af 520 patienter (181 + 339). I tilsvarende patientinventeringer fra to tidligere lokale studier i regionerne er 20-21% af de gennemgåede patienter vurderet til ikke at være placeret på rette sted⁷.

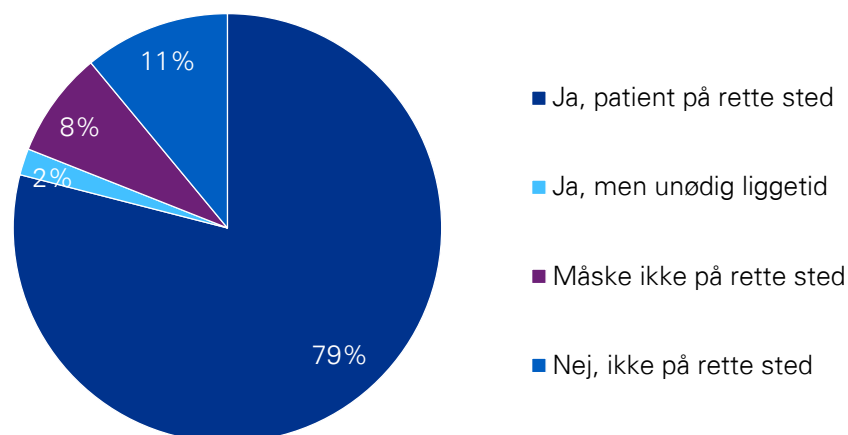
Resultaterne fra voksenpsykiatrien på det stationære område illustreres i nedenstående figur 3. Figuren øverst viser, at 11% svarende til 20 ud af 181 patienter, vurderes til ikke at være i rette seng, hvilket betyder, at de vurderes at kunne være helt eller delvist behandlet et andet sted. Dertil kommer 8% svarende til 15 ud af 181 patienter, der vurderes til måske ikke at være på rette sted.

⁶ For at beregne potentialet ud fra den mest konservative tilgang, er tilbagevisningsraten på 0% fra Region Syddanmark ikke lagt til grund for potentialeberegningen, da visitationspraksis her adskiller sig markant fra de øvrige regioner bl.a. ved ikke at være centraliseret

⁷ Patientinventering fra Psykiatrien i Region Nordjylland (2012) fandt, at 21% af patienterne ikke var på rette sted på inventeringstidspunktet. Spildanalyser blandt Region Sjællands medicinske patienter viser, at ca. 20% af indlagte patienter kunne være i et andet behandlingsforløb (Kilde: notat vedr. status for belægningsituationen på det medicinske område, Region Midtjylland 15.05.2013).

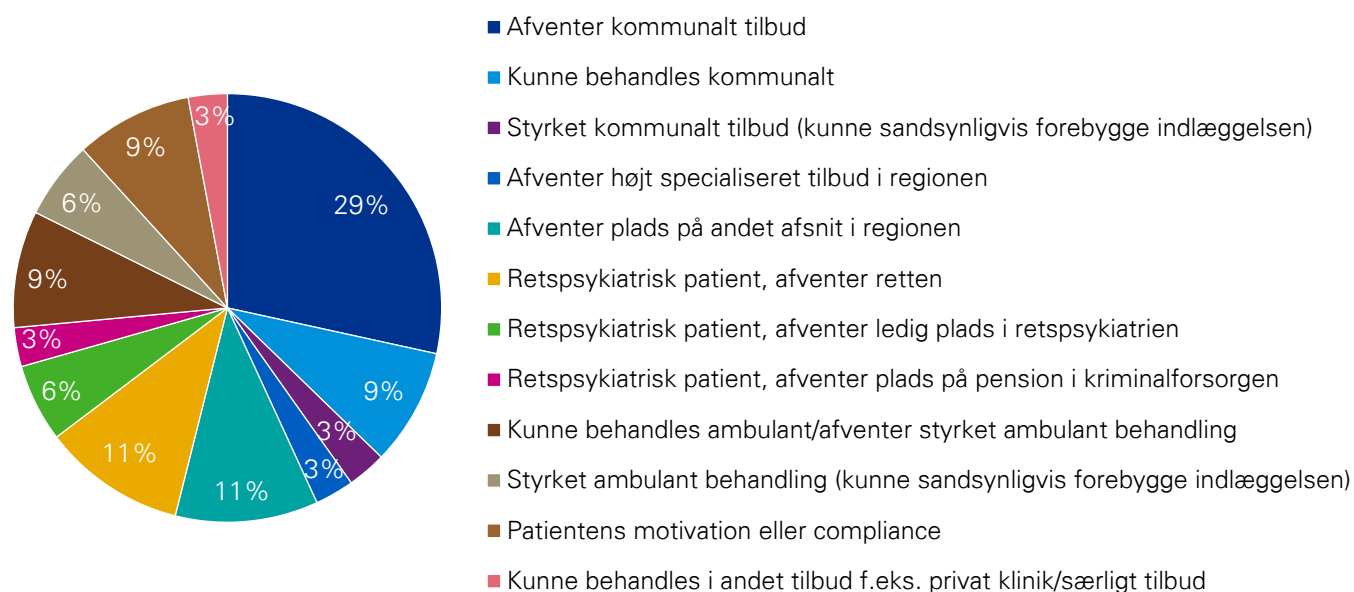
Overblik over andel patienter i rette seng, stationær

N: 181 patienter. Caseafdeling Syddanmark, Hovedstaden og Nordjylland



Overblik over årsager til at patienter ikke er i rette seng (for "nej" og "måske") i den stationære psykiatri

N: 35 patienter. Caseafdeling Syddanmark, Hovedstaden og Nordjylland



Figur 3: Andel patienter ikke i rette seng samt årsager, voksenpsykiatri

De samlede årsager til, at patienter ikke/måske ikke er i rette seng, fremgår ligeledes af figur 3.

Figuren viser, at ud af de i alt 19%, der er vurderet til ikke/måske ikke at være på rette sted i den ambulante voksenpsykiatri, afventer 29% et kommunalt tilbud.

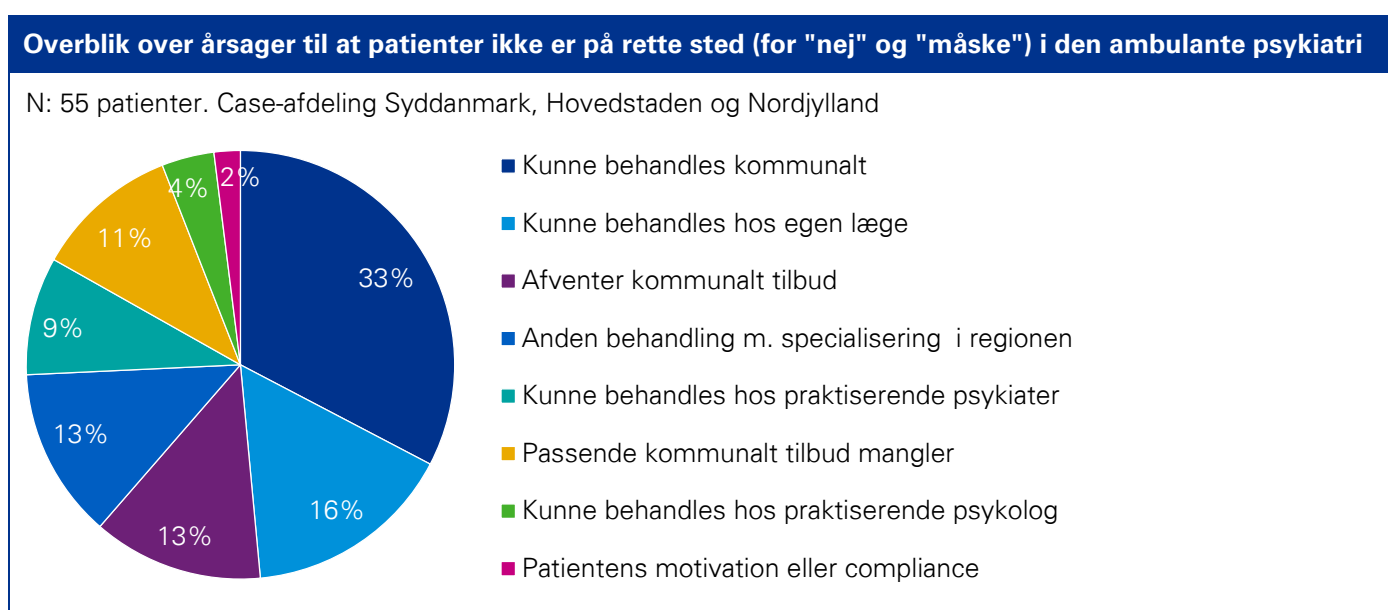
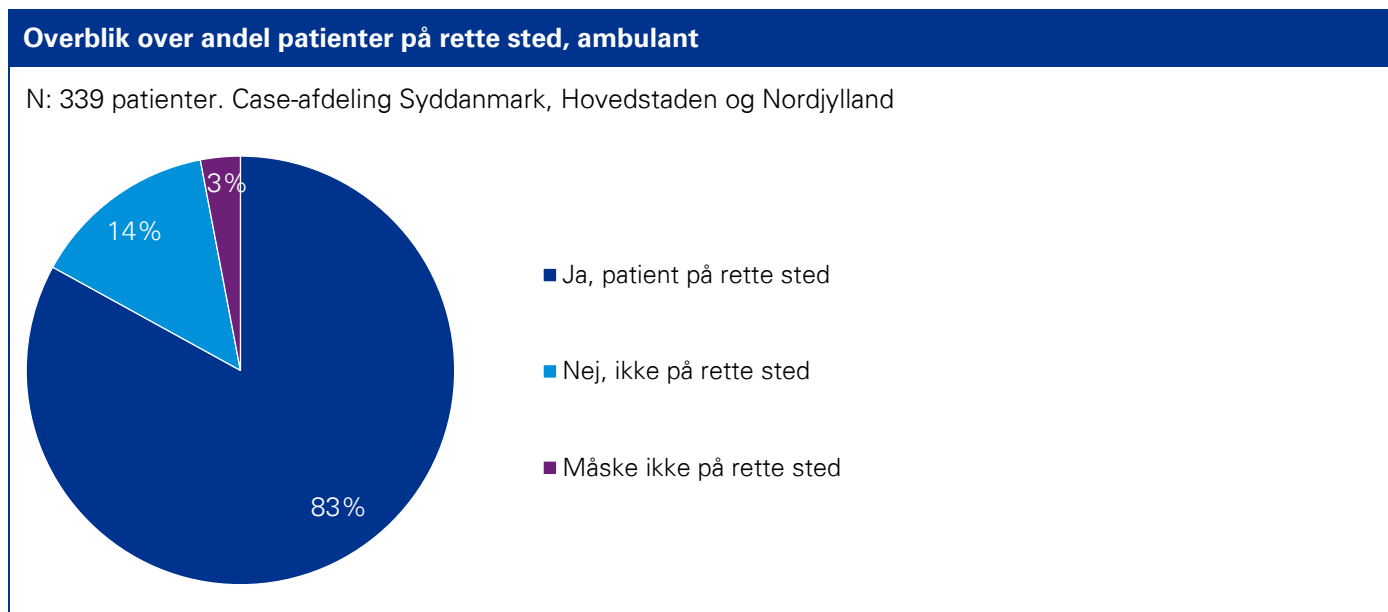
For gruppen, som afventer kommunalt tilbud (29%), gælder, at det er fagligt vurderet af det kliniske personale ved patientinventeringer, at patientens behandling helt eller delvist vil kunne varetages i et eksisterende kommunalt tilbud. Dialogen omkring udskrivning er påbegyndt med kommunen men grundet eksempelvis ventetid er patienten håndteret i regionspsykiatrien på inventeringstidspunktet. En del af patienterne i denne kategori kan derfor være færdigbehandlede i regionspsykiatrien ud fra et teoretisk eller klinisk perspektiv, men kan ikke udskrives da de afventer kommunalt tilbud – dvs. der er tale om patienter, som ikke skal udskrives til eget hjem (og det er konstateret ved den kvalitative gennemgang, at en del af disse formentlig ikke vil blive registreret som færdigbehandlede).

Derudover er der 9% af patienterne, som er vurderet til at kunne behandles kommunalt, men som ikke er anført som ventende på kommunalt tilbud. For denne gruppe gælder, at de rent fagligt vurderes at kunne opnå tilstrækkelig behandling i kommunalt regi, men af andre årsager end ventetid er et kommunalt forløb ikke sat i værk. Det skyldes primært, at koordination eller aftale med kommune ikke er blevet varetaget, eller at egen læge, patient eller pårørende skal forberedes på overgang til kommunalt regi, eller at der ikke findes et passende kommunalt tilbud, eller at der er tvivl om, hvorvidt de eksisterende tilbud er passende.

Det fremgår derudover af analysen, at manglende botilbud/bosteder udgør 53% af årsagerne til, at patienter afventer kommunale tilbud eller kunne behandles kommunalt (dvs. 53% af de 29% + 9% jf. figur 3), svarende til 9 ud af 17 patienter. Årsagerne til de manglende botilbud er ikke yderligere afdækket, men fra patientinventeringen fremgik det, at det kliniske personale både oplevede at der ikke var ledige tilbud i kommunen, at rette tilbud ikke fandtes samt at dialog med kommunen trak ud og dermed opstod der forsinkelser. Bemærk at dette tal ikke fremgår af figur 3. Der henvises til rapporten for yderligere uddybning heraf.

Figur 3 viser også, at 9% af patienterne kunne behandles ambulant eller afventer plads i styrket ambulant tilbud.

Resultater fra voksenpsykiatrien på det ambulante område viser, at 14% af patienterne vurderes til ikke at være på rette sted svarende til 46 ud af 339 patienter, mens 3% af de voksne patienter måske ikke er på rette sted svarende til 9 ud af 339 patienter.



Figur 4: Andel patienter ikke på rette sted samt årsager, voksenpsykiatri

De samlede årsager til, at patienter ikke er på rette sted for det ambulante område, fremgår af figur 4 ovenfor.

Figuren viser, at ud af de i alt 17% af patienterne, der ikke/måske ikke er på rette sted i den ambulante voksenpsykiatri, er det vurderet, at 33% kunne behandles kommunalt. For denne gruppe gælder, at de rent fagligt vurderes til at kunne opnå tilstrækkelig behandling i kommunalt regi, men af anden årsag end ventetid er dette ikke sat i værk. Dette kan eksempelvis skyldes, at koordination/aftale med kommune ikke er blevet varetaget, eller at egen læge, patient eller pårørende skal forberedes på overgang til kommunalt regi forinden, eller at der ikke findes et passende kommunalt tilbud, eller at der er tvivl om de eksisterende tilbud er passende.

16% af patienterne, der ikke/måske ikke er på rette sted, kunne behandles hos egen læge, 13% afventer kommunalt tilbud, og 13% kunne behandles i regionen ved specialiseret behandlingstilbud f.eks. særligt ambulante behandlingstilbud.

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

I voksenpsykiatrien er der 1 ud af 3 caseafdelinger, som tilkendegiver at de anvender pakkeforløb meget systematisk, hvoraf de 2 øvrige caseafdelinger kun i mindre grad anvender pakkeforløb systematisk og i højere grad anvender pakkeforløb som vejledende. Her er fokus i højere grad på overholdelse af ventetider frem for pakkeforløbsbeskrivelser. Ved en samlet deskriptiv analyse af brugen af pakkeforløb kan det derfor være vanskeligt at afgøre, hvor mange af patienterne, som potentielt kunne have været i en pakke, da der ikke på systematisk vis foretages en vurdering heraf.

3.2.2 Børne- og ungdomspsykiatrien

Resultaterne fra børne- og ungdomspsykiatrien på det stationære område viser, at 6 ud af 42 patienter (14%) vurderes til ikke at være i rette seng. Hertil kommer 1 patient i Region Sjælland, der ikke kunne have været behandlet andetsteds på patientinventeringstidspunktet, men hvor selve indlæggelsen er blevet unødigt forlænget grundet ventetid på kommunalt skoletilbud, samt 1 patient i Region Midtjylland, der måske ikke er i rette seng. Samlet set er det således 7 (6+1) ud af 42 patienter (17%), som ikke/måske ikke er i rette seng (dvs. patienten med forlænget liggetid er ikke medtaget, da denne patient blev vurderet til at være på rette sted).

For børne- og ungdomspsykiatrien på det ambulante område har det kliniske personale i 1 af de 2 caseafdelinger vurderet, at 0 ud af 55 patienter ikke er på rette sted. I den anden caseafdeling er vurderingen at det er 1 ud af 111 (1%) af patienterne, som ikke er på rette sted, og som kunne have været helt eller delvist behandlet et andet sted. Hertil er det vurderet, at 2 ud af 111 af patienterne (2%), måske ikke er på rette sted. Samlet set for begge caseafdelinger er det således 3 ud af 166 patienter (1,8%), som ikke/måske ikke er på rette sted i den ambulante psykiatri.

Tabel 2. Opsummering af observationer og datagrundlag		
Hovedkonklusioner	Grundlag	Henvi sning til sidetal i rapport
<ul style="list-style-type: none"> På det stationære område i voksenpsykiatrien er 19% af patienterne vurderet til ikke/måske ikke at være på rette sted og tilsvarende 17% for det ambulante område 	<ul style="list-style-type: none"> Patientinventering baseret på 181 stationære patienter og 339 ambulante patienter i voksenpsykiatrien Patientinventering er gennemført på tre caseafdelinger i voksenpsykiatrien 	<ul style="list-style-type: none"> 68, 74, 75
<ul style="list-style-type: none"> I børne- og ungdomspsykiatrien er 7 ud af 42 (17%) af patienterne vurderet til ikke/måske ikke at være i rette seng på det stationære område. Tilsvarende ses 3 ud af 166 (1,8%) for det ambulante område 	<ul style="list-style-type: none"> Patientinventering baseret på 42 stationære patienter og 166 ambulante patienter i børne- og ungdomspsykiatrien Patientinventering er gennemført på to caseafdelinger i børne- og ungdomspsykiatrien 	<ul style="list-style-type: none"> 80, 81
<ul style="list-style-type: none"> Samlet set er der hhv. 38% og 46% af patienterne, som ikke er på rette sted, der afventer/kunne behandles kommunalt (stationært og ambulante voksenpsykiatri) 	<ul style="list-style-type: none"> Se ovenstående 	<ul style="list-style-type: none"> 69, 74

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 ambulante behandling samt hos praktiserende psykolog, givet at disse tilbud var tilgængelige og iværksatte.

Løftestænger og bruttopotentialer

På baggrund af analysen er identificeret fire overordnede løftestænger (nummerering som i rapport):

4. Forbedring af kommunalt samarbejde med eksempelvis fokus på tidlig koordinering af udskrivning og elektroniske genoptræningsplaner
5. Udførelse af mini-patientinventering på den ugentlige patientkonference
6. Udskrivelse til ambulante forløb
7. Styrket patientmotivation

Samlet set estimeres et bruttopotentiale til en produktionsværdi på 140-202 mio. kr. ved at patienter placeres ved rette sted. Potentialet dækker over en nedre grænse, hvor det ved patientinventeringen blev vurderet af det kliniske personale, at patienten kunne have været behandlet i primærsektor, og en øvre grænse, der medtager de patienter, som måske kunne være behandlet i primærsektor. Potentialet dækker ikke over patienter, der afventer et tilbud i primærsektor, og som kunne have været udskrevet tidligere, og der indgår heller ikke antal færdigbehandlingsdage og liggetid. Bruttopotentialet er kun beregnet på baggrund af data fra voksenpsykiatrien, grundet lille stikprøve for børne- og ungdomspsykiatrien.

Særlige forudsætninger

Resultaterne og tilhørende løftestænger og potentialer er baseret på patientinventering foretaget på én dag pr. caseafsnit – altså baseret på det pågældende nedslagstidspunkt på det givne afsnit for den givne caseafdeling. Data er således en stikprøve, som antages at være repræsentativ for hele året, samt at resultaterne for caseafdelingerne vil gælde for det øvrige almene psykiatriske område (eksklusiv højtspecialiserede afsnit). Med henblik på at kvalificere analysen er inventeringen understøttet af dybdegående kvalitative interview på caseafdelingerne. Potentialet er beregnet ud fra en antagelse om, at produktionsværdien af det pågældende ambulante besøg kunne have været undgået samt at indlæggelsesforløbet kunne have været undgået helt. For det stationære område er beregningen baseret på en gennemsnitlig liggetid på ca. 20 dage. Det samlede potentiale skal således fortolkes med varsomhed, da det på det foreliggende grundlag ikke er muligt at foretage en nærmere specificering af om hele potentialet for det stationære område kan realiseres, da det ikke kan vurderes om hele eller kun dele af indlæggelsen kunne være undgået.

Enkelte forbedringsforslag forudsætter aktiv deltagelse af primærsektoren. Kapaciteten i primærsektor er ikke afdækket i indeværende analyse, og eventuelle merudgifter i primærsektoren er ikke medregnet i bruttopotentialet.

For yderligere detaljer omkring metoden henvises til afsnit 2.

3.3. Analyse af kompensationstimer og vagtplanlægning

Analysen fokuserer på vagtplanlægningsprocessen og vagtplanlægningens implikationer for udbetaling af kompensationstimer. Der er alene analyseret på vagtplanlægning på de stationære afsnit, da der ikke er planlægningsmæssige udfordringer forbundet med vagtplanlægning på ambulante afsnit, der følger normale arbejdsuger. Figur 5 indeholder definitioner på anvendte begreber.

Ordforklaring

Kompensationstimer:

I forbindelse med tilkald og overarbejde i regionerne tildeles ansatte **kompensationstimer**, hvor der skelnes imellem mer- og overarbejdstimer samt honorering for gene.

- **Mer- og overarbejdstimer** dækker over faktiske arbejdstimer ud over de ansattes normale arbejdstid, som f.eks. merarbejde på fridage eller efter endt vagt. Merarbejde honoreres 1:1 og udgør ikke ekstrahonorering. Mer- og overarbejdstimer er uden for scope i denne analyse
- **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, f.eks. i form af en mistet fridag eller fordi medarbejderen indkaldes med kort varsel. Størrelsen på genetillægget varierer, f.eks. i forhold til hvor lang tid før overarbejdet er varslet. Sker det inden for en time eller med én dags varsel udbetales forskellige satser. Ligeledes varierer det også efter, hvilken lokalaftale og/eller overenskomst medarbejderen har, hvorvidt medarbejderen havde planlagt med en fridag samt en række andre

Normperioden:

Normen refererer til den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid på 37 timer. Der er tale om en **norm pr. rul**, eftersom den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid skal opretholdes over et rul, der varierer i længde mellem regionerne, men typisk ligger mellem 12 og 18 uger. Det betyder, at der kan forekomme såkaldte **normudsving** i løbet af et rul, hvor ansattes arbejdstid ligger over eller under normen. **Nettonormen** refererer til summen af antal timer over og under norm.

Figur 5: Definitioner i forbindelse med kompensationstimer

Væsentligste analyseresultater

Den nuværende vagtplanlægning i psykiatrien foregår i dag decentralt på de enkelte afsnit og ofte ved brug af egenudviklede systemer. Vagtplanlægningsprocessen er en ressourcekrævende opgave, som det typisk er den ledende oversygeplejerske, der varetager for alle – undtagen læger og psykologer, der typisk har eget vagtplanlægningsystem. Vagtplanlæggeren skal tilgodese 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.

Analysen viser, at ca. 5,5% af den samlede løn svarende til ca. 365 mio. kr. udgøres af kompensationstimer i psykiatrien. Kompensationstimer er betaling for timer, hvor medarbejderen f.eks. har arbejdet over eller er blevet indkaldt med for kort varsel ift. arbejdstidsreglerne.

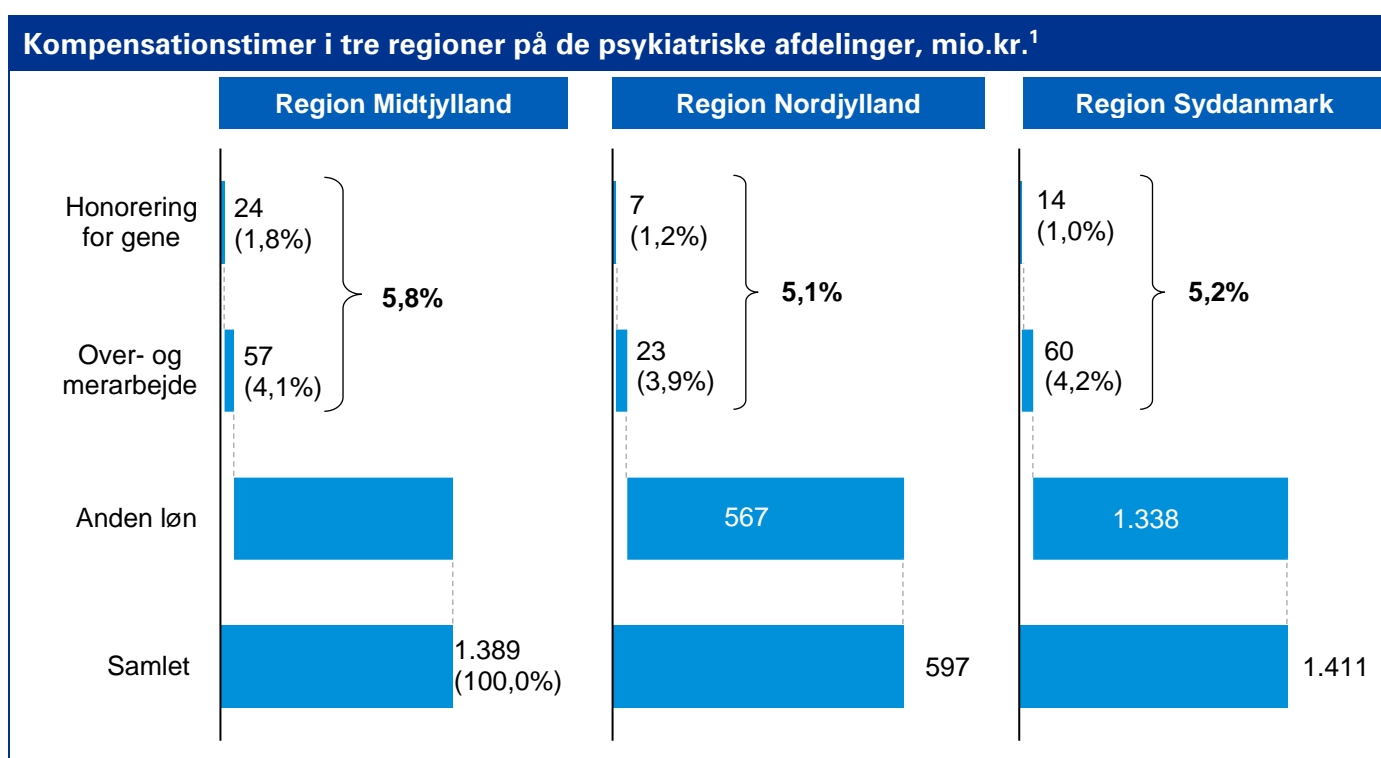
I alle organisationer med døgnbemanding, uforudset arbejdsbelastning, f.eks. akutte patienter, sygefravær, udfordringer med ubesatte stillinger og døgnbemanding vil der være et behov for mer- og overarbejde for at kunne dække pludselige hændelser og uforudsete sygdomsmeldinger. Analysen har derfor *ikke* 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, jo mindre gene for medarbejderen og jo lavere udbetaling af honorering for gener. Analysen har derfor set på, om niveauet kan nedbringes ved at optimere vagtplanlægningen.

Analyse af genebetaling

Honorering for gene udgør ca. 86 mio. kr., hvilket svarer til en tredjedel af de samlede ca. 365 mio. kr. i kompensation og i gennemsnit 1,3% af den samlede løn. Analysen viser, at kilderne til honorering for gene primært er overarbejde (ca. 55-60%), inddraget fridøgn og for sent varslet arbejde (25-35%). Årsagerne til overarbejde er primært sygefravær samt nogle steder ubesatte stillinger.

Honorering for gene vurderes at udgøre en uforholdsmæssig stor andel af den samlede kompensation i nogle regioner. Nedenstående figur 6 viser udbetaling af kompensationstimer og tilhørende honorering for gene for Region Midtjylland, Nordjylland og Syddanmark. Figuren viser, at der er væsentlig variation i, hvor stor andel honorering for gene udgør (fra 1,0% til 1,8%) mellem regionerne til trods for mindre udsving i den samlede andel af udbetaling af over- og merarbejde (3,9% til 4,2%).

Det indikerer, at region Syddanmark er bedre til at få dækket over- og merarbejde uden udløsning af særlige genetillæg.



Noter: 1) Forskelle mellem afdelingstyper (ambulant, lukket) undersøges på side 99 i den fulde rapport.

Kilde: Løndata fra regionerne for hele psykiatrien i Midtjylland, Nordjylland og Syddanmark suppleret af kendskab til to statslige organisationer

Figur 6: Kompensationstimer i tre regioner på de psykiatriske afdelinger.

Der er testet for, om variationen skyldes forskellig brug af vikarer, og der er ikke fundet en sammenhæng mellem honorering for gene og brug af vikar. Således ses der ikke et højt forbrug af vikarer for afdelinger med lavt niveau af kompensationstimer.

Der er desuden testet for, om variationen skyldes forskelle i sygefravær og/eller variation mellem åbne og lukkede afsnit. Der findes en svag sammenhæng mellem niveauet for honorering af gene og niveauet for sygefravær og type af afsnit.

Der er ved interview og observationer på caseafdelingerne identificeret en række forhold, der vurderes at være med til at udløse unødige kompensationstimer i form af honorering for gene og medarbejderbelastning:

- Der ses begrænset kapacitetsudjævning på tværs af afsnit f.eks. ved sygdom. Positive erfaringer fra én caseafdeling viser, at en høj grad af kapacitetsudjævning på tværs af afsnit kan nedbringe

- Kompensationsudløsende situationer væsentligt. Det skyldes, at et tværgående overblik giver vagtplanlæggeren mulighed for at identificere den mest ressourceeffektive erstatning på tværs af afsnit frem for alene at skulle indkalde inden for de medarbejdere, der er tilknyttet det enkelte afsnit, ligesom gener for medarbejderne fordeles mere lige.
- Planlægning af behov for ekstra vagter til dækning af dele af indkomne sygemeldinger i vagtplanlægning ses kun anvendt i meget begrænset omfang. På tværs af afdelinger ses et konstant minimum antal sygemeldinger hver dag over året, hvilket bevirker, at det vil kunne svare sig løbende at have enkelte ekstra personale indkaldt, der derefter vil kunne disponeres til de afsnit, hvor der er sygemeldinger.
- Begrænset overblik over omkostning ved indkaldelse af forskellige medarbejdere og muligheder ift. udnyttelse af overenskomsternes rammer og muligheder. Vagtplanlægning foregår typisk på afsnitsniveau, og vagtplanlæggeren kan risikere at skulle tage højde for op til otte forskellige overenskomster i tilrettelæggelsen af arbejdet.
- Stor variation i opfølgning på kompensationsgivende situationer fra ledelsen. Der er positive eksempler, hvor ledelsen tæt følger vagtplanlægningen, hvilket har resulteret i væsentligt lavere antal compensationstimer end i øvrige afdelinger. Der er også eksempler på afdelinger, hvor overarbejde og interne byt f.eks. ikke skal godkendes af leder/vagtplanlægger, og hvor ledelsen ikke systematisk følger niveauet for honorering af gene.
- Begrænset anvendelse af deadlines ift. planlægning af obligatoriske uddannelseskurser, teamdage, personalemøder mv., der derved ofte bliver kompensationsudløsende og til gene for medarbejderen. Vagtplanlæggerne oplever, at for sen information er en væsentlig kilde til kompensationsudløsende situationer.
- Vagtplanlægningssystemerne understøtter kun i mindre grad overholdelse og optimal udnyttelse af overenskomster og lokalaftaler. Flere steder er vagtplanlægningen observeret at finde sted i Excel-baserede systemer. Hvor vagtplanlægningssystemer anvendes, er det muligt at se, hvordan medarbejderne ligger ift. normer, men systemerne kan f.eks. ikke anviser mindst ressourcekrævende indkaldelse i tilfælde af akutte behov, eller om en vagtændring er kompensationsudløsende.

Table 3. Opsummering af observationer og datagrundlag

Hovedkonklusioner	Grundlag	Henvi sning til sidetal i rapport
<ul style="list-style-type: none">Der er forskel i udbetalingen af både mer-/overarbejdstimer og honorering for gene pr. medarbejder mellem afdelingerne og regionerne	<ul style="list-style-type: none">Løndata fra regionerne og kategorisering af lønkategorier i samarbejde med HR-personale	<ul style="list-style-type: none">92-94
<ul style="list-style-type: none">Der er ikke en direkte sammenhæng mellem brugen af mer-/overarbejdstimer og honorering for gene, og et konkret eksempel viser, at Region Syddanmark udbetaler 4,2% af deres lønkroner i mer-/overarbejdsbetaling med dertilhørende honorering for gene på 1% af lønkroner. De samme tal for Region Midtjylland er 4,1% og 1,8%. Der er således indikation på, at man kan sænke honorering for gene uden en tilsvarende nedgang i mer-/overarbejde	<ul style="list-style-type: none">Løndata fra regionerne og kategorisering af lønkategorier i samarbejde med HR-personale	<ul style="list-style-type: none">92-94
<ul style="list-style-type: none">Der ses ikke sammenhæng mellem brug af vikarer og forskelle i udbetalingen af honorering for gene	<ul style="list-style-type: none">Data for forbrug af vikarer og sygefravær samt lønkroner fra caseafdelinger	<ul style="list-style-type: none">98
<ul style="list-style-type: none">Der ses 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	<ul style="list-style-type: none">Data for forbrug af vikarer og sygefravær samt lønkroner fra caseafdelinger	<ul style="list-style-type: none">99
<ul style="list-style-type: none">Der er 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 o.l. ift. brug af ledelsesgodkendelse og kriterier for overarbejde	<ul style="list-style-type: none">Interview med vagtplanlæggere for plejepersonale og læger på caseafdelinger	<ul style="list-style-type: none">91,95,96
<ul style="list-style-type: none">Vagtplanlægningsystemerne understøtter ikke information omkring omkostninger forbundet med givne tilkald, vagtbyt eller lignende, og der er yderligere ikke mulighed for understøttelse af datadrevet vagtplanlægning forbundet med f.eks. sygefravær	<ul style="list-style-type: none">Interview med vagtplanlæggere for plejepersonale og læger på caseafdelinger, samt gennemgang af systemerne anvendt i stationære afdelinger i fire ud af fem regioner	<ul style="list-style-type: none">95,96

Løftestænger og bruttopotentialer

Der er identificeret syv overordnede løftestænger med det formål at styrke vagtplanlægningsprocessen (nummerering som i rapport):

8. Øget brug af faste deadlines i planlægningen
9. Bedre kapacitetsstyring på tværs af afsnit inden for afdelinger
10. Øget ledelsesfokus og godkendelse af kompensationsudløsende situationer, f.eks. ved systematisk godkendelse af kompensationsgivende situationer og/eller månedlig opfølgning
11. Brug af kriterier for overarbejde/vikarer
12. Øget vidensdeling mellem planlæggere
13. Bedre systemunderstøttelse af vagtplanlægningen og øget datadrevet tilgang til vagtplanlægningen, f.eks. ved at systemer understøtter oversigt over omkostninger ved tilkald af forskellige medarbejdere
14. Afdække muligheder og potentiale ved en samling af planlægningsfunktioner

Samlet set estimeres omfanget af honorering for gene at kunne nedbringes med ca. 5-8%. Det medfører et samlet bruttopotentiale svarende til en produktionsværdi på 17-26 mio. kr.

Den lave del af spændet udtrykker, at alle afdelinger, der har en højere honorering for gene end gennemsnittet, reducerer deres niveau til gennemsnittet. Den høje del af spændet er udtryk for, at alle afdelinger reducerer deres niveau til de afdelinger, der ligger i øverste kvartil.

Øvre kvartil anvendes, da analysen peger på, at en mindre del af variationen skyldes forskelle i sygefravær og type af afsnit, hvilket der bør korrigeres for.

Særlige forudsætninger

Det er en forudsætning, at sygefraværsniveauet forbliver på samme niveau, da sygefravær spiller en væsentlig rolle for udløsning af kompensationsgivende situationer. Det bemærkes, at en reduktion af sygefravær formentlig vil bevirke en reduktion i udbetalinger af honorering for gene.

Det er en forudsætning, at rekrutteringsudfordringer er de samme som i dag og ikke yderligere forværres.

Det er lagt til grund, at de nuværende arbejdstidsregler er gældende.

Det antages, at alle mer- og overarbejdstimer er nødvendige, så det alene er ekstra-honoreringen i form af honorering for gene, der kan nedbringes ved at fordele og planlægge arbejdstimerne, og derfor reduceres mer- og overarbejdstimebetalingen ikke.

For yderligere detaljer omkring metoden henvises til afsnit 2.

3.4. Analyse af medarbejdersammensætning og opgavefordeling

Analysen har set på medarbejdersammensætning og opgavefordeling i de fem caseafdelinger fordelt på de fem regioner med henblik på at analysere, 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 omkostningseffektivt.

3.4.1. Analyse af medarbejdersammensætning

Medarbejdersammensætningen på en afdeling vil typisk være bestemt af ledelsens vurdering af, hvordan andelen af medarbejdergrupperne bør sammensættes, så opgaven løses mest omkostningseffektivt. Sammensætningen kan dog også være påvirket af eksterne faktorer som rekrutteringsudfordringer, hvilket er en aktuell problemstilling flere steder i psykiatrien.

For at kunne vurdere et muligt potentiale i forhold til opgaveflytning mellem personalegrupper er de faktiske realiserede gennemsnitslønninger pr. medarbejdergruppe (eksklusiv kompensationstimer) kortlagt. Analysen viser, at omkostningerne til læger i gennemsnit er højere end til psykologerne og højere end øvrige behandlergruppe (f.eks. sygeplejerske). For øvrige behandlere viser tallene, at omkostningerne til sygeplejersker, pædagoger, SOSU'er og socialrådgivere ligger tilnærmelsesvis ens.

3.4.2. Analyse af opgavefordeling

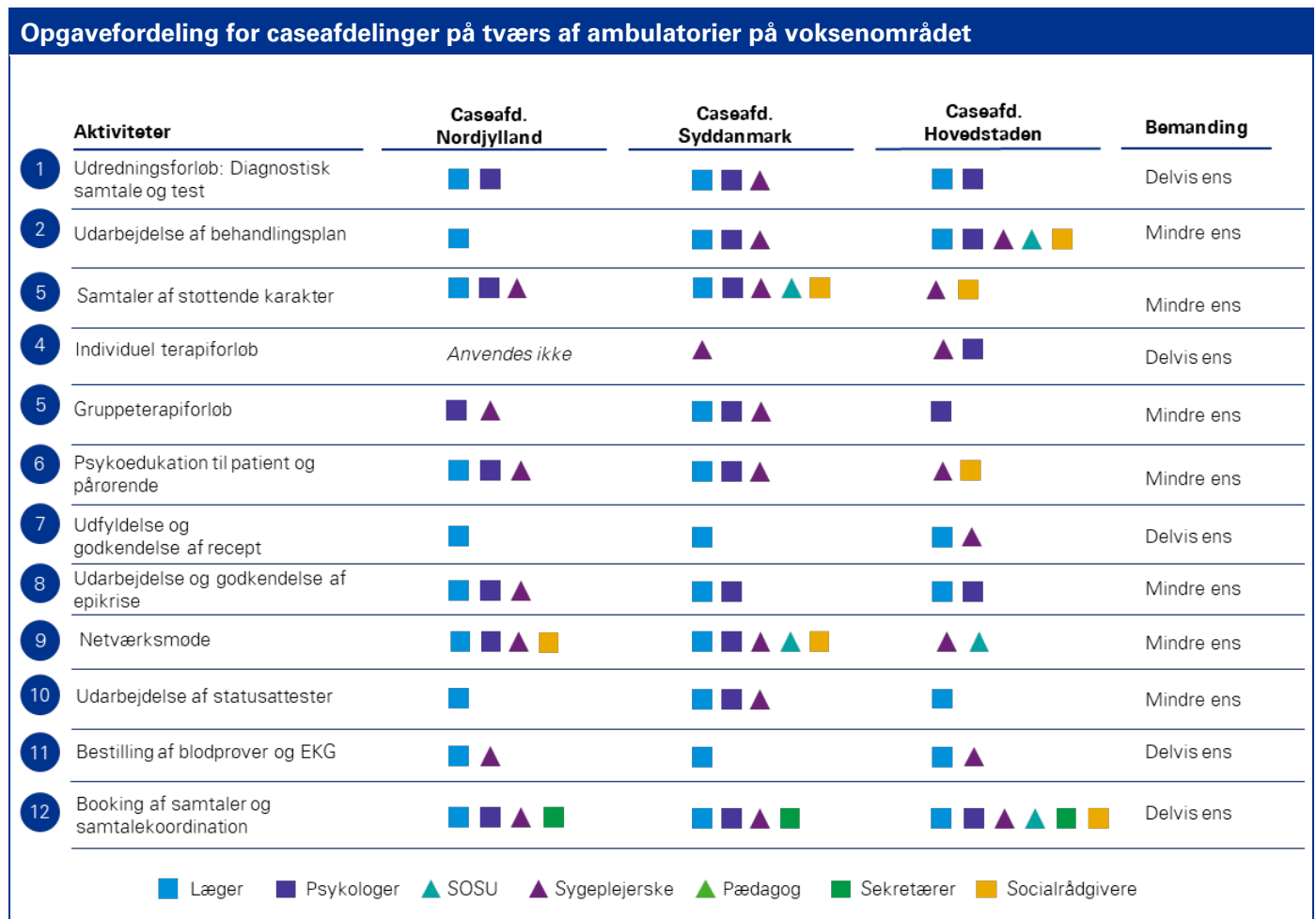
Gennem observationsstudier er der identificeret en række opgaver, hvor der har været forskel i, hvilke medarbejdergrupper der varetager opgaven på caseafdelingerne. Efterfølgende er der blevet foretaget en grundig kortlægning af, hvilke medarbejdere der løser hvilke opgaver ved hjælp af spørgeskemaer og opfølgende interview på alle caseafdelinger.

Der hvor det er konstateret, at en afdeling anvender en anden og billigere personaleresource til at løse opgaven, er der spurgt ind til, om der er tale om en undtagelsesvis flytning af opgaven, som går ud over kvaliteten. Hvis det er tilfældet, er opgaven vurderet ikke at være egnet til flytning.

Ligeledes er der spurgt ind til om opgaven har en sammenhæng til øvrige arbejdsopgaver, som risikerer at ville blive påvirket af en flytning af opgaven, samt hvordan dette er løst på de afdelinger, hvor opgaven er flyttet, for at afdække om der vil være negative konsekvenser ved en flytning. Hvis det er tilfældet, er opgaven vurderet til ikke at være egnet til flytning.

Nedenstående figurer viser de opgaver, hvor kortlægningen har vist, at der var forskelle i opgavevaretagelsen, og hvor der ikke var tale om undtagelsesvis flytning, eller hvor opgaven har særlig sammenhæng til øvrige arbejdsopgaver.

Kortlægningen viser, jf. figur 7, at der for 12 opgaver på ambulatorierne på voksenområdet er identificeret forskel i valg af medarbejdergrupper til opgaveløsningen.



Kilder: Datatræk fra Tidsregistreringssurvey d. 19/3, 16 interviews ifm. kortlægning af opgavefordeling og 21 observationsstudier.

Figur 7: Opgavefordeling for caseafdelinger på tværs af ambulatorier på voksenområdet

For ambulatorier på børne- og ungdomsrådet viser figur 8, at der for 6 opgaver på ambulatorierne er identificeret forskel i valg af medarbejdergrupper til opgaveløsningen.

Opgavefordeling for caseafdelinger på tværs af ambulatorier på børne og -ungdomsområdet				
Aktiviteter	Caseafd. Sjælland	Caseafd. Midtjylland	Bemanning	
1 Udredningsforløb: Diagnostisk samtale og test	■ ■	■ ■	Delvis ens	
2 Udarbejdelse af behandlingsplan	■ ■ ▲ ▲ ■	■ ▲	Mindre ens	
3 Individuel terapiforløb	■ ■	■ ■ ▲	Delvis ens	
4 Gruppeterapiforløb	■ ■	■ ■ ▲	Delvis ens	
5 Udarbejdelse og godkendelse af epikrise	■ ■ ▲ ▲ ■	■ ■ ▲ ▲	Delvis ens	
6 Booking af samtaler og samtalekoordination	■ ■ ▲ ▲ ■ ■	■	Mindre ens	

■ Læger ■ Psykologer ▲ SOSU ▲ Sygeplejerske ▲ Pædagog ■ Sekretærer ■ Socialrådgivere

Kilder: Datatræk fra Tidsregistreringssurvey d. 19/3, 16 interviews ifm. kortlægning af opgavefordeling og 21 observationsstudier.

Figur 8: Opgavefordeling for caseafdelinger på tværs af ambulatorier på børne- og ungdomsområdet

For de stationære afsnit på voksenområdet viser kortlægningen, at der for 10 opgaver på voksenområdet er identificeret forskel i valg af medarbejdergrupper til opgaveløsningen, jf. figur 9.

Opgavefordeling for caseafdelinger på tværs af stationære afsnit på voksenområdet				
Aktiviteter	Caseafd. Nordjylland	Caseafd. Syddanmark	Caseafd. Hovedstaden	Bemanning
1 Udredningsforløb: Diagnostisk samtale og test	■ ■	■	■	Delvis ens
2 Udarbejdelse af behandlingsplan	■ ■	■	■	Delvis ens
3 Samtaler af støttende karakter	■ ■ ▲ ▲	■ ■ ▲ ▲	▲ ▲	Mindre ens
4 Individuel terapiforløb	■ ■	Anvendes ikke	▲	Mindre ens
5 Gruppeterapiforløb	▲ ▲	Anvendes ikke	Anvendes ikke	Delvis ens
6 Psykoedukation til patient og pårørende	▲ ▲	Anvendes ikke	▲ ▲	Delvis ens
7 Udarbejdelse og godkendelse af epikrise	■ ■	■	■	Delvis ens
8 Kontakt til sagsbehandler i kommune	■ ■ ▲ ▲ ■	■	■	Mindre ens
9 Patientpleje, aktiviteter, ærinder og miljøterapi	■ ▲ ▲	▲ ▲	▲ ▲	Delvis ens
10 Kontakt til pårørende	■ ■ ▲ ▲ ■	■ ▲ ▲ ■	■ ▲ ▲	Delvis ens

■ Læger ■ Psykologer ▲ SOSU ▲ Sygeplejerske ▲ Pædagog ■ Sekretærer ■ Socialrådgivere

Kilder: Datatræk fra Tidsregistreringssurvey d. 19/3, 16 interviews ifm. kortlægning af opgavefordeling og 21 observationsstudier.

Bemærk at anvendes ikke tillige er et udtryk for valg i forhold til opgavefordeling.

Figur 9: Opgavefordeling for caseafdelinger på tværs af stationære afsnit på voksenområdet

Figur 10 for de stationære afsnit på børne- og ungdomsområdet viser, at der for 3 opgaver på stationære afsnit er identificeret forskel i valg af medarbejdergrupper til opgaveløsningen, jf. figur 10.

Opgavefordeling for caseafdelinger på tværs af ambulatorier på børne- og ungdomsområdet			
Aktiviteter	Caseafd. Sjælland	Caseafd. Midtjylland	Bemænding
1 Samtaler af støttende karakter	▲ ▲	■ ■ ▲ ▲	Mindre ens
2 Psykoedukation til patient og pårørende	▲ ▲	■ ■ ▲ ▲	Mindre ens
3 Kontakt til sagsbehandler i kommune	■ ■ ▲ ▲ ■	■ ■ ■	Mindre ens
4 Udarbejdelse af statusattester	■ ■ ■	■ ■	Delvis ens
5 Kontakt til pårørende	■ ■ ▲	■ ■ ▲ ▲	Delvis ens

■ Læger ■ Psykologer ▲ SOSU ▲ Sygeplejerske ▲ Pædagog ■ Sekretærer ■ Socialrådgivere

Kilder: Datatræk fra Tidsregistreringssurvey d. 19/3, 16 interviews ifm. kortlægning af opgavefordeling og 21 observationsstudier.

Figur 10: Opgavefordeling for caseafdelinger på tværs af stationære afsnit på børne- og ungdomsområdet

Den samlede kortlægning viser, at hovedparten af opgaverne løses af to eller flere personalegrupper. I forbindelse med kortlægningen er der identificeret enkelte opgaver, hvor der i flere interview er blevet givet udtryk for, at opgaven i højere grad vil kunne løses af den ene medarbejdergruppe.

Det gælder f.eks. statusattester, hvor sygeplejersker nogle steder bidrager til at forberede hele attesten, så lægen kun skal godkende og eventuelt ændre mindre ting. Samlet set er der identificeret 11 opgaver, hvor medarbejderne selv vurderer, at opgaven i højere grad kunne løses af den ene medarbejdergruppe, der i dag varetager opgaven.

Tabel 4. Opsummering af observationer og datagrundlag		
Hovedkonklusioner	Grundlag	Henvi- sning til sidetal i rapport
<ul style="list-style-type: none"> Der er identificeret en lønforskel mellem læger og psykologer på når der ses på realiseret løn eksklusiv kompensationstimer Der er identificeret en lønforskel mellem læger og behandlere på når der ses på realiseret løn eksklusiv kompensationstimer Der er identificeret en meget begrænset lønforskel mellem sygeplejersker, SOSU'er og pædagoger, når der ses på realiseret løn eksklusiv kompensationstimer 	<ul style="list-style-type: none"> Løndata fra regionerne og kategorisering af lønkatogorier i samarbejde med HR-personale 	<ul style="list-style-type: none"> 107
<ul style="list-style-type: none"> På det stationære område er der inden for 10 opgaver på voksenområdet kortlagt forskelle i, hvilke medarbejdergrupper, der varetager opgaven. På børne- og ungdomsområdet er der kortlagt forskelle i hvilke medarbejdergrupper, der varetager opgaven på 3 områder 	<ul style="list-style-type: none"> Kortlægning af opgavefordeling på baggrund af udsendte spørgeskema til caseafdelingerne Interview og observationer 	<ul style="list-style-type: none"> 114, 115
<ul style="list-style-type: none"> På det ambulante område er der indenfor 12 opgaver på voksenområdet kortlagt forskelle i hvilke medarbejdergrupper, der varetager opgaven. På børne- og ungdomsområdet er kortlagt forskelle i hvilke medarbejdergrupper, der varetager opgaven på 6 områder 	<ul style="list-style-type: none"> Kortlægning af opgavefordeling på baggrund af udsendte spørgeskema til caseafdelingerne, Interview og observationer 	<ul style="list-style-type: none"> 112,113
<ul style="list-style-type: none"> For en række opgaver er det i flere interview tilkendegivet, at opgaven i højere grad end i dag kunne udarbejdes af sygeplejersken frem for lægen. Det gælder f.eks. udarbejdelse af behandlingsplan, individuel terapi, psykoedukation, udfyldelse af recepter, udarbejdelse af epikriser m.fl. 	<ul style="list-style-type: none"> Interview som opfølgning på kortlægning af opgaver med alle afdelinger 	<ul style="list-style-type: none"> 112-115
<ul style="list-style-type: none"> For en række opgaver er det i flere interview tilkendegivet, at opgaven i højere grad end i dag kunne udarbejdes af psykologen frem for lægen. Det gælder f.eks. afklarende samtaler, diagnostisk test m.fl. 	<ul style="list-style-type: none"> Interview som opfølgning på kortlægning af opgaver med alle afdelinger 	<ul style="list-style-type: none"> 112-115

Løftestænger og bruttopotentialer

På baggrund af analysen er identificeret tre overordnede løftestænger (nummerering som i rapport):

15. Arbejdsopgaver, der i dag løses af læger, løses i højere grad af psykologer, f.eks. afklarende patientsamtaler og samtaler i forbindelse med udredningsforløb
16. Arbejdsopgaver, der i dag løses af læger og psykologer, løses i højere grad af sygeplejersker. F.eks. opgaver som psykoedukation og gruppeterapiforløb, udarbejdelse af udkast til behandlingsplaner, epikriser og forberedelse af statusattester
17. Fokus på optimal arbejdsdeling mellem behandlere og sekretærer på ambulatorierne, herunder at bookingopgaver varetages centralt af sekretærgruppen, frem for at den enkelte behandler selv (om)booker patientsamtaler

Bruttopotentialet er beregnet for de opgaver, hvor der er identificeret en forskel i, hvilken medarbejdergruppe der løser opgaven, og hvor der ved interview ikke har været bemærkning om, at kvaliteten eller øvrige opgaver vil blive negativt påvirket af en flytning af opgaven til anden medarbejdergruppe.

Samlet set estimeres et bruttopotentiale ved flytning af opgaver og ændret medarbejdersammensætning svarende til en produktionsværdi på 44-95 mio. kr. svarende til 1-2% af den samlede baseline. Den lave del af spændet er udtryk for, at alle afdelinger får samme opgavefordeling, som den afdeling der løser opgaven til laveste omkostning. Den høje del af spændet udgøres af samme beregning som den lave del af potentialet, men indeholder også en beregning på de områder, hvor det i flere interview er tilkendegivet, at opgaven i højere grad vil kunne løses af den ene gruppe af de medarbejdergrupper, der i dag løser opgaven.

Det bemærkes, at potentialet er beregnet for hhv. voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien (hver for sig) samt separat for det stationære og ambulante område, så der tages højde for forskelle i opgaver.

Særlige forudsætninger

Det er en forudsætning, at kvaliteten af opgavevaretagelsen er tilstrækkelig i de afdelinger, hvor det er kortlagt, at en anden medarbejdergruppe til lavere omkostninger varetager opgaven i forhold til andre afdelinger. Den antagelse er væsentlig, idet det netop lægges til grund, at afdelinger med lavere omkostninger som følge af anden opgavefordeling kan kopieres af andre afdelinger.

Potentialet er beregnet med udgangspunkt i en kortlægning udført på afdelingerne, interview med medarbejdere samt tidsangivelse fra tidsregistreringsurvey. Det er en forudsætning for potentialet, at det estimerede tidsforbrug pr. opgave for de uger, hvor der er registreret tid, er repræsentativ for gennemsnittet for de øvrige uger i året, samt at resultaterne fundet for caseafdelingerne også vil gælde for det øvrige almene psykiatriske område (eksklusiv højt specialiserede afsnit).

Det er en forudsætning, at medarbejdersammensætningen kan ændres over tid givet rekrutteringsudfordringer. Fra interview fremgår det, at rekrutteringsvanskeligheder mange steder præger medarbejdersammensætningen, og dette kan begrænse implementeringsmulighederne. Det bemærkes dog, at det ofte er lægemangel, der opleves som den største begrænsning. Forslagene her bidrager netop til, at en større del af opgaverne kan flyttes fra læger til andre medarbejdergrupper. For enkelte initiativer under løftestangen kan det kræve, at alle afdelinger opnår delegeret rammeordning til sygeplejerskerne.

For yderligere detaljer omkring metoden henvises til afsnit 2.

3.5. Analyse af bemanning og patientbelastning

Analysen af bemanning og patientbelastning har fokus på eventuelle forskelle i bemanning 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.

3.5.1. Analyse af bemanning

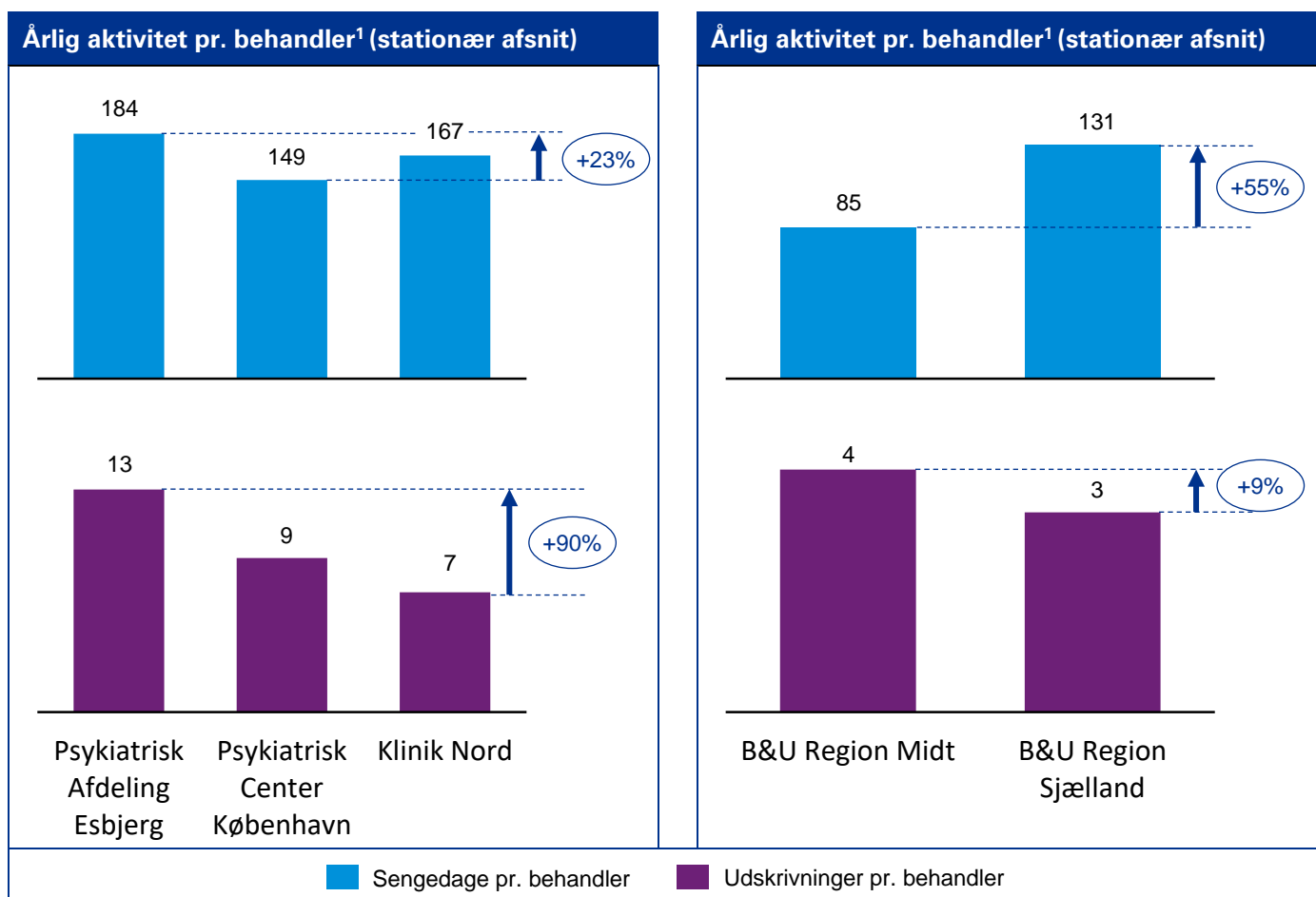
Analysen viser, at vurderingen af bemandingsbehovet for de psykiatriske afdelinger i en vis grad opgøres forskelligt, og at resultaterne er forskellige alt efter region. Den hyppigst anvendte metode er, at lønrammen for afdelingerne baseres på antallet af senge på afdelingen, der primært er historisk 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 som 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. I en stikprøve for to ensartede afsnit med fælles karakteristika på to forskellige afdelinger har analysen vist, at aften- og nattebemandingen vurderes ens i hverdage, men at dagsbemanding varierer med et årsværk, og at bemandingsbehov i weekenden er vurderet forskelligt. Der kan ikke konkluderes på baggrund af så lille en stikprøve, men det indikerer, at området bør belyses nærmere.

Analysen indikerer endvidere, at de identificerede forskelle i grundlag og metode til vurdering af bemandingsbehovet kan være afspejlet i antallet af medarbejdere pr. aktivitet. Aktiviteten er defineret på forskellige vis på hhv. ambulante og stationære afsnit. Således er der i det ambulante område fokus på antal besøg, der vurderes at være dækkende for den ambulante aktivitet. For det stationære område analyseres på både sengedage, dvs. antal dage patienten har været indlagt, og antal udskrivelser. Antallet af sengedage er et mål for den faktiske aktivitet, men kan dække over en problematik ift. at få udskrevet patienter rettidigt. Derfor suppleres med antallet af udskrivelser, der også kan give en indikation af aktivitetsniveauet.

3.5.2. Analyse af patientbelastning

Figur 11 nedenfor viser op til 23% forskel i antal sengedage pr. behandler på voksenområdet og op til 55% på børne- og ungdomsområdet på stationære afsnit. Ift. antal udskrivelser ses der op til 90% forskelle i antal udskrivelser pr. behandler på det stationære område. På børne- og ungdomsområdet ses en større forskel i antallet af sengedage, end tilfældet er på voksenområdet, nemlig 55% ift. de 23%. Dog ses der mindre forskelle i antallet af udskrivelser, hvor der kun ses en forskel på 9%.

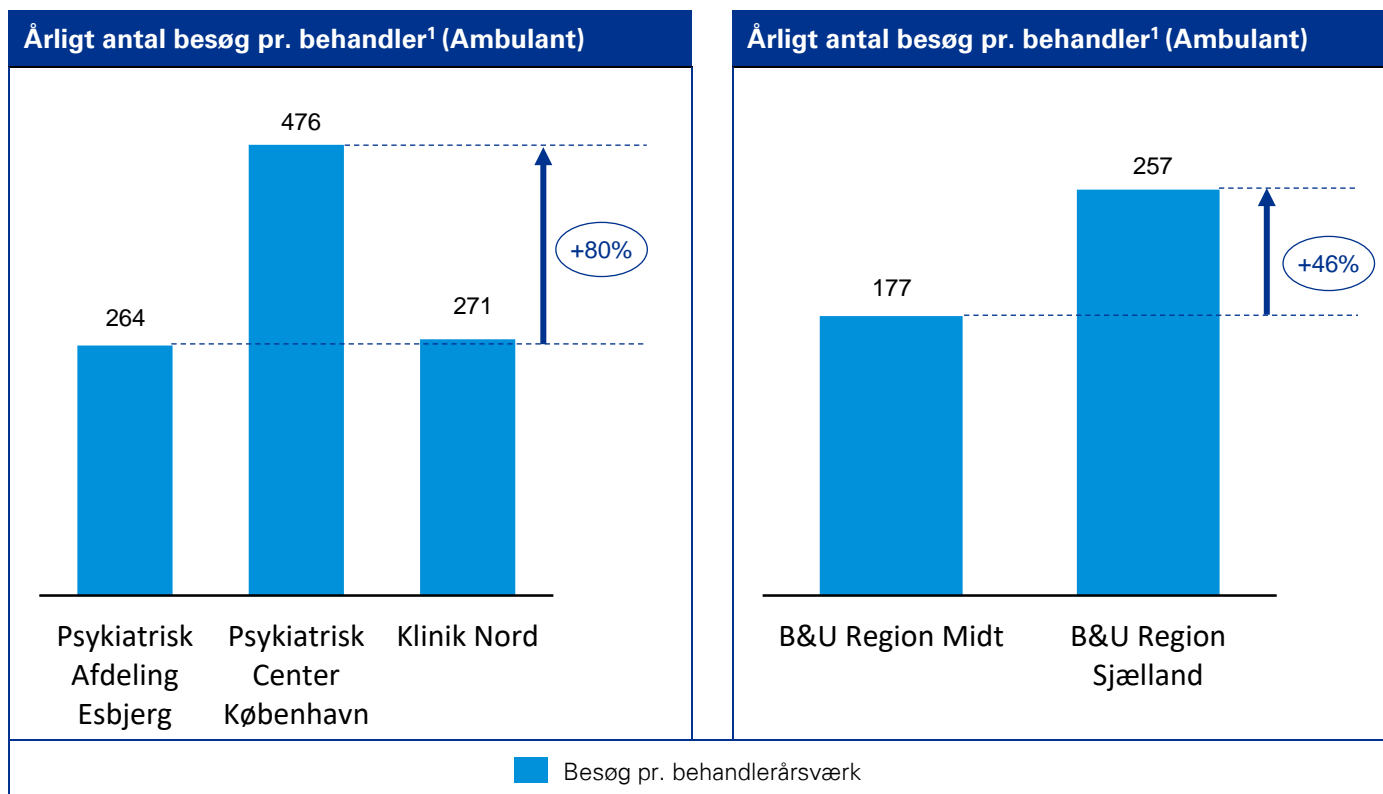


1) Behandlergruppen er for denne analyse af voksenpsykiatrien defineret som læger, sygeplejersker, SOSU'er, psykologer, ergo- og fysioterapeuter samt socialrådgivere.

Figur 11: Årlig aktivitet pr. behandler

Figur 12 nedenfor viser, at for ambulatorierne ses op til 80% forskel i antal besøg pr. behandler. På børne- og ungdomsområdet ses en mindre forskel, end tilfældet er på voksenområdet. Således ses en forskel på 46% i antallet af ambulante besøg.

Det er væsentligt, at der ikke sammenlignes tal mellem børne- og ungdomsafdelingerne og voksenafdelingerne, da der er signifikante forskelle i praksis. Dette ses eksempelvis i de samtaler med forældre eller opholdssteder, der ofte følger afsluttede besøg i børne- og ungdomspsykiatrien.



1) Behandlergruppen er i denne analyse af voksenpsykiatrien defineret som læger, sygeplejersker, SOSU'er, psykologer, ergo- og fysioterapeuter samt socialrådgivere

Figur 12: Årligt antal besøg pr. behandler

Resultaterne fra både det stationære og ambulante område skal tolkes yderst varsomt. Der er en lang række forhold som f.eks. mindre forskelle i opførelse af ydelser, forskelle i arbejdsgange, fysiske rammer mv., der vil påvirke tallene, og som gør, at det ikke kan konkluderes, at forskellene alene er udtryk for bemandingsforskelle.

Table 5. Opsummering af observationer og datagrundlag

Hovedkonklusioner	Grundlag	Henvisning til sidetal i rapport
<ul style="list-style-type: none"> Budgettering er forskellig på tværs af regionerne og baseres i høj grad på delvist historiske normeringer for f.eks. antal senge 	<ul style="list-style-type: none"> Interview med økonomi- og planlægningsansvarlige i regionerne og afdelingsledelsen i caseafdelinger 	<ul style="list-style-type: none"> 123
<ul style="list-style-type: none"> Bemandingen fastlægges forskelligt på tværs af caseafdelinger for både det stationære og ambulante. Der er dog en tendens til større forskelligartethed i fastlæggelsen af bemanningen på det ambulante område 	<ul style="list-style-type: none"> Interview med økonomi- og planlægningsansvarlige i regionerne og afdelingsledelsen i caseafdelinger 	<ul style="list-style-type: none"> 124, 125
<ul style="list-style-type: none"> Der er observeret forskelle i aktiviteten håndteret pr. medarbejder i både det stationære og ambulante område på hhv.: <ul style="list-style-type: none"> - 23% for sengedage og 90% for udskrivninger i voksenpsykiatriens stationære afdelinger - 80% for ambulante besøg i voksenpsykiatrien - 55% for sengedage og 9% for udskrivninger i børne- og ungdomspsykiatrien - 46% for ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatrien Rapporten peger på flere forklaringer, fx forskelle i bemanning, lokaktionsmæssige forskelle mv., men analysen kan ikke isolere på nuværende datagrundlag, hvad der driver forskellene. 	<ul style="list-style-type: none"> Aktivitetsdata fra LPR, ÅV-data fra de enkelte afdelinger, fordeling af ÅV på ambulante og stationær aktivitet af afdelingsledelsen 	<ul style="list-style-type: none"> 127-133

Løftestænger og bruttopotentialer

På baggrund af analysen er identificeret to overordnede løftestænger (nummerering som i rapport).

18. Udvikling og anvendelse af en bemandingsmodel med ensrettede kriterier for vurdering af bemandingsbehovet fra regionalt hold, så det i højere grad sikres, at budgetrammerne for afdelingerne afspejler den faktiske patientbelastning på afdelingerne og er behovsvurderet. Bemandingsvurderingen bør revurderes årligt på baggrund af ændringer i patientbelastning

19. Udvikling og anvendelse af ensrettede kriterier for vurdering af bemandingsbehov til udvikling af fremmødeprofiler på stationære afsnit og i ambulatorierne

Modellering af bemandingsbehov er komplekst, og derfor anbefales det, at bemandingsvurderingen udarbejdes i tæt dialog med afdelingerne, og at modellen løbende tilpasses, så der opnås erfaring med drivere af bemandingsbehovet.

Fremmødeprofiler vil altid ved ledelsesmæssig vurdering skulle kunne tilpasses til evt. særlige lokale forhold, men grundlaget for vurdering af bemandingsbehovet bør være ens, så der skabes transparens til bemandingsovervejelser, og der løbende kan foretages ændring, såfremt patientbelastningen ændrer sig. Det anbefales, at fremmødeprofiler og løbende revurdering af bemandingsbehov forankres under ledelsen.

Der er ikke beregnet et potentiale på området. Det skyldes, at det på det nuværende datagrundlag ikke er muligt at estimere et konkret potentiale, hvor øvrige forhold, der påvirker bemanningen, isoleres. Det skal ikke ses som et udtryk for, at der ikke vurderes at være et potentiale på området, men i stedet som en anbefaling til at område bliver belyst grundigere, da analysen peger på, at der kan være et væsentligt potentiale på området.

Særlige forudsætninger

Der vurderes ikke at være særlige forhold for afsnittet.

3.6. Analyse af 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 grupper af tid: direkte patientkontakt, andre patientrelaterede opgaver og ikke-patientrelaterede opgaver. Alle grupper af opgaver er nødvendige for at kunne behandle patienten. De er beskrevet nærmere i figur 13 nedenfor.

- 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 primæssektor og øvrige parter, kontrol af EKG, patientbooking
- Ikke-patientrelaterede opgaver: Dækker bl.a. over interne møder, pauser, supervision, uddannelse, øvrige og administrative opgaver

Figur 13: Kategorier i tidssurvey

3.6.1. Analyse af anvendelse og planlægning af arbejdstid på det stationære område

De stationære afsnit er kendetegnet ved, at patienten er indlagt, og at den samlede effekt af behandlingen består af flere faktorer. Den tid personalet anvender med patienten er én faktor, men andre væsentlige faktorer er f.eks. effekten af medicinsk behandling, dvs. hvor lang tid der går, før medicinen giver ønsket effekt, samt miljøterapi-effekt, dvs. den effekt der opnås ved, at patienten er indlagt i de faste rammer på afdelingen og løbende observeres og behandles.

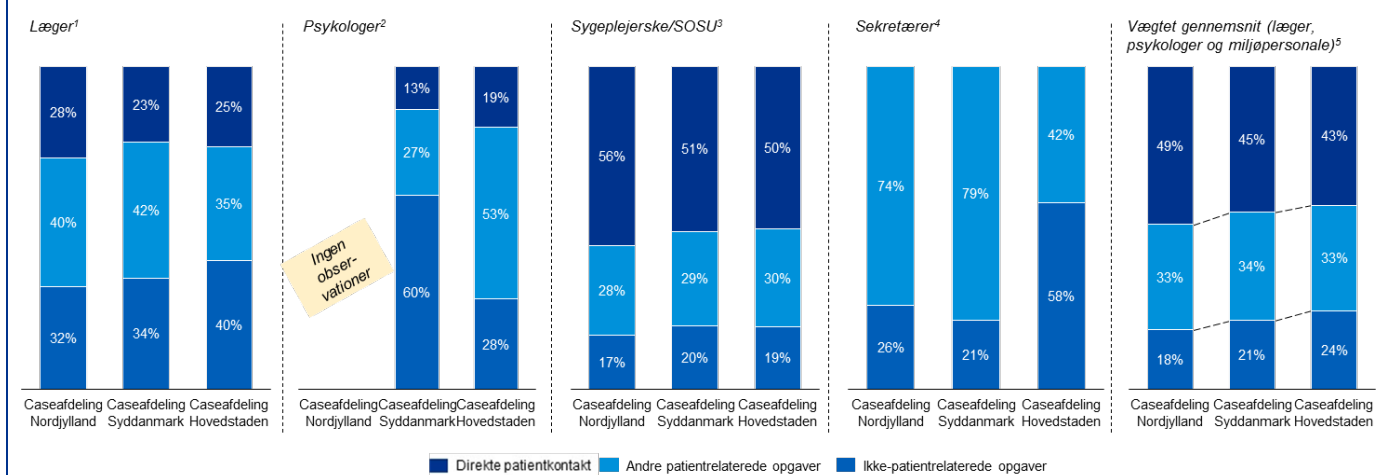
I voksenpsykiatrien på det stationære område viser analysen, jf. figur 14, at direkte patientkontakt (i figuren angivet som konfrontationstid) udgør mellem 13-28% af behandlerpersonalets (læger og psykologer) tidsanvendelse og 50-56% af miljøpersonalets (sygeplejerske/SOSU) tidsanvendelse for de undersøgte afdelinger. Forskellen i andelen af direkte patientkontakt mellem behandlerpersonale og miljøpersonale skyldes bl.a., at miljøpersonalet har den primære kontakt til patienten, hvor lægen typisk alene er med ved indlæggelse, udskrivelse og enkelte opfølgende samtaler med patienter 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 langt tid opgaven tager. Observationer og interview peger også på, at flere registreringskemaer 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.

Samlet tidsanvendelse på voksenpsykiatriske afdelinger fordelt på læger, psykologer, sygeplejersker, SOSU'er og sekretærer



Noter: 1) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 425 timer (caseafdeling Nordjylland), 402 timer (caseafdeling Syddanmark) og 561 timer (caseafdeling Hovedstaden), 2) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 43 timer (caseafdeling Syddanmark) og 71,5 timer (caseafdeling Hovedstaden). I caseafdeling Nordjylland anvender de ikke psykologer, 3) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 1.705 timer (caseafdeling Nordjylland), 1.732 timer (caseafdeling Syddanmark) og 1.480,5 timer (caseafdeling Hovedstaden), 4) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 192 timer (caseafdeling Nordjylland), 166,5 timer (caseafdeling Syddanmark) og 196,5 timer (caseafdeling Hovedstaden). 5) Vægtet ift. antal besvarelser samt medarbejdersammensætning. Se kapitel 2 for beskrivelse af usikkerheder og validitet ift. tidsregistreringen.

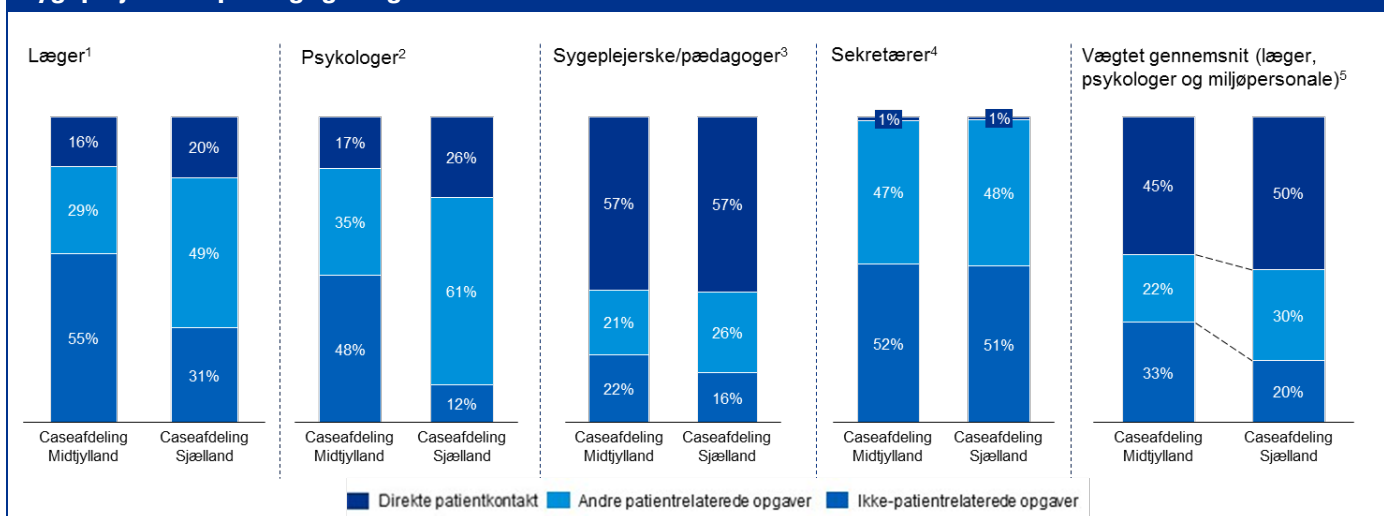
Kilde: Datatræk fra tidssurvey d. 19/3.

Figur 14: Tidsanvendelse på stationære voksenpsykiatriske afdelinger fordelt på medarbejdergrupper

I børne- og ungdomspsykiatrien på det stationære område viser figur 15, at direkte patientkontakt (i figuren angivet som konfrontationstid) udgør mellem 16-26% for behandlerpersonalet, mens miljøpersonalet anvender ca. 57% af tiden på direkte patientkontakt.

Tallene viser, at behandlerpersonalet anvender deres øvrige arbejdstid på journalskrivning og registrering (10-20%), konferencer og patientgennemgang samt øvrige administrative opgaver. For miljøpersonalet fylder journalisering og registrering ca. 6%. Derudover anvendes tiden på øvrige administrative opgaver (f.eks. e-mails og post), praktiske opgaver og interne møder. Observationer fra voksenpsykiatrien ift. journalskrivning og patientgennemgang går igen i børne- og ungdomspsykiatrien.

Samlet tidsanvendelse på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fordelt på læger, psykologer, sygeplejersker/pædagoger og sekretærer



Noter: 1) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 241 timer (caseafdeling Midtjylland) og 239 timer (caseafdeling Sjælland), 2) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 196 timer (caseafdeling Midtjylland) og 69 timer (caseafdeling Sjælland), 3) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 1.215 timer (caseafdeling Midtjylland) og 604,5 timer (caseafdeling Sjælland), 4) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 72 timer (caseafdeling Midtjylland) og 49,5 timer (caseafdeling Sjælland). 5) Vægtet ift. antal besvarelser samt medarbejdersammensætning. Se kapitel 2 for beskrivelse af usikkerheder og validitet ift. tidsregistreringen.

Kilde: Datatræk fra tidssurvey d. 19/3.

Figur 15: Tidsanvendelse på stationære børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fordelt på medarbejdergrupper

3.6.2. Analyse af anvendelse og planlægning af arbejdstid på det ambulante område

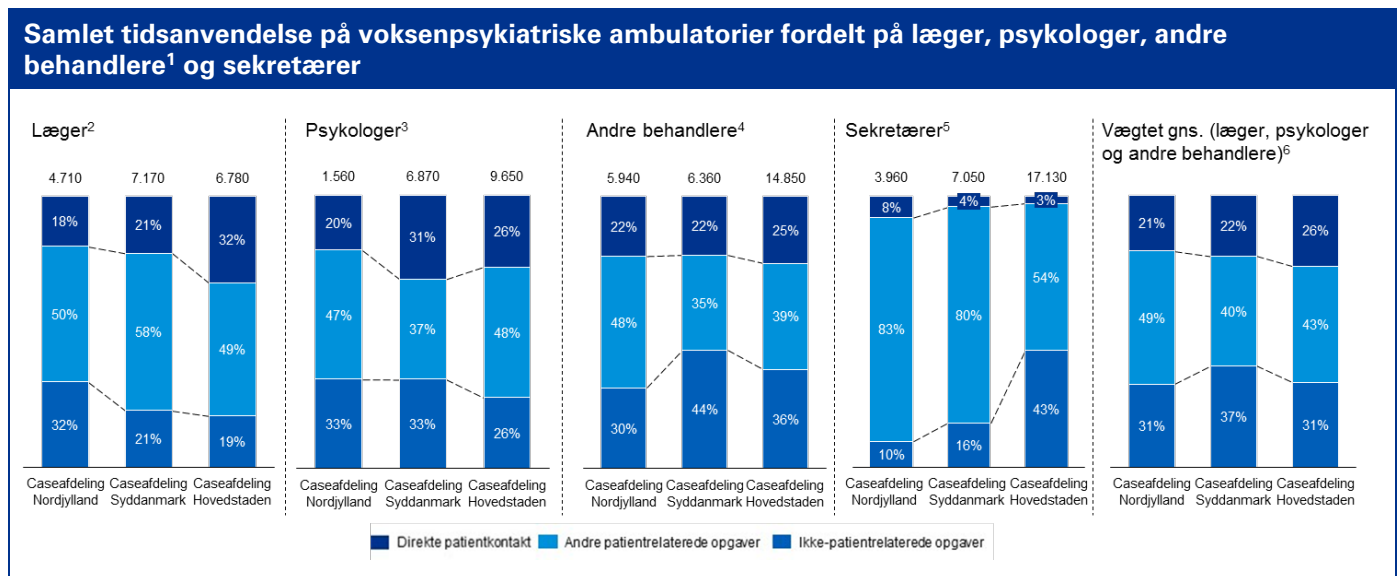
Ambulatorierne er kendetegnet ved, at patienten ikke er indlagt, men møder op til behandling og terapi i ambulatoriet. Der er derved en direkte sammenhæng mellem omfang af tid, personalet anvender med patienter, og antallet og/eller kvaliteten af behandlingen. Det ambulante område adskiller sig derfor fra det stationære område, ved at ventetid ift. effekt af medicinsk behandling ikke betyder, at patienten optager en seng.

Analysen har set på tre overordnede tematikker: a) effektive arbejds gange, b) planlægning af patientbesøg, c) udeblivelse og aflysninger.

a. Effektive arbejds gange

I **voksenpsykiatrien** viser analysen af tidsforbrug, at 18-32% af lægernes, 20-31% af psykologernes og 22-25% af de øvrige behandleres (sygeplejerske, SOSU'er, socialrådgivere m.fl.) tid går til direkte patientkontakt. Den øvrige tid går i vid udstrækning til journalskrivning og registrering, konferencer, patientgennemgang og planlægning samt øvrige administrative opgaver. 11-25% af lægernes og psykologernes tid går til patientrelaterede møder, mens 9-21% går til journalskrivning og registrering. De øvrige behandlere anvender 8-10% af deres tid på patientrelateret mødeaktivitet, 7-15% på journalskrivning og registrering samt 4-9% på patientbooking.

Observationer peger generelt på, at særligt diktering, registrering og journalisering tager lang tid og er opgaver, hvor der ses stor variation i, hvor lang tid opgaven tager behandlere imellem. Bl.a. peger observationer på, det ofte kan være tidskrævende at foretage medicinjustering pga. besværlige systemer, og at megen tid går med registrering og dokumentering. Derudover varierer praksis ift. patientrelateret mødeaktivitet, herunder særligt konferencer. Endelig er patientbooking ofte en ressourcekrævende post for behandlerne, der ofte selv står for at holde styr på kalenderen, orientere sekretær om besøg og evt. ændringer samt håndtering af afbud og aflysninger.

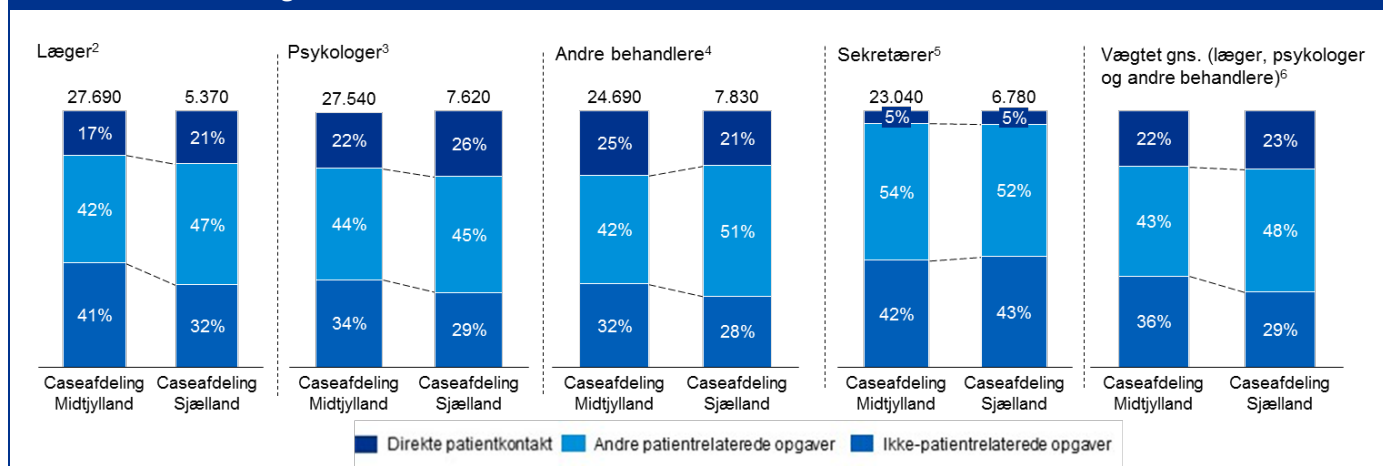


Noter: 1) Andre behandlere inkluderer sygeplejersker, SOSU'er, pædagoger, ergoterapeuter og socialrådgivere. 2) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 78,5 timer (caseafdeling Nordjylland), 119,5 timer (caseafdeling Syddanmark) og 113 timer (caseafdeling Hovedstaden). 3) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 26 timer (caseafdeling Nordjylland), 114,5 timer (caseafdeling Syddanmark) og 161 timer (caseafdeling Hovedstaden). 4) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 99 timer (caseafdeling Nordjylland), 106 timer (caseafdeling Syddanmark) og 247,5 timer (caseafdeling Hovedstaden). 5) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 66 timer (caseafdeling Nordjylland), 117,5 timer (caseafdeling Syddanmark) og 285,5 timer. 6) Vægtet ift. antal besvarelser samt medarbejdersammensætning (caseafdeling Hovedstaden) Se kapitel 2 for beskrivelse af usikkerheder og validitet ift. tidsregistreringen. Kilde: Datatræk fra tidssurvey d. 19/3

Figur 16: Tidsanvendelse på ambulante voksenpsykiatriske afdelinger fordelt på medarbejdergrupper

I **børne- og ungdomspsykiatrien** viser figur 17, at 17-26% af personalets arbejdstid anvendes til direkte patientkontakt. For læger og psykologer anvendes 17-26% af arbejdstiden på direkte patientkontakt, mens det for øvrige behandlere udgøres af 21-25%. Som i voksenpsykiatrien fylder journalskrivning, konferencer og interne møder en stor andel af tiden, og de samme observationer gør sig gældende ift. journalisering og patientbooking.

Samlet tidsanvendelse på børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier fordelt på læger, psykologer, andre behandlere¹ og sekretærer



Noter: 1) Andre behandlere inkluderer sygeplejersker, SOSU'er, pædagoger, ergoterapeuter og socialrådgivere. 2) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 461,5 timer (caseafdeling Midtjylland) og 89,5 timer (caseafdeling Sjælland). 3) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 462,5 timer (caseafdeling Midtjylland) og 127 timer (caseafdeling Sjælland). 4) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 411,5 timer (caseafdeling Midtjylland) og 130,5 timer (caseafdeling Sjælland). 5) Data baseret på indrapportering af tidsanvendelse på 384 timer (caseafdeling Midtjylland) og 113 timer (caseafdeling Sjælland). 6) Vægtet ift. antal besvarelser samt medarbejdersammensætning. Se kapitel 2 for beskrivelse af usikkerheder og validitet ift. tidsregistreringen.

Kilde: Datatræk fra tidssurvey d. 19/3

Figur 17: Tidsanvendelse på ambulante børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fordelt på medarbejdergrupper

b. Planlægning af patientbesøg

Behandlere i både voksen- samt børne- og ungdomspsykiatrien planlægger ofte selv patientbesøg med støtte fra sekretærer. Det observeres, at det varierer, hvor lang tid behandlerne afsætter til samme typer af patientbesøg (f.eks. førstegangssamtaler), samt hvor stor en andel af tiden der bruges på journalskrivning og registrering. Således ses standardtider for en typisk patientsamtale i voksenpsykiatrien f.eks. at variere mellem 30-60 minutter inkl. journalskrivning. Det observeres yderligere, at tiden heraf brugt til journalskrivning varierer mellem 15-30 minutter.

For både voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien varierer antallet af patientbesøg set over enkelte ugedage, ugen (man-fre) og året væsentligt. Fx ses op til 76% forskel på den uge, hvor ambulatoriet når flest besøg, og den uge, hvor der nås færrest (Ferieperioder og helligdage ikke medtaget i analysen). En del af forklaringen er, at patientflowet varierer over året. Tallene viser dog, at der er begrænset udsving over året med undtagelse af juli, hvor både personale og patienter holder ferie. Udsving i patientflow kan derfor ikke alene forklare de store udsving i besøgsantal. Observationer og interview peger på, at behandlerne ofte finder det vanskeligt at tilrettelægge et ensartet flow set over året og samtidig i varierende grad formår at tilrettelægge bookingen, så et maksimalt antal patienter nås. Der er observeret flere forhold, der påvirker bookingprocessen u hensigtsmæssigt, herunder:

- Tendens til, at patientbesøg bookes med "luft" mellem tiderne, selvom standardtiderne indeholder tid til journalisering mv.
- Placering af personalemøder og konferencer, så der ikke kan bookes patientbesøg før eller efter. Et eksempel er 1-times personalemøde kl. 8.30, hvor personale møder kl. 7.30, men hvor patienter først kan indkaldes fra kl. 8.00, og dermed kan første samtale først påbegyndes kl. 10.00.
- Begrænset praksis for, at der ved sygdom er andre behandlere, der dækker aftalen. Få sygedage kan derfor betyde, at pukler ophober sig i nogle uger, og behandleren må sige nej til nye patienter, hvilket bevirker, at efterfølgende uger ikke kan fyldes ud. Det er tilkendegivet i interview med afdelingsledelser, at det både fra et ressource- og patientperspektiv er at foretrække, at patientsamtalen afholdes, også selvom det ikke er med den vante sagsbehandler, frem for at patienten skal vente på ny tid.

Derudover viser analyserne, at der i både voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien ses væsentlig variation i, hvorvidt afdelingerne har flest bookinger om formiddagen eller om eftermiddagen. På én caseafdeling i voksenpsykiatrien oplever man, at patienterne bedst kan om eftermiddagen, hvorfor der bookes flest tider der. På andre voksenafsnit bookes flest om formiddagen. På ét børne- og ungdomsambulatorie lægges flest tider om formiddagen af hensyn til, hvor friske børnene og de unge er, på et andet børne- og ungdomsambulatorie lægges flest tider om eftermiddage af hensyn til forældrene. Således ses der ikke entydige forklaringer på, at samtaler skal lægges på særlige tidspunkter på dagen.

c. Udeblivelser og aflysninger

Analysen viser, at ca. 6-10% af de planlagte besøg i caseafdelingerne i voksenpsykiatrien ikke afholdes på grund af udeblivelser, mens 8-10% ikke afholdes pga. aflysninger fra personalets side. I én af caseafdelingerne i børne- og ungdomspsykiatrien, er der tale om 7% udeblivelser og 10% aflysninger. De primære årsager til aflysninger fra personalets side er sygdommeldinger og ændringer, der skyldes tilkomne personalemøder, konferencer, etc.

Analysen viser, at patientudeblivelserne i gennemsnit falder hen mod weekenden, og den laveste andel af patientudeblivelser ses fredag, som på mange afdelinger er den dag, hvor personalet går tidligt hjem. Derudover ses systematisk højere udeblivelsesprocenter omkring ferierne – særligt juli. Der er ikke set eksempler på, at der i planlægning af besøg tages højde for systematisk udsving i udeblivelser.

Der er identificeret positive erfaringer med anvendelse af bl.a. hurtig opfølgning på udeblivelser, hvor sekretæren ringer allerede 15 min. efter patienten skulle have været mødt. Erfaringer viser, at det skaber en større opmærksomhed om fremmøde for patienten, hvilket gør, at risikoen for udeblivelse reduceres ved næste aftale. Yderligere viser erfaringer, at målrettet kommunikation til patienter, f.eks. via SMS, e-mail eller telefonopkald, kan have en effekt. Erfaringer viser, at en række initiativer samlet set kan nedbringe udeblivelser med ca. 10-20%.

Tabel 6. Opsummering af observationer og datagrundlag		
Stationære afsnit		
Hovedkonklusioner	Grundlag	Henvielse til sidetal i rapport
<ul style="list-style-type: none"> På de stationære caseafdelinger i voksenpsykiatrien udgør direkte patientkontakt 13-28% af behandlerpersonalets (læger og psykologer) og 50-56% af miljøpersonalets (sygeplejersker og SOSU'er) tidsanvendelse på tværs af hele døgnet 	<ul style="list-style-type: none"> Tidsregistreringssurvey udfyldt i 9 dage i dag-, aften- og nattevagt på tværs af 3 caseafdelinger og underliggende afsnit 	<ul style="list-style-type: none"> 149-153
<ul style="list-style-type: none"> På de stationære caseafdelinger i børne- og ungdomspsykiatrien udgør direkte patientkontakt 16-26% af behandlerpersonalets og 57% af miljøpersonalets tidsanvendelse på tværs af hele døgnet. Der er identificeret forskelle på tværs af caseafdelinger, særligt i lægers og psykologers tidsforbrug 	<ul style="list-style-type: none"> Tidsregistreringssurvey udfyldt i 9 dage i dag-, aften- og nattevagt på tværs af 2 caseafdelinger og underliggende afsnit 	<ul style="list-style-type: none"> 157-161
Ambulatorier		
Hovedkonklusioner	Grundlag	Henvielse til sidetal i rapport
<ul style="list-style-type: none"> På caseafdelingerne i voksenpsykiatrien udgør direkte patientkontakt 18-32% af lægernes, 20-31% af psykologernes og 22-25% af andre behandleres tidsanvendelse. Der identificeres variation i tiden anvendt på andre patientrelaterede opgaver og ikke-patientrelaterede opgaver mellem afdelingerne, herunder tidsforbrug på bl.a. journalskrivning, patientbooking og konferencer 	<ul style="list-style-type: none"> Tidsregistreringssurvey udfyldt i 9 dage på tværs af 3 caseafdelinger og underliggende afsnit 	<ul style="list-style-type: none"> 168-172
<ul style="list-style-type: none"> På caseafdelingerne i børne- og ungdomspsykiatrien udgør direkte patientkontakt 17-21% af lægernes, 22-26% af psykologernes og 21-25% af andre behandleres tidsanvendelse. Tilsvarende forskelle i tiden anvendt på andre patientrelaterede opgaver og ikke-patientrelaterede opgaver identificeres 	<ul style="list-style-type: none"> Tidsregistreringssurvey udfyldt i 9 dage på tværs af 2 caseafdelinger og underliggende afsnit 	<ul style="list-style-type: none"> 197-201
<ul style="list-style-type: none"> På caseafdelingerne i både voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien planlægger behandlerne ofte selv patientbesøgene. 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 f.eks. bustider, samt interne faktorer, som f.eks. 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 patient-flow samt planlægningen af besøgene 	<ul style="list-style-type: none"> Dataudtræk over antal besøg i caseafsnittene Tidsregistreringssurvey udfyldt i 9 dage på tværs af 5 caseafdelinger og underliggende afsnit Observationer samt interview på caseafdelingerne 	<ul style="list-style-type: none"> 181-190, 209-216
<ul style="list-style-type: none"> Nogle patientbesøg afholdes ikke grundet udeblivelser og aflysninger. 6-10% af de planlagte besøg i caseafdelingerne i voksenpsykiatrien afholdes ikke på grund af udeblivelser, mens 8-10% ikke afholdes pga. aflysninger. I én af caseafdelingerne i børne- og ungdomspsykiatrien, er der tale om 7% udeblivelser og 10% aflysninger. Det observeres, at udeblivelser og aflysninger i ambulatoriet 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 	<ul style="list-style-type: none"> Dataudtræk over antal besøg, udeblivelser og aflysninger i caseafsnittene Observationer samt interview på caseafdelingerne 	<ul style="list-style-type: none"> 191-196, 217-202

Løftestænger og bruttopotentialer

Samlet set er identificeret seks overordnede løftestænger, der gælder for både voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien (nummerering som i rapport). Af de seks løftestænger er én alene gældende for det stationære område, fire alene gældende for det ambulante område, mens én løftestang er gældende på tværs af både ambulante og stationære afsnit.

For det stationære område:

20. Tid til patienten forøges ved en mere aktiv styring af direkte patientkontakt blandt behandler- og miljøpersonalet, f.eks. ved at indføre booking af behandlertid til diagnose

For det ambulante område:

21. Planlægning og proces for booking af patientbesøg styrkes, så flere besøg kan gennemføres, f.eks. ved at booke flere tider ved forløbsstart og have en funktionsansvarlige for booking
22. En stærkere ledelsesmæssig styring af besøgsflow ved f.eks. øget overblik over besøg og patienter pr. behandler samt anvendelse af løbende tavlemøder
23. Nedbringelse af patientudeblivelser og aflysninger fra ambulatoriet af patientbesøg f.eks. ved systematisk at afdække tiltag, der har effekt
24. Ensretning af ydelsesmål så sammenligning og videndeling på tværs af afsnit og afdelinger bliver nemmere

Tværgående for både det ambulante og stationære område:

25. Forenkling af arbejdsgange og processer, herunder forenkling af patientgennemgang og konferencer, øget standardisering af journalskrivning mv.

De samlede løftestænger estimeres at bidrage til øget tid til patienten i form af direkte patientkontakt med et bruttopotentiale svarende til en produktionsværdi på 94-268 mio. kr. svarende til 2-5%, hvoraf 34-87 mio. kr. findes på det stationære område, og 60-181 mio. kr. findes på det ambulante område. Det lave spænd er et udtryk for, at de afdelinger, der ligger under gennemsnittet ift. tid anvendt med patienter, løfter deres niveau til gennemsnittet, mens det høje spænd er udtryk for, at afdelingerne løfter deres niveau til den bedst afdeling og/eller internt udmeldte målsætninger vedr. direkte patientkontakt. Potentialet er understøttet af beregning for konkrete initiativer, der sandsynliggør potentialets størrelse.

Særlige forudsætninger

Potentialet er beregnet på baggrund af tidsregistrering blandt medarbejdere på de udvalgte caseafdelinger samt indrapporteret data over antal besøg, udeblivelser og aflysninger for et år. Data er således en stikprøve, som antages at være repræsentativ for hele året. Derudover er det lagt til grund, at resultaterne for caseafdelingerne også vil være gældende for det øvrige almene psykiatriske område (eksklusiv højtspecialiserede afsnit). Der henvises til beskrivelse af tidsregistreringens overordnede validitet og metoden i kapitel 2.

Det er lagt til grund, at medarbejdernes besvarelser er retvisende for den faktiske aktivitet. Der kan være usikkerhed, ift. hvordan medarbejdernes har kategoriseret deres tidsforbrug. Dette vurderes dog i mindre grad at være en udfordring ift. registrering af direkte patientkontakt (konfrontationstid), som anvendes i potentialeberegningen, da konsulentteamets vurderinger fra pilottest og observationsstudier er, at medarbejderne meget ens har kunnet vurdere, hvornår de har set patienten.

Det er en forudsætning, at kvaliteten af opgavevaretagelsen er tilstrækkelig i de afdelinger, hvor det er kortlagt, at tid til direkte patientkontakt er højere, eller hvor en konkret opgave, f.eks. dokumentation, løses mere effektivt. Antagelsen er central, idet det netop lægges til grund, at de afdelinger, f.eks. med højest direkte patientkontakt, bør kopieres af andre afdelinger.

For yderligere detaljer omkring metoden henvises til afsnit 2.

04

Samlet oversigt over bruttopotentialer

De samlede bruttopotentialer til bedre kapacitetsudnyttelse identificeret i analysen udgør en produktionsværdi svarende til 302-604 mio. kr. (3-6% af baseline) og fremgår af figur 18. Bruttopotentialerne er eksklusiv implementerings-omkostninger og ekstra løbende omkostninger. Det samlede bruttopotentiale kan opdeles i 2 grupperinger, hvoraf den ene gruppe delvist kræver tæt samarbejde med primærsektor og den anden er mere direkte koblet til regionspsykiatrien. Bruttopotentialerne for 3.1. og 3.2 kræver et vist samarbejde med primærsektor og udgør en produktionsværdi på 142-204 mio. kr., mens bruttopotentialerne for 3.3 til 3.6 omhandler regionspsykiatrien og udgør 160-400 mio. kr.

Overblik over estimerede årlige bruttopotentialer, mio.kr.				
	Analyse	Årligt potentiale, mio. kr. - Lavt spænd	Årligt potentiale, mio. kr. - højt spænd	Beskrivelse af effekt
Potentialer som kræver samarbejde med primær sektor	3.1 Analyse af visitationspraksis til udredning og behandling	2	2	— Effekt af at reducere tid på unødige henvisninger fra primær sektor — Potentiale er beregnet på løftestang nr. 1
	3.2 Analyse af patientforløb	140	202	— Effekt af at minimere ambulante besøg og sengedage som ikke vurderes at skulle være foretaget i den regionale psykiatri — Potentiale er beregnet på løftestang nr. 4 og 5
	I alt	142	204	
Potentialer som omhandler regionspsykiatrien	3.3 Analyse af kompensations timer og vagtplanlægning	18	27	— Effekt af at minimere omfanget af honorering for gene gennem bedre vagtplanlægning — Potentiale er beregnet på løftestang nr. 8-14
	3.4 Analyse af medarbejdersammensætning og opgavefordeling	44	95	— Effekt af at flytte opgaver og ændre medarbejdersammensætning — Potentiale er beregnet på løftestang nr. 15-17
	3.5 Analyse af bemanning og patientbelastning	Potentiale ikke beregnet	Potentiale ikke beregnet	
	3.6 Analyse af anvendelse og planlægning af arbejdstid	98	278	— Effekt af at bedre anvendelse og tilrettelæggelse af arbejdstid på stationære og ambulante afsnit — Potentiale er beregnet på løftestang nr. 20-25
I alt	160	400		
Samlet potentiale		302	604	— Ud af de samlede udgifter til behandlingspsykiatrien (8,7 mia.kr.) udgør de samlede potentialer 3-6%

Figur 18: Årlige bruttopotentialer målt i produktionsværdi, mio. kr.

Løftestængerne til bedre kapacitetsudnyttelse vil skulle indføres over tid, men det kræver udarbejdelse af konkrete implementeringsplaner, for at en indfasningstakt vil kunne bestemmes. Det bemærkes, at der må påregnes investeringsomkostninger og enkelte ekstra løbende omkostninger i forbindelse med implementering af de pågældende initiativer. Implementeringsomkostningerne er ikke beregnet i denne analyse, da der vil skulle udarbejdes særskilte implementeringsplaner for hvert spor, hvilket ikke har været inden for rammerne af analysen.

Som tidligere beskrevet i afsnit 2, skal det understreges, at analyserne baseres hovedsageligt 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.

Grundlaget for potentialeberegningerne baserer sig således på de data som er indsamlet til denne analyse, samt øvrige regionale data.

På caseafdelingerne er der indsamlet data baseret på patientinventeringer for i alt 25 afsnit svarende til samlet 728 patienter samt patientinventeringer gennemført på 5 visitationsenheder og akutmodtagelse svarende til samlet 474 patienter. Derudover er der gennemført tidsregistrering for alle caseafdelinger forløbende over i gennemsnit 11 dage svarende til samlet set 1.782 vagter og kortlægning af ~14.000 timer. I tillæg hertil er der foretaget observationsstudier, interview samt workshops og valideringsmøder på alle caseafdelinger.

Patientinventeringsdata er indsamlet på enkelte udvalgte dage og udgør derfor et øjebliksbillede, der ikke nødvendigvis er repræsentativt for den samlede psykiatri. I læsningen af resultater baseret på patientinventeringsdata skal der tages forbehold for den usikkerhed, som den stikprøvebaserede tilgang medfører. Derudover skal det nævnes, at patientinventeringsdata er selvrapporteret af det kliniske personale på caseafdelingerne.

Indsamling af tidsregistreringsdata er gennemført for en stikprøve, der dækker i gennemsnit ca. 30% af afdelingens vagter, samt for en tidsperiode, der svarer til ca. 5% af de samlede arbejdsdage på et år. Der vil være usikkerhed forbundet med data i forhold til generaliserbarhed, som skal tages i betragtning, når analysens resultater læses.

Usikkerheden forbundet med den stikprøvebaserede tilgang for caseafdelingerne betyder, at potentialeberegningerne bevidst er estimeret konservativt. F.eks. beregnes potentialet ved at øge den direkte patientkontakt ved at løfte caseafdelingerne til hhv. gennemsnitligt niveau for direkte patientkontakt blandt caseafdelingerne (lavt spænd) og til bedste præstation (højt spænd) indenfor caseafdelingerne.

For nærmere gennemgang henvises til afsnit 2.

www.kpmg.dk

© 2018 KPMG P/S, a Danish limited liability partnership and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

KPMG har alene udarbejdet denne rapport til brug for Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner. Ved offentliggørelse eller anmodning om aktindsigt skal KPMG have lejlighed til at høres, inden der offentliggøres eller gives aktindsigt. Tredjemand vil ikke kunne støtte ret på rapporten eller dele heraf.