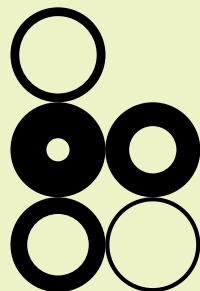


Behandlingsgaranti i psykiatrien

- udfordringer og muligheder

DANSKE
REGIONER



1

INDHOLD

1.	INDHOLD	3
2.	RESUMÉ	4
	2.2 BEHANDLINGSGARANTI FOR ALLE PSYKISK SYGE	4
	2.3 FORUDSÆTNINGERNE FOR FORSLAGET	5
3.	BAGGRUND	8
4.	STATUS OG UDVIKLING I PSYKIATRIEN	9
	4.1 VENTETIDER	9
	4.2 UDVIKLINGEN I KAPACITETEN OG AKTIVITETEN I BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI	9
	4.3 UDVIKLINGEN I KAPACITETEN OG AKTIVITETEN I VOKSENPSYKIATRI	11
	4.4 DEN ØKONOMISKE UDVIKLING I PSYKIATRIEN	12
	4.5 UDVIKLINGEN I SOCIALPSYKIATRIEN	12
	4.6 PERSONALERESSOURCER I PSYKIATRIEN	12
5.	PSYKIATRIENS MÅLGRUPPE	18
	5.1 BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIS MÅLGRUPPE	18
	5.2 VOKSENPSYKIATRIS MÅLGRUPPE	19
	5.3 UDVALGETS OVERVEJELSER OG ANBEFALINGER	20
6.	MODELLER FOR AT NEDBRINGE VENTETIDER TIL BEHANDLING	22
	6.1 BEHANDLING AF PATIENTER MED LIVSTRUENDE SYGDOMME	22
	6.2 FRIT VALG AF SYGEHUS	23
	6.3 UDVIDET FRIT SYGEHUSVALG	23
	6.4 BEHANDLING FOR ALKOHOLMISBRUG	23
	6.5 BEHANDLING AF STOFMISBRUGERE	24
	6.6 MODELLER FOR NEDBRINGELSE AF VENTETID	25
	6.7 MODEL 1 - UDVIDET FRIT VALG I PSYKIATRIEN	25
	6.8 MODEL 2 – BEHANDLINGSGARANTI I PSYKIATRIEN	26
	6.9 UDVALGETS OVERVEJELSER OG ANBEFALINGER	27
7.	INDFASNING AF BEHANDLINGSGARANTI	28
	7.1 GRADVIS INDFASNING VIA FRISTER	28
	7.2 GRADVIS INDFASNING Gennem PRIORITERING AF DIAGNOSEGRUPPER	29
	7.3 INDFASNING VIA DIAGNOSEGRUPPER OG GRADVIS AFKORTNING AF FRISTER	29
	7.4 UDVALGETS OVERVEJELSER OG ANBEFALINGER	30
8.	PERSONALERESSOURCER OG BEHANDLINGSGARANTI	31
	8.1 MANGEL PÅ LÆGER I PSYKIATRIEN	31
	8.2 EN EFFEKTIV TILRETTELÆGGELSE AF BEHANDLINGSINDSATSEN	33
	8.3 OPGAVEGLIDNING MELLEM FAGGRUPPER	34
	8.4 UDVALGETS OVERVEJELSER OG ANBEFALINGER	36
9.	VURDERING AF DE ØKONOMISKE KONSEKVENSER	37
	9.1 BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI	37
	9.2 VOKSENPSYKIATRI	37
	9.3 MIDLER TIL EN FORTSAT KVALITETSUDVIKLING I DEN PSYKIATRISKE BEHANDLINGSINDSATTS	38
	9.4 UDVALGETS OVERVEJELSER OG ANBEFALINGER	39
BILAG 1.	KOMMISSORIUM FOR UDVALG OM INDFØRELSE AF BEHANDLINGSGARANTI I PSYKIATRIEN	40
BILAG 2.	UDVALGETS MEDLEMMER OG ARBEJDE	42

2

Adgangen for psykisk syge til hurtigt at blive udredt og behandlet i psykiatrien¹ er til debat både politisk og fagligt. Debatten udspringer især af de lange ventelister til børne- og ungdomspsykiatri, men også af de mange voksne med depression, angst, tvangstanker mv. (ikke psykotiske) som der ikke er et tilstrækkeligt offentlige behandlingstilbud til.

Flere politiske partier har i medierne ytret ønske om, at der indføres behandlingsgaranti i psykiatrien. Et forslag Danske Regioner også selv har været ude med.

RESUMÉ

Danske Regioner nedsatte derfor i september 2006 et hurtigt arbejdende udvalg, der fik til opgave at beskrive mulighederne for og udfordringerne i at indføre behandlingsgaranti i psykiatrien.

2.2 Behandlingsgaranti for alle psykisk syge

Udvalgets anbefaling beror på en gennemgang af to grundmodeller for øget aktivitet i behandlingssystemet: Udvidet frit valg og behandlingsgaranti.

Karakteristika for de to modeller er følgende:

Model 1 - Udvidet frit valg

- Ret til privat behandling, hvis det offentlige ikke kan overholde en fastsat behandlingsfrist.
- Danske Regioner indgår aftale med privat udbyder.
- Aftalen sikrer, at den private udbyder opfylder en række krav vedr. pris, kvalitet, forsikring, lægeligt ansvar og ventetidsinformation.
- Ingen garanti for en maksimal ventetid.

Model 2 - Behandlingsgaranti

- Garanti for behandling indenfor fastsat tidsfrist til visiteret tilbud.
- Regionen kan opbygge egen behandlingsskapacitet eller henvise til en privat leverandør.
- Regionen indgår aftaler med private udbydere.
- Ansvar for varetagelsen af behandlingsgarantien er alene regionens.

Udvalgets valg af model skal primært ses i lyset af ressourcesituationen i psykiatrien.

Udvalget anbefaler, at

- der over en årrække indføres en behandlingsgaranti i psykiatrien (model 2).

Behandlingsgarantien indeholder en reel garanti for hurtig behandling til alle sindslidende, der er motiveret for behandling.

Den aktuelle kapacitet og personalesituation i de psykiatriske behandlingstilbud er langt fra tilstrækkelig i forhold til det træk, der må forventes ved en indførelse af en behandlingsgaranti. Det vil derfor realistisk set være nødvendigt, at indføre garantien gradvist over en årrække. Udvalget lægger vægt på, at en indfasning af en behandlingsgaranti skal være nem og

¹ Psykiatrien i bestemt form henviser til de to specialer børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Specialerne nævnes i ubestemt form.

overskuelig for borgerne. Der må ikke være tvivl om, hvornår en borger har ret til en behandling. Derfor anbefaler udvalget, at

- der indføres en behandlingsgaranti indenfor børne- og ungdomspsykiatrien. Garantien bør indføres over en 4-5årig periode. Garantien bør ikke diagnoseopdeles, da sygdomsalvoren ikke følger diagnosegrupper
- der indføres en behandlingsgaranti indenfor voksenpsykiatrien for personer med psykotiske lidelser. Garantien bør indføres over en 4-5årig periode
- en behandlingsgaranti i forhold til ikke-psykotiske patientgrupper, som kun i meget begrænset omfang behandles i dag, bør afvente en opbygning af en fornøden og relevant behandlingskapacitet rettet specielt mod disse grupper.

Udvalget mener, at det er muligt i løbet af 4-5 år at få retten til behandling ned på 1 måned for psykisk syge børn og unge og for voksne med psykotiske lidelser.

Udvalget lægger vægt på, at igangværende initiativer vedrørende forbedring af kvalitet, udvikling behandling og andre relevante tilbud fortsat prioriteres i psykiatrien.

2.3 Forudsætningerne for forslaget

En succesfuld indførelse af en reel behandlingsgaranti i psykiatrien kræver at en række forudsætninger er opfyldte. Det drejer sig om forhold vedrørende økonomi, personale og samarbejde mellem regioner, kommuner og de praktiserende læger.

2.3.1 Økonomi

Aktivitetsniveauet i psykiatrien skal øges væsentligt for at realisere en behandlingsgaranti. Udvalget anbefaler, at

- regionerne tilføres de nødvendige midler, så behandlingsgarantien i psykiatrien kan realiseres.

Det er forbundet med stor usikkerhed at regne på de økonomiske konsekvenser af indførelsen af en behandlingsgaranti. I indeværende rapport er alene regnet på de udgiftsmæssige konsekvenser i behandlingspsykiatrien. Der er ikke indregnet eventuelle afledte omkostninger i almenpraksis, sygesikring, socialektoren eller i den forebyggende kommunale indsats, selvom der i rapporten lægges op til tættere samarbejde blandt alle involverede parter og myndigheder. Tilsvarende er der heller ikke inddraget eventuelle samfundsmæssige besparelser som følge af en øget behandlingsindsats, f.eks. i form af færre udgifter til sygedagpenge, arbejdsløshedsunderstøttelse, kontanthjælp mv.

Udvalget har skønnet, at en garanti i børne- og ungdomspsykiatri vil koste ca. 414 mio. kr. årligt ved fuld indfasning.

I voksenpsykiatrien vil udgifterne afhænge af hvilke målgrupper, der omfattes af garantien.

For så vidt angår målgruppen med ikke-psykotiske lidelser vurderer udvalget, at udgiften vil være mellem 195 - 587 mio. kr. årligt ved fuld indfasning. Variationen i udgiften afhænger af, hvor stor en del af de ikke-psykotiske, der omfattes af garantien.

For så vidt angår målgruppen med psykotiske lidelser foregår der i disse år et kvalitetsløft af den psykiatriske behandlingsindsats. Dette løft er målrettet mennesker, som er hårdt ramt af en psykotisk lidelse. Der er introduceret flere nyskabende behandlingsforløb, hvis effekt er veldokumenteret. Det drejer sig f.eks. om opsøgende psykoseteam (OPT) og tidlig opsporing af unge mellem 18 og 35 år med skizofreni (OPUS).

Hertil kommer den generelle specialisering, der præger udviklingen indenfor psykiatrien gennem opbygning af kompetencecentre/specialklinikker til f.eks. affektive lidelser. Disse tilbud er ikke landsdækkende, og udvalget anbefaler, at

- regionerne fortsat forbedrer kvaliteten af den psykiatriske behandlingsindsats bl.a. igennem indførelse af standardiserede behandlingstilbud. Udvalget har skønnet at indførelse af landsdækkende behandlingstilbud i voksenpsykiatri baseret på opsøgende aktiviteter vil koste yderligere 60-72 mio. kr. årligt (OPUS) og 180-540 mio. kr. årligt (OPT).

En del af midlerne målrettet målgruppen med psykotiske lidelser kan formentlig tilvejebringes gennem omlægning af eksisterende behandlingstilbud, idet en del af målgruppen antages at være i berøring med det psykiatriske behandlingssystem.

2.3.2 Personale

En behandlingsgaranti betyder, at der som det er sket og fortsat sker på det somatiske område, skal rekrutteres mange nye personaler. En udfordring der kræver en aktiv indsats af regionerne. En del af denne udfordring er, at der i de kommende år vil være en voksende mangel på speciallæger indenfor voksenpsykiatri, mens børne- og ungdomspsykiatri vil opleve en gradvis stigning i antallet af speciallæger. Udvalget anbefaler derfor, at

- regionerne i de kommende år sætter fokus på og igangsætter initiativer for at rekruttere læger, psykologer, sygeplejersker, terapeuter, social- og sundhedsassistenter samt andet relevant personale til psykiatrien
- der igangsættes nationale initiativer, som skal understøtte de regionale initiativer for at rekruttere flere læger til psykiatrien
- der udarbejdes beskrivelser af uddannelsesstillinger for psykologer med henblik på at opnå specialistgodkendelse indenfor relevante specialer
- der udarbejdes beskrivelser af uddannelsesstillinger for sygeplejersker
- muligheden for turnusophold i psykiatrien indgår i de igangværende overvejelser om ændringer i den lægelige videreuddannelse
- regionerne holder et højt og målrettet videre- og efteruddannelsesniveau for psykologer og sygeplejersker m.fl., bl.a. for at styrke mulighederne for opgaveglidning mellem relevante faggrupper
- regionerne tilstræber en effektiv tilrettelæggelse af den psykiatriske behandlingsindsats gennem anvendelse af arbejdsgangsanalyser mv.

2.3.3 Samarbejde mellem regioner, kommuner og de praktiserende læger

Samarbejdet mellem regioner, kommuner og de praktiserende læger har i mange år været et fokus punkt for udviklingen af den psykiatriske indsats. Der er opnået mange fine resultater. Udvalget mener der stadigvæk er et stort potentiale for at understøtte kvaliteten. Udvalget anbefaler, at

- samarbejdet mellem psykiatrien og de praktiserende læger styrkes med henblik på at forbedre kvaliteten i henvisningerne til psykiatrien, bl.a. gennem
 - afprøvning af nye samarbejdsformer herunder shared-care
 - fælles efteruddannelse
 - supervisionsordninger
- der udvikles standardiserede patientforløb for behandling af sindslidende
- kommunale tilbud herunder PPR-rådgivningen målrettes og styrkes, således de i højere grad kan hjælpe børn og unge med sociale og psykiske problemer
- samarbejdet med de kommunale tilbud herunder PPR-rådgivningen styrkes med henblik på at forbedre kvaliteten i henvisningerne til psykiatrien.

Det er ligeledes en generel forudsætning for høj kvalitet i psykiatrien og en behandlingsgaranti, at samarbejdet mellem de forskellige aktører herunder ikke mindst de socialpsykiatriske dag- og døgntilbud fungerer og udvikles i løbende dialog med samme kvalitet for øje.



3

I 1993 fik patienter mulighed for frit at vælge, hvor de ville behandles indenfor de offentlige behandlingssteder. I 2002 blev denne mulighed udvidet til, at patienter med somatiske lidelser frit kan vælge privat og udenlandsk behandling, hvis det offentlige ikke kan levere en behandling indenfor 2 måneder. Denne frist forventes nedsat til 1 måned ultimo 2007.

Børne- og ungdomspsykiatri er et højt prioriteret område, og amterne/regionerne har afsat mange midler til at få opbygget en kapacitet for at imødekomme efterspørgslen. Men der er stadigvæk lange ventelister til undersøgelse og behandling.

BAGGRUND

Voksenpsykiatri har været gennem en stor organisatorisk omvæltning fra statshospitalerne til korte indlæggelser på sygehuse kombineret med social støtte og behandling i distriktspsykiatrien. Målgruppen er mennesker med psykiske sygdomme. I disse år er der politisk og fagligt fokus på at udbygge og især forbedre kvaliteten af distriktspsykiatriens tilbud.

Der er i de senere år fremlagt flere undersøgelser, der peger på at rigtig mange mennesker ikke får behandlet deres psykiske lidelse. Det er hovedsageligt mennesker med ikke-psykotiske lidelser. Her er der både behov for at tilbudene udvikles og udvides.

Ved økonomiforhandlingerne for 2007 indgik Danske Regioner og regeringen en ny psykiatraftale 2007-2011, hvor der er afsat midler til at øge kapaciteten og forbedre kvaliteten i psykiatrien. Regeringen vil søge tilslutning til aftalen i de kommende forhandlinger om satspuljen.

Danske Regioner havde op til økonomiforhandlingerne ytret ønske om at ligestille psykiatiske sygdomme med somatiske sygdomme, således at de også omfattes af en behandlingsgaranti. Dette ønske blev ikke imødekommet. Den efterfølgende mediedebat har vist, at der formentligt er politisk vilje og flertal i Folketinget for forslaget.

Der er dog usikkerhed om mulighederne for at indføre en behandlingsgaranti set i lyset af de knappe lægerressourcer, afgrænsningen af målgruppen, de økonomiske konsekvenser mv.

Danske Regioner har på denne baggrund ønsket at få belyst mulighederne for at indføre behandlingsgaranti i psykiatrien gennem et udvalgsarbejde. Udvalget består af repræsentanter fra de fem regioner, Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og Ungepsykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Fagligt Selskab for Psykiatiske Sygeplejersker og Danske Regioner.

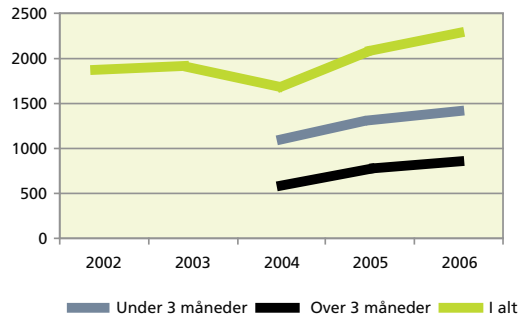
4

I løbet af de sidste ca. 20 år har psykiatrien udviklet sig radikalt. Udviklingen af behandlingsformer, herunder de antidepressive og -psykotiske medikamenter, har gjort det muligt i vid udstrækning at omlægge behandlingen fra indlæggelsesbaseret til ambulant psykiatri. Samtidig har der været en holdningsændring i samfundet i forhold til sindslidende og man har derfor forsøgt at indrette psykiatrien, så de sindslidende får et større ansvar for eget liv. Når sindslidende har behov for indlæggelse, sker det fortrinsvist på enestuer.

4.1 Ventetider

Figur 1 giver et overblik over ventetidssituationen² for børn og unge i perioden 2002 til 2006.

STATUS OG UDVIKLING I PSYKIATRIEN



Figur 1: Antal børn og unge med behov for undersøgelse/behandling
Kilde: Danske Regioner

Trods udbygningen af børne- og ungepsykiatri har det ikke været muligt at følge med den stigende efterspørgsel. I perioden 2002 til 2006 har der været en stigning i antallet af ventende børn og unge med behov for undersøgelse/behandling på mere en 20 pct. Samtidig er der en tendens til en stigning i ventetiden.

For voksenpsykiatri forholder det sig lidt anderledes. Der er i dag reelt en meget lille venteliste for voksenpsykiatri. Langt de fleste patienter med påtrængende behov behandles umiddelbart i det psykiatriske behandlingssystem. Øvrige borgere med psykiatriske lidelser tilbydes kun i meget begrænset omfang behandling. Ufordringen i voksenpsykiatrien er derfor at udvide behandlingstilbuddet til andre sindslidende end dem med de mest påtrængende behov.

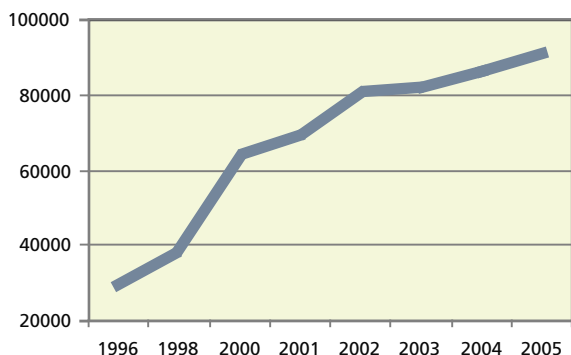
4.2 Udviklingen i kapaciteten og aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatri

Børne- og ungdomspsykiatri har i de seneste år haft fokus på ventelisteproblematikken. I den forbindelse har hovedparten af amterne arbejdet med servicemål, hvor et af fokusområderne har været nedbringelse af ventelister og specielt afkortning af ventetid for den enkelte.

I indsatsen i børne- og ungdomspsykiatri udføres, så vidt det overhovedet er muligt som ambulant behandling, så barnet/den unge kan bevare sin tilknytning til hjemmet og en almindelig hverdag.

² Antal personer med et aktuelt behov, der venter på første undersøgelse/behandling samt længden af ventetiden for den enkelte borger, med et aktuelt behov. Borgere, som er henvist til en konkret undersøgelse/behandling på en psykiatrisk afdeling har et aktuelt behov.

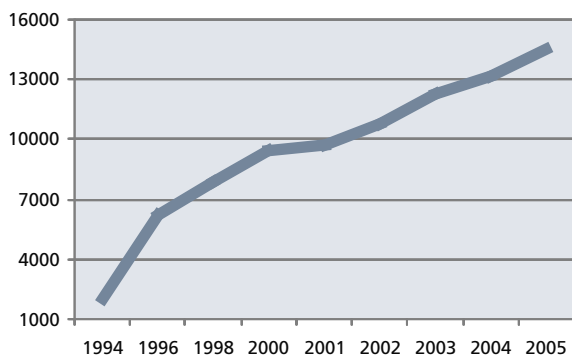
Derfor er den ambulante funktion også udbygget betydeligt i de sidste 10 år. Som det fremgår af figur 2 var der i 2005 90.000 ambulante ydelser på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger – en stigning på 306 % i forhold til 1996.



Figur 2: Ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatri

Kilde: Danske Regioner

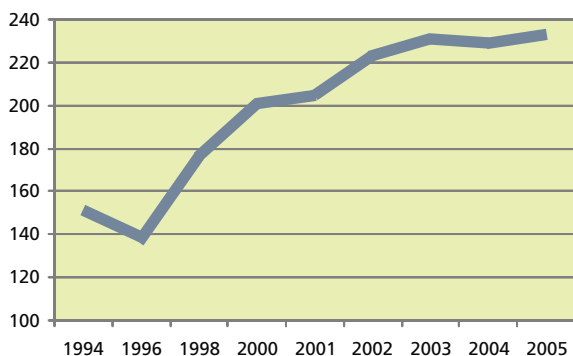
Figur 3 giver et overblik over udviklingen i antal personer i behandling på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Antallet af børn og unge i behandling er i perioden fra 1994 til 2005 næsten syvdoblet fra 2.063 til 14.500.



Figur 3: Antal børn og unge i behandling på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger

Kilde: Danske Regioner

Antallet af sengepladser i børne- og ungdomspsykiatri er steget i perioden 1994 til 2005 i overensstemmelse med de politiske målsætninger om, at der i 2005 skulle være etableret en ungdomspsykiatrisk funktion i alle amter. Fra 1994 til 2005 er antallet af sengepladser således steget med knap 55 %, fra 151 sengepladser i 1994 til 233 i 2005.

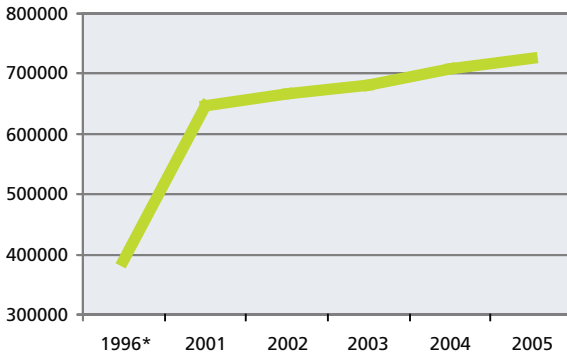


Figur 4: Antal sengepladser i børne- og ungdomspsykiatri

Kilde: Danske Regioner

4.3 Udviklingen i kapaciteten og aktiviteten i voksenpsykiatri

I overensstemmelse med de politiske målsætninger er antallet af ambulante ydelser i voksenpsykiatri stigende. I 2005 var der således knap 90 % flere ambulante ydelser end i 1996.



Figur 5: Antal ambulante

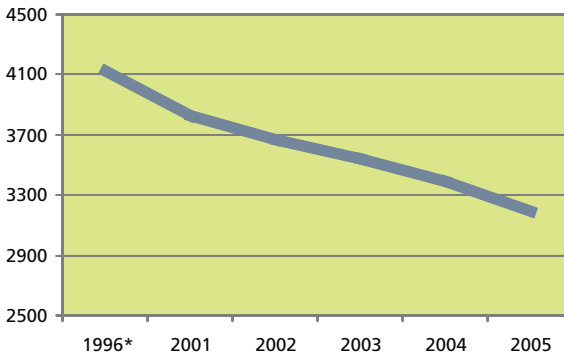
besøg i voksenpsykiatri

Kilde: Danske Regioner - * I 1996 var tallet for ambulante besøg i psykiatrien opgjort samlet for både børne- og ungepsykiatri og voksenpsykiatri

Antallet af personer i behandling i voksenpsykiatri har også været stigende. Fra 2001 til 2005 er antallet af personer i behandling steget med 13 % fra 80.284 til 90.496.

De seneste år har der været en gradvis omlægning fra flersengsstuer til enestuer. Andelen af enestuer på de voksenpsykiatriske afdelinger er steget fra 40 % i 1996 til 90 % i 2005.

Antallet af sengepladser er i perioden 1996 til 2005 faldet fra 4.121 til 3.198, hvilket svarer til et fald på 28 %.



Figur 6: Antal sengepladser

i voksenpsykiatri

Kilde: Danske Regioner - * I 1996 var tallet for ambulante besøg i psykiatrien opgjort samlet for både børne- og ungepsykiatri og voksenpsykiatri



4.4 Den økonomiske udvikling i psykiatrien

Udviklingen i nettodriftsudgifterne i psykiatrien fra 1999 til 2005 ses i tabel 1. Tallene er i 2005 pris- og lønniveau ³.

Tabel 1: Økonomisk udvikling faste tal i 1000 kr. (PL 2005)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sygehuspsykiatri	4.406.927	4.619.309	4.952.223	4.945.827	5.277.152	5.450.650	5.636.073

Kilde: Danske Regioner

Svarende til en årlig stigning på 4 %. De udgiftsdrivende faktorer er især:

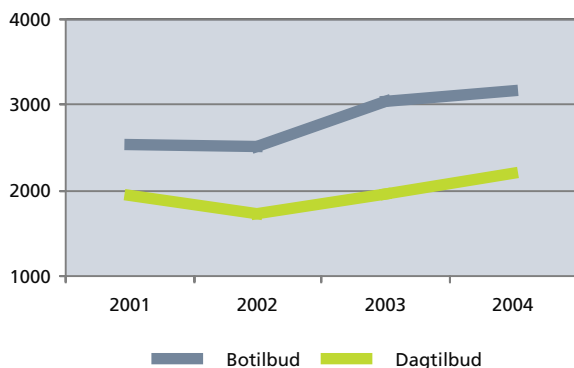
- et politisk ønske om at forbedre tilbudene til sindslidende.
- at der behandles flere patienter
- at antallet af retspsykiatriske patienter er stigende
- at antallet af patienter med en psykisk sygdom og misbrug (dobbeltdiagnoser) er stigende
- en omlægning fra centrale institutioner til tilbud i nærmiljøet
- etablering af specialiserede tilbud/specialklinikker.

4.5 Udviklingen i socialpsykiatrien

I 2003 udgjorde de samlede udgifter til amtslige botilbud 1.341 mio. kr. og 173 mio. kr. til amtslige dagtilbud.

Udviklingen i forbruget af pladser i amtslige socialpsykiatriske dagtilbud og botilbud har i perioden 2001-2004 været præget af en stigning. Forbruget af dagtilbud er steget fra 1.733 til 2.211 svarende til 22 pct. Forbruget i døgntilbud er til samme periode steget fra 2.514 til 3.158 svarende til 20 pct.

Nedenfor ses udviklingen fra 2001 til 2004 i pladsforbruget af amternes socialpsykiatriske bo- og dagtilbud.



Figur 7: Pladsforbrug af bo- og dagtilbud

Kilde: Danske Regioner

(tallene er eksklusiv København og Frederiksberg kommuner)

³ I opgørelsen af nettoforbruget fratrækkes indtægter fra salg af ydelser fra andre amter, mens udenamtsudgifter til behandling af patienter på psykiatriske afdelinger eller distriktspsykiatriske ydelser i andre amter medregnes.

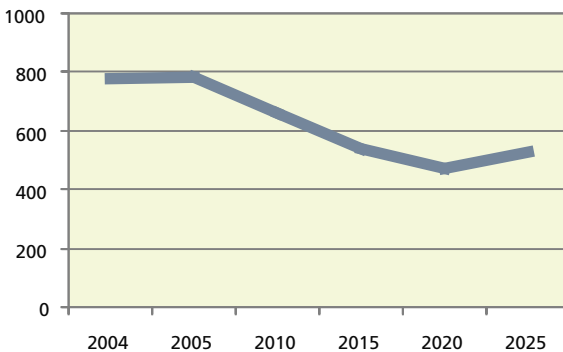
4.6 Personaleressourcer i psykiatrien

Sideløbende med aktivitetsudvidelsen i psykiatrien har antallet af læger i psykiatrien også været stigende. Der er næsten sket en fordobling fra 694 lægestillinger i 1993 til 1.222 lægestillinger i 2005 ⁴. Antallet af psykologer har ligeledes været kraftigt stigende, mens stigningen i antallet af sygeplejersker har været mere moderat.

I dag står psykiatrien over for væsentlige rekrutteringsproblemer til både speciallægestillinger og uddannelsesstillinger i psykiatrien. Det er dog positivt, at der i disse år er en kraftig stigning i antallet af medicinske kandidater fra universiteterne, hvilket i udgangspunktet kan give forbedrede betingelser for rekruttering. I dag er det ca. 2 % af en årgang, der vælger psykiatrien som speciale. Dette indtag skal stige til 5 - 7 % af en årgang, hvis det antal uddannelsesstillinger, som Sundhedsstyrelsen opererer med, skal besættes ⁵.

4.6.1 Speciallæger i psykiatri

Det seneste prognosearbejde fra Sundhedsstyrelsen viser, at specialet psykiatri ⁶ over de kommende år vil opleve et markant fald i antallet af speciallæger. Således falder antallet af speciallæger i psykiatri i perioden 2005-2015 med 31 % fra 783 til 540 ⁷.



Figur 8: Prognose for udviklingen af speciallæger i psykiatri
Kilde: Sundhedsstyrelsen

En af årsagerne til nedgangen er, at mange psykiatriske speciallæger i de kommende år går på pension, og at denne afgang fra specialet ikke kompenseres af en øget tilgang i form af yngre læger, der færdiggør en speciallægeuddannelse i psykiatri. 45 % af samtlige speciallæger i psykiatri er over 55 år og hovedparten inden for denne gruppe må forventes at forlade arbejdsmarkedet indenfor en periode på ti år. 17 % af de psykiatriske speciallæger er over 60 år.

Der er allerede i dag en udtalt knaphed på psykiatriske speciallæger. Det afspejler sig i, at der i 2002 (seneste tilgængelige valide tal) var 101 ubesatte speciallægestillinger – 15 % - ud af en samlet normering på 664 stillinger. Sundhedsstyrelsen vurderer forsigtigt, at billedet

⁴ Det samlede antal læger i psykiatrien – inkl. ikke speciallæger.

⁵ Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale – udfordringer og muligheder for psykiatrien, DSI rapport 2006.03).

⁶ Specialet psykiatri referer til speciallæger i voksenpsykiatri.

⁷ Herunder ikke medtaget speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

pr. medio 2006 er i størrelsesordenen 140 ubesatte stillinger - 18 % ud af 760. Det understreges at 2006-tallet skal tages med forbehold ⁸.

For så vidt angår den geografiske variation er der i Region Midtjylland og Region Nordjylland er ca. 25 % ubesatte psykiatriske speciallægestillinger. Blandt de amter, hvor der foreligger valide tal, har især Nordjyllands Amt (27 %), Ringkøbing Amt (38 %) og Vejle Amt (41 %) mange ubesatte speciallægestillinger.

Fordelingen af læger i psykiatrien er ikke ens over hele landet. I nedenstående skema vises en fordeling af forbruget af fuldtidslægestillinger for hele psykiatrien.

Tabel 2: Antal læger i psykiatrien pr. 10.000 indbyggere

København	Frederiksborg	Roskilde	Vestsjælland	Storstrøm	Bornholm	Fyn	Sønderjylland
2,05	2,08	1,93	1,91	1,17	1,92	2,29	1,66
Ribe	Vejle	Ringkøbing	Århus	Viborg	Nordjylland	H:S	I alt
2,44	2,06	1,53	2,39	1,76	1,37	4,81	2,26

Kilde: Danske Regioner

Pr. 1. juli 2006 var der 151 privat praktiserende psykiatere. Heraf 115 med fuldtidspraksis, 34 med deltidspaksis og 2 med 3 timer.

Samtidig med det relativt markante fald i antallet af speciallæger er det kendetegnende for specialet psykiatri, at det er vanskeligt at rekruttere yngre læger til uddannelsesstillinger. I perioden 1998-2001 var knap 20 % af de opslåede hoveduddannelsesforløb ubesatte. Psykiatri var dermed det speciale, der i den pågældende periode havde flest ubesatte hoveduddannelsesforløb. I 2006 er 35 % – 16 ud af 46 hoveduddannelsesforløb ubesatte.

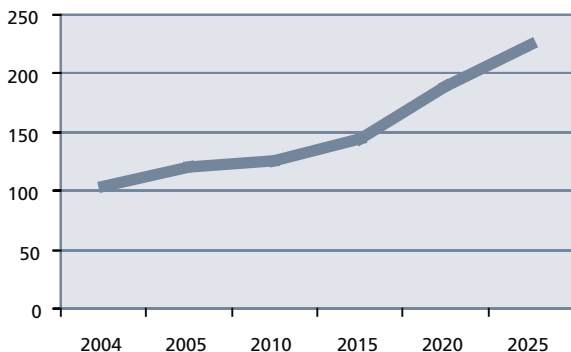
For regionerne Midtjylland og Nordjylland er det oplyst, at der i begge regioner er op mod 40 % ubesatte uddannelsesstillinger (introduktionsstillinger og hoveduddannelsesstillinger).

4.6.2 Speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri

I børne- og ungdomspsykiatri tegner der sig et mere positivt billede af såvel udviklingen i udbudet af speciallæger som rekrutteringen af yngre læger til specialet.

Det skønnes, at antallet af speciallæger i perioden 2005-2015 vil stige fra 121 til 145, en stigning på 20 %. Ifølge Sundhedsstyrelsens prognoser vil antallet af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri også i de efterfølgende år være støt stigende. Således vil der ifølge prognosen være 225 speciallæger i børne- ungdomspsykiatri i 2025 - en vækst på 86 %.

⁸ Oplysninger om normerede og vakante stillinger indenfor de forskellige specialer kan i princippet trækkes fra Sundhedsstyrelsens Elektroniske stillings- og vakancetælling (ESVAT). Data fra ESVAT er imidlertid endnu ikke tilstrækkeligt valide.



Figur 9: Prognose for udviklingen af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri
Kilde: Sundhedsstyrelsen

Pr. 1. juli 2006 var der 17 privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i Danmark. Heraf 16 med fuldtidspraksis og 1 med deltidspriksis.

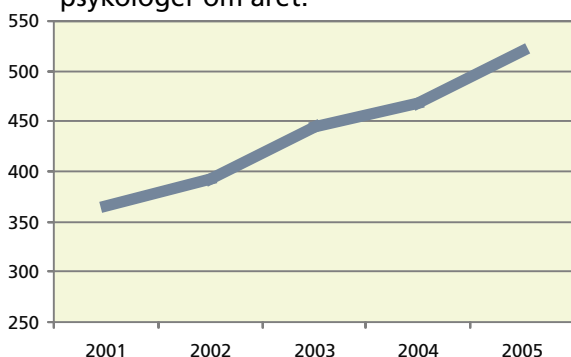
Specialets aldersprofil viser, at 46 % af speciallægerne i børne- og ungdomspsykiatri er over 55 år. Børne- og ungdomspsykiatri har imidlertid relativt gunstige rekrutteringsbetingelser, der indebærer, at tilgangen til specialet mere end opvejer afgangens pga. pensionering.

I børne- og ungdomspsykiatri var der i 2002 (seneste tilgængelige valide tal) 32 ubesatte speciallægestillinger - 28 % - ud af en samlet normering på 115 stillinger. Sundhedsstyrelsen vurderer forsigtigt, at billedet pr. medio 2006 er i størrelsesordenen 35 ubesatte stillinger - 23 % ud af en samlet normering på 154. Også for børne- og ungdomspsykiatri skal 2006-tallet tages med forbehold ⁹.

Det er oplyst, at der i Region Midtjylland og Region Nordjylland er ca. 30 % ubesatte speciallægestillingerne i børne- og ungdomspsykiatri. Særligt mange ubesatte speciallægestillinger ses i Storstrøms Amt (67 %), Ringkøbing Amt (50 %) og Ribe Amt (50 %).

4.6.3 Psykologer i psykiatrien

Antallet af psykologer i psykiatrien har gennem de seneste år været kraftigt stigende. I dag arbejder der ca. 530 ¹⁰ psykologer i psykiatrien. Efterspørgslen på psykologer i psykiatrien forventes fortsat at stige. Antallet af psykologer er stigende. Beregninger fra Videnskabsministeriet viser, at der frem til år 2010 vil være en netto tilgang på ca. 200 psykologer om året.



Grafen i figur 10 viser udviklingen af psykologer i psykiatrien fra 2001 til 2005.

Figur 10: Antal psykologer i sygehus- og distriktspsykiatrien
Kilde: Danske Regioner

⁹ Tallene skal bl.a. ses i lyset af, at børne- og ungdomspsykiatrien er et relativt nyt speciale (selvstændigt speciale i 1995), som fortsat er under udbygning.

¹⁰ Dansk Psykolog Forening

Som det var gældende for læger i psykiatrien, så viser fordelingen af psykologer i psykiatrien heller ikke et ensartet mønster henover landet.

Tabel 3: Antal psykologer pr. 10.000 indbyggere

København	Frederiksborg	Roskilde	Vestsjælland	Storstrøm	Bornholm	Fyn	Sønderjylland
0,78	0,58	0,54	0,85	0,89	0,61	0,40	0,58
Ribe	Vejle	Ringkøbing	Århus	Viborg	Nordjylland	H:S	I alt
0,78	0,83	0,95	1,37	1,84	0,69	1,86	0,96

Kilde: Danske Regioner

Pr. 1. juli 2006 var der 662 privat praktiserende psykologer i Danmark.

Ledigheden for psykologer generelt ligger på ca. 6,8 %.

Psykologer kan uddanne sig inden for 10 specialer. Specialistgodkendte psykologer kan videreuddanne sig til supervisorer. På børne- og ungeområdet er specialerne klinisk børnepsykologi og klinisk børneneuropsykologi især relevante for psykiatrien. I voksenpsykiatrien er især specialerne psykoterapi, psykopatologi og klinisk voksenneuropsykologi relevante.

Tabel 4: Antal specialist- og supervisorgodkendte psykologer i psykiatrirelevante specialer pr. 2006

	Specialister	Specialister med supervisoruddannelse
Klinisk børnepsykologi	318	213
Klinisk børneneuropsykologi	72	44
Psykoterapi	843	575
Psykopatologi	17	16
Klinisk voksenneuropsykologi	52	35

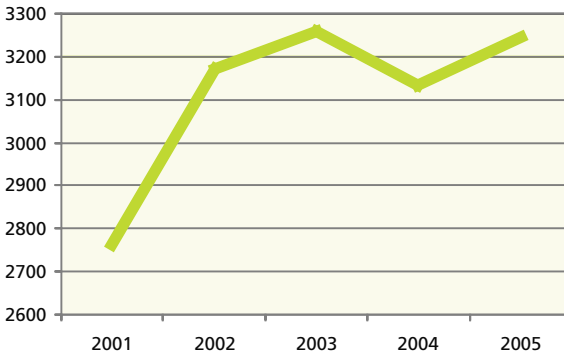
Kilde: Dansk Psykologforening

Der er en tilvækst på ca. 200 psykologer om året, hvilket anslået vil betyde en årlig tilvækst på 50 psykologer med specialistgodkendelse, hvoraf hovedparten vil befinde sig inden for de kliniske specialer. Det vil forsigtigt skønnet medføre yderligere 300 specialistgodkendte psykologer inden for de kliniske specialer i 2010.



4.6.4 Sygeplejersker i psykiatrien

Samlet er der ca. 3250 sygeplejersker i sygehus- og distriktspsykiatrien. Udviklingen i de sidste fem år kan ses i nedenstående figur.



Figur 11: Antal sygeplejersker i sygehus- og distriktspsykiatrien
Kilde: Danske Regioner

Fordelingen af sygeplejersker pr. 10.000 indbyggere er, som det fremgår af tabel 5 meget forskellig fra område til område.

Tabel 5: Antallet af sygeplejersker pr. 10.000 indbyggere

København	Frederiksborg	Roskilde	Vestsjælland	Storstrøm	Bornholm	Fyn	Sønderjylland
4,50	4,49	4,74	4,60	4,22	5,12	5,75	4,96
Ribe	Vejle	Ringkøbing	Århus	Viborg	Nordjylland	H:S	I alt
6,34	5,54	6,31	5,20	5,78	4,12	13,77	6,00

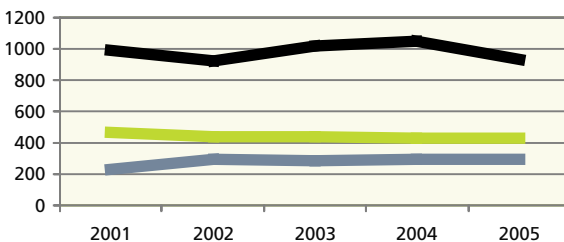
Kilde: Danske Regioner

Sygeplejerskerne har en specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje. I de seneste 3 år er der uddannet 169 sygeplejersker med dette speciale.

Mangel på sygeplejersker er et voksende problem. For nuværende er der på landsplan en mangel på ca. 1.000 sygeplejersker som forstærkes af, at der er et frafald på 35 % på uddannelsen

4.6.5 Andre faggrupper i psykiatrien

Udover læger, sygeplejersker og psykologer arbejder der en del andre faggrupper i psykiatrien. I figur 12 vises en oversigt for socialpædagoger, ergo/fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter m.fl.



Figur 12: Andre faggrupper i psykiatrien
Kilde: Danske Regioner

- Socialpædagoger
- Ergo/fysioterapeuter
- Social- og sundhedsassistenter m.fl.

Som det fremgår af figuren har antallet af de tre faggrupper ligget meget konstant de seneste 5 år.

5

PSYKIATRIENS MÅLGRUPPE

5. Psykiatriens målgruppe

Der er en løbende debat om, hvem psykiatrien skal behandle. Målgruppen har også ændret sig over tid. Flere undersøgelser peger på, at der er en stor gruppe af borgere som går rundt med en ubehandlet psykiatrisk lidelse. Ved en indførelse af en behandlingsgaranti er det nødvendigt med en afklaring af, hvem psykiatrien skal behandle. Børne- og ungdomspsykiatri samt voksenpsykiatri behandles adskilt, fordi de er vidt forskellige på en række punkter i forhold til ovenstående.

5.1 Børne- og Ungdomspsykiatriens målgruppe

Sundhedsstyrelsen har i rapporten "Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed - den fremtidige tilrettelæggelse" (2001) defineret børne- og ungdomspsykiatriens målgruppe som følger:

"Børn og unge med psykiske lidelser skal som hoved-regel henvises, når de er alvorligt syge eller den samlede problemstilling er for indviklet til, at børnene/de unge kan få tilstrækkelig hjælp i primærsektoren, dvs. hos alment praktiserende læge eller børne- og ungdomssagkyndige i kommune eller amt. I en række tilfælde vil der dog altid være behov for en børne- og ungdomspsykiatrisk specialsagkyndig vurdering."

Principielt bør der altid ske en vurdering ved børne- og ungdomspsykiater/ eller evt. speciallæge i pædiatri og voksenpsykiatri i følgende tilfælde:

1. Når der er mistanke om/eller påvist:
 - a. Psykoser
 - b. Affektive lidelser (mani, depression)
 - c. Tilstande med udtalte tvangshandlinger eller tvangstanker
 - d. Anoreksi
 - e. Gennemgribende udviklingsforstyrrelser
2. Når børn og unge udfører alvorlige selvmordsforsøg
3. Når psykofarmakologisk behandling med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulantia af børn og unge ønskes iværksat
4. Ved alvorlige diagnostisk uafklarede psykiske tilstande.

Desuden vil det ofte være nødvendigt at henvise børn og unge med en kombination af psykisk og legemlig lidelse, f.eks. psykisk syge børn/unge med diabetes eller leddegigt ¹¹.

I dag behandler børne- og ungdomspsykiatri ca. 0,8 % af en årgang. I andre sammenlignelige lande behandles mellem 1,5 % og 2 % af en årgang ¹². Aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatri skal således inden for de kommende år udvides kraftigt, hvis den skal behandle et tilsvarende antal børn og unge.

¹¹ Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed - den fremtidige planlægning (2001), Sundhedsstyrelsen.

¹² Udviklingen i den børne- og ungepsykiatriske virksomhed.

5.2 Voksenpsykiatris målgruppe

I 1993 var udgangspunktet for voksenpsykiatris arbejde defineret i Sundhedsministeriets og Socialministeriets redegørelse "Fremrykning af indsatsen for sindslidende". Målgruppen var opgjort til 40.000 - 50.000 personer med alvorlige psykiatiske sygdomme med behov for psykiatiske behandlingstilbud. Fokus var særligt på skizofreni og maniodepressive psykoser.

Målgruppen for den distriktskykiatriske behandlingsindsats er først og fremmest defineret til at være patienter, der har behov for en aktiv og tværfaglig og tværsektoriel behandlingsindsats. Det drejer sig om patienter med sværere sindslidelser især med skizofreni, andre psykoser af mere langvarig karakter og sværere personlighedsforstyrrelser. Hertil kommer en række personer med invaliderende angst- og depressive tilstande, selvmordsforsøg, svære krisetilstande og spise- og tilpasningsforstyrrelser.

I 1993 var der en forventning om, at voksenpsykiatri skulle behandle 40.000 - 50.000 mennesker. I dag behandles 90.000 mennesker i voksenpsykiatri. Knap 90 pct. af dem behandles umiddelbart. Der er en række undersøgelser, som peger på, at der mangler behandlingstilbud til ca. 300.000 mennesker med ikke-psykotiske lidelser. WHO vurderer, at psykisk sygdom indenfor få årtier vil være den anden mest belastende sygdom i verden. Der er en forventning om at presset på voksenpsykiatri vil øges kraft de kommende årtier.

Ved visitationen er det væsentligt at foretage en afgræsning til de patienter, der lige så hensigtsmæssigt kan behandles i speciallægepraksis.

Sundhedsstyrelsen beskriver i "Specialeplanlægning og lands- og landsdelfunktioner i sygehusvæsenet" fra 2001, at voksenpsykiatri omfatter undersøgelse, behandling og forebyggelse af psykiske sygdomme. Psykiatriens kerneområder er sindssygdomme, depressive lidelser, angst- og tvangslidelser, spiseforstyrrelser, svære personlighedsforstyrrelser og patologiske reaktioner på ydre begivenheder. Psykiatrien har herudover væsentlige behandlingsmæssige opgaver overfor en række andre psykiske lidelser, herunder lidelser betinget af misbrug.



De tilgængelige behandlingsmetoder indenfor psykiatrien omfatter biologiske, psykoterapeutiske og psykosociale behandlingsmetoder. Disse behandlingsmetoder supplerer hinanden med forskellig vægtning i behandlingen af den enkelte patient. Et grundlæggende princip i psykiatrien er at tilbyde den behandling, der er effektiv, tilstrækkelig og mindst indgribende i patientens tilværelse og integritet ¹³.

På en række områder er der behov for udvikling og etablering af nye eller særlige psykiatriske tilbud til grupper med specielle problemer eller hvor der foreligger mulighed for særlige behandlingsmetoder. Det drejer sig om patienter med debuterende psykose, misbrugsområdet, psykotiske patienter med stofmisbrug (dobbeltdiagnose), patienter med demens, ikke-psykotiske personer der har forsøgt selvmord eller er selvdestruktive, patienter med OCD og ikke-psykotiske angsttilstande, patienter med svære sexologiske lidelser, udviklingshæmmede med psykiske lidelser og patienter fra fremmede kulturer, hvor psykiatriske lidelser manifesterer sig med andre symptomer. For hovedparten af disse områder vil det dreje sig om udvikling af amtslige (red. regionale) eller evt. tværamtslige tilbud, på enkelte områder kan der være behov for udvikling af særlig ekspertise på landsdelsniveau ¹⁴.

5.3 Udvalgets overvejelser og anbefalinger

Psykiatrien behandler i dag både patienter med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser. Et af psykiatriens kendetegn er, at det i større grad er lidelsens sværhedsgrad og invaliderende virkning, der er kriteriet for at komme i behandling mere end, det er selve diagnosen.

5.3.1. Børne- og ungdomspsykiatri

Udvalget finder, at Sundhedsstyrelsens definition af børne- og ungdomspsykiatris målgruppe er tidssvarende. I dag henvises dog mange børn og unge, som fagligt set ikke bør behandles i børne- og ungdomspsykiatri. Undersøgelser peger på, at det er op mod 20 %, der afvises. Udvalget anbefaler derfor i forhold til børne- og ungdomspsykiatri, at

- der arbejdes på at forbedre kvaliteten i den kommunale og den praktiserende læges henvisning til børne- og ungdomspsykiatri
- samarbejdet med de kommunale tilbud herunder PPR-rådgivningen styrkes med henblik på at forbedre kvaliteten i henvisningerne til psykiatrien
- Sundhedsstyrelsen bl.a. på baggrund af det nationale kvalitetsprojekt "Styrkelse af den fælles indsats i børne- og ungdomspsykiatrien" udarbejder retningslinier for det gode udredningsarbejde og henvisningsforløb for psykisk skrøbelig børn og unge.

Udvalget ser frem til resultaterne af undersøgelsen af årsagerne til det stigende antal henvisninger, som er aftalt mellem regeringen og Danske Regioner i forbindelse med økonomiforhandlingerne for 2007.

¹³ Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, Sundhedsstyrelsen 2001.

¹⁴ Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, Sundhedsstyrelsen 2001.

5.3.2. Voksenpsykiatri

Udvalget er enig i Sundhedsstyrelsens beskrivelse af psykiatriens målgruppe og dermed også hvor psykiatrien har behov for at udvikle og udbygge nye tilbud. Derfor anbefaler udvalget i forhold til voksenpsykiatrien, at

- tilbudene til ikke-psykotiske udvikles og udbredes
- der opbygges en større kapacitet til de ikke-psykotiske, inden der tages stilling til en behandlingsgaranti for disse patienter
- samarbejdet med de praktiserende læger styrkes med henblik på at forbedre kvaliteten i henvisningerne til psykiatrien
- der udvikles standardiserede patientforløb for de praktiserende lægers behandling af sindslidende
- samarbejdet mellem de praktiserende læger og psykiatrien styrkes bl.a. gennem
 - afprøvning af nye samarbejdsformer - herunder shared-care
 - etablering af fælles efteruddannelse
 - indførelse af supervisionsordninger
- de privatpraktiserende psykologer og speciallæger indtænkes i samarbejdet og den heri indeholdte opkvalificering.



6

MODELLER FOR AT NEDBRINGE VENTETIDER

6. Modeller for at nedbringe ventetider til behandling

Der gælder i dag en række regler indenfor sundhedsområdet, som har til formål at nedbringe ventetider til behandling af somatisk sygdom, behandling af alkoholmisbrug samt behandling for stofmisbrug. Kapitlet indeholder en gennemgang af de eksisterende initiativer inden for sundheds- og socialområdet for at nedbringe ventetider til behandling.

6.1 Behandling af patienter med livstruende sygdomme

I henhold til sygehusloven skal patienter med livstruende sygdomme behandles indenfor bestemte ventetider. Dette betyder, at der er fastsat maksimale ventetider til behandling af patienter med de

fleste former for kræftsygdomme samt visse tilstande af iskæmisk hjertesygdom.

For behandling af kræftpatienter er ventetiderne præcise og detaljerede, idet de angiver tidsfrister til

- forundersøgelse (2 uger fra henvisning fra praktiserende læge)
- behandling (2 uger fra patientens tilsagn om behandling)
- efterbehandling (4 uger fra henvisning til efterbehandling).

Der er ikke fastsat krav til den samlede varighed af behandlingsforløbet. Det forudsættes imidlertid, at det samlede behandlingsforløb gennemføres inden for en lægefaglig forsvarlig tidsramme.

Kan den maximale ventetid *ikke overholdes*, skal regionen/sygehuset senest 8 hverdage efter modtagelse af henvisning meddele patienten, om behandlingen kan tilbydes indenfor de maximale ventetider og patienten skal have oplyst en dato for forundersøgelsen.

Kan der ikke tilbydes behandling indenfor den maximale ventetid, skal patienten tilbydes behandling på et sygehus i en anden region, et privat sygehus i Danmark eller et offentligt eller privat sygehus i udlandet, som kan tilbyde behandling indenfor den maximale ventetid.

Regionerne driver i fællesskab Informationscenter for livstruende sygdomme placeret på Amtssygehuset i Herlev. Informationscentret skal overvåge ventetider til strålebehandling og kemoterapi i ind- og udland, kortlægge ledig behandlingsskapacitet samt medvirke til at sende patienter til behandling i udlandet.

For så vidt angår behandling af hjertepatienter er der præcise og detaljerede krav til ventetider i forbindelse med udførelse af KAG og ballonbehandling.

Tidsfristerne for behandling af både kræftpatienter og hjertepatienter afspejler, at der er tale om livstruende sygdomme, hvor behandling er påkrævet hurtigt med henblik på at forbedre overlevelsessevnen.

6.2 Frit valg af sygehus

Reglerne om frit sygehusvalg indebærer, at en patient selv kan bestemme, på hvilket sygehus pågældende ønsker at blive behandlet. Patienten kan frit vælge mellem alle offentlige sygehuse og afdelinger i hele landet samt en række nærmere bestemte private specialsygehuse.

Det frie sygehusvalg er begrænset i en række situationer. Begrænsningerne i valg af behandlingssted gælder, når

- indlæggelse sker akut (beslutning træffes af ambulancepersonalet)
- en afdeling har væsentlig længere ventetid end lignende afdelinger
- hensynet til en psykiatrisk patient – herunder fastholdelse af kontinuitet i samtidige/ sideløbende behandlingsforløb taler for det.

6.3 Udvidet frit sygehusvalg

Reglerne om udvidet frit sygehusvalg indebærer, at en patients frie sygehusvalg udvides, hvis der er mere end 2 måneders ventetid på forundersøgelse og behandling i regionen eller på et af de sygehuse, regionen plejer at samarbejde med. 2 måneders venteperioden regnes fra den dag, sygehuset i regionen modtager henvisningen fra patientens læge.

Det udvidede frie valg omfatter behandling på et privathospital/ -klinik i både Danmark og udlandet, såfremt der er indgået aftale med Danske Regioner om den behandling, der skal foretages. Der kræves viderehenvisning fra et sygehus i vedkommendes bopælsregion til det privathospital eller klinik, som patienten ønsker at blive behandlet på.

Det udvidede frie sygehusvalg er begrænset i en række situationer. Begrænsningerne gælder når

- diagnosen er uklar, og sygehuset i regionen ikke kan bedømme, om et aftalesygehus kan foretage den nødvendige behandling
- den samlede ventetid kommer til at overstige 2 måneder pga. patientens helbredstilstand/ patientens ønske om at udsætte behandlingen.
- ventetiden på behandlingen på privathospitalet overstiger ventetiden til behandling på regionens sygehuse
- der er tale om psykiatrisk behandling, organtransplantation, køns-skifteoperation, sterilisation, høreapparatbehandling og kosmetisk behandling, eksperimentel eller alternativ behandling
- patienten først har benyttet sig af frit valg til sygehus. Der er altså ikke dobbelt frit valg.

6.4 Behandling for alkoholmisbrug

Alkoholmisbrugere skal tilbydes behandling senest 14 dage efter, at alkoholmisbrugeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling. Kommunen beslutter, om misbrugeren skal tilbydes ambulante behandling, dagbehandling eller døgnbehandling.

Modellen indebærer en ret for alkoholmisbrugeren til at modtage behandling og en pligt for kommunen til at tilbyde alkoholbehandling.

Det er kommunens ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen, der kan foregå enten på kommunens egne institutioner eller efter aftale i andre kommuners, regioners eller private leverandørers behandlingstilbud.

Alkoholmisbrugeren har desuden ret til vederlagsfri behandling på et alkoholambulatorium uden henvisning og efter eget valg. Retten omfatter behandling på et alkoholambulatorium, der ikke er en del af det kommunale tilbud.

6.5 Behandling af stofmisbrugere

Efter *servicelovens regler* har kommunalbestyrelsen pligt til senest 14 dage efter henvendelse til kommunen at tilbyde stofmisbrugere behandling.

Stofmisbrugeren kan efter visitation vælge behandling i et andet offentligt behandlingstilbud eller et godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, kommunen har visiteret til. Vælger stofmisbrugeren et andet behandlingstilbud end det, kommunalbestyrelsen har visiteret til, kan fristen på 14 dage dog fraviges.

Retten til at vælge behandlingssted kan begrænses, hvis hensynet til stofmisbrugeren selv taler for det.

Kommunalbestyrelsen har desuden ansvar for at yde lægelig behandling (metadonbehandling) efter *sundhedslovgivningen*. Metadonbehandlingen skal ske som en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere, og forslaget giver derfor ikke den enkelte misbruger ret til frit valg af behandlingssted.

Behandlingen kan foregå enten på kommunens egne institutioner eller efter aftale i andre kommuners, regioners eller private leverandørers behandlingstilbud. Kommunen skal sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behandling og stofmisbrugers øvrige sociale problemer.



6.6 Modeller for nedbringelse af ventetid

Nedenfor diskuteres de ovenfor beskrevne initiativer til nedbringelse af ventetid til psykiatrisk behandling med afsæt i typiske modeller for henholdsvis *frit valg* og *behandlingsgaranti*.

Model 1 - Udvidet frit valg

- Ret til privat behandling, hvis det offentlige ikke kan overholde en fastsat behandlingsfrist.
- Danske Regioner indgår aftale med privat udbyder.
- Aftalen sikrer, at den private udbyder opfylder en række krav vedr. pris, kvalitet, forsikring, lægeligt ansvar og ventetidsinformation.
- Ingen garanti for en maksimal ventetid.

Model 2 - Behandlingsgaranti

- Garanti for behandling indenfor fastsat tidsfrist til visiteret tilbud.
- Regionen kan opbygge egen behandlingsskapacitet eller henvise til en privat leverandør.
- Regionen indgår aftaler med private udbydere.
- Ansvar for varetagelsen af behandlingsgarantien er alene regionens.

6.7 Model 1 - Udvidet frit valg i psykiatrien

Med udvidet frit valg sidestilles psykiatriske patienter med somatiske patienter, derved at pengene følger patienten. Den psykiatriske patient har ret til selv at finde et behandlingstilbud, såfremt regionen ikke er i stand til at tilbyde et relevant tilbud inden en given frist.

Udvidet frit valg vil åbne op for det private marked for psykiatrisk behandling. Den offentlige psykiatri vil således som udgangspunkt ikke længere være alene om behandlingen af de psykiatriske patienter. En lignende udvikling er sket inden for det somatiske sygehusvæsen, hvor det udvidede frie valg efterfølgende har medført en kraftig stigning i antallet af behandlinger på private sygehuse og i private behandlingstilbud.

En øget konkurrence mellem såvel offentlige som private udbydere af behandling kan have en gavnlig effekt i form af øget produktivitet i det offentlige behandlingssystem.

Da det private marked er næsten ikke eksisterende i psykiatrien, vil det på kort sigt ikke kunne optage mange patienter. Det vil dog være fysisk og økonomisk muligt relativt hurtigt at opbygge et privat marked, idet etableringsudgifterne til psykiatrisk behandling er meget små sammenlignet med store dele af det somatiske område.

Indførelse af DRG-takster på det psykiatriske behandlingsområde er en forudsætning for, at det udvidede frie valg kan indføres.

Til navnlig de svært syge, kroniske psykiatriske patienter knytter der sig nogle særlige behandlingsmæssige og sociale problemstillinger. Der vil således være behov for at overveje en nærmere afgrænsning af psykiatriske patienters frie valg af behandling.

Yderligere problemstillinger ved indførelse af udvidet frit valg:

Ingen Garanti. Patienter får ingen ret til behandling indenfor en bestemt periode.

Lægemangel. Manglen på speciallæger i psykiatri kombineret med åbning af offentligt betalt privatbehandling indebærer en nærliggende risiko for, at mange psykiatriske speciallæger vil søge over i det private - og dermed udhule den psykiatriske sygehusbehandling. Konsekvenserne vil primært ramme de mest syge patienter.

Sammenhæng og kontinuitet. Behandling bør ske i sammenhæng med øvrige indsatser hos praktiserende læge og tilbud indenfor undervisnings-, beskæftigelses- og socialektoren.

Tidsfaktor. Behandlingen foregår ofte i langstrakte ambulante forløb, hvorfor det hensigtsmæssige for patientens daglige liv skal overvejes.

Geografi. En gruppe af de psykiatriske patienter vil pga. deres lidelse have vanskeligt ved at transportere sig over store afstande til behandlingstilbud efter eget valg.

Kvalitet. Der mangler kvalitetsstandarder for den behandlingsindsats, som en bred vifte af private behandlere og terapeuter, tilbyder.

Sprog. Brugen af udenlandske behandlingstilbud kan reducere patientens udbytte af behandlingen, da disse ofte primært vil være baseret på terapi/samtale.

Rationelle valg. Det kan være vanskeligt at overskue indholdet og kvaliteten af ydelser på markedet og dermed at træffe valg om det mest egnede behandlingssted.

Afregning. Der eksisterer på nuværende tidspunkt ikke et tilstrækkeligt troværdigt taktberegningssystem for aktiviteterne i psykiatrien, der kan sikre en valid afregning med private leverandører.

6.8 Model 2 – Behandlingsgaranti i psykiatrien

Model 2 indebærer en generel frist for igangsætning af behandling, og sikrer den psykiatriske patient en indsats inden for en fastlagt tidsramme.

Regionen har ansvaret for, at den psykiatriske patient får et relevant behandlingstilbud og regionen afgør om tilbuddet skal være i offentligt eller privat regi. Behandlingstilbuddet opbygges som udgangspunkt i regionalt regi, men regionerne kan indgå aftaler med både offentlige og private aktører.



Følgende overvejelser bør indgå i vurdering af model 2:

Ligebehandling. De psykiatriske patienter sidestilles ikke med de somatiske patienter, hvad angår retten til selv at vælge behandlingssted.

Omvendt er der tale om en klar forbedring af de sindslidendes rettigheder i forhold til øvrige patientgrupper sammenholdt med i dag.

Tidlig indsats. Da psykiske sygdomme udvikler sig og forværres over tid med risiko for, at de bliver kroniske, vil patienter med psykiske lidelser kunne drage betydelig nytte af en tidlig indsats. Jo tidligere behandling sættes i værk, desto større sandsynlighed er der for, at patienten kan bevare tilknytning til arbejdsmarked og leve et selvhjulpent liv. Studier viser, at tidlig og udvidet indsats har gavnlig effekt på samfundsøkonomien.

En indgang. En garanti nødvendiggør en udbygning af de regionale behandlingstilbud. En udvidelse af de regionale behandlingstilbud vil være påkrævet, hvis det skal være muligt at opfylde en garanti indenfor et givent antal måneder.

Stordrift. En udvidet behandlingsskapacitet vil medføre en række stordriftsfordele såsom bedre styring, større kontrakter mellem bestiller (regionen) og udfører (offentligt eller privat behandlingssted) samt forholdsmæssig færre administrationsomkostninger pr. patient.

6.9 Udvalgets overvejelser og anbefalinger

Udvalget anbefaler, at der er indføres en behandlingssgaranti i psykiatrien (model 2) fordi

- motiverede psykisk syge får en reel garanti for hurtig behandling
- kvaliteten af den psykiatriske behandlingsindsats i forhold til de hårdest ramte psykiske syge er afhængig af sammenhængen til de øvrige offentlige tilbud.

Udvalget finder endvidere, at uanset hvilken model der vælges, skal de private leverandører omfattes af de samme kvalitetskrav som de offentlige tilbud herunder tilfredshedsundersøgelser, indberetninger til de kliniske databaser, akkreditering mv.



7

INDFASNING AF BEHANDLINGS- GARANTI

7. Indfasning af behandlingsgaranti

På baggrund af bl.a. speciallægemanglen og behovet for at udbygge kapaciteten i psykiatrien vil det ikke være realistisk at implementere en behandlingsgaranti på kort sigt. Det vil være nødvendigt at indføre behandlingsgarantien gradvist - en indfasning over en periode.

I dette kapitel vil der blive beskrevet nogle mulige grundmodeller for en gradvis indfasning af en behandlingsgaranti.

Det skal indledningsvis konstateres, at man ikke kan beregne sig frem til den mest hensigtsmæssige indfasningsmodel på baggrund af oplysninger og antagelser om rekrutteringssituationen blandt relevante faggrupper, patienttilstrømningen og produktivetsforbedringer gennem diverse organisatoriske tilpasninger. Indførelse af en behandlingsgaranti vil derfor alt andet lige være et politisk valg.

Omvendt kan der med de gængse teknikker laves beregninger over den fornødne ressource tilførsel, som en behandlingsgaranti og dermed forbundne produktionsstigning i psykiatrien forudsætter. Sådanne beregninger foretages i kapitel 9.

7.1 Gradvis indfasning via frister

En gradvis indfasning betyder, at tidsfristen for borgerens ret til behandling indenfor en maksimal ventetid nedsættes i løbet af en periode til det endelige mål er opnået. Nedenstående er et eksempel på hvordan en indfasning kan se ud.

Figur 13: Eksempel på indfasning via frister

År	Frist
2008	X måneder
2009	Y måneder
2010	Z måneder
2011	Æ måned

7.2 Gradvis indfasning gennem prioritering af diagnosegrupper

En anden model for indfasning af en garanti er en politisk prioritering, hvor udvalgte diagnosegrupper prioriteres foran andre. Der er således ikke tale om en generel garanti for hele psykiatrien, men en garanti begyndende for bestemte diagnosegrupper. Antallet af diagnosegrupper kan udvides løbende for til sidst at omfatte alle diagnoser.

Figur 14: Eksempel på indfasning via diagnosegrupper

År	Frist	Diagnose	Gruppe
2008	X måned	a	Børne- og ungdomspsykiatri
2008	X måned	b	Voksenpsykiatri
2011	X måned	udbygges gradvist med en eller flere diagnoser	Garantien Børne- og ungepsykiatri
2011	X måned	Garantien udbygges gradvist med en eller flere diagnoser	Voksenpsykiatri

7.3 Indfasning via diagnosegrupper og gradvis afkortning af frister

En tredje og mere kompleks mulighed er at kombinere de to foregående modeller, så der indføres en garanti for psykiatrien med fastsættelse af en divergerende maksimal ventetid for de udvalgte diagnosegrupper.

Figur 15: Eksempel på indfasning

År	Frist	Diagnose	Gruppe
2008	X måned	a	Børne- og ungdomspsykiatri
2008	X måneder	b	Voksenpsykiatri
2008	Y måneder	b	Børne- og ungdomspsykiatri
2008	Y måneder	d	Voksenpsykiatri
2011	X måned	Garantien udbygget til at indeholde alle diagnose	Børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri

7.4 Udvalgets overvejelser og anbefalinger

Udvalget lægger vægt på, at en indfasning af en behandlingsgaranti skal være nem og overskuelig for borgerne. Der må ikke være tvivl om, hvornår en borger har ret til en behandling.

Derfor anbefaler udvalget, at

- behandlingsgarantien indfases i børne- og ungdomspsykiatri gennem fastsatte tidsfrister. Den primære grund er, at psykisk syge børn og unge behandles efter deres akutte behov for behandling og ikke efter hvilken diagnose, de har
- behandlingsgarantien indfases til voksne med psykotiske lidelser ligeledes gennem fastsatte tidsfrister, og følger dermed børne- og ungdomspsykiatri. Grunden er, at tilbudene til disse patienter er væsentligt udbygget og de fleste indlægges umiddelbart
- behandlingskapaciteten til voksne med ikke-psykotiske lidelser skal udbygges før der tages stilling til en egentlig garanti til behandling.

Udvalget mener, at det er muligt i løbet af 4-5 år at få borgernes ret til behandling ned på 1 måned for psykisk syge børn og unge og voksne med psykotiske lidelser.

En behandlingsgaranti i forhold til de ikke-psykotiske voksne, som kun i meget begrænset omfang behandles i dag, bør afvente opbygning af behandlingskapacitet rettet specielt mod denne gruppe. En sådan behandlingskapacitet omfatter bl.a. udbygning af specialklinikker (affektive).



8

PERSONALE- RESSOURCER OG BEHANDLINGS- GARANTI

8. Personaleressourcer og behandlingsgaranti

Som det fremgår af kapitel 4, hvor personalesituation i psykiatrien blev beskrevet, står psykiatrien herunder særligt voksenpsykiatri med problemer på personaleområdet særlig i form af mangel på speciallæger.

Psykiatri som lægefagligt speciale har over en årrække haft problemer med at rekruttere det nødvendige antal læger - og i særdeleshed yngre læger. Psykiatri er blandt de specialer, som over de kommende 10 år vil have det største fald i antallet af speciallæger ¹⁵.

8.1 Mangel på læger i psykiatrien

Ca. 2 pct. af en årgang af medicinstuderende bliver i dag psykiatere. For at komme lægemanglen i psykiatrien til livs skal mellem 5-7 pct. af de studerende vælge psykiatrien. Målet skal bl.a. nås via bedre rekruttering, effektiv tilrettelæggelse af behandlingssindsatsen og opgaveglidning mellem psykiaterne og andre personalegrupper samtidig med en fornuftig tilrettelæggelse af lægeuddannelsen set i forhold til psykiatrien.

En undersøgelse foretaget af DSI - Institut for Sundhedsvæsen på vegne af Danske Regioner bekræfter, at rekrutteringen til den lægelige behandling i psykiatri udgør et stort problem, og at rekrutteringsproblemet hænger uløseligt sammen med psykiatriens generelt lave status og dårlige image blandt lægestuderende og yngre læger.

Undersøgelsen viser, at de psykiatriske specialer er den specialegruppe, som langt de fleste studerende allerede på et tidligt tidspunkt har fravalgt. En stor del har endda fravalgt psykiatrien allerede før studiestart. Der er således tale om et speciale, som mange har en forudindtaget holdning til. Det skal understreges, at børne- og ungdomspsykiatrien ikke oplever rekrutteringsproblemer, om end de yngre lægers og medicinstuderendes tidlige fravalg af de psykiatriske specialer også omfatter børne- og ungdomspsykiatri.

Grundlæggende kan det derfor fastslås, at psykiatrien har et *dårligt image*. Imageproblemet kommer til udtryk gennem mere eller mindre forudindtagede holdninger om, at

- det kliniske arbejde anses for uinteressant
- graden af videnskabelighed anses for lav
- indtjeningsmulighederne vurderes som relativt ringe
- patienterne anses for vanskelige at arbejde med
- patientforløbene vurderes som lange og med lav helbredelsesgrad.

Omvendt tillægges et godt uddannelsesmiljø, et godt psykisk arbejdsmiljø, og mulighed for faglig sparring væsentlig værdi, når både studerende og yngre læger skal fremhæve faktorer for specialevalg.

¹⁵ Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale, DSI - Institut for sundhedsvæsen, 2006.

Netop disse faktorer vurderes som velfungerende i psykiatrien, og indikerer dermed, at psykiatrien også har et potentiale, når det handler om image og rekruttering.

For at styrke rekrutteringen til psykiatrien igangsætter Danske Regioner projektet *"Psykiater - ja tak!"* Projektet sætter fokus på psykiatriens imageproblemer og igangsætter et opgør med indgroede fordomme blandt studerende og yngre læger samt udnytter de positive vurderinger af de "bløde" værdier i psykiatrien.

Hertil kommer, at psykiatriens rolle og placering på lægeuddannelsen kan udgøre en barriere i rekrutteringen af læger til psykiatrien. Undersøgelsen fra DSI-Institut for sundhedsvæsen peger på, at der især er to problemer i lægeuddannelsen i forhold rekruttering af læger til psykiatrien.

For det første indgår psykiatrien ikke i turnus til trods for, at der er tale om et stort speciale. For det andet har psykiatrien en både sen og perifer placering i undervisningen på studiet og i klinikophold undervejs i studiet.

Begge forhold udgør et problem ud fra den betragtning, at de lægestuderende overvejende har et positivt indtryk af psykiatrien efter klinikophold.

I forhold til at øge behandlingskapaciteten i psykiatrien er der derfor grund til for det første at overveje en mere hensigtsmæssig placering af klinikopholdet under studiet og eventuelt en forlængelse af opholdet. For det andet er der behov for at overveje muligheden for at introducere psykiatrien i turnus.

Begge overvejelser ligger uden for dette udvalgs kommissorium, men bør påpeges og indgå i de rette myndigheders overvejelser om tilrettelæggelsen af medicinstudiet og lægeuddannelsen.



8.2 En effektiv tilrettelæggelse af behandlingsindsatsen

Behandling og pleje af patienter involverer mange forskellige arbejds-gange og medarbejdergrupper, som er gensidigt afhængigt af hinanden. Afhængigheden viser sig i det daglige arbejde ved, at en arbejds-opgave ikke kan udføres før noget andet er gjort.

Disse overgange fra medarbejder til medarbejder skaber ofte ventetid for personale og patienter. Patienter oplever dårligere service, fordi de skal vente på behandling og personalet oplever stress over egne opgaver samtidig med, at de skal vente på, at andre personalegrupper får afsluttet deres opgaver. Stress og oplevelse af dårlig service har ofte negativ indvirkning på både kvaliteten i behandlingen og økonomien i form af u hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer.

Erkendelsen af, at arbejdstilrettelæggelse har en stor betydning for både kvalitet i behandling og økonomien, medfører, at der i stigende omfang arbejdes med forskellige metoder indenfor procesoptimering af patientforløb. Det har især været udbredt i det somatiske sygehus-væsen, hvor det har resulteret i bedre behandling og mere effektiv ressourceudnyttelse.

Optimering af arbejdsgange sker ved først at identificere, hvor en proces stoppes for, at andre kan overtage eller, at en handling skal være afsluttet inden anden kan igangsættes. Dernæst evalueres disse punkter for om, de er nødvendige for behandlingen, hvis det ikke er tilfældet, elimineres de.

I det følgende præsenteres fire metoder til optimering af arbejdsgange: Standardiserede behandlingsforløb, Joint Care, Accelereret patientforløb og LEAN.

Standardiserede behandlingsforløb

I standardiserede behandlingsforløb skal alle faggrupper samarbejde omkring standardisering af udrednings- og behandlingsforløb, som efter de kliniske retningslinier er gældende for en stor del af patienterne indenfor en diagnosegruppe. Formålet er herigennem at sikre, at der ikke opstår unødige interne ventetider for såvel patient som personale. Samtidigt har det en positiv effekt på kvalitet og udvikling i behandling.

Joint Care

Joint Care-konceptet bygger på, at patienterne samles i en gruppe som behandles samtidigt. Patienterne kan undervejs i behandlingen og genoptræningen støtte og motivere hinanden. Patienten inddrages samtidig i egen behandling, og gøres via patientuddannelse ansvarlig for egen sundhed. Ydermere udarbejdes tværfaglige standarder omkring behandlingsforløb ned i detaljer.

Flere ortopædkirurgiske afdelinger rundt om i landet arbejder med Joint Care.

Accelereret patientforløb

Accelereret patientforløb fokuserer på at optimere patientforløbet via en intensiv tværfaglig indsats med henblik på at reducere patientens behov for fornyet hospitalsophold efter operation. Der bliver udarbejdet behandlings- pleje- og genoptræningsplaner for hver enkelt patient. Målet nås gennem anvendelse af lempelige behandlingsmetoder, intensiv genoptræning straks efter operation, effektiv smertebehandling, optimal ernæring og ikke mindst en forudgående information omkring behandling, således at patienten er tryk ved både behandling og udskrivning.

LEAN

LEAN fokuserer på løbende at mindske spild i form af tid og overflødige arbejdsgange. Alle led i en behandling af en patient gennemgås - en såkaldt værdistrømanalyse. Først bestemmes, hvad der giver værdi for en patient. Derefter analyseres alle eller nogle af de arbejdsgange, som har betydning for patientens vej igennem systemet for at konstatere om, der eksisterer spild i form af tid, unødige arbejdsprocesser, unødvendige undersøgelser, transport og fejl.

Psykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital er ved at implementere LEAN. Afdelingen fokuserer på opgavefordeling i den psykiatriske skadestue, patientforløb i det psykoterapeutiske ambulatorium samt ydelserne i distriktscentre på Ydre Nørrebro og Bispebjerg.

8.3 Opgaveglidning mellem faggrupper

Mangel på personale er en af de helt store udfordringer i sundhedsvæsenet generelt og psykiatrien specielt. Inden for flere faggrupper tales der således om flaskehalsproblemer. Det gælder først og fremmest på lægeområdet, hvor der aktuelt er en udbredt mangel på speciallæger, og problemstillingen indenfor psykiatrien er veldokumenteret. Flaskehalsproblemerne gælder dog også en række andre faggrupper på sygehusene, heriblandt sygeplejersker, jordmødre, bioanalytikere, radiografer, social- og sundhedsassistenter og for psykiatrien tillige pædagoger og terapeuter.

Manglen på personale har ikke alene konsekvenser for psykiatrien generelt, men påvirker også opgavefordelingen og arbejdstilrettelæggelsen på den enkelte afdeling. Opgaveglidning er en naturlig konsekvens af personalemanglen, idet sygehusene for at få løst en række nødvendige opgaver er nødt til at finde nye måder at få løst opgaverne på og derfor bl.a. eksperimenterer med at overflytte opgaver fra én faggruppe til en anden.

Opgaveglidningen foregår ofte vertikalt, hvor opgaverne flytter fra fx. læger til sygeplejersker eller fra sygeplejersker til social- og sundhedsassistenter. Opgaveglidningen kan også ske mere horisontalt, hvor opgaverne flyttes mellem fx. sygeplejersker, radiografer samt fysio- og ergo-terapeuter.

Der er i psykiatriloven meget få begrænsninger for, hvad der kan delegeres mellem de forskellige faggrupper, hvorfor mulighederne og perspektiverne for opgaveglidning er vide. Dog påhviler det overordnede behandlingsansvar altid en læge.

Opgaveglidning er dog ikke nødvendigvis et udtryk for personalemangel, men skal også ses i sammenhæng med sygehusenes ønske om en mere effektiv og fleksibel arbejdstilrettelæggelse. Desuden kan opgaveglidning medvirke til faglig udvikling og en løbende kompetenceudvikling af sundhedspersonalet – hvilket er en forudsætning for en fortsat udvikling af sundhedsvæsenet

I forbindelse med opgaveglidning opstår der ofte behov for efter- og videreuddannelse af sundhedspersonalet, idet nye opgaver ofte stiller helt nye kompetencekrav til en faggruppe. Dette aspekt er vigtigt at holde sig for øje, når man beskæftiger sig med mulighederne og perspektiverne for opgaveglidning.

Sygehusene har gode erfaringer med opgaveglidning og nye måder at tilrettelægge arbejdet på. Ofte bidrager det til en mere effektiv og fleksibel ressourceanvendelse, hvilket er et vigtigt hensyn set i lyset af de knappe personaleresourcer. Samtidig skaber det grundlag for faglig udvikling og udvikling af medarbejdernes kompetencer, og det fører ofte til større arbejdsglæde og motivation blandt medarbejderne.

I kraft af partssamarbejdet mellem Danske Regioner og de faglige organisationer på sundhedsområdet er der fra midten af 1990'erne sket en systematisk opsamling af sygehusenes erfaringer med opgaveglidning, arbejdstilrettelæggelse mv. Disse erfaringer er samlet i en eksempeldatabase på hjemmesiden (www.personaleweb.dk).

8.3.1. Udfordringer i psykiatrien

Som der fremgår af rapportens kapitel 4 har personaletilgangen i psykiatrien især været i form af psykologer. Psykiatrien kan dog stadig i større grad end i dag øge og udvide anvendelsen af specialuddannede psykologer til eksempelvis kognitive behandlingsforløb (ikke-psykotiske), supervision, psykoedukation efter referenceprogrammer/vejledninger mv.

Der har generelt været en tilgang af sygeplejersker. Særligt sygeplejersker med videreuddannelse i psykiatrisk sygepleje vil på en række arbejdsfelter kunne varetage nogle af speciallægerens nuværende funktioner og derigennem frigøre speciallægeressourcer til andre formål. Psykologerne og de psykiatriske sygeplejersker har bl.a. viden og erfaring med:

- neuropsykologi
- psykoterapeutiske metoder
- psykoedukation
- psykofarmakologi
- koordinering af patientforløb
- shared care med primær sektoren.

Psykiatere er igennem de senere år blevet bebyrdet af et øget antal administrative opgaver. Opgaver som helt eller delvist kan påtages af mere administrativt orienterede faggrupper såsom djøf'ere og lægesekretærer.

For at denne udvikling kan fortsætte, er det vigtigt, at psykologer, sygeplejersker, lægesekretærer m.fl. får den relevante efteruddannelse. Det vil samtidig være relevant at trække på nogle af de erfaringer, der er gjort på området i andre lande.

8.4 Udvalgets overvejelser og anbefalinger

En behandlingsgaranti betyder, at der skal rekrutteres mange nye personale. En udfordring, der kræver en aktiv indsats af regionerne. En del af denne udfordring er, at der i de kommende år vil være en voksende mangel på speciallæger inden for voksenpsykiatri, mens børne- og ungdomspsykiatri vil opleve en gradvis stigning i antallet af speciallæger. Udvalget anbefaler derfor, at

- regionerne i de kommende år sætter fokus på og igangsætter initiativer for at rekruttere læger, psykologer, sygeplejersker, terapeuter, social- og sundhedsassistenter samt andet relevant personale til psykiatrien
- der igangsættes nationale initiativer, som skal understøtte de regionale initiativer for at rekruttere flere læger til psykiatrien
- der udarbejdes beskrivelser af uddannelsesstillinger for psykologer med henblik på at opnå specialistgodkendelse indenfor relevante specialer
- der udarbejdes beskrivelser af uddannelsesstillinger for sygeplejersker
- muligheden for turnusophold i psykiatrien indgår i de igangværende overvejelser om ændringer i den lægelige videreuddannelse
- regionerne holder et højt og målrettet videre- og efteruddannelsesniveau for psykologer og sygeplejersker mv., da det vil styrke en formel opgaveglidningen mellem psykiatere og disse
- regionerne igangsætter flere tiltag for at få en mere effektiv tilrettelæggelse af den psykiatriske behandlingsindsats for derved bedre at udnytte personaleressourcerne.



9

VURDERING AF DE ØKONOMISKE KONSEKVENSER

9. Vurdering af de økonomiske konsekvenser

I dette kapitel beregnes de økonomiske konsekvenser forbundet med at nedbringe ventelisterne/ udvide behandlingstilbuddet i psykiatrien. Konsekvensberegningerne indeholder ikke udgiftsskøn for anlæg og administrativt overhead. Der er desuden ikke afsat penge til opkvalificering og eventuel udvidet behandling i almen praksisregi.

I bilag 3 redegøres mere detaljeret for beregningerne af de enkelte priser, som præsenteres nedenfor.

9.1 Børne- og ungdomspsykiatri

I 2005 henvistes ifølge Sundhedsstyrelsen/Landspatientregistret 10.550 personer til behandling på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Det svarer til ca. 0.8 pct. af en årgang jf. kap. 3. Ifølge Danske Regioners nøgletal for psykiatrien var der i 2005 14.500 personer i behandling på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, hvilket sammenholdt med henvisningstallet giver et gennemsnitligt sygdomsforløb på 1.4 år.

Med afsæt i Sundhedsstyrelsens målgruppedefinition og det faglige selskab for børne- og ungdomspsykiatri vurderes, at op mod 1.5 pct. af en årgang har en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse. Det svarer til at børne- og ungdomspsykiatri skal behandle mellem ca. 9.000 flere børn og unge mellem 0 - 18 år end i dag. Udvalget vurderer, at samtlige børn i den gruppe skal behandles ambulant.

Erfaringer fra bl.a. Århus Amt viser, at ambulant behandling i børne- og ungdomspsykiatrien koster 46.000 kr. pr. patient, når man organiserer behandlingen i teams. Et team består typisk af 1 speciallæge, 1 psykolog, 1 terapeut el. lign. i distriktspsykiatrien, 1 sekretær og 0.3 socialrådgiver. Et team koster ca. 2.3 mio. kr. og behandler 50 patienter.

En udvidelse af behandlingskapaciteten på 9.000 patienter vil koste **414 mio. kr. årligt.**

9.2 Voksenpsykiatri

I rapporten "*Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*" fra 2001 anslår Dansk Psykiatrisk Selskab på baggrund af udenlandske populationsstudier, at "ca. 20 pct. af den voksne danske befolkning i løbet af et år vil opfylde kriterierne for én eller flere veldefinerede psykiske lidelser". Det svarer til ca. 800.000 voksne personer.

Det vurderes samtidig, at ca. halvdelen er i behandling hos enten egen læge eller privatpraktiserende speciallæge. Hertil kommer, at der ifølge amternes nøgletal var ca. 90.000 voksne i behandling på landets voksenpsykiatriske afdelinger.

Det vurderes derfor, at ca. 300.000 voksne har ubehandlede sindslidelser af ikke-psykotisk karakter. De fleste kan behandles i almensektoren, men mellem 5 - 15 pct. vurderes at skulle behandles ambulant.

Den mellemamtslige afregningstakst for ambulant psykiatribehandling er i 2006 på 1.450 kr. pr. besøg. En gennemsnitspatient har 9 ambulante besøg om året ¹⁶ svarende til behandlingspris på 13.050 kr.

Prisen for at udvide kapaciteten i voksenpsykiatri til at kunne behandle mellem 15 - 45.000 ikke-psykotiske personer ambulant kan jf. nedenfor opgøres til mellem **195 - 587 mio. kr. årligt**.

Udvidelse i pct.	Udvidelse i patienter	Ambulant behandlingspris	Samlet pris (1000 kr.)
5	15.000	13.050 kr.	195.750 kr.
10	30.000	13.050 kr.	391.500 kr.
15	45.000	13.050 kr.	587.250 kr.

9.3 Midler til en fortsat kvalitetsudvikling i den psykiatriske behandlingsindsats

Som led i en generel udvikling af kvaliteten i behandlingsindsatsen indenfor psykiatrien er der gennem de senere år udviklet en række opsøgende behandlingsaktiviteter. Det drejer sig om opsøgende psykoseteams (OPT) til de mest syge, ustabile, hjemløse, selvmordstruede, kriminelle og misbrugende med varig psykose og opsøgende psykoseteams til unge mellem 18 og 35 år med debuterende skizofreni (OPUS). Tilbuddenes kvalitet og gode behandlingsresultater er veldokumenterede, men aktiviteterne er ikke udbredt til hele landet.

For at fastholde de meget positive behandlingsresultater indenfor den opsøgende behandlingsvirksomhed til personer med psykotiske lidelser vil en generel behandlingsgaranti i voksenpsykiatri skulle bygge på disse modeller.

På baggrund af erfaringer fra H:S og Århus Amt vurderes der at være behov for en behandlingsskapacitet til 5-600 nye patienter hvert år i OPUS-målgruppen. Et behandlingsforløb koster ca. 60.000 kr. pr. år. Det indebærer således en samlet årlig udgift på **60-72 mio. kr.** at gøre OPUS landsdækkende.

For så vidt angår OPT-målgruppen vurderes der på baggrund af erfaringer fra H:S og Storstrøms, Sønderjyllands og Ribe amter at være behov for behandlingsskapacitet til mellem 3-9.000 personer på landsplan. Et behandlingsforløb koster ca. 60.000 kr. pr. år og varer i gennemsnit 2 år. Det indebærer således en årlig udgift på mellem **180-540 mio. kr.**

¹⁶ Ifølge Center for Psykiatrisk Grundforskning var 88.817 personer i kontakt med psykiatrien i 2005.

Antallet af besøg var 830.492.

9.4 Udvalgets overvejelser og anbefalinger

Aktivitetsniveauet i både psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatri skal øges væsentligt for at realisere en behandlingsgaranti. Udvalget anbefaler, at

- regionerne tilføres de nødvendig midler så behandlingsgarantien i både voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri kan realiseres.

Der er stor usikkerhed med at beregne hvad de økonomiske konsekvenser er for at indføre en behandlingsgaranti. Udvalget har beregnet at en garanti i børne- og ungdomspsykiatri koster årligt ca. 414 mio. kr.

Det er ikke på nuværende tidspunkt muligt at beregne udgifterne ved at indføre behandlingsgaranti i voksenpsykiatri, fordi der er usikkerhed med hvilken målgruppen voksenpsykiatri skal behandle. Udvalget vurderer, at udgiften vil ligge et sted mellem 400 – 800 mio. kr. årligt.

Der foregår i disse år et kvalitetsløft af den psykiatriske behandlingsindsats. Et løft der er målrettet mennesker der er hårdt ramt af en psykotisk lidelse. Der er introduceret flere standardiserede behandlingsforløb f.eks. opsøgende psykoseteam og tidlig opsporing af unge med skizofreni. Disse behandlingsforløb er ikke landsdækkende. Udvalget anbefaler, at

- regionerne fortsat forbedrer kvaliteten af den psykiatriske behandlingsindsats bl.a. igennem indførelse af standardiserede behandlingsforløb i hele landet.

Udvalget har beregnet at indførelse af sådanne standardiserede behandlingsforløb baseret på opsøgende aktiviteter vil koste 60-72 mio. kr. årligt i børne- og ungdomspsykiatri og 180-540 mio. kr. årligt i voksen-psykiatri. En del af disse midler kan tilvejebringes gennem omlægning af eksisterende behandlingstilbud eller gennem målretning af ovennævnte midler til indfrielse af en behandlingsgaranti.

Bilag 1

Bilag 1. Kommissorium for udvalg om indførelse af behandlingsgaranti i psykiatrien

Ved økonomiforhandlingerne for 2007 indgik Danske Regioner og regeringen en ny psykiatriaftale 2007-2011, hvor der er afsat midler til at øge kapaciteten i psykiatrien. Regeringen vil søge tilslutning til aftalen i de kommende forhandlinger om satspuljen.

Danske Regioner har op til økonomiforhandlingerne ytre ønske om at ligestille psykiatriske sygdomme med somatiske sygdomme, således at de også omfattes af en behandlingsgaranti. Dette ønske blev ikke imødekommet. Imidlertid har de konservative efterfølgende i pressen forslået at der indføres en behandlingsgaranti i psykiatrien.

Der er usikkerhed om mulighederne for at indføre en behandlingsgaranti set i lyset af de knappe lægerressourcer, afgrænsningen af målgruppen, de økonomiske konsekvenser mv. Derfor er der behov for at få afklaret mulighederne for at indføre behandlingsgaranti i psykiatrien og på baggrund heraf nedsættes et udvalg.

Udvalgets opgave

Det er udvalgets opgave

- at beskrive en eller flere modeller for indførelse af behandlingsgaranti i psykiatrien.

I ovenstående arbejde skal udvalget bl.a.

- komme med skøn over behovet for personaleressourcer og hvordan dette behov til imødekommes
- komme med forslag til hvordan behandlingsgarantien kan afgrænses til den målgruppen, psykiatrien skal behandle
- give et skøn over de økonomiske konsekvenser af at indføre behandlingsgaranti i psykiatrien
- komme med et forslag til hvordan en indfasning af behandlingsgarantien kan lade sig gøre. Garantien skal starte indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

Bilag 1

Udvalgets sammensætning

1 repræsentant fra hver region

1 repræsentant fra Dansk Psykiatrisk Selskab

1 repræsentant fra Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab

1 repræsentant fra Dansk Psykologforening

1 repræsentant fra Fagligt Selskab for psykiatriske sygeplejersker

1 repræsentant fra Danske Regioner

Udvalget sekretariatsbetjenes af Danske Regioner.

Udvalget kan inddrage andre interessenter i arbejdet efter behov.

Tidsplan

Udvalgets forslag skal forelægges Danske Regioners forretningsudvalg den 13. oktober 2006 og endeligt behandles på bestyrelsesmødet den 26. oktober 2006.

Bilag 2

Bilag 2. Udvalgets medlemmer og arbejde

Udvalget har holdt 3. møder. Sekretariatet har holdt møde med hospitalsdirektør Rachel Santini og økonomichef Steen Andersen fra privathospital Kildehøj om udvalgets arbejde.

Udvalgets medlemmer:

Formand Poul Videbech, Dansk Psykiatrisk Selskab

Formand Hanne Børner, Børne- og ungdomspsykiatriske selskab

Helle Jørgensen, Fagligt Selskab for psykiatriske sygeplejersker

Professionschef Ib Andersen, Dansk Psykologforening

Psykiatrioverlæge Kristen Kistrup, Region Hovedstaden

Psykiatrichef Per Vendsborg, Region Sjælland

Overlæge Jan Jørgensen, Region Syddanmark

Direktør Niels Aalund, Region Midtjylland

Kontorchef Susanne Jensen, Region Nordjylland

Direktør Lone Christiansen, Danske Regioner (formand)

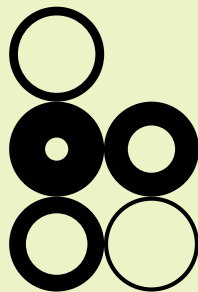
Sekretariatet:

Kontorchef Tommy Kjelsgaard, Danske Regioner

Fuldmægtig Jeppe Lynggaard Thøgersen, Danske Regioner.



DANSKE
REGIONER



Dampfærgevej 22
2100 København Ø

T 3529 8100

T 3529 8300

E regioner@regioner
www.regioner.dk

Redaktion: Danske Regioner, november 2006

Tryk: Danske Regioner

ISBN: Trykt udgave: 87-7723-465-0

ISBN: Elektronisk udgave: 87-7723-466-9

Behandlingsgaranti i psykiatrien

- udfordringer og muligheder