

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur

Bilagsrapport

1

AFRAPPORTERING FRA ARBEJDSGRUPPE 1
UNDER REGERINGENS UDVALG OM PSYKIATRI

OKTOBER 2013

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur



Bilagsrapport

**AFRAPPORTERING FRA ARBEJDSGRUPPE 1
UNDER REGERINGENS UDVALG OM PSYKIATRI**

OKTOBER 2013

Bilagsrapport 1

Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser	5
Kortlægning af sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser	249
Rapport om psykiatriområdet til brug for evaluering af kommunalreformen	341

Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Indhold

1	Indledning, resumé og konklusion	19
1.1	Indledning og baggrund	19
1.2	Overordnet om rapportens dokumentationsgrundlag	20
1.3	Hovedfund i kortlægningen	20
1.3.1	Kapaciteten i dag	20
1.3.2	Udviklingen i kapaciteten	22
1.3.3	Arbejdsgruppens bemærkninger til udviklingen i kapaciteten	25
1.3.4	Potentialer for bedre kapacitetsanvendelse	29
1.3.5	Barrierer for bedre kapacitetsudnyttelse	32
1.3.6	Tiltag til bedre kapacitetsudnyttelse	33
2	Indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser	36
2.1	Indledning	36
2.2	Kommunale indsatser	39
2.2.1	Indsatser vedrørende børn	39
2.2.1.1	Opsporing af fødselsdepression	39
2.2.1.2	Programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning i skoler	40
2.2.2	Indsatser målrettet psykisk sårbare unge	42
2.2.3	Opsporing mv. af mentale helbredsproblemer blandt voksne	43
2.2.4	Opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre	46
2.2.5	Muligheder og barrierer for bedre kapacitetsudnyttelse i kommunerne	48
2.2.5.1	Samarbejde internt i kommunerne	48
2.2.5.2	Samarbejde med almen praksis	48
2.2.5.3	Samarbejde med psykiatere	49
2.2.5.4	Samarbejde med frivilligområdet	49
2.2.5.5	Dokumentation har betydning for indsatsen	49

2.3	Regionale indsatser	50
2.3.1	Sygdomsspecifik psykoedukation	50
2.3.2	Generel psykoedukation/patientuddannelse	52
2.3.3	PsyklInfo	53
2.3.4	De regionale centre for selvmordsforebyggelse	55
3	Indsatser på børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet	58
3.1	Indledning	58
3.2	Dag-, fritids- og klubtilbud	60
3.2.1	Økonomi, personale og aktivitet	61
3.2.2	Muligheder for bedre kapacitetsudnyttelse	62
3.3	Folkeskolen	63
3.3.1	Økonomi og aktivitet i specialundervisning	63
3.3.2	Pædagogisk-psykologisk rådgivning	65
3.3.2.1	Udgifter, personale og aktivitet i pædagogisk-psykologisk rådgivning	66
3.3.3	Barrierer og muligheder for en bedre kapacitetsudnyttelse	69
3.4	Frie grundskoler og frie kostskoler	70
3.4.1	Antal støttemodtagere på frie grundskoler og kostskoler	71
3.5	Ungdomsuddannelser	72
3.5.1	Erhvervsuddannelser	72
3.5.2	Udgifter og aktivitet vedr. specialpædagogisk støtte på ungdomsuddannelser	73
3.5.3	Ungdommens Uddannelsesvejledning	74
3.5.4	Særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse for unge med særlige behov	74
3.5.5	Træningsskolens Arbejdsmarkedsuddannelser – TAMU	75
3.6	De videregående uddannelser	76
3.6.1	Udgifter og aktivitet i specialpædagogisk støtte på de videregående uddannelser	76
3.6.2	Handicaptillæg	78
3.6.3	Studenterrådgivningen	79
3.6.3.1	Udgifter, personale og aktivitet	80
3.6.4	Muligheder og barrierer for bedre kapacitetsudnyttelse i indsatsen over for studerende	83
4	Indsatser på beskæftigelsesområdet	84
4.1	Indledning	84
4.2	Viden om beskæftigelse og psykiske lidelser	86
4.3	Personer med psykiske lidelser i beskæftigessystemet	87
4.3.1	Definition og antal personer med psykiske lidelser	87
4.3.2	Karakteristika for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	88
4.3.3	Beskæftigelsesindsats og kontakt til psykiatrien for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	93
4.4	Udfordringer på beskæftigelsesområdet i forhold til indsatser over for personer med psykiske lidelser	97

5	Den kommunale sociale indsats	102
5.1	Indledning	102
5.2	Børn og unge med psykiske vanskeligheder	104
5.2.1	Økonomi	107
5.2.1.1	Forskelle i udgifter mellem kommunerne	110
5.2.2	Personale	112
5.2.2.1	Forskelle i kapaciteten i årsværk mellem kommunerne	115
5.2.3	Aktivitet	115
5.2.4	Pladser	119
5.2.5	Barrierer og muligheder på børne- og ungeområdet	124
5.2.6	Potentialer	131
5.3	Voksne med psykiske vanskeligheder	137
5.3.1	Økonomi	141
5.3.2	Personale	149
5.3.3	Aktivitet	152
5.3.4	Pladser	157
5.3.5	Kapacitetsudnyttelse	161
5.3.6	Barrierer og muligheder på voksenområdet	165
5.3.7	Potentialer	172
6	Den regionale psykiatri og praksissektoren	177
6.1	Indledning	177
6.2	Børne- og ungdomspsykiatrien	177
6.2.1	Økonomi	179
6.2.2	Personale	180
6.2.3	Aktivitet	181
6.2.3.1	Antal patienter i behandling	181
6.2.3.2	Stationær aktivitet	186
6.2.3.3	Ambulant aktivitet	188
6.2.4	Produktivitet	192
6.3	Voksenpsykiatri	196
6.3.1	Økonomi	197
6.3.2	Personale	198
6.3.3	Aktivitet	200
6.3.3.1	Antal patienter i behandling	200
6.3.3.2	Stationær kapacitet og aktivitet	204
6.3.3.3	Ambulant aktivitet	208
6.3.4	Produktivitet	212
6.4	Retspsykiatri	217
6.4.1	Økonomi	217
6.4.2	Personale	218
6.4.3	Forholdet mellem almen- og retspsykiatrisk kapacitet til målgruppen	220
6.4.4	Aktivitetsudviklingen for retspsykiatriske patienter	222
6.4.8.1	Antal patienter i behandling	222
6.4.8.2	Indlæggelser	224
6.4.8.3	Ambulante besøg	226

6.5	Barrierer og muligheder for bedre kapacitetsudnyttelse	230
6.5.1	Fokus på styring	230
6.5.2	Anvendelse af personale	231
6.5.3	Optimering af arbejdsprocesser	234
6.5.4	Samarbejde mellem den sygehusbaserede regionale psykiatri og praksissektoren	234
6.5.5	Samarbejde om færdigbehandlede patienter	236
6.5.6	Særligt om retspsykiatri	237
Bilag 1	Arbejdsgruppe 1's sammensætning	238
Bilag 2	Supplerende tabeller for beskæftigelsesindsatsen – hhv. for perioden 2009-2011 og første halvår 2012	240
Tabel 1	Beskæftigelsesindsats mv. for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser de seneste tre år	240
Tabel 2	Beskæftigelsesindsats mv. for dagpengemodtagere med psykiske lidelser de seneste tre år	241
Tabel 3	Beskæftigelsesindsats mv. for kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser de seneste tre år	241
Tabel 4	Beskæftigelsesindsats mv. for sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser de seneste tre år	242
Tabel 5	Beskæftigelsesindsats mv. for personer i fleksjob med psykiske lidelser de seneste tre år	243
Tabel 6	Beskæftigelsesindsats mv. for førtidspensionister med psykiske lidelser de seneste tre år	243
Tabel 7	Beskæftigelsesindsats mv. for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser et halvt år frem	244
Tabel 8	Beskæftigelsesindsats mv. for dagpengemodtagere med psykiske lidelser et halvt år frem	244
Tabel 9	Beskæftigelsesindsats mv. for kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser et halvt år frem	245
Tabel 10	Beskæftigelsesindsats mv. for sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser et halvt år frem	245
Tabel 11	Beskæftigelsesindsats mv. for personer i fleksjob med psykiske lidelser et halvt år frem	246
Tabel 12	Beskæftigelsesindsats mv. for førtidspensionister med psykiske lidelser et halvt år frem	246

Figurer

Figur 1	Antal nyhenvendelser per år	80
Figur 2	Antal studerende, der har fået et eller flere tilbud i Studenterrådgivningen, 2008-2012	81
Figur 3	Hvad henvender de studerende sig hyppigst med?	82
Figur 4	Den procentvise andel for, hvad de studerende henvender sig om, 2010 og 2012	82
Figur 5	Udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge i mia. kr., 2011	108
Figur 6	Kommunernes udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på regioner og på hovedkonti per 1.000 0-17 årig i kr., 2011	110
Figur 7	Geografisk fordeling af kommuner med høje og lave udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge	111
Figur 8	Kommunernes udgifter til medfinansiering af børn og unge under 20 år i den regionale psykiatri, per 1.000 0-19-årige i kr., 2011	112
Figur 9	Antal årsværk på det samlede område for udsatte børn og unge per 1.000 0-17-årige per region, 2011	115
Figur 10	Anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag, opdelt på anbringelsestyper og fordelt på regioner per 1.000 0-17 årig i 2011	118
Figur 11	Geografisk fordeling af kommuner med mange og få anbringelser af udsatte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag	119
Figur 12	Barrierer, Børne- og familieforvaltninger	125
Figur 13	Muligheder på børne- og ungeområdet	129
Figur 14	Sammenhæng mellem de samlede udgifter per 0-17-årig og anbringelsesfrekvens på det samlede område for udsatte børn og unge	133
Figur 15	Takster for ydelser efter servicelovens § 66 stk. 5 og 6 opdelt på kommuner i de fem regioner	134
Figur 16	Gennemsnitstakster for ydelser efter servicelovens § 66 stk. 5 og 6 (opholdssteder og døgninstitutioner) opdelt på regioner samt antal borgere med psykiske vanskeligheder på disse tilbud per 1.000 0-17-årige	135
Figur 17	Geografisk fordeling af kommuner med høje og lave udgifter til det samlede udsatte voksne og handicapområdet, 2011	149
Figur 18	Udfordringer på voksenområdet	166
Figur 19	Muligheder på voksenområdet	169
Figur 20	Takster for botilbudsydelser efter servicelovens §§ 107 og 108 opdelt på regioner (voksne med psykiske vanskeligheder)	173
Figur 21	Gennemsnitstakster for botilbudsydelser efter servicelovens §§ 107 og 108 opdelt på regioner samt antal borgere på botilbud per 1.000 18-65-årige	174
Figur 22	Antal unikke patienter per 1.000 indbyggere i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, 2001-2011	182
Figur 23	Patientsammenfald mellem delsektorerne, 2011	184
Figur 24	Påbegyndte indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) fordelt på behandlerregion, 2001-2011	186
Figur 25	Gennemsnitligt antal sengedage per indlæggelse opgjort på udskrivningstidspunkt fordelt på behandlerregion, 2001-2011	187

Figur 26	Antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere i den regionale børne- og ungdomspsykiatri (under 18 år) fordelt på behandlerregion, 2001-2011	189
Figur 27	Ambulante besøg og ambulante ydelser uden besøg i børne- og ungdomspsykiatrien per patient, 2011	190
Figur 28	Antal besøg i speciallægepraksis (psykiatere) for børn og unge (under 18 år) fordelt på behandlerregion, 2001-2011	191
Figur 29	Indikatorer for produktivitet i ambulante og stationære funktioner i børne- og ungdomspsykiatrien, 2011	192
Figur 30	Patientsammenfald mellem delsektorerne, 2011	202
Figur 31	Påbegyndte indlæggelser i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2011-2011, indeks 2007=100	205
Figur 32	Indlæggelser i voksenpsykiatrien per 1.000 indbyggere, 2011	206
Figur 33	Ambulante besøg i alt i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2001-2011, indeks 2007=100	209
Figur 34	Ambulante besøg og antal ydelser uden besøg i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter) per patient, 2011	210
Figur 35	Antal besøg og ydelser i speciallægepraksis, 2001-2011	211
Figur 36	Antal besøg i speciallægepraksis per 1.000 indbyggere, 2001-2011	212
Figur 37	Indikatorer for produktivitet i ambulante og stationære funktioner i voksenpsykiatrien (eksklusive de retspsykiatriske specialafdelinger), 2011	213
Figur 38	Antal unikke retspsykiatriske patienter, 2001-2011	222
Figur 39	Antal unikke patienter i retspsykiatrien, per 1.000 indbygger fordelt på behandlerregion, 2001-2011	224
Figur 40	Antal påbegyndte indlæggelser per 1.000 indbyggere i retspsykiatrien fordelt på behandlerregion, 2001-2011	225
Figur 41	Gennemsnitligt antal sengedage per påbegyndt indlæggelse, 2001-2003 og 2009-2011	226
Figur 42	Antal ambulante besøg for retspsykiatriske patienter, 2001-2011	226
Figur 43	Antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere i retspsykiatrien fordelt på behandlerregion, 2001-2011	228
Figur 44	Fordeling af unikke patienter på regional psykiatri, speciallægepraksis (psykiatere) og almen praksis (samtaletterapi-ydelser), 2011	235

Tabeller

Tabel 1	Illustration af ekstra produktionspotentiale ved tilpasning af produktiviteten til gennemsnitsniveauet	30
Tabel 2	Andel af kommuner, der gennemfører henholdsvis systematisk opsporing af fødselsdepression, andre indsatser til opsporing af fødselsdepression, eller ikke har indsatser til opsporing af fødselsdepression i sundhedsplejen	39
Tabel 3	Andel af kommuner, der gennemfører systematisk opsporing af fødselsdepression fordelt på målgruppe	40
Tabel 4	Andel af kommuner, der anvender evidensbaserede programmer på mindst én skole, fordelt på programmer	41
Tabel 5	Andel af kommuner, der har tilbud til psykisk sårbare unge i form af henholdsvis rådgivning og samtaleforløb, udgående tilbud, akuttilbud og gruppetilbud rettet mod psykisk sårbare børn og unge	42

Tabel 6	Andel af kommuner, der gennemfører henholdsvis systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene, har andre tilbud til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene eller har ingen indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene	44
Tabel 7	Andel af kommuner, der gennemfører indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene, fordelt på målgruppe	44
Tabel 8	Andel af kommuner, der gennemfører indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene fordelt på typen af tilbud	45
Tabel 9	Andel af kommuner, der henholdsvis systematisk anvender forebyggende hjemmebesøg til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre, anvender andre tiltag til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre eller har ingen tiltag til opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre	46
Tabel 10	Oversigt over inden for hvilke diagnoser regionerne tilbyder psykoedukation	51
Tabel 11	Antal af patienter i sygdomsspecifik psykoedukation opgjort på regionerne	52
Tabel 12	Omfanget af oplysningsarrangementer og rådgivninger, undervisningsforløb per år og antal borgere, der har modtaget tilbud fra PsykInfo per år	54
Tabel 13	Årsværk og udgifter til PsykInfo	55
Tabel 14	Målgrupper for det regionale center for selvmordsforebyggelse	56
Tabel 15	Antal borgere, der årligt modtager rådgivning, behandling og undervisning i de regionale centre for selvmordsforebyggelse	57
Tabel 16	Årsværk og udgifter til de regionale centre for selvmordsforebyggelse	57
Tabel 17	Oversigt over støttemuligheder	59
Tabel 18	Antallet af børn, der fik pædagogisk støtte i dagtilbud, opregnet til landsplan, udgør for årene 2007-2011	62
Tabel 19	Antallet af pædagogiske-psykologiske vurderinger af børn i dagtilbud i årene 2007-2011	62
Tabel 20	Andel af de pædagogiske-psykologiske vurderinger af børn i dagtilbud i årene 2007-2011, der vedrører børn med psykiske vanskeligheder	62
Tabel 21	Andel af børn og unge, der modtager specialundervisning, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder i årene 2007-2011	64
Tabel 22	Andel af elever, der modtager specialundervisning i segregerede tilbud (specialskoler og specialklasser samt interne skoler på anbringelsessteder) i skoleårene 2007/08-2011/12	64
Tabel 23	De samlede regnskabsførte udgifter til PPR, 2007-2012, mio. kr.	66
Tabel 24	Kommunernes skøn over andelen af udgifter til pædagogisk-psykologisk rådgivning, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder	67
Tabel 25	Indikatorer for andelen af årsværkene i pædagogisk-psykologisk rådgivning, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder, baseret på skøn	67
Tabel 26	Kommunernes angivelser af antal henvendelser til pædagogisk-psykologisk rådgivning i folkeskolen og frie grundskoler, opregnet til landsplan	68
Tabel 27	Kommunernes angivelser af hvor stor en andel af henvendelser, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder, baseret på skøn	68

Tabel 28	Antal støttemodtagere 2007-2011	71
Tabel 29	Samlet antal støttemodtagere 2007-2011	71
Tabel 30	Udgifter til specialpædagogisk støtte på ungdomsuddannelserne i 1.000 kr. (refusion ekskl. moms), 2006-2011	73
Tabel 31	Antal støttemodtagere på ungdomsuddannelser, 2007-2011	74
Tabel 32	Antal igangværende elever (ved udgangen af året)	75
Tabel 33	TAMU-centrenes aktivitet	76
Tabel 34	Udgifter til specialpædagogisk støtte i 1.000 kr. (refusion ekskl. moms), 2005-2011	76
Tabel 35	Antal støttemodtagere 2007-2011	77
Tabel 36	Modtagere af handicaptillæg med psykisk funktionsnedsættelse, handicaptillæg og SU-stipendier i alt til modtagerne med psykisk funktionsnedsættelse	78
Tabel 37	Afgjorte ansøgninger om SU-handicaptillæg 2005-2011 og andelen med tildeling af tillæg for ansøgere med psykisk funktionsnedsættelse	79
Tabel 38	Antal og andel af personer med psykiske lidelser fordelt på ydelse, 16-66 år	88
Tabel 39	Karakteristika for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser i forhold til alle ydelsesmodtagere	89
Tabel 40	Karakteristika for dagpengemodtagere med psykiske lidelser i forhold til alle dagpengemodtagere	89
Tabel 41	Karakteristika for kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser i forhold til alle kontanthjælpsmodtagere	90
Tabel 42	Karakteristika for sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser i forhold til alle sygedagpengemodtagere	91
Tabel 43	Karakteristika for personer i fleksjob med psykiske lidelser i forhold til alle personer i fleksjob	92
Tabel 44	Karakteristika for førtidspensionister med psykiske lidelser i forhold til alle førtidspensionister	92
Tabel 45	Beskæftigelsesindsats mv. for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser det seneste år	93
Tabel 46	Beskæftigelsesindsats mv. for dagpengemodtagere med psykiske lidelser det seneste år	94
Tabel 47	Beskæftigelsesindsats mv. for kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser det seneste år	94
Tabel 48	Beskæftigelsesindsats mv. for sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser det seneste år	95
Tabel 49	Beskæftigelsesindsats mv. for personer i fleksjob med psykiske lidelser det seneste år	96
Tabel 50	Beskæftigelsesindsats mv. for førtidspensionister med psykiske lidelser det seneste år	96
Tabel 51	Andel af ydelsesmodtagere med psykiske lidelser, samt aktiveringsgrad i alle landets kommuner	98
Tabel 52	Udvikling 2007-2011 over udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på hovedkonti, i mia. kr. (2011-PL)	109
Tabel 53	Personale (årsværk) på det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på hovedkonti, 2011 (ikke målgruppeopdelt)	113
Tabel 54	Udvikling i antal årsværk på det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på hovedkonti, 2007-2011	113
Tabel 55	Udvikling i antal årsværk fordelt på forskellige personalekategorier på det samlede område for udsatte børn og unge, 2007-2011	114

Tabel 56	Antal på det samlede børne- og ungeområde, der modtager forebyggende foranstaltninger og familierettede indsatser, samt antallet af børn og unge som er anbragte, 2010-2011	116
Tabel 57	Udvikling i anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag 2007-2011, i antal og andele af samlet antal anbringelser samt procentvis vækst 2007-2011	117
Tabel 58	Antal pladser til børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2010-2012	120
Tabel 59	Antallet af tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2011, per region og hele landet, per paragraf, per 1.000 0-17-årige	120
Tabel 60	Kommunernes angivelser af gennemsnitlige belægningsgrader på døgninstitutioner og i plejefamilier til børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2007-2011	121
Tabel 61	Kommunernes angivelser af de gennemsnitlige ventetider til forskellige indsatser over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2011	121
Tabel 62	Antal færdigbehandlede sengedage i den regionale psykiatri per 1.000 0-19-årige for børn og unge under 20 år, per region, 2007-2011	122
Tabel 63	Gennemsnitligt antal færdigbehandlede sengedage i den regionale psykiatri (børn og unge under 20 år), per region og samlet, 2007-2011	123
Tabel 64	Udgifter til det samlede udsatte voksen- og handicapområde i mia. kr., 2011	142
Tabel 65	Udgifter til pleje og omsorg i mia. kr., 2011 (ikke målgruppeopdelt)	142
Tabel 66	Udvikling 2007-2011 i udgifter til det samlede udsatte voksen- og handicapområde, opdelt på hovedkonti, i mia. kr. (2011-PL)	143
Tabel 67	Udvikling 2007-2011 i udgifter til den samlede pleje og omsorg (herunder servicelovens § 85-støtte), opdelt på hovedkonti, i mia. kr. (2011-PL)	144
Tabel 68	Andel af udgifter der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder i 2011 samt udgiftsudvikling fra 2007-2011 for henholdsvis det samlede område og for den del, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder	145
Tabel 69	Kommunernes nettodriftsudgifter i mia. kr. i 2007-2011 til indsatser, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder	146
Tabel 70	Den kommunale medfinansiering og tilhørende aktivitet fordelt på indlæggelser, ambulante besøg og speciallæger for voksne over 20 år, 2007-2011	147
Tabel 71	Udvikling i antal årsværk på det samlede område for udsatte voksne, opdelt på hovedkonti, 2007-2011	150
Tabel 72	Udvikling i forskellige personalekategorier på det samlede udsatte voksne og handicapområde (ikke målgruppeopdelt), 2007-2011	151
Tabel 73	Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som modtager ydelser efter servicelovens § 85 (socialpædagogisk støtte), 2007-2011	152
Tabel 74	Antal af indsatser efter servicelovens § 99 (støtte og kontaktpersoner) der vedrører sindslidende i pct., 2007-2011	153
Tabel 75	Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som modtager ydelser efter servicelovens henholdsvis § 103 (Beskyttet beskæftigelse) og § 104 (Aktivitets- og samværstilbud)	153

Tabel 76	Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som har henholdsvis midlertidige ophold på botilbud (jf. servicelovens § 107) og længerevarende ophold på botilbud (jf. servicelovens § 108)	154
Tabel 77	Antal voksne med psykiske vanskeligheder i dagtilbud (jf. servicelovens §§ 103 og 104) per 1.000 18-65-årige efter opholdskommune/-region for tilbuddet, 2007-2011	155
Tabel 78	Antal voksne med psykiske vanskeligheder på døgntilbud (jf. servicelovens §§ 107 og 108) per 1.000 18-65-årige efter opholdskommune/-region for tilbuddet, 2007-2011	156
Tabel 79	Antal voksne med psykiske vanskeligheder, der modtager ydelser efter servicelovens §§ 85, 97 og § 99, per 1.000 18-65 årige, opdelt på region for tilbuddet, 2007-2011	156
Tabel 80	Antal pladser for voksne med psykiske vanskeligheder, 2010-2012	157
Tabel 81	Antallet af pladser i regionale tilbud til voksne med psykiske vanskeligheder, 2007-2011	158
Tabel 82	Antal dagtilbud (jf. servicelovens §§ 103, 104) vedr. voksne med psykiske vanskeligheder, der koordineres i rammeaftalerne	159
Tabel 83	Antal botilbud (jf. servicelovens §§ 107, 108) vedr. voksne med psykiske vanskeligheder, der koordineres i rammeaftalerne	159
Tabel 84	Har kommunen omlagt botilbudspladser (jf. servicelovens §§ 107 eller 108) til almene boliger/plejeboliger med omfattende støtte efter servicelovens § 85 i perioden 2007-2011?	160
Tabel 85	Antal pladser til voksne med psykiske vanskeligheder opdelt på regioner per 18-65-årige i 2011	161
Tabel 86	Kommunernes vurderinger af de gennemsnitlige belægningsprocenter for aktivitets- og botilbud (efter servicelovens §§ 103 og 104 samt §§ 107 og 108), 2007-2011	162
Tabel 87	Kommunernes vurderinger af antallet af dage fra åbning af sag til visitation, og fra visitation til påbegyndelse af tilbud, opdelt på typer af tilbud	163
Tabel 88	De kommunale udgifter til færdigbehandlede patienter, 20-65-årige, 2007-2011	163
Tabel 89	Sengedage til færdigbehandlede patienter, 20-65-årige, per 1.000 indbyggere, per region, 2007-2011	164
Tabel 90	Den forventede besparelse ved at flytte flere borgere fra botilbudspladser til eget hjem med udvidet § 85-bostøtte	176
Tabel 91	Tilrettede driftsudgifter for børne- og ungdomspsykiatrien, 1.000 kr., 2008-2011, 2011-PL	179
Tabel 92	Personaleanvendelse i børne- og ungdomspsykiatrien, antal årsværk og pct., 2009-2011	180
Tabel 93	Antal unikke patienter i børne- og ungdomspsykiatrien per 1.000 indbyggere, 2011	183
Tabel 94	Antal unikke børne- og ungdomspsykiatriske patienter på privathospitaler og -klinikker fordelt på betalere	185
Tabel 95	Antal unikke patienter under 18 år, som modtager psykologhjælp med offentligt tilskud, fordelt på henvisningsårsag	185
Tabel 96	Antal disponible senge i børne- og ungdomspsykiatrien, 2007-2011	187
Tabel 97	Antal ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatrien, 2001, 2007 og 2011 samt procentvis vækst fra 2001 til 2011	188

Tabel 98	Illustration af ekstra produktionspotentiale ved tilpasning af produktiviteten	193
Tabel 99	Nøgletalsoversigt for børne- og ungdomspsykiatriske enheder, 2011	194
Tabel 100	Tilrettede driftsudgifter for hele voksenpsykiatrien, 1.000 kr., 2008-2011, 2011-PL	197
Tabel 101	Personaleanvendelse i voksenpsykiatrien (eksklusive dedikeret retspsykiatri), antal årsværk og pct., 2009-2011	199
Tabel 102	Antal unikke patienter i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2001, 2007 og 2011 samt procentvis vækst fra 2001 til 2011	200
Tabel 103	Antal patienter i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter) per 1.000 indbyggere, 2011	201
Tabel 104	Antallet af unikke voksenpsykiatriske patienter på privathospitaler og -klinikker fordelt på betaler	203
Tabel 105	Antal unikke patienter under 18 år, som modtager psykologhjælp med offentligt tilskud, fordelt på henvisningsårsag	203
Tabel 106	Gennemsnitlig indlæggelsestid i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2001, 2007 og 2011 anført i "antal dage"	207
Tabel 107	Antal normerede senge i voksenpsykiatrien (inkl. retspsykiatriske senge) per 31. december 2011, 2002-2011	208
Tabel 108	Illustration af ekstra produktionspotentiale ved tilpasning af produktiviteten	214
Tabel 109	Nøgletalsoversigt for voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske specialfunktioner), 2011	215
Tabel 110	Udgifter og udgiftsfordeling for retspsykiatriske specialfunktioner, 2011 (1.000 kr.)	218
Tabel 111	Personaleanvendelse i de retspsykiatriske specialafdelinger, antal årsværk og pct., 2009-2011	219
Tabel 112	Påbegyndte indlæggelser og sengedage for retspsykiatriske patienter fordelt på retspsykiatriske specialafdelinger og almenpsykiatriske afdelinger, 2011	220
Tabel 113	Antal senge i retspsykiatrien, 2007-2011	221
Tabel 114	Ambulante besøg for retspsykiatriske patienter fordelt på retspsykiatriske afdelinger og almenpsykiatriske afdelinger, 2011	227
Tabel 115	Antal ambulante besøg per unik ambulant patient i retspsykiatrien, 2011	228
Tabel 116	Nøgletalsoversigt for retspsykiatriske specialafdelinger, 2011	229
Tabel 117	Antal sygeplejersker, der deltager i specialuddannelsen i psykiatri	232
Tabel 118	Antal godkendte specialpsykologer, per 1. september 2012	233
Tabel 119	Kommunernes udgifter til færdigbehandlede patienter i voksenpsykiatrien, mio. kr., 2007-2011 (løbende priser)	236

Bokse

Boks 1	Opsummering af indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser	37
Boks 2	Rådgivere/ressourcepersoner på skoler i København og Aalborg	41
Boks 3	Eksempler på samarbejde mellem kommuner og ungdomsuddannelser	43
Boks 4	Stigende fokus på "hjælp til selvhjælp"-tilgange	47
Boks 5	Opsummering: Indsatser på børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet	60
Boks 6	Forsøgsprojekt med børnepsykologisk team i Aalborg	66
Boks 7	Projekt i Odense Kommune om etablering af psykologisk behandlingstilbud til ungdomsuddannelsen	73
Boks 8	Opsummering af indsatser på beskæftigelsesområdet	85
Boks 9	Opsummering af den kommunale sociale indsats	103
Boks 10	Tilbudstyper i den kommunale sociale indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder	104
Boks 11	Opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedr. indsatsen for udsatte børn og unge med psykiske vanskeligheder	106
Boks 12	Positive erfaringer med brug af psykologhjælp til børn og unge med begyndende eller lettere psykiske vanskeligheder i kommunerne	136
Boks 13	Tilbudstyper i den kommunale indsats for voksne med psykiske vanskeligheder	137
Boks 14	Opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedr. indsatsen til udsatte voksne med psykiske vanskeligheder	140
Boks 15	Kapacitetsjusteringer baseret på recovery og den rehabiliterende tilgang	175
Boks 16	Opsummering af den regionale psykiatri og praksissektoren	178
Boks 17	Sammenhæng med tværsnitsundersøgelser af retspsykiatrien	223

1

Indledning, resumé og konklusion

1.1

Indledning og baggrund

Regeringen har nedsat et udvalg om psykiatri, som har til opgave at komme med forslag til, hvordan indsatsen for mennesker med psykiske lidelser tilrettelægges bedst muligt. Psykiatriudvalget nedsatte i maj 2012 en arbejdsgruppe – arbejdsgruppe 1 – som bl.a. fik til opgave at afdække kapacitet og aktivitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Derudover har arbejdsgruppe 1 afrapporteret i forhold til evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet og afleveret en rapport om kortlægning af sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Denne rapport udgør arbejdsgruppe 1's afrapportering til psykiatriudvalget om kapaciteten på forebyggelsesområdet, børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet, beskæftigelsesområdet, den kommunale sociale indsats, den regionale psykiatri og praksissektoren. Rapporten giver således et billede af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser bredt set.

Det ligger uden for rapportens fokus at vurdere, hvilke behandlings- og indsatsformer der bør anvendes, indsatsens kvalitet mv. Kortlægningen af udviklingen i behandlingsmetoder er afdækket i arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. Kapacitetskortlægningen skal således ses i sammenhæng med arbejdsgruppe 2's rapport, der giver viden om den faglige udvikling inden for den regionale psykiatri, praksissektoren og den kommunale sociale indsats.

Derudover skal nærværende afrapportering ses i sammenhæng med arbejdsgruppe 1's afrapportering om sammenhæng i indsatsen, idet sammenhæng og kapacitetsudnyttelse er tæt forbundet.

1.2

Overordnet om rapportens dokumentationsgrundlag

Arbejdsgruppen har til brug for kortlægningen fået gennemført kvantitative og kvalitative konsulentanalyser på forebyggelsesområdet, det kommunale sociale indsatsområde, herunder pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR), og på det regionale område. Endvidere har arbejdsgruppen udarbejdet en registeranalyse på beskæftigelsesområdet, og der er redegjort for indsatsen på børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet ud fra eksisterende dokumentation.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at rapporten indeholder en grundig afdækning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Arbejdsgruppen har kortlagt områder, hvor indsatsen for mennesker med psykiske lidelser ikke før har været kortlagt systematisk, som eksempelvis socialområdet, forebyggelsesområdet og beskæftigelsesområdet.

Det har ikke i alle tilfælde været muligt at se 10 år tilbage i tiden, bl.a. på grund af strukturændringer i forbindelse med kommunalreformen i 2007. Ligeledes har det ikke for arbejdsgruppen været muligt at afdække kapaciteten i de lande, som Danmark normalt sammenligner sig med.

1.3

Hovedfund i kortlægningen

1.3.1

Kapaciteten i dag

Der anvendes samlet set omkring 20,1 mia. kr. (2011) på den regionale psykiatri, psykologordningen, pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR) og den sociale indsats i kommunerne for mennesker med psykiske vanskeligheder. Langt størstedelen af udgifterne vedrører lønudgifter med en beskæftigelse på omkring 29.000 årsværk alene i den regionale psykiatri og på det kommunale sociale område, hvortil kommer private botilbud mv.

Hertil kommer en række indsatser for mennesker med psykiske lidelser eller vanskeligheder hos alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger i psykiatri, det kommunale sundhedsområde, herunder bl.a. hjemmesygepleje og forebyggelse, på skole-, uddannelses- og dagtilbudsområdet samt på beskæftigelsesområdet.

- Udgifterne til den **regionale børne- og ungdomspsykiatri** udgjorde i 2011 godt 1,1 mia. kr. Det samlede personale udgjorde i 2011 1.727 årsværk. Antal unikke patienter udgjorde godt 21.000. Herudover behandles godt 4.000 patienter i speciallægepraksis. Hovedparten af behandlingsaktiviteten består af ambulante besøg. Kun ca. 5 pct. af patienterne indlægges.
- Udgifterne til regionernes **voksenpsykiatri** udgjorde i 2011 godt 5,4 mia. kr. på landsplan (ekskl. retspsykiatriske specialafdelinger). Det samlede personale udgjorde i 2011 lige under 8.000 årsværk. Antal unikke patienter udgjorde knap 93.500 i 2011.

I 2011 var der 2760 normerede senge i voksenpsykiatrien¹. Der er en overvægt af udgifter til stationære behandlingstilbud, som udgør 66 pct..

- I **speciallægepraksis** blev der i 2011 behandlet ca. 57.700 voksenpsykiatriske patienter. Det samlede antal besøg i speciallægepraksis udgjorde i 2011 ca. 235.000 besøg, hvilket kan sammenlignes med godt 750.000 ambulante besøg i den regionale psykiatri – forholdet mellem antal besøg i de to sektorer er således ca. 1:3.
- Det har ikke været muligt at kortlægge kapaciteten og ressourceforbruget for mennesker med psykiske lidelser i **almen praksis**, da der ikke registreres diagnoser. I arbejdsgruppe 2's rapport henvises bl.a. til en dansk auditundersøgelse, der viser, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig til deres praktiserende læge med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter.
- Hos **privatpraktiserende psykologer** med overenskomst med regionerne fik ca. 75.500 personer i 2011 tilskud til psykologhjælp, heraf var langt hovedparten voksne. Udgifterne til tilskudsordningen til psykologhjælp udgjorde i 2011 godt 210 mio. kr.
- Arbejdsgruppen finder anledning til at påpege, at både praktiserende psykologer og alment praktiserende læger udgør en meget væsentlig kapacitet i forhold til behandlingen af særligt ikke-psykotiske lidelser som angst og depression, hvor særligt psykologerne har ekspertise i samtalebehandling. Udgifterne i de **retspsykiatriske** specialfunktioner udgjorde i 2001 knap 800 mio. kr. Det samlede personale udgjorde 1.022 årsværk i 2011. Størstedelen af behandlingen i de retspsykiatriske specialfunktioner sker i stationære behandlingstilbud, der udgør 92 pct. af udgifterne. Antal senge i 2001 udgjorde 316, hvortil kommer i størrelsesordenen 260-280 sengepladser i den almene voksenpsykiatri, som anvendes til patienter med foranstaltningsdomme. Det vil sige en samlet kapacitet på op mod 600 senge.
- Der blev i 2011 anvendt 6,3 mia. kr. på den **kommunale sociale indsats for børn og unge** med psykiske vanskeligheder². Omkring 1,5 mia. kr. gik til forebyggende foranstaltninger og omkring 4,8 mia. kr. til anbringelser. Personale udgjorde godt 9.500 årsværk, heraf 33 pct. vedr. forebyggende foranstaltninger, 6 pct. vedr. plejefamilier mv. og 61 pct. vedr. døgninstitutioner.
- Der var en samlet kapacitet i antallet af døgnpladser til børn og unge med psykiske vanskeligheder på omkring 5.500 pladser i 2011.
- Der blev i 2011 anvendt 5,8 mia. kr. på den **kommunale sociale indsats for voksne** med psykiske vanskeligheder³. Heraf blev 3,4 mia. kr. anvendt til botilbud og 1,5 mia. kr. til socialpædagogiske tilbud.
- På voksenområdet var kapaciteten omkring 16.000 i dagtilbud (væresteder og beskyttet beskæftigelse) og 7.600 pladser i botilbud i 2011.
- De samlede udgifter til **pædagogisk-psykologisk rådgivning** (PPR) var knap 1,3 mia. kr. i 2012, heraf skønnes det, at omkring 0,4 mia. vedrørte børn og unge med psykiske vanskeligheder.
- På **forebyggelsesområdet og området for fremme af mental sundhed** har kommunerne vanskeligt ved at estimere det årlige antal ydelser, udgifter, personale-

1 Foreløbige tal.

2 Tallet bygger på et gennemsnit af en række kommuners skøn over andelen af udgifter til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

3 Tallet bygger på et gennemsnit af en række kommuners skøn over andelen af udgifter til voksne med psykiske vanskeligheder.

forbrug og i flere tilfælde antallet af borgere, der modtager tilbuddene. De færreste kommuner registrerer disse oplysninger på indsatsniveau, og i de få tilfælde, hvor det er angivet, er det ikke meningsfuldt at sammenligne indsætterne, da de eksempelvis varierer i varighed, personalesammensætning, målgruppe og indhold. Årsagen hertil er bl.a., at indsætterne i mange tilfælde sker i forbindelse med løsning af andre kommunale opgaver.

- Hvor det er muligt at sammenligne på tværs af regionerne, tegner der sig et overordnet billede af store variationer i de relative tal for henholdsvis patienter, der modtager psykoedukation, samt i udgifter til PsykInfo og de regionale centre for selvmordsforebyggelse.
- På **beskæftigelsesområdet** modtog knap 94.000 personer, som var i behandling for en psykisk lidelse, en offentlig forsørgelsesydelse per 1. januar 2012. Godt 69.000 personer med psykisk lidelse modtog ikke en offentlig forsørgelsesydelse og må dermed antages at være selvforsørgende. Ydelsesmodtagere med psykiske lidelser udgør 13,8 pct. af alle ydelsesmodtagere og er primært modtagere af førtidspension, kontanthjælp og sygedagpenge.
- Den aktive indsats i beskæftigelsessystemet over for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser synes ikke at adskille sig markant fra den aktive indsats, der gives til andre ydelsesmodtagere. Aktiveringsgraden for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser er kun marginalt lavere end for alle ydelsesmodtagere set under ét. Det kan bl.a. skyldes, at borgere med psykiske lidelser i højere grad fritages for aktivering, da de i mindre grad end øvrige ydelsesmodtagere vurderes jobklare.
- Foruden den offentlige indsats gør arbejdsgruppen opmærksom på, at der også gøres en stor indsats for mennesker med psykiske lidelser blandt **frivillige organisationer og pårørende**. Denne kapacitet er ikke afdækket i rapporten.

1.3.2

Udviklingen i kapaciteten

Der tegner sig et billede af mangfoldige indsætter for mennesker med psykiske lidelser og vanskeligheder, der i omfang er vokset markant siden 2001 – såvel udgiftsmæssigt som i forhold til den andel af befolkningen, der omfattes af indsætten.

På det regionale område er udgifterne vokset samlet set, dækkende over en begrænset udgiftsvækst på voksenområdet og en markant vækst på det børnepsykiatriske område samt i retspsykiatrien. Udgiftsvæksten skal ses i sammenhæng med, at de permanente satspuljebevillinger er øget markant fra 2008 til 2012. På begge områder er patienttallet næsten tredoblet siden 2001, svarende til vækstrater i hele tiårsperioden på 12-15 pct. årligt.

På det kommunale område ses en vækst i udgiftsniveauet, dækkende over en relativt begrænset vækst i de kommunale udgifter til udsatte børn og unge med psykiske vanskeligheder og en noget større vækst i udgifter til voksne med psykiske vanskeligheder. Der er indikationer på, at selve udgiftsvæksten er vendt de seneste to år, afledt af et skifte fra anbringelser til mindre omkostningstunge forebyggende og mere midlertidige foranstaltninger.

Udviklingen, hvor en stigende andel af befolkningen bliver omfattet af indsætter som følge af psykiske vanskeligheder, ses ligeledes i bl.a. væksten i antallet af pædagogiske, psykologiske vurderinger af børn i dagtilbud, i antallet af henvendelser til PPR i folke-

skolen og frie grundskoler og i udviklingen af modtagere af specialpædagogisk støtte og handicaptillæg afledt af psykiske problemer.

Det har ikke været muligt at afdække udviklingen på beskæftigelsesområdet og området for fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser.

Det regionale område

- I **børne- og ungdomspsykiatrien** er det samlede antal patienter steget fra 7.982 i 2001 til 21.189 i 2011. Det vil sige en stigning på 165 pct., svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på ca. 15 pct.. Antallet af ambulante besøg er fordoblet fra 2001 til 2011. Udgifterne har været stigende – 4,7 pct. per år i gennemsnit siden 2008 – hvilket især kan forklares med øgede og permanentgjorte satspuljemidler. Alene satspuljeforliget for 2008 har øget bevillingen i 2011 med godt 200 mio.kr.
- Den samlede personalemæssige kapacitet er stort set uændret i 2011 sammenlignet med i 2009.
- For besøg af børn og unge i **speciallægepraksis** har der særligt været en kraftig stigning frem til 2009, hvorefter der er sket et samlet fald på næsten en femtedel.
- I **voksenpsykiatrien** er antallet af patienter steget fra knap 75.000 i 2001 til knap 93.500 i 2011. Det vil sige en stigning på knap 25 pct. Siden 2007 har væksten været lidt højere (9,8 pct. fra 2007 til 2011) end i den foregående fireårsperiode (7,0 pct. fra 2003 til 2007). Udgifterne er siden 2008 kun vokset begrænset med 0,5 pct. årligt. I perioden har der været stigende satspuljemidler til psykiatrien, hvor bl.a. satspuljeaftalen fra 2009 løftede voksenpsykiatrien med 50 mio. kr. i 2009, stigende til over 400 mio. kr. i 2012 som permanent tildeling. Udviklingen skal dog ses i lyset af, at der er sket en udvidelse af de specialiserede retspsykiatriske afsnit, som nu behandler patienter, der før blev behandlet i den almene voksenpsykiatri.
- Der er sket et svagt fald i den samlede personalemæssige kapacitet siden 2009. Sammenlignet med 2009 er der sket et fald på 3 pct. (277 årsværk). Faldet er størst blandt social- og sundhedsassistenter.
- Ses der på aktiviteten i **speciallægepraksis** (voksenpsykiatri), har der igennem de seneste 10 år været en stigning på godt 50 pct. i antallet af ydelser og godt 30 pct. i antallet af besøg. Der er dog igennem de seneste år sket en udfaldning – og i nogle regioner et fald.
- Antallet af voksenpsykiatriske patienter på **privathospitaler** er vokset markant. Antallet af patienter (børn og voksne) betalt af det offentlige er vokset fra 12 i 2007 til godt 1.500 i 2011, hvilket bl.a. hænger sammen med indførelse af undersøgelses- og behandlingsrettigheder i psykiatrien.
- Tilsvarende er antallet af personer (børn og voksne), som modtager **psykologhjælp** med offentligt tilskud, vokset fra godt 43.000 i 2007 til godt 75.000 i 2011, og der er ligeledes sket en stigning i antallet af psykologer, der behandler efter overenskomst med regionen. Stigningen skyldes bl.a. indførelse af nye målgrupper for tilskudsordningen for psykologhjælp, herunder bl.a. personer med let til moderat angst og depression, som følge af satspuljeaftaler. Derudover har en evaluering vist, at en stor del af patienterne ikke opfyldte visitationskriteriet for let til moderat depression. Sundhedsstyrelsen har derfor i 2012 udsendt faglige retningslinjer for henvisning til psykologbehandling for angst og depression.

- Fra 2007 til 2011 er antallet af **retspsykiatriske patienter** steget med mere end 50 pct., og i forhold til 2001 er der sket mere end en tredobling. Den gennemsnitlige årlige stigning har således igennem mere end 10 år været på næsten 12 pct. Hvorvidt udviklingen afspejler en reel vækst i antallet af mennesker med psykiske lidelser, som begår kriminalitet, fordi de ikke får behandling i tide, eller om udviklingen afspejler ændrede holdninger eller ændret praksis på området, vides ikke, men der peges i flere sammenhænge særligt på sidstnævnte.
- Det samlede antal indlæggelser af retspsykiatriske patienter er i perioden ligeledes steget fra knap 1.400 i 2001 til ca. 2.500 i 2007 og til næsten 4.300 i 2011. Det svarer til en gennemsnitlig årlig stigning på knap 12 pct. Antallet af ambulante besøg er fra 2001 til 2011 steget fra knap 14.000 til godt 48.000, også svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på knap 12 pct.
- Antal årsværk i retspsykiatriske specialafsnit er øget med omkring 20 pct. siden 2009 (180 årsværk). Stigningen har været særlig kraftig fra 2010 til 2011.

Det kommunale område

Socialområdet

- Antallet af alle **børn og unge** (ikke kun med psykiske vanskeligheder) omfattet af den kommunale sociale indsats er samlet set steget med 4 pct. fra 2007 til 2010.
- De samlede kommunale udgifter til udsatte børn og unge er vokset med 4 pct. fra 2007 til 2011. Udgifterne har dog været faldende fra 2009 til 2011. Det vurderes, at de specifikke udgifter vedr. forebyggende foranstaltninger til børn og unge med psykiske vanskeligheder også er steget fra 2007 til 2011, og at der er sket en svag stigning vedr. anbringelser.
- Samlet set er antallet af kommunale årsværk på børneområdet (dvs. ikke målgruppeopdelt) stort set uforandret fra 2007 til 2011, men med en forskydning med en vækst på over 30 pct. i forhold til forebyggende foranstaltninger og fald for døgninstitutioner på omkring 10 pct.
- Antallet af pladser på opholdssteder til børn og unge med psykiske vanskeligheder er steget med 28 pct. fra 2010 til 2012, mens antallet af pladser på døgninstitutioner er steget med 3 pct. Antal børn og unge på det samlede område (ikke kun børn og unge med psykiske vanskeligheder), der modtog forebyggende foranstaltninger, er øget med 12 pct. fra 2007 til 2010. Antal anbringelser af børn og unge med psykiske vanskeligheder er omvendt reduceret med 25 pct. over perioden 2007 til 2011.
- På **voksenområdet** er de samlede kommunale udgifter til voksne med psykiske vanskeligheder vokset med 14 pct. fra 2007 til 2011, med et mindre fald fra 2010 til 2011. Det dækker over væsentlige forskydninger mellem indsats, fra støtte- og kontaktpersonordninger (reduktion på 19 pct.) og længerevarende botilbud (reduktion på 7 pct.) til socialpædagogisk bistand (vækst på 81 pct.), midlertidige botilbud (vækst på 13 pct.) og beskyttet beskæftigelse (vækst på 12 pct.). Antal kommunale årsværk på voksenområdet er øget fra 7.700 til 8.900 over perioden, svarende til en vækst på 16 pct.⁴.

4 Tallene bygger på et skøn foretaget i Rambøll kapacitetsanalyse på det sociale område.

- Antal voksne med psykiske vanskeligheder i dagtilbud (beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud) er øget med 18 pct. fra 2007 til 2011. Antallet af personer på døgntilbud (botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108) er imidlertid relativt set holdt næsten uændret med en vækst per 1.000 18-65-årige på 3 pct. fra 2007 til 2011.
- Antal voksne med psykiske vanskeligheder, der får socialpædagogisk støtte eller tilbud efter støtte-kontaktpersonordningen (servicelovens §§ 85 og 99), er vokset med 60 pct. fra 2007 til 2011.

Børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet

- Kortlægningen viser en stigning i indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Antallet af pædagogiske, psykologiske vurderinger af børn i dagtilbud er vokset med 6 pct. siden 2007 til i alt godt 12.000 i 2011, hvoraf en svagt stigende andel (36 pct. i 2011) vedrører børn med psykiske vanskeligheder.
- På **dagtilbudsområdet og grundskoleområdet** har der overordnet været en mindre stigning i indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder.
- Der har været en stigning i antallet af elever, der udskilles til undervisning i **specialklasser og specialskoler**, og udgifterne på området har været i kraftig vækst. Der anvendes samlet ca. 13 mia. kr. årligt på specialundervisningsområdet, hvilket svarer til knap 30 pct. af de samlede udgifter til folkeskolen. Andelen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, der modtager specialundervisning, er steget siden 2007 fra 30 pct. til 34 pct. i 2011.
- De samlede udgifter til **PPR** (pædagogisk-psykologisk rådgivning) er kun øget i begrænset omfang, fra knap 1.200 mio. kr. i 2007 til godt 1.250 mio. kr. i 2012. Det skønnes, at ca. 37 pct. af udgifterne vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder.
- Antallet af støttemodtagere med psykiske problemer og udviklingsforstyrrelser på **frie grundskoler og kostskoler** er øget med henholdsvis 148 pct. og 186 pct. siden 2007, svarende til godt 1.000 modtagere i 2007 til omkring 2.650 modtagere i 2011.
- Antal modtagere af specialpædagogisk støtte på **ungdomsuddannelser** er øget med 264 pct. fra 2008 til 2011, svarende til en stigning fra 264 modtagere til 961 modtagere, hvilket skal ses i sammenhæng med et stigende uddannelsesoptag. Tilsvarende er antal støttemodtagere på de videregående uddannelser øget med over 300 pct., dog fra et lavt niveau på 129 personer i 2007.
- Antallet af modtagere af handicaptillæg, som følge af psykisk funktionsnedsættelse på **videregående uddannelser**, steg fra knap 900 personer i 2008 til godt 2.000 i 2011, hvilket svarer til en stigning på 134 pct. I samme periode steg antallet af SU-modtagere på videregående uddannelser ca. 20 pct. fra ca. 182.600 i 2008 til ca. 219.800 i 2011.

1.3.3

Arbejdsgruppens bemærkninger til udviklingen i kapaciteten

Arbejdsgruppen finder anledning til at bemærke følgende vedrørende de overordnede udviklingstendenser.

Fra mere indgribende til mindre indgribende indsatser

Arbejdsgruppen bemærker, at der over en tiårig periode er sket en omlægning af den regionale psykiatri med en kraftig udbygning af den ambulante kapacitet og samtidig reduktion i sengetallet. Den samlede personalemæssige kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien har været stort set uændret i 2011 sammenlignet med 2009, og der er sket et svagt fald i voksenpsykiatrien. Udviklingen afspejler i høj grad den faglige udvikling i de ambulante behandlingsmuligheder. Der anvendes i dag i højere grad end tidligere ambulante og opsøgende behandling, evt. i kombination med kortere indlæggelser. Reduktion i indlæggelsestiden har muliggjort, at flere kan behandles stationært på trods af en lavere sengekapacitet. Frem til regionsdannelsen var der en tendens til reduktion i antallet af indlæggelser og et klart fald i antallet af normerede senge i voksenpsykiatrien. Siden 2007 er udviklingen i antallet af indlæggelser vendt til en stigning, og faldet i antallet af normerede senge har fra 2007 til 2010 været mindre markant, hvilket kan indikere en stabilisering af omlægningen fra stationært til ambulante regi, og at den regionale psykiatri dermed ikke længere befinder sig i en transitionsfase. Det foreløbige tal for 2011 afspejler dog et fortsat fald i sengetallet i Region Hovedstaden, men regionen har fortsat et markant højere sengetal per indbygger i forhold til de øvrige regioner. Det kan indikere, at Region Hovedstaden endnu ikke er igennem transitionsfasen.

I den kommunale indsats ses en tilsvarende udvikling. Kommunerne omlægger i stigende grad kapaciteten i deres sociale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder fra længerevarende døgntilbud til øget forebyggelse og støtte i familien samt i eget hjem. På undervisningsområdet ses samme tendens med en klar målsætning om at øge inklusionen i folkeskolen og dermed nedbringe andelen af elever, der henvises til specialundervisning i segregerede skoleformer.

På det sociale børne- og ungeområde er antallet af nyanbringelser faldet og antallet af forebyggende foranstaltninger er steget. Der ses altså en udvikling, hvor der ydes støtte i det almene miljø med skole/uddannelse, venner, familie og fritidsaktiviteter frem for at henvise til døgntilbud. Der er således øget fokus på inklusion, og dette har, som nævnt ovenfor, afspejlet sig i kapaciteten på døgnpladser. Målsætningen om øget inklusion i folkeskolen forventes ligeledes at betyde en omlægning af kapaciteten fremadrettet.

På det sociale voksenområde er aktiviteten på de længerevarende botilbud faldet med 5 pct., mens socialpædagogisk støtte er steget med 93 pct. fra 2007 til 2011. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at udviklingen kan afspejle dels et ønske i kommunerne om at have mere fleksible tilbud, for derved at få en mere effektiv udnyttelse af kapaciteten, dels et ønske om mindre indgribende foranstaltninger, som følge af et større udviklings- og recoveryfokus. I arbejdsgruppe 2's kortlægning af den faglige udvikling på området fremgår det ligeledes, at der er kommet langt større fokus på inklusion i det almene system og recovery i den kommunale sociale indsats.

Arbejdsgruppen vurderer overordnet, at udviklingen fra stationær sygehusbehandling og sociale døgntilbud til øget ambulante behandling, forebyggende / socialpædagogisk støtte og inklusion i folkeskolen skal ses i sammenhæng med den faglige udvikling på området. Arbejdsgruppen anerkender samtidig behovet for at sikre en tilstrækkelig kapacitet til borgere/patienter med svære og komplekse psykiske lidelser.

Markant vækst på børne- og ungeområdet

Arbejdsgruppen finder anledning til at bemærke den markante vækst i antallet af børn og unge, der modtager støtte og/eller behandling for psykiske lidelser set over en tiårig

periode. Dette gælder særligt i forhold til behandling i børne- og ungdomspsykiatrien (med en årlig vækst på omkring 15 pct. de seneste 10 år). Ligeledes er der også set en stigning, dog inden for de sidste fem år i svagere grad, i antallet af børn og unge med psykiske vanskeligheder, der modtager specialundervisning eller får foretaget en pædagogisk, psykologisk vurdering. På socialområdet ses en mindre stigning i antallet af alle udsatte børn og unge (altså ikke kun dem med psykiske vanskeligheder), som er omfattet af den kommunale sociale indsats.

Arbejdsgruppens kortlægning af kapaciteten er ikke opdelt på diagnoser, men i arbejdsgruppe 2's kortlægning af udviklingen i diagnoser fremgår det, at der er sket en vækst i antallet af børn og unge, der modtager behandling i den regionale psykiatri for angst og stressrelaterede tilstande, depression og spiseforstyrrelse. Udviklingen i ADHD har været særligt markant, hvor der i 2001 var 1.000 børn og unge med diagnosen ADHD, var der ca. 8.000 med diagnosen ADHD i 2011.

Der kan ikke peges på entydige forklaringer på denne udvikling. I arbejdsgruppe 2's rapport peges dog på, at udviklingen i diagnoser blandt børn og unge muligvis kan have en sammenhæng til den øgede kapacitet på området, bl.a. indførelsen af undersøgelses- og behandlingsret i psykiatrien, men også en øget opmærksomhed på opsporing og diagnostik af psykiske lidelser samt en ændret sygdomsopfattelse, hvor indikationskriteriet for sygdom har flyttet sig. Arbejdsgruppe 1 deler denne opfattelse.

Derudover fremhæver arbejdsgruppe 1, at den øgede omlægning af kapaciteten på socialområdet, til forebyggende og tidlige indsatser, kan være med til at sætte øget fokus på opsporing af psykiske lidelser, hvilket på den ene side kan indebære en risiko for yderligere flytning af indikationskriterierne, men som også på den anden side kan betyde, at flere får hjælp i tide og dermed forebygge behandlingskrævende sygdom.

Arbejdsgruppen hæfter sig endvidere ved den store regionale variation i, hvor stor en del af en børne- og ungdomspopulation der er i behandling i den regionale psykiatri. Mens 0,9 pct. er i behandling i Region Nordjylland, er hele 2,7 pct. i behandling i Region Syddanmark. De øvrige regioner ligger mellem 1,7 og 2 pct. Sundhedsstyrelsen har vurderet, at det må forventes, at ca. 2 pct. af en børn- og ungeårgang kan have behov for et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. De regionale forskelle kan skyldes flere forskellige forhold, herunder forskelle i kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien og i kommunernes tilbud til gruppen, forskelle i sygdomsopfattelse, forskelle i opfattelse af, hvad den rigtige behandling er samt forskelle i visitationspraksis og måden for håndtering af henvisninger i psykiatrien.

Vækst på det retspsykiatriske område

Fra 2007 til 2011 er antallet af retspsykiatriske patienter steget med mere end 50 pct., og i forhold til 2001 er der sket mere end en tredobling. Den gennemsnitlige årlige stigning har således igennem mere end 10 år været på næsten 12 pct. Hvorvidt udviklingen afspejler en reel vækst i antallet af mennesker med psykiske lidelser, som begår kriminalitet, fordi de ikke får behandling i tide, eller om udviklingen afspejler ændrede holdninger eller ændret praksis på området, vides ikke, men der peges i flere sammenhænge særligt på sidstnævnte.

I forhold til kapaciteten til retspsykiatriske patienter har regionerne tilrettelagt arbejdsdelingen mellem retspsykiatriske specialafdelinger og den almene voksenpsykiatri ganske forskelligt. Det kan ikke udelukkes, at enhedsudgifterne til de mest ressourcerævende patienter, der i dag behandles i de almene voksenpsykiatriske afdelinger, ville være lavere, hvis patienterne var placeret i en retspsykiatrisk specialafdeling.

På den baggrund synes det usikkert, om fordelingen af kapacitet mellem de retspsykiatriske specialafdelinger og de almene afdelinger er optimal.

Udvikling i personalesammensætningen

Arbejdsgruppen bemærker, at der er sket ændringer i personalesammensætningen, i henholdsvis den regionale psykiatri og i den kommunale sociale indsats.

Den personalemæssige kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien har i perioden 2009-2011 været stabil, og fordelingen på tværs af personalegrupper er i børne- og ungdomspsykiatrien stort set uændret. Der er sket en svag stigning i antallet af sygeplejersker og læger samt et fald i pædagoger og socialrådgivere. Der er store regionale forskelle i personalesammensætningen, hvor der i nogle regioner er flere psykologer ansat end læger. Dette kan afspejle, at der er sket en opgaveglidning fra læger til psykologer. Øget brug af specialpsykologer og specialsygeplejersker indikerer samtidigt en mulighed for at øge kapaciteten på trods af lægemangel.

I den regionale voksenpsykiatri er der i perioden 2009-2011 set et fald på 3 pct. i det samlede personale, men der er samtidig sket en ændring i personalesammensætningen. Der er sket en svag stigning i antallet af læger, sygeplejersker og psykologer, hvorimod der er sket et fald i antallet af social- og sundhedsassistenter.

Udviklingen i personalesammensætningen i børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien kan ses dels som udtryk for den øgede specialisering i den regionale psykiatri, dels som udtryk for omlægningen fra stationær til ambulans behandling, hvilket mindsker behovet for plejepersonale.

I retspsykiatrien er antallet af årsværk øget med omkring 20 pct. siden 2009 (180 årsværk). Udviklingen afspejler, at kapaciteten i de seneste år er øget i form af en udvidelse af antallet af senge. Stigningen modsvarer – særligt for 2011 – i nogen grad det samtidige fald i personaleforbruget i den almene voksenpsykiatri, idet der er sket en konvertering fra almene til retspsykiatriske senge.

På det kommunale sociale område ses ligeledes ændringer i personalesammensætningen. På det samlede børne- og ungeområde (dvs. bredere end børn og unge med psykiske vanskeligheder) ses en kraftig stigning i personale, der varetager forebyggende foranstaltninger, og et fald i personalet på døgninstitutioner. Udviklingen er gået mod ansættelse af flere psykologer (fra et meget lavt niveau) og socialrådgivere i de forebyggende foranstaltninger. Samme tendens ses på det samlede voksenområde (dvs. bredere end voksne med psykiske vanskeligheder), hvor der er sket en stigning i antallet af psykologer (fra et meget lavt niveau) og en stigning i antallet af personaler, der yder socialpædagogisk støtte. Derudover ses generelt en nedgang i sundhedsfagligt personale som social- og sundhedsassistenter, læger og sygeplejersker.

Det stigende fokus på recovery og inklusion i kommunerne kan øge kravene til bl.a. den psykologiske, sygeplejemæssige og pædagogiske faglighed og metodebrug i kommunerne i kombination med, at kommunerne fortsat vil skulle modtagerådgivning og faglig sparring fra regionens psykiatriske eksperter på området. Kommunernes personalesammensætning er fortsat primært præget af personer med en pædagogisk baggrund og en omsorgstilgang. Ligeledes gør udviklingen fra stationære til ambulante tilbud i den regionale psykiatri, at behovet for og kravene til samarbejde og koordination mellem den kommunale indsats, f.eks. på bosteder, og den regionale psykiatri skærpes.

Potentialer for bedre kapacitetsanvendelse

Arbejdsgruppen har beskrevet potentialerne for en bedre kapacitetsanvendelse i den regionale indsats og den kommunale sociale indsats, med afsæt i to konsulentrapporter, hvor potentialet ligeledes er kvantificeret. På de øvrige områder er der ikke foretaget en kvantitativ beregning af potentialerne.

Den regionale psykiatri

Kortlægningen har vist, at der er store regionale forskelle i, hvordan regionerne tilrettelægger indsatsen i den regionale psykiatri. Såvel i forhold til økonomi, antallet af patienter i behandling, aktivitet, arbejdstilrettelæggelse, produktivitet mv.

Afdækningen konstaterer, at psykiatrien historisk har været præget af en decentral og delvist autonom styringskultur, hvor lederne i de enkelte afdelinger har haft en udstrakt frihed til at tilrettelægge opgavevaretagelsen selvstændigt, og hvor de enkelte læger i høj grad har været selvledende. Der har ikke på samme måde som i somatikken været tradition for aktivitets- og takststyring, men dette er i alle regionerne et forhold, der er under forandring.

Psykiatrien har desuden været – og er det fortsat – kendetegnet ved, at der blandt læger, og på tværs af organisatoriske enheder, kan være varierende opfattelser af, hvilken behandling der er den rette for sammenlignelige patienter. Der er en bred erkendelse blandt regionernes psykiatrilædelser af, at manglende faglig konsensus i sammenhæng med en decentral styringskultur har medført, eller i hvert fald muliggjort, en stor variation i behandlingspraksis, der ikke har været tilsigtet. Dette indebærer også, at der har været mulighed for tilsvarende forskelle i produktivitet og kapacitetsudnyttelse, jf. afsnittene om produktivitet i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.

I tilknytning hertil viser kortlægningen, at regionernes administrative styringsgrundlag ikke – eller kun delvist – har været understøttende sikring af transparens om sådanne forskelle i planlægnings- og opfølgningssammenhæng. Dette hænger snævert sammen med, at styringsgrundlaget ikke giver mulighed for at koble ressourceforbrug og aktivitet på detaljeret, organisatorisk niveau.

Forskelle i produktivitet regionerne imellem viser et potentiale for en bedre kapacitetsudnyttelse. Arbejdsgruppen bemærker, at opgørelserne skal tages med de forbehold, at patientsammensætning, behandlingstilbud, bygningsmasse og geografi mv. er forskellig i regionerne. Mulighederne for at realisere potentialerne er usikre, og der er ikke foretaget konkrete vurderinger af mulighederne for at iværksætte og implementere de materielle ændringer i opgavevaretagelsen, som er påkrævede herfor. Beregningen illustrerer en mulig størrelsesorden, men kan ikke opfattes som et estimat, og i praksis kan potentialet være større eller mindre end det anførte.

I tabellen nedenfor ses en illustration af, hvad det på landsplan ville betyde, hvis regioner med en produktivitet under gennemsnittet øgede deres produktivitet til gennemsnitsniveauet i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. I børne- og ungdomspsykiatrien er den gennemsnitlige udgift for en sengedag opgjort til 6.918 kr., mens den er 3.205 kr. for en ambulant ydelse. I voksenpsykiatrien er den gennemsnitlige udgift for en sengedag opgjort til 5.233 kr., mens den er 1.747 kr. for en ambulant ydelse.

TABEL 1

Illustration af ekstra produktionspotentiale ved tilpasning af produktiviteten til gennemsnitsniveauet

	Børne- og Ungdoms- psykiatrien	Voksenpsykiatrien
Stationære tilbud		
Ekstra sengedage, antal	7.454	33.859
Ekstra sengedage, pct.	14	5
Ambulante tilbud		
Ekstra ambulante ydelser, antal	26.348	106.164
Ekstra ambulante ydelser, pct.	11	10
Ekstra ambulante ydelser, pct.	11	10

Det fremgår af tabellen, at en forøgelse af produktiviteten for ambulante aktiviteter og sengedage til gennemsnitsniveauet i børne- og ungdomspsykiatrien ville betyde, at antallet af sengedage kunne øges med 14 pct., og antallet af ambulante ydelser med 11 pct. I voksenpsykiatrien ville en forøgelse af produktiviteten for ambulante aktiviteter og sengedage til gennemsnitsniveauet betyde, at antallet af sengedage kunne øges med 5 pct., og antallet af ambulante ydelser med 10 pct.

Herudover er der generelt stor variation i den regionale indsats, hvilket der gives eksempler på nedenfor.

- Det gennemsnitlige antal indlæggelser i **voksenpsykiatrien** varierer fra næsten 15 indlæggelser per 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden mod 7-8 i Region Midtjylland og Region Nordjylland. I 2011 havde Region Hovedstaden det højeste antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere (med 201 besøg), omend kun marginalt højere end Region Syddanmark (med 197 besøg) og ca. 25 pct. højere end de fire andre regioner i gennemsnit.
- I **børne- og ungdomspsykiatrien** varierer det gennemsnitlige antal sengedage betydeligt mellem regionerne – fra godt 20 dage i Region Nordjylland og Region Sjælland til over 40 dage i Region Hovedstaden. Og antallet af ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatrien varierer fra 61 per 1.000 indbyggere i Region Nordjylland til 143 i Region Syddanmark. At Region Syddanmark ligger højest, hænger formentlig sammen med, at regionen siden januar 2011 har visiteret alle patienter gennem en samtale, til forskel fra de øvrige regioner, der i første omgang visiterer på baggrund af henvisningspapirerne. Eksempelvis afviser en region i dag omkring 27 pct. af henvisningerne, da de ofte er mangelfulde, eller fordi patienterne ikke vurderes at have en sygdom, der skal behandles i psykiatrien.
- Antallet af besøg i **speciallægepraksis** (børnepsykiatrien) afspejler i høj grad antallet af ydernumre, og varierer fra et niveau på omkring 8-10 besøg per 1.000 indbyggere under 18 år i nogle regioner, til omkring 4-6 besøg i andre regioner.

- Også på det voksenpsykiatriske område varierer besøg i speciallægepraksis betydeligt mellem regionerne. Opgjort per 1.000 indbyggere er der en forskel i patientfrekvensen fra 6,9 til 19,4. Det synes ikke at være sådan, at regioner, der har forholdsvis mange patienter i den regionale psykiatri, har relativt færre patienter, der behandles i speciallægepraksis. Tværtimod har nogle regioner forholdsvis mange patienter i begge systemer, mens andre omvendt har relativt få.
- På det **retspsykiatriske område** er der ligeledes væsentlige forskelle mellem regionernes aktivitet. Eksempelvis varierer antallet af ambulante besøg per patient fra 8,6 til 21,3 besøg per unik patient. Det kan ikke med sikkerhed vurderes, i hvilken udstrækning dette afspejler forskelle i faglig praksis eller forskelle i, hvor behandlingskrævende patienterne er.

Den kommunale sociale indsats

I forhold til den kommunale sociale indsats er det en hovedkonklusion fra den kvantitative analyse af enkeltkommuner, at indsatsen er meget forskellig på tværs af kommunerne både med hensyn til udgiftsniveau og sammensætning.

En del af forskellene kan henføres til forskelle i kommunernes behov for indsatser, hvilket der i analysen er taget højde for ved at korrigere for en række sociale og demografiske baggrundsforhold. Hovedparten af de målte forskelle kan dog ikke forklares af disse baggrundsforhold, og skyldes således andre forhold, herunder kommunale forskelle i tilgangen til opgaveløsningen.

På børne- og ungeområdet har analysen af de kommunale udgiftsforskelle afdækket et potentiale i form af en uforklaret udgiftsvariation, som kan estimeres til 679 mio. kr.

På voksenområdet har analysen af de kommunale udgiftsforskelle afdækket et potentiale i form af en uforklaret udgiftsvariation, som kan estimeres til 290 mio. kr.

Analysen giver ikke grundlag for at fastslå, i hvilket omfang den uforklarede udgiftsvariation er udtryk for et effektiviseringspotentiale eller for forskelle i serviceniveau og kvalitet mellem kommunerne. Beregningsteknisk er beløbene fremkommet ved at opgøre resultatet, hvis kommuner med et samlet udgiftsniveau over gennemsnittet nedbringer deres udgifter til gennemsnittet.

Herudover er der generelt stor variation i den kommunale indsats, hvilket der gives eksempler på nedenfor.

- Antallet af voksne i døgntilbud var i 2011 i gennemsnit 3,6 per 1.000 indbyggere, med store regionale forskelle fra 4,9 personer per 1.000 indbyggere til 2,3 per 1.000 indbyggere. Tallene viser en vækst i antallet af borgere i døgntilbud for kommunerne i nogle regioner, mens kommunerne i de øvrige tre regioner samlet set har oplevet et fald. Forskellen er dog også udtryk for, at der sker køb og salg af pladser kommunerne imellem.
- Antal voksne med psykiske vanskeligheder, der modtog socialpædagogisk støtte eller støtte-kontaktpersonordning (servicelovens §§ 85 og 99), per 1.000 18-65-årige, varierede også opdelt på regioner fra 3,7 til 6,6 i 2011. Der var stigninger i kommunerne i alle de fem regioner i perioden 2007-2011 varierende fra 37 til 120 pct.

Kommunernes udgifter til sengedage til patienter, der er klar til udskrivning fra den regionale psykiatri, kan ses som en indikator for kommunernes evne til at koordinere med den regionale psykiatri og dermed kapacitetsstyre. Tallene viser, at udgiften på

voksenområdet i 2011 var på ca. 50 mio. kr., hvilket er et fald på ca. 40 pct. siden 2007. Det største fald ses i *antallet* af sengedage for denne patientgruppe, hvilket indikerer, at det på landsplan er lykkedes kommunerne at nedbringe den gennemsnitlige tid, hvor en patient er indlagt efter at være erklæret parat til udskrivning. Der er dog store forskelle mellem kommunerne i de fem regioner. I én region har kommunerne i gennemsnit 13,8 sengedage per 1.000 indbyggere, mens tallet for kommunerne i de øvrige regioner varierer fra 4,2-7,5.

1.3.5

Barrierer for bedre kapacitetsudnyttelse

Som der er redegjort for i afsnittet ovenfor, finder arbejdsgruppen, at der er et potentiale for en bedre udnyttelse af kapaciteten både i den regionale psykiatri og i den kommunale sociale indsats. Arbejdsgruppen vurderer dog samtidigt, at der kan være barrierer for bedre kapacitetsudnyttelse. Mange af de barrierer, der er identificeret i rapporten, går igen og er fælles for de forskellige sektorområder. En del af dem knytter sig til behovet for en styrket sammenhæng og koordination.

Sammenhæng mellem kommunerne og den regionale psykiatri

På alle områder fremhæves samarbejdet mellem kommunerne og den regionale psykiatri, som en barriere for god kapacitetsudnyttelse. Dette gælder f. eks. i forhold til begrænset indsigt i hinandens faglige kompetencer og uklarhed om, hvem der har ansvaret. Den øgede specialisering i den regionale psykiatri og kommunernes forskellige organisering stiller større krav til samarbejdet mellem region og kommuner, idet begge sider får flere samarbejdspartnere, og da den fysiske afstand i mange tilfælde øges. Begrænset personligt kendskab gør endvidere, at det i nogle tilfælde forlænger sagsbehandlingstiden i forhold til at iværksætte kommunale støtteforanstaltninger. Det manglende kendskab til hinandens sektorer og kompetencer kan endvidere betyde, at patienter ikke kan udskrives til kommunale tilbud.

Sammenhæng internt i kommunen og mellem forvaltninger

Manglende udnyttelse af samarbejdet internt i det kommunale system kan udgøre en barriere for kapacitetsudnyttelse. De mange aktører og forvaltninger opleves at resultere i uklar arbejds- og ansvarsdeling, ligesom kulturen og forskellige regelsæt på forskellige områder kan være en udfordring for samarbejdet. Eksempelvis kan regelbundethed og tidsfrister på arbejdsmarkedsområdet kolliderer med den mindre regulerede tilgang på sundheds- og socialområdet. Resultatet kan blive, at borgeren får et usammenhængende forløb, og at det samlede brug af ressourcer i kommunerne ikke sker effektivt.

Sammenhæng mellem den regionale psykiatri og praksissektoren

Kortlægningen viser, at den regionale psykiatri og speciallægepraksis hidtil har fungeret som overvejende parallelle systemer uden megen samarbejde og koordination. Ifølge overenskomst om speciallægehjælp, skal regionerne foretage en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen, med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning og udnyttelse af kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren. Det har betydning for sammenhæng og kvalitet i den enkelte patients forløb, men også for udnyttelsen af den samlede ambulante kapacitet. Den manglende koordination kan udgøre en barriere for effektiv kapacitetsudnyttelse i regionerne.

Brug af evidensbaserede metoder og uensartet praksis

Kortlægningen viser, at der er stor variation i behandlingspraksis i den regionale psykiatri og i praksis i den kommunale indsats. Arbejdsgruppen vurderer, at det kan udgøre en barriere for en bedre kapacitetsudnyttelse, at der i den regionale psykiatri og i den sociale kommunale indsats ikke altid arbejdes ud fra evidensbaserede og omkostnings-effektive metoder, bl.a. fordi der ikke altid findes den nødvendige evidens.

1.3.6

Tiltag til bedre kapacitetsudnyttelse

I kortlægningen er der afdækket mulige tiltag for bedre kapacitetsudnyttelse. Med udgangspunkt i kortlægningen noterer arbejdsgruppen sig følgende mulige tiltag for en bedre kapacitetsudnyttelse. Nogle tiltag knytter sig til styring og organisering, andre til konkrete indsatser.

Tiltag til faglig og økonomisk styring i den regionale psykiatri

I regionerne er igangsat en række initiativer for at styrke og styre den faglige og økonomiske udvikling. Nogle af disse initiativer er allerede indført, mens andre er under planlægning eller indfasning. En række af de væsentligste initiativer omfatter:

- Aktivitetsstyring, der knytter ressourceanvendelse og aktivitet tættere sammen.
- Indførelse af pakkeforløb fra 1. januar 2013.
- Centralisering af visitationen.
- Større fokus på organisatorisk og faglig specialisering.
- Specialuddannelser for psykologer og sygeplejersker med henblik på øget opgaveglidning.
- Mulighed for, at regionerne kan disponere over dele af kapaciteten i speciallægepraksis.
- Tættere integration af de psykiatriske behandlingstilbud med de somatiske, herunder ikke mindst i tilknytning til de kommende års omfattende sygehusbyggerier.

Det skal dog bemærkes, som det også er nævnt under afsnittet om barrierer ovenfor, at organisatorisk og faglig specialisering i den regionale psykiatri ligeledes betyder, at både kommuner og den regionale psykiatri får flere samarbejdspartnere, og at den fysiske afstand i mange tilfælde øges. Dette stiller større krav til samarbejdet generelt, om planlægning af koordinerede og sammenhængende indsatser, men også til samarbejdet om og med den enkelte borger.

Optimering af arbejdsprocesser i den regionale psykiatri

Arbejdsgruppen vurderer, at indsatser til at sikre bedre it-understøttelse vil kunne frigive personalemæssige ressourcer. Der kan også være et potentiale i øget brug af telepsykiatri og velfærdsteknologi. Endvidere er omfanget af aflysninger i de ambulante aftaler stort. Med en udvikling i retning af fortsat omlægning til ambulante behandling er en reduktion i omfanget af aflysninger et oplagt indsatsområde.

Øget samarbejde mellem den regionale psykiatri og kommunerne

Arbejdsgruppen vurderer, at der er et potentiale i at styrke samarbejdet mellem den kommunale indsats og den regionale psykiatri. Som det også fremgår af arbejdsgruppens rapport om sammenhæng, opleves der mange udfordringer i samarbejdet. Kommunerne efterspørger i høj grad lettere adgang til psykiatrisk rådgivning og faglig sparring fra den regionale psykiatri. Arbejdsgruppen vurderer, at større grad af ledelsesmæssig prioritering af samarbejdet vil kunne skabe en bedre anvendelse af kapaciteten.

Fleksible tilbud i kommunerne

Arbejdsgruppen noterer sig, at kommunerne i kortlægningen peger på, at der er muligheder i at fortsætte tendensen med i stigende grad at gøre kommunernes tilbud fleksible, så tilbuddene i større udstrækning kan håndtere skiftende behov, og dermed mere individuelt kan tilpasses den enkelte borgers behov. Samtidig anvendes længerevarende døgntilbud til både børn/unge og voksne i mindre omfang, da man søger at frigøre den kapacitet, der er bundet i de langstrakte forløb. Over 50 pct. af kommunerne ser store potentialer i at øge fleksibiliteten i tilbudsviften på voksenområdet, og øge inklusion i det almene system på børne- og ungeområdet. Ændringer bør dog ikke føre til en udvanding af den faglige indsats for målgruppen, men skal føre til en øget differentiering/behovsorientering.

Tidlig indsats og forebyggelse i kommunerne

Arbejdsgruppen noterer sig endvidere, at kommunerne i kortlægningen peger på, at fokus på forebyggelse og fokus på mindre – frem for mere – indgribende tilbud indeholder et potentiale for at øge kapacitetsudnyttelsen og skabe bedre resultater for borgerne. Dette er en proces, som allerede er i gang. Den kvantitative analyse, som er baseret på et øjebliksbillede af de kommunale udgiftsniveauer, har imidlertid ikke kunnet bekræfte en sammenhæng mellem kommunernes fokus på forebyggelse og deres samlede udgiftsniveau. Den manglende kobling skal dog ses i lyset af, at udgiftsvirkningerne af en sådan omlægning først kan forventes at vise sig med fuld styrke over en længere tidshorisont.

Udbredelse af evidensbaserede og omkostningseffektive indsatser i kommunerne

Arbejdsgruppen finder, at det vil kunne sikre en bedre kapacitetsudnyttelse, hvis der fremover sker udbredelse af evidensbaserede og omkostningseffektive metoder i kommunerne, frem for – som hidtil – mange enkeltstående indsatser, projekter og puljer uden efterfølgende udbredelse. Kommunerne er i gang med at implementere dokumentationssystemer, både til børn, unge og voksne; f. eks. via DUBU- og DHUV-/VUM-systemerne⁵ til udredning af den enkelte borger, klassifikation af målgruppe, type og omfang af indsatser til den enkelte borger, effektmåling af indsatsen og kommunikation mellem sagsbehandlere og udfører/tilbud. Der er ligeledes udviklet og ved at blive udbredt effektmålingsredskaber til brug for måling/dokumentation af resultater hos den enkelte borger.

5 DUBU – Digitalisering Børn og Unge. DHUV – Digitalisering af handicap og udsatte voksne-området.
VUM – Voksenudredningsmetoden

Mere målrettet indsats på beskæftigelsesområdet

Arbejdsgruppen finder, at en mere målrettet indsats i jobcentre til mennesker med psykiske lidelser kan medvirke til en bedre udnyttelse af kapaciteten. Eksempelvis kan der være et potentiale i at yde en mere virksomhedsrettet / arbejdspladsbaseret indsats for mennesker med psykiske lidelser, som der er indikationer for kan have positive effekter for målgruppen.

Endvidere vurderer arbejdsgruppen, at etableringen af rehabiliteringsteam i kommunerne, i forbindelse med reformen af førtidspension og fleksjob, vil kunne sikre en bedre kapacitetsudnyttelse i både kommuner og det regionale sundhedsvæsen. Med reformen bliver indsatsen for mennesker, der i dag vil kunne ende med tilkendelse af førtidspension eller fleksjob i højere grad koordineret. I rehabiliteringsteamet vil der sidde repræsentanter fra de relevante forvaltninger i kommunen samt en "sundhedskoordinator" med sundhedsfaglig baggrund.

2

Indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser

2.1

Indledning

Dette kapitel er skrevet på baggrund af COWI's kortlægning af indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser. Kapitlet indeholder en gennemgang af udvalgte kommunale og regionale indsatser. Det har ikke inden for tidsfristen været muligt at lave en total kortlægning af samtlige indsatser, da der ikke foreligger struktureret dokumentation af området. COWI's fulde rapport er en del af afsættet for indeværende kortlægning, og er angivet ved titel bagerst i denne rapport.

COWI har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alle kommuner og regioner. 62 pct. af kommunerne og alle regionerne har besvaret spørgeskemaundersøgelsen. Desuden har COWI gennemført en kvalitativ interviewundersøgelse med kommunale sundhedschefer/ressourcepersoner i 10 kommuner.

Mental sundhed anvendes i rapporten som en betegnelse for en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og evt. stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker. Mental sundhed rummer dermed to elementer. Dels en oplevelsesdimension: At opleve at have det godt, at være overvejende glad, i godt humør og tilfreds med livet. Og dels en funktionsdimension: At kunne klare dagligdags gøremål, som f.eks. at købe ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, indgå i sociale relationer og at kunne håndtere de forskellige udfordringer, som en almindelig dagligdag kan byde på. *Mentale helbredsproblemer* anvendes som en fælles betegnelse for symptomer på de mere udbredte psykiske lidelser som depression, angst og adfærdsforstyrrelser. Ved *opsporing* forstås tidlig opsporing af symptomer på og risiko for sygdom.

Opsummering af indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser

Kommunale indsatser:

Mange kommuner tilbyder ikke systematisk alle de fem udvalgte indsatser. Dette gælder særligt indsatserne omkring opsporing mv. af mentale helbredsproblemer i jobcentre og i de forebyggende hjemmebesøg, mens indsatser målrettet børne- og ungeområdet er højere prioriteret. Kommunernes tilbud eller opfølgende tilbud på de fem indsatsområder varierer i forhold til karakter og omfang af tilbud.

Blandt de kommuner, der udbyder de fem udvalgte indsatser, kan der være mulighed for at nå en bredere del af borgerne i kommunen. Dette gælder skolerne, og det gælder de indsatsområder, der omfatter opsporing mv. (forebyggende hjemmebesøg, jobcentre og – i begrænset omfang – opsporing af fødselsdepression via sundhedsplejen).

Generelt gælder det, at kommunerne har vanskeligt ved at estimere det årlige antal ydelser, udgifter, personaleforbrug og i flere tilfælde antallet af borgere, der modtager tilbuddene, da opgaverne varetages sammen med øvrige opgaver, f.eks. hjemmepleje. Det er gennemgående, at størstedelen af indsatserne, der er spurgt til, er finansieret af kommunens egne midler, i modsætning til ekstern finansiering fra eksempelvis satspuljer. Derudover er langt de fleste i drift.

Kommunerne peger på muligheder for at samarbejde mere med frivillige organisationer med henblik på at supplere kerneydelsen. Derudover peger kommunerne på, at dokumentation har betydning for indsatsen, f.eks. sundhedsprofiler og forebyggelsespakker.

Regionale indsatser:

Hvor det er muligt at sammenligne på tværs af regionerne, tegner der sig et overordnet billede af store variationer i de relative tal for henholdsvis patienter, der modtager psykoedukation, samt i udgifter til PsykInfo og de regionale centre for selvmordsforebyggelse.

Alle regioner har *sygdomsspecifik psykoedukation* til mennesker med skizofreni, affektive lidelser og spiseforstyrrelser (for Region Hovedstaden som en integreret del af pakkeforløbene i ambulatorierne). For de øvrige sygdomsområder varierer udbuddet af sygdomsspecifik psykoedukation. Undervisningen varierer i form (dog primært gruppeundervisning), længde og indhold. Det samme gør sig gældende for antallet af patienter, der modtager undervisning.

Alle regioner leverer foredrag/temaaftener i *PsykInfo*-regi. Alle regioner tilbyder gruppebaseret undervisning (Region Nordjylland leverer dog undervisningen i andet regi) og telefonrådgivning, og alle regioner på nær Region Midtjylland tilbyder personlig rådgivning.

I regi af de regionale *centre for selvmordsforebyggelse* tilbyder alle regioner information og undervisning. De regionale centres ressourcer og antallet af behandlede patienter varierer.

Kortlægningen af kommunale indsatser er centreret omkring følgende 5 indsatsområder:

- Opsporing af fødselsdepression via sundhedsplejen.
- Skoleprogrammer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning.
- Tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge.
- Opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre.
- Opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre via de forebyggende hjemmebesøg.

Desuden beskrives på baggrund af den kvalitative interviewundersøgelse den bredere ramme for kommunernes arbejde på området og deres samarbejdsrelationer for at komme nærmere muligheder og barrierer for bedre kapacitetsudnyttelse på området.

Kortlægningen af regionale indsatser fokuserer på følgende 4 indsatsområder:

- Tilbud om sygdomsspecifik psykoedukation.
- Tilbud om generel psykoedukation/patientuddannelse.
- Tilbud i regi af PsykInfo.
- Tilbud i regi af de regionale centre for selvmordsforebyggelse.

Indsatserne på de kommunale og regionale områder er udvalgt af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL, Danske Regioner, Social- og Integrationsministeriet, Socialstyrelsen og Ministeriet for Børn og Undervisning. I udvælgelsen af indsatser til kortlægningen er der lagt vægt på:

- *Forebyggelsespotentiale*: Dvs. at indsatserne har en stor målgruppe og indebærer tidlig opsporing af symptomer og risiko for sygdom.
- *Specificitet*: Dvs. at indsatserne er tilstrækkeligt velafgrænsede og specifikke til, at dataindsamlingen kan gennemføres med valide resultater inden for den afsatte tidsfrist.
- *Dækningsgrad* i forhold til aldersgrupper: Dvs. at indsatserne retter sig mod henholdsvis familier, børn, unge, voksne og ældre. At undgå overlap med andre kortlægninger, der udføres under regeringens psykiatriudvalg, hvilket bl.a. indebærer, at kapaciteten i kommunernes sociale indsatser for mennesker med psykiske lidelser ikke er belyst i dette kapitel.

Områder, som blev fravalgt fra afdækningen, er f.eks. telefonlinjer og akutte overnatningspladser målrettet sindslidende, ligesom spørgsmål vedrørende demenskoordinatorer og familieambulatorier blev fravalgt.

2.2

Kommunale indsatser

2.2.1

Indsatser vedrørende børn

Vedrørende målgruppen børn er opsporing af fødselsdepression i sundhedsplejen og skoleprogrammer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning udvalgt til kortlægningen.

2.2.1.1

Opsporing af fødselsdepression

Børn, hvis forældre har specifikke sundhedsproblemer, har større risiko for selv at få samme form for problemer. Eksempelvis har børn hvis mødre har psykiske problemer, forøget risiko for også selv at have en dårlig mental helbredstilstand, herunder adfærdsproblemer⁶. Forekomsten af fødselsdepression er ca. 10 pct. hos mødre op til et halvt år efter fødslen og ca. 6 pct. hos fædrene⁷.

79 pct. (48 ud af 61) af de deltagende kommuner angiver, at de gennemfører en systematisk opsporing af nybagte forældre for fødselsdepression som en integreret del af de forebyggende hjemmebesøg af sundhedsplejersker, jf. Tabel 2.

TABEL 2

Andel af kommuner, der gennemfører henholdsvis systematisk opsporing af fødselsdepression, andre indsatser til opsporing af fødselsdepression, eller ikke har indsatser til opsporing af fødselsdepression i sundhedsplejen

Fødselsdepression (n=61)	Andel
Systematisk opsporing af fødselsdepression	79 %
Andre indsatser*	13 %
Ingen indsatser til opsporing af fødselsdepression	8 %
I alt	100 %

* Feks. åben rådgivning, mødregruppetilbud for psykisk sårbare, tilbud til unge mødre under 23 år med særlige behov, fokus på det gode samspil hos alle forældre og børn med udgangspunkt i ICDP⁸, som sundhedsplejerskerne er efteruddannet i.

Blandt de kommuner, der har en systematisk opsporing af fødselsdepression, er målgruppen hovedsagligt mødre, jf. nedenstående oversigt.

6 Johansen A mfl. Danske børns sundhed og sygelighed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, februar 2009.

7 Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for Svangreomsorgen, 2009.

8 International Child Development Program.

TABEL 3

Andel af kommuner, der gennemfører systematisk opsporing af fødselsdepression fordelt på målgruppe

Målgruppe (n=48)	Andel*
Alle forældre	31 %
Alle mødre	58 %
Forældre i særlig risiko	8 %
Mødre i særlig risiko	10 %
Andre	25 %

* Bemærk at pct.erne ikke summer til 100, da det var muligt at angive flere valgmuligheder.

24 pct. af kommunernes henvisningsmuligheder angives at være samtalegrupper for forældre med fødselsdepression, mens 9 pct. af kommunerne tilbyder samtale ved psykolog.

Personale

Blandt de kommuner, som gennemfører en systematisk opsporing af nybagte forældre for fødselsdepression, foregår indsatsen som en integreret del af de forebyggende hjemmebesøg af sundhedsplejersker. Flere kommuner angiver i de kvalitative interviews, at de har kompetenceudviklet sundhedsplejerskerne, så de kan opspore mentale helbredsproblemer blandt forældrene.

Økonomi

Alle kommunerne finansierer opsporingen vha. egne midler, og 95 pct. af indsatserne angives at være i drift. Blandt de kvalitative kommentarer angives det flere steder, at arbejdet med at opspore forældre/mødre for fødselsdepression er omkostningsneutralt, idet det indgår i sundhedsplejerskens servicetilbud.

2.2.1.2

Programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning i skoler

Skolerne er forpligtede til at udarbejde mobbestrategier eller -politikker i henhold til lovgivningen⁹. Derudover er det lovpligtigt at indberette fravær i folkeskolen¹⁰. Fravær er ofte et symptom på dårlig trivsel, og flere af de interviewede kommuner nævner, at de har en strategi for identifikation af bekymrende fravær i skolerne og for opfølgning på dette.

9 Skolerne er i henhold til Folkeskoleloven § 52, pkt. 1 og Bekendtgørelse nr. 320 af 26/03/2010 om fremme af god orden i folkeskolen forpligtede til at udarbejde et værdiregelsæt. Værdiregelsættet skal indeholde en antimobbestrategi og være retningsgivende for god adfærd og respektfulde relationer mellem eleverne og mellem eleverne og lærerne. Det er skolebestyrelsen på den enkelte skole, der skal fastsætte skolens værdiregelsæt i samarbejde med skolelederen.

10 Jf. § 39, stk. 1, i lov om folkeskolen og Bekendtgørelse nr. 822 af 26/07/2004 om elevers fravær fra undervisningen i folkeskolen.

Derudover kan skolerne implementere programmer, der omhandler trivsel og forebyggelse af mobning. 79 pct. (48 ud af 61) af de deltagende kommuner angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at én eller flere af kommunens skoler har iværksat sådanne programmer.

Nedenstående oversigt viser, hvor stor en del af kommunerne, der anvender hvilke evidensbaserede programmer på minimum én skole.

TABEL 4

Andel af kommuner, der anvender evidensbaserede programmer på mindst én skole, fordelt på programmer

Målgruppe (n=48)	Andel*
Familieklassen	42 %
LP	29 %
PALS	21 %
PMTO	10 %
De Utrolige År	10 %
ICDP	6 %
MST	4 %
PATHS	0 %

* Bemærk at pct.erne ikke summer til 100, da det var muligt at angive flere valgmuligheder.

52 pct. af kommunerne angiver, at alle skolerne i kommunen har iværksat programmerne. Flere angiver dog, at de har (lovpligtig) mobbepolitik på alle skolerne, hvorfor den reelle andel, der har særlige programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning, formentlig er mindre. 13 pct. af kommunerne angiver, at mellem halvdelen og alle skoler har iværksat programmer, og 13 pct. angiver, at mellem 1 og halvdelen af skolerne har iværksat programmer.

BOKS 2

Rådgivere/ressourcepersoner på skoler i København og Aalborg

Flere kommuner har beskrevet, at de har gode erfaringer med forskellige ressourcer/rådgivere tilknyttet skolerne: Familierådgiver, ressourcepersoner, AKT-vejleder, trivselsgrupper (der består af sundhedsplejerske, PPR, SFO) og tilknyttede socialrådgivere. I Københavns Kommune har man med succes afprøvet et projekt med tilknytning af socialrådgivere til skolerne, hvilket nu udbredes til alle skolerne. En anden kommune, Aalborg, har iværksat et omfattende trivselsprojekt, der omhandler eksempelvis trivselspersonale på alle skoler, skilsmisse- og sorggrupper, klasseledelse, fast tilknyttede socialrådgivere, en ansvarlig skoleledelsesrepræsentant, stort fokus på fravær og løbende undervisningsmiljøvurderinger.

Personale

I spørgeskemaundersøgelsen angives det, at de faggrupper, der typisk er ansvarlige for skolernes indsats omkring fremme af trivsel og forebyggelse af mobning, er AKT-lærere og skoleledere. Derudover angiver en del kommuner, at en række andre faggrupper ligeledes er ansvarlige for indsatsen i kommunerne. Eksempler på andre faggrupper er SSP¹¹-koordinatorer, lærere og pædagoger, familiekonsulenter, vejledere fra familierådgivningen og inklusionsvejledere.

Økonomi

Samtlige kommuner, som angiver at have en eller flere skoler med programmer, der omhandler trivsel og forebyggelse af mobning, finansierer programmerne ved hjælp af egne midler (i modsætning til ekstern finansiering, der eksempelvis kan være centrale puljemidler), og at 84 pct. af programmerne er i drift.

2.2.2

Indsatser målrettet psykisk sårbare unge

Unge fremhæves i de kvalitative interviews som en målgruppe, der er særlig sårbar. Når de unge påbegynder en ungdomsuddannelse, har kommunen en langt mindre grad af berøring med dem, end mens de er i kommunalt skoleregime, og der stiftes måske først bekendtskab med disse unge, når de opsøger kommunen for at få økonomisk hjælp. Dette gælder særligt de unge, som mistrives og er utilpassede, men som ikke nødvendigvis har en psykiatrisk diagnose. Det kan være unge, der har svært ved at indrette sig efter kravene på en ungdomsuddannelse, typisk på erhvervsskole eller teknisk skole. Det kan også være unge, der har et begyndende misbrug af alkohol eller hash, er på kant med loven, eller unge der bliver hjemløse, når de ikke længere kan bo hos forældrene.

Det er kommunernes erfaring, at unge i overgangssituationer er særligt sårbare, og derfor nævnes der i interviewene eksempler på samarbejder med uddannelsesinstitutioner og særlige unge-organiseringer (i kommunen), der skal koordinere sårbares unges overgang fra børn til voksne.

Den kvantitative undersøgelse viser, at 73 pct. af kommunerne har tilbud målrettet psykisk sårbare unge. Indsatserne er mangeartede, men koncentrerer sig især om rådgivning, akuttillbud, udgående tilbud eller gruppetilbud. Omfanget af indsatser er særligt stort i storbykommunerne, hvor misbrugsproblematikker og sociale problemer er koncentreret.

TABEL 5

Andel af kommuner, der har tilbud til psykisk sårbare unge i form af henholdsvis rådgivning og samtaleforløb, udgående tilbud, akuttillbud og gruppetilbud rettet mod psykisk sårbare børn og unge

Tilbud (n=40)	Andel*
Rådgivning og samtaleforløb	75 pct.
Udgående tilbud	28 pct.
Akuttillbud, væresteder, midlertidige boliger	38 pct.

11 Skole, Socialforvaltning og Politi.

Tilbud (n=40)	Andel*
Gruppetilbud	33 pct.

* Bemærk at pct.erne ikke summer til 100, da det var muligt at angive flere valgmuligheder.

BOKS 3

Eksempler på samarbejde mellem kommuner og ungdomsuddannelser

I Aarhus Kommune udarbejdes uddannelsesplaner for de unge i folkeskolen, samt opfølgning ved uddannelsesvejleder til de unge er 20 år. I Sønderborg er der udviklet et undervisningskoncept for 10. klasse og første årgang på ungdomsuddannelserne til at understøtte overgangen, og lærerne er blevet kompetenceudviklet via et særligt undervisningsprogram.

Personale

I spørgeskemaundersøgelsen angiver 77 pct. af kommunerne, der har tilbud til sårbare unge, at de anvender socialrådgivere i tilbuddene. 67 pct. anvender psykologer, og 64 pct. anvender pædagoger i deres tilbud. Derudover angiver 61 pct. af kommunerne, at de anvender andre faggrupper og institutioner såsom sundhedsplejersker, uddannelsesvejledere, lærere, familiebehandlere, psykiatere, psykoterapeuter mm.

Økonomi

Samtlige 72 pct. (44 ud af 60) af kommunerne, som har indsatser målrettet psykisk sårbare unge angiver, at de selv finansierer indsatserne, og at størstedelen af tilbuddene angives at være i drift¹².

2.2.3

Opsporing mv. af mentale helbredsproblemer blandt voksne

Blandt personer, der er ledige, ses en overhyppighed af psykiske problemer¹³, og omkring en femtedel af alle langtidssygemeldte har en uopdaget psykisk lidelse¹⁴.

Kommunen har derfor i jobcenteret kontakt med voksne borgere, der er udsatte i forhold til at udvikle mentale helbredsproblemer. Det nævnes i interviewene, at der er stigende fokus på indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser i jobcentrene. Dette forklares ved det øgede politiske fokus på at øge beskæftigelsen.

Generelt set beskriver kommunerne i interviewundersøgelsen et stadig tættere, tværgående samarbejde mellem sundhedsafdelingerne og jobcentrene. Flere kommuner beskriver en ”konsulentordning”, hvor jobcentrene køber enten komponenter eller hele pakker til brug for aktiveringsindsatsen, hos sundheds/forebyggelsescenteret. Også eksterne parter inddrages i tilbuddene, f.eks. det lokale fitnesscenter.

¹² Fordi der kunne være flere tilbud omfattet af spørgsmålet, var det muligt for kommunerne både at angive at tilbuddene var i drift, var tidsbegrænsede eller var begge dele. 69 % angav at de var i drift, 3 % angav at de var tidsbegrænsede, 28 % angav at de havde tilbud der både var i drift og som var tidsbegrænsede. Se evt. spørgeskema i bilag 1.

¹³ Diderichsen, F. Et al. Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011.

¹⁴ Danske Regioner mfl. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Debatoplæg.

Indsatser i jobcentre

73 pct. af kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen svarer, at de ikke har en systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre. Blandt dem, der har, angiver 80 pct. af kommunerne, at indsatserne er finansieret ved egne midler, og 73 pct. at indsatserne er i drift. 54 pct. af kommunerne har andre indsatser, og 19 pct. angiver, at de ikke har indsatser på området, jf. Tabel 6.

TABEL 6

Andel af kommuner, der gennemfører henholdsvis systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre, har andre tilbud til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre eller har ingen indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre

Jobcentre (n=59)	Andel*
Systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre	27 %
Andre indsatser	54 %
Ingen indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre	19 %
I alt	100 %

"Andre indsatser" består af særlige kursusforløb målrettet personer, der er sygemeldt af psykiske årsager, samarbejde med praktiserende læger og speciallæger, coaching/mindfulness, afklarende samtale med psykolog/psykiater og tilbud målrettet stress, angst og depression evt. hos private aktører.

Målgruppen for indsatserne varierer afhængigt af jobcenteret. Nedenfor er kategoriseret de forskellige grupper: Sygemeldte, matchgruppe II¹⁵ og III¹⁶ og andre. Størstedelen af indsatserne er målrettet sygemeldte.

TABEL 7

Andel af kommuner, der gennemfører indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre, fordelt på målgruppe

Målgruppe (n=16)	Andel
Sygemeldte	50 %
Matchgruppe II	19 %
Matchgruppe III	12 %
Andre*	19 %
I alt	100 %

* Andre inkluderer kontanthjælpsmodtagere, personer med stress, smerter o.a., unge psykisk sårbare.

15 Matchgruppe II er de indsatsklare borgere, som ikke er parate til at tage et ordinært arbejde, men som kan deltage i en beskæftigelsesrettet indsats med aktive tilbud (www.ams.dk).

16 Matchgruppe III er de midlertidigt passive borgere, som har så alvorlige problemer, at de p.t. hverken kan arbejde eller deltage i en beskæftigelsesrettet indsats eller aktive tilbud (www.ams.dk).

For størstedelen af indsætserne gælder det dog, at indsætserne ikke er målrettet alle, men kun – på forskellig vis – udvalgte grupper inden for den pågældende kategori.

Kommunerne har forskellige tilbud, som de kan henvise borgerne til. En del af tilbuddene omfatter stresshåndteringskurser og psykoedukation. I spørgeskemaets fritekstfelt har 93 pct. (14 ud af 15) kommuner angivet, at de har andre tiltag. Der nævnes eksempelvis coachforløb, mentorforløb, samtaleforløb, kurser i håndtering af angst, motionstilbud. Flere af tilbuddene leveres af det kommunale sundhedscenter eller af eksterne leverandører.

TABEL 8

Andel af kommuner, der gennemfører indsætser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene fordelt på typen af tilbud

Tilbud (n=15)	Andel*
Kommunal/regional psykoedukation	27 %
Kurser i mindfulness	20 %
Stresshåndtering	33 %
Forløb med kommunal psykolog	13 %
I alt	93 %

* Bemærk at pct.erne ikke summer til 100, da det kun er 93 pct. af kommunerne, der angiver at have andre tilbud.

Personale

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at de faggrupper, der primært anvendes i kommunernes indsætser, er fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, psykiatere og socialrådgivere.

Økonomi

Blandt de kommuner, der har en systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene, angiver 80 pct., at indsætserne er finansieret ved egne midler, og 73 pct., at indsætserne er i drift.

Indsætser over for arbejdsrelateret stress

Arbejdsgruppen har ønsket, at forebyggelse af arbejdsrelateret stress inddrages i denne rapport. Forebyggelse af arbejdsrelateret stress ligger primært i regi af den enkelte arbejdsplads, da indsatsen er tæt knyttet til den konkrete arbejdstilrettelæggelse. Der kan henvises til NFA (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø) for information om konkrete metoder og erfaringer. Hvis der i forbindelse med arbejdsrelateret stress optræder symptomer på angst og depression, skal det nævnes, at der er iværksat en afprøvning af patientuddannelsesprogrammet ”Lær at tackle angst og depression” i en række kommuner. Dette sker gennem et satspuljeprosjekt, som administreres af Sundhedsstyrelsen.

2.2.4

Opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre

Blandt ældre mellem 65-74 år er 5 pct. ofte alene, selvom de havde lyst til at være sammen med andre, og blandt ældre over 74 år er andelen 10 pct.¹⁷. 5 pct. af de ældre mellem 65-84 år lider af kronisk angst eller depression, og 3 pct. lider af anden psykisk lidelse/"dårlige nerver"¹⁸.

De mentale helbredsproblemer hos ældre, som er særligt relevante for kommunens arbejde, knytter sig til ensomhed, depression, demens og selvmord.

Arenaen for forebyggelse og opsporing ligger primært i hjemme- og sygeplejen. Det er lovpligtigt at tilbyde alle borgere over 75 år et forebyggende hjemmebesøg en gang årligt. Formålet er at vurdere ældre borgeres aktuelle livssituation uden at fokusere på et bestemt problem eller en bestemt lidelse. Besøget skal afdække, om der er behov for sociale eller sundhedsmæssige foranstaltninger.

Flere kommuner angiver i både interview- og i spørgeskemaundersøgelsen, at de også tilbyder enke- og enkemandsbesøg samt særlige besøg til ældre med anden etnisk baggrund end dansk.

Indsatser til opsporing blandt ældre

26 pct. af kommunerne angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at de systematisk benytter de forebyggende hjemmebesøg til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre. Herudaf finansierer 93 pct. af kommunerne tiltagene ved egne midler (resten er eksterne midler såsom puljemidler), og alle kommunerne angiver, at tiltagene er i drift.

44 pct. angiver, at de ikke bruger de forebyggende hjemmebesøg til systematisk at opspore mentale helbredsproblemer, men at de har andre tiltag. 30 pct. angiver, at de ikke har tiltag til opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre.

TABEL 9

Andel af kommuner, der henholdsvis systematisk anvender forebyggende hjemmebesøg til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre, anvender andre tiltag til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre eller har ingen tiltag til opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre

Ældre (n=54)	Andel
Kommunen anvender systematisk de forebyggende hjemmebesøg til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre.	26 %
Har andre tiltag	44 %
Har ingen tiltag til opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre.	30 %
I alt	100 %

17 Sundhedsprofil2010.dk

18 Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen, 2010.

Det forebyggende hjemmebesøg er et tilbud. I de tre kommuner i spørgeskemaundersøgelsen, der angiver hvor mange hjemmebesøg, der foretages, er pct.delen af ældre over 75 år, der modtager et hjemmebesøg henholdsvis 39, 49 og 54.

Meget få af kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen har statistik på, hvor mange ældre med mentale helbredsproblemer de har identificeret i opsporingen, og hvilke tilbud de ældre tilbydes eller henvises til.

Den opfølgende indsats afhænger af den ældres behov og spænder fra lokale aktivitetscentre, caféer og netværksgrupper (f.eks. "enkegruppen") til henvisning til Center for Selvmordsforebyggelse eller psykiatriske hospitalsafdelinger.

Blandt de kommuner, der angiver, at de ikke har nogle systematiske indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, svarer 60 pct., at de har andre tiltag. De fleste heraf angiver, at en vigtig del af samtalens fokusområde er mental sundhed (som f.eks. er angivet i en kommunal samtaleguide). Hvis der er mistanke om problemer med mental sundhed, orienteres der om netværksgrupper, aktivitetscentre, frivillige besøgsvenner etc., og der iværksættes kommunale indsatser eller henvises til regionale tilbud.

BOKS 4

Stigende fokus på "hjælp til selvhjælp"-tilgange

På det kommunale ældreområde er den tilgang, der benævnes "hjælp til selvhjælp", fremtrædende blandt de interviewede kommuner. Kommunerne beskriver i forskellige termer bevægelsen mod et øget fokus på selvstændighed og selvhjulp, eksempelvis "hjælp til selvhjælp", "længst tid i eget liv", "længst tid i eget hjem". Essensen er at skabe større livskvalitet og uafhængighed ved at give borgerne handlekompetence og redskaber til at klare sig selv. Erfaringen er, at gennem dialog og inddragelse kan kommunen identificere de specifikke behov, hver enkelt borger har, behov som kan være vidt forskellige, men som kan gøre stor forskel for den enkeltes mulighed for at mestre tilværelsen.

Denne ændring i holdning til borgere og velfærdsydelser er kilde til diskussion i kommunerne, hvor der flere steder pågår innovations/forandringsprojekter, der skal sikre, at kommunen mestrer overgangen til den nye tilgang. Som udviklingsområder nævnes udvikling af personalets kommunikationsegenskaber, således at alle medarbejdere har kompetence til at få borgerens stemme frem.

Personale

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at de faggrupper, der anvendes i de kommunale tilbud for størstedelens vedkommende omfatter sygeplejersker og kommunallæger. Af øvrige faggrupper nævnes også pædagoger, ergo- og fysioterapeuter, socialrådgivere og social- og sundhedsassistenter.

Økonomi

Ingen af kommunerne har angivet en skønnet årlig udgift til opsporing og tilbud på området. Én kommune angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at opsporingen ikke betyder ekstraudgifter i forhold til hjemmebesøgene.

2.2.5

Muligheder og barrierer for bedre kapacitetsudnyttelse i kommunerne

Den kommunale forebyggende og sundhedsfremmende indsats er i høj grad afhængig af, at indsatsen er tværgående internt i kommunerne og til en vis grad sker i samarbejde med det regionale sundhedsvæsen. Barrierer for bedre kapacitetsudnyttelse på området, hænger således tæt sammen med samarbejdet mellem kommunale forvaltninger og med det regionale sundhedsvæsen.

De interviewede kommuner angiver, at den tværgående tankegang vinder mere og mere indpas i kommunernes tilrettelæggelse af forebyggende indsatser. Nogle kommuner har tilbage fra kommunalreformen arbejdet målrettet med en tværgående tilgang til forebyggelse. Derudover nævnes det i interviewene, at der fra centralt hold har været et klart fokus på tværgående samarbejde i form af publikationer og krav i puljemiddelopslag. Endelig er der gode erfaringer med, at tværgående samarbejde har en række synergieffekter, og at det f.eks. er muligt at udnytte kontakten med borgerne bedre.

2.2.5.1

Samarbejde internt i kommunerne

Et parameter, der nævnes at have betydning for samarbejdet, er forskellige forvaltningskulturer og rammer. Eksempelvis kolliderer regelbundenhed og tidsfrister på arbejdsmarkedsområdet med den mindre regulerede tilgang på sundheds- og socialområdet. Det angives i flere interviews, at der tilskyndes til tværgående samarbejde mellem kommunale forvaltninger og områder fra ressortministerier samt styrelser. Med henblik på at understøtte de kommunale indsatser påpeges det af flere kommuner, at der med fordel kunne gennemføres en højere grad af tværgående samarbejde på nationalt niveau.

2.2.5.2

Samarbejde med almen praksis

Den kommunale indsats for fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser sker til dels i samarbejde med almen praksis. Samarbejdet er særligt relevant, når almen praksis opsporer patienter, der er i målgruppen for et kommunalt tilbud. Desuden samarbejdes der om mennesker med psykiske lidelser, som ud over den psykiske diagnose ofte har en oversygelighed pga. livsstilssygdomme såsom diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom eller muskelskeletlidelser¹⁹. Det beskrives i interviewene, at samarbejdet med de praktiserende læger kan være præget af forskellige incitamentsstrukturer. Det kan være vanskeligt for kommunerne at etablere et nært samarbejde med de praktiserende læger, der skal forlade deres praksis, hvis de skal mødes. Flere kommuner påpeger dog, at de har et godt samarbejde, der er baseret på målrettede, længerevarende indsatser fra begge parter side. Det angives endvidere, at det kommunalt lægelige udvalg, som beskrevet i lægernes overenskomst²⁰, har revitaliseret samarbejdet.

19 Naylor C., Parsonage M., McDavid D., Knapp M., Fossey M. & Galea A. Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities. The King's Fund and Centre for Mental Health; 2012.

20 Med den nye overenskomst for almen lægegerning af 1. april 2011, er det blevet fastsat, at der i alle kommuner skal etableres kommunalt lægelige udvalg (KLU), bestående af lokale praktiserende læger og repræsentanter for kommunen.

2.2.5.3

Samarbejde med psykiatere

Der er ikke nogen entydighed om samarbejdet med psykiatere fra privat eller regionalt regi. Respondenterne i interviewundersøgelsen repræsenterer i høj grad den primære forebyggelse, dvs. den forebyggelse, der finder sted blandt raske borgere (herunder risikogrupper) med henblik på at fremme sundhed og forhindre sygdom. Respondenterne har således i mindre grad kontakt med psykiatere i regionalt eller privat regi. Billedet er derfor fragmenteret.

Som en følge af ventetiden på udredning hos privatpraktiserende psykiatere – særligt på børneområdet – peger nogle af kommunerne på, at deres fokus i forhold til sårbare borgere i højere grad er blevet skærpet og målrettet. Det angives i interviewene, at borgere, der er psykisk sårbare, så vidt det er muligt, søges hjulpet i kommunalt regi før henvisning til psykiatrisk udredning. Flere kommuner angiver endvidere som en kvalitativ kommentar i spørgeskemaundersøgelsen, at de benytter sig af psykiatere i kommunale tilbud til forebyggelse af psykiske lidelser.

2.2.5.4

Samarbejde med frivilligområdet

De interviewede kommuner ser muligheder i mere samarbejde med frivillige organisationer med henblik på at supplere kerneydelsen. Kommunerne giver talrige eksempler på frivillige indsatser, der omhandler eksempelvis besøgsvenner, lokale idrætsforeninger, patientforeninger, netværksgrupper, etc.

Samtidig nævnes vigtigheden af at overveje omfanget og indholdet af den frivillige indsats. Flere kommuner har en frivillighedspolitik, hvor der er foretaget overvejelser om karakteren og afgrænsningen af opgaverne, om administration og organisering, ansvar og evt. aflønning. Flere større kommuner angiver i interviewene, at de har dedikerede ressourcer på området. Disse beskæftiger sig eksempelvis med kortlægning af de mange og foranderlige tilbud, hjælp til at udarbejde vedtægter samt formidling af kontakt.

2.2.5.5

Dokumentation har betydning for indsatsen

Fokus på forebyggelse nævnes af de interviewede kommuner at være øget på grund af de menneskelige og ikke mindst økonomiske konsekvenser, som mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser har. Selvom det nævnes, at sundhedsområdet ikke er så hårdt ramt af lavkonjunkturer og besparelser som andre områder, angiver kommunerne, at deres økonomi er under pres. Samtidig peges der på, at der er et konstant behov for at synliggøre besparelspotentialet for forbyggende indsatser på området.

En øget synliggørelse af omfang og konsekvenser af mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser angives desuden at have været med til at sikre et politisk fokus på mental sundhed. Det gælder eksempelvis de nationale sundhedsprofiler, skolebørnsundersøgelsen (HBSC²¹) og sundhedsøkonomiske beregninger. Dokumentation for

21 Health Behaviour in School-aged Children, en international undersøgelse af skolebørns sundhed, foretaget af WHO, som Danmark bidrager til (Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet).

sammenhængen mellem indsats og fremtidig besparelse bidrager til at legitimere igangsætningen af nye tiltag på området.

Endelig har Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed skærpet opmærksomheden på, hvilke indsatser der skal fokuseres på inden for mental sundhed. Pakken er baseret på den bedst foreliggende evidens og nævnes i interviewene som værende med til at legitimere forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på området. Desuden anføres det, at den bidrager til at sikre retning i de kommunale ydelser. Blandt de 10 interviewede kommuner havde to kommuner systematisk gennemgået indsatserne i forebyggelsespakken. Her vurderede man, at omtrent halvdelen eller flere af indsatserne var tilfredsstillende implementeret i kommunen. For de øvrige kommuners vedkommende var der på interviewtidspunktet kun et fåtal af indsatserne i forebyggelsespakken, der vurderedes at være implementeret.

2.3

Regionale indsatser

Kapitlet præsenterer data indsamlet ved den kvantitative spørgeskemaundersøgelse. Formålet med kapitlet er at give et billede af regionernes indsatser på de fire udvalgte indsatsområder.

Regionerne har til dels samme udfordring som kommunerne i forhold til opgørelsen af kapaciteten af indsatserne. Det har dog i højere grad været muligt at opgøre udgifter, medarbejdertimer/årsværk, antal borgere/forløb for indsatserne. For en række af indsatserne har det ikke været muligt at udskille data fra driften, idet indsatsen var integreret i behandlingsforløbene.

2.3.1

Sygdomsspecifik psykoedukation

Sygdomsspecifik psykoedukation indebærer undervisning i en særlig diagnose med henblik på at øge deltagernes viden og handlekompetence i forhold til deres sygdom. Undervisningens indhold varierer afhængigt af diagnose, målgruppe og individuelle hensyn, men består af en række faste komponenter: sygdomslære, behandling, mestringsstrategier, love og rettigheder, sundhed/livsstil og familie/netværk.

Indsatser

Alle regionerne tilbyder sygdomsspecifik psykoedukation. Region Midtjylland og Region Sjælland tilbyder på nuværende tidspunkt psykoedukation for alle nedenstående diagnoser, mens de øvrige regioner i varierende grad har sygdomsspecifikke tilbud. Mest udbredt er psykoedukation inden for affektive lidelser, spiseforstyrrelser og skizofreni-området.

TABEL 10

Oversigt over inden for hvilke diagnoser regionerne tilbyder psykoedukation

Hvilke diagnoser tilbyder regionerne psykoedukation inden for?	Skizofreni og det skizofrene spektrum (a)	Affektive lidelser (b)	Nervøse og stressrelaterede tilstande (c)	Personlighedsforstyrrelser (d)	Spiseforstyrrelser (e)	Hyperkinetisk forstyrrelse (f)
Hovedstaden	Ja	Ja**	Ja**	Ja**	Ja**	Nej
Sjælland***	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Syddanmark	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja*	Nej
Midtjylland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Nordjylland	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja

* Psykoedukation til patienter med spiseforstyrrelser opstartes i 2013.

** For affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelse indgår sygdomsspecifik psykoedukation som en integreret del af pakkeforløbene i ambulatorierne.

*** Ad a) Regional manual udarbejdet. Ad b) og d) og g): Regional manual udarbejdes inden udgangen af 2012.

Ad c) Manual for psykoedukation til angst og ADHD udarbejdes foråret 2013.

I Region Syddanmark tilbydes endvidere psykoedukation til demente i tidligt stadie, og i Region Nordjylland tilbydes psykoedukation inden for demens, selvmordsforebyggelse og autisme.

Alle regioner tilbyder psykoedukation til henholdsvis voksne og børn med de pågældende diagnoser, for børn dog kun udvalgte diagnoser i Region Hovedstaden. Alle regioner tilbyder psykoedukation til pårørende.

Antal patienter

I Region Midtjylland og Region Syddanmark var der henholdsvis 4.573²² og 6.782 patienter i forløb. Region Sjælland havde i alt 1.681²³ forløb, heraf 580 forløb i børne- og ungdomspsykiatrien. Alle tal er fra 2011. I Region Nordjylland og i Region Hovedstaden har man ikke opgjort antal patienter.

Relativt set leverer Region Syddanmark 5,6 psykoedukationer per 1.000 borgere, mens Region Sjælland leverer 2,1 per 1.000 borgere.

Hvor det nævnes, er det primært affektive lidelser, angst og fobier samt hyperkinetiske forstyrrelser, der undervises i.

22 Tallet dækker kun over ambulante gruppeforløb, som er de eneste regionen har mulighed for at måle.

23 Bestående af 8091 besøg.

TABEL 11

Antal af patienter i sygdomsspecifik psykoekudation opgjort på regionerne

	Antal patienter i sygdoms- specifik psykoekudation	Antal patienter i forløb pr. 1.000 borgere
Hovedstaden	Registreres ikke	–
Sjælland	1.681*	2,1
Syddanmark	6.782	5,6
Midtjylland	4.573	3,6
Nordjylland	Ikke opgjort	–

* Heraf 580 forløb i børne- og ungdomspsykiatrien.

Region Midtjylland angiver at have et formaliseret samarbejde med mere end halvdelen af kommunerne omhandlende patientekudation i PsykInfo regi. For Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden angives samarbejdet at være uformelt, eksempelvis i form af gensidig assistance ved undervisning. Region Nordjylland angiver ikke at have samarbejde med kommunerne.

Personale

I alle regioner er der tilknyttet psykologer, psykiatere og sygeplejersker til den sygdomsspecifikke psykoekudation. Socialrådgivere er i fire ud af fem regioner tilknyttet psykoekudationen. I varierende omfang tilknyttes ergoterapeuter og fysioterapeuter, diætister, social- og sundhedsassistenter og pædagoger. I Region Syddanmark inddrages patient- og pårørendeorganisationer efter behov.

Region Syddanmark angiver, at der bruges 4,2 årsværk²⁴ på sygdomsspecifik psykoekudation. Region Nordjylland anslår, at der bruges 1,3 årsværk²⁵ årligt. De øvrige regioner har ikke registreret personaleforbruget. Region Sjælland angiver, at timetal og udgifter ikke registreres særskilt, da psykoekudationen er integreret i patientbehandling i afdelingerne.

Økonomi

Region Syddanmark angiver, at udgiften til sygdomsspecifik psykoekudation er lidt over to mio. kr. omfattende de årlige lønudgifter. Region Nordjylland angiver, at udgiften udgør de årlige lønudgifter svarende til estimeret 1,3 årsværk. De øvrige regioner har ikke opgjort udgifterne.

2.3.2

Generel psykoekudation/patientuddannelse

Den generelle psykoekudation omfatter undervisning, der er målrettet psykiske lidelser generelt, herunder sygdomslære og håndtering af sygdom. Formålet med generel psykoekudation/patientuddannelse er at styrke deltagerne personlige ressourcer til egenomsorg og håndtering af hverdagen i lyset af den kroniske sygdom.

24 8.137 medarbejdertimer.

25 2.500 medarbejdertimer.

Indsatser

Tre ud af fem regioner – Midt, Syd og Nord – tilbyder patienter med psykiske lidelser generel psykoedukation eller generel patientuddannelse. I Region Midtjylland og Region Syddanmark sker uddannelsen i regi af PsykInfo. Region Hovedstaden og Region Sjælland angiver, at de ikke tilbyder generel psykoedukation/generel patientuddannelse, dog tilbydes der gruppebaseret undervisning i begge regioners PsykInfo, jf. næste afsnit. Der henvises derfor til dette afsnit for information om undervisningens kapacitet og ressourcer.

Region Nordjylland tilbyder generel psykoedukation til voksne, børn og pårørende. Der gennemføres omkring 40 forløb årligt i regi af de relevante afdelinger. Uddannelsen estimeres at koste regionen ca. 500 medarbejdertimer årligt fordelt på psykologer, sygeplejersker, pædagoger, psykiatere og socialrådgivere.

2.3.3

PsykInfo

PsykInfo er navnet for de regionale Psykiatriske Informationscentre. Centrenes formål er at tilbyde information og rådgivning om psykiske lidelser og psykiatrien. Kommunerne nævner PsykInfo, som havende stor nytteværdi i forhold til at sikre information om psykiske lidelser og til at sikre nødvendige tiltag til afstigmatisering af psykiske lidelser.

Indsatser

Regionerne tilbyder alle foredrag/temaaftener i regi af PsykInfo. Derudover tilbydes telefonrådgivning og gruppebaseret undervisning i alle regioner, på nær Region Nordjylland hvor gruppebaseret uddannelse tilbydes i afdelingsregi. Alle regioner på nær Region Midtjylland tilbyder personlig rådgivning.

Ud over de ovenstående nævnte aktiviteter angives en række andre funktioner, bl.a. arbejdes der med afstigmatiseringskampagnen "EN AF OS". PsykInfo fungerer også som udgående undervisningsfunktion, f.eks. nævnes i Region Syddanmark og Region Sjælland undervisning til uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser, kommunale jobcentre, daginstitutioner, sundhedsplejersker og lærere.

Målgruppen for PsykInfos aktiviteter i regionerne er meget bred og omfatter alle borgere, herunder patienter, pårørende, kommuner, patientforeninger og virksomheder. Desuden angives uddannelsesinstitutioner som målgruppe.

Antal borgere og undervisningsforløb

Samlet set leverer PsykInfo i Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland ydelser til henholdsvis 5.600, 8.142 (inkl. borgere i undervisningsforløb) og 2.515 borgere, jf. nedenfor. Størstedelen af borgerne deltager i oplysningsarrangementer. Antallet af undervisningsforløb eller -sessioner i de tre regioners PsykInfo'er ligger mellem 10 (Region Sjælland) og 72 (Region Syddanmark), det bemærkes af Region Sjælland, at man forventer en stigning i tallet. Region Hovedstaden har, grundet nylig opstart af PsykInfo, ikke oplyst antallet af forløb, og Region Nordjylland leverer som før nævnt undervisningen i andet regi. For de øvrige aktiviteter registreres ikke antallet af borgere.

TABEL 12

Omfanget af oplysningsarrangementer og rådgivninger, undervisningsforløb per år og antal borgere, der har modtaget tilbud fra PsykInfo per år

	Oplysningsarrangementer og rådgivninger	Undervisningsforløb/årligt	Antal borgere i alt, der har modtaget tilbud fra PsykInfo/årligt
Hovedstaden	Ikke opgjort	Ikke opgjort	Ikke opgjort
Sjælland	20 arrangementer 395 rådgivninger	10	2.515***
Syddanmark	118 arrangementer 3.520 rådgivninger	72	8.142**
Midtjylland	50	30	5.600*
Nordjylland	Ikke opgjort	Ikke opgjort	Ikke opgjort

* heraf 600 borgere i undervisningsforløb, 5.000 til arrangementer,

** heraf 3.250 rådgivninger, 4.892 til offentlige foredrag. Hertil kommer deltagere i de 72 undervisningsforløb: mellem 10-100 i hvert forløb, samt naturvejledning til 1.667 borgere og offentlige medarbejdere,

*** heraf 120 borgere i undervisning, 395 i rådgivning, 2.000 til arrangementer. Region Sjælland har angivet, at tallene er fra 2011, de øvrige har ikke angivet tal.

Både Region Midtjylland og Region Syddanmark har formaliseret samarbejde med mere end halvdelen af kommunerne om generel psykoedukation /patientuddannelse. Region Syddanmark samarbejder formelt med alle kommuner via de lokale PsykInfo styregrupper. Region Midtjylland har formaliseret samarbejde med alle kommunerne om oplysningsarrangementer og med halvdelen af kommunerne om weekendseminar og netværksgrupper for pårørende. For Region Sjælland gælder samarbejdet under halvdelen af kommunerne. Samarbejdet består fortrinsvist i, at repræsentanter fra kommunernes socialfaglige indsats for mennesker med psykiske lidelser deltager i PsykInfo's baggrundsgrupper tre gange om året, at PsykInfo og kommunerne laver arrangementer og deltager i events sammen og at kommunernes netværk deltager i "EN AF OS"-kampagnen. Region Hovedstaden og Region Nordjylland har et uformelt samarbejde med kommunerne. Region Nordjylland etablerer fra 1. december 2012 et formaliseret samarbejde med Aalborg Kommune.

Personale og økonomi

Nedenfor er opgivet PsykInfos forbrug af årsværk. Desuden er angivet den årlige udgift til PsykInfo. Opgørelsen viser en betydelig variation i udgifter per 1.000 borgere, hvor PsykInfo i Region Sjælland anvender 6.200 kr. per 1.000 borgere, mens PsykInfo i Region Hovedstaden anvender 1.500 kr. per 1.000 borgere.

TABEL 13

Årsværk og udgifter til PsykInfo

	Årsværk	Kroner	Udgift pr. 1.000 borgere
Hovedstaden	3	2.600.000	1.500 kr.
Sjælland	4,1**	5.100.000	6.200 kr.
Syddanmark	9,5	6.085.000	5.100 kr.
Midtjylland	5,2*	4.000.000	3.200 kr.
Nordjylland	3,2	1.532.280	2.600 kr.

* 10.000 medarbejdertimer.

** 10 medarbejdere 173 timer/uge

Alle regionerne har ansat sygeplejersker i PsykInfo. Derudover nævnes eksempelvis socialrådgivere og socialpædagoger, lærere, bibliotekarer, administrativt, akademisk samt økonomi- og kommunikationsfagligt personale.

2.3.4**De regionale centre for selvmordsforebyggelse**

I specialevejledningerne for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri har Sundhedsstyrelsen fastsat selvmordsforebyggelse som en regionsfunktion med henblik på at styrke og udvide indsatsen i relation til selvmord, hvormed der stilles særlige krav til forebyggelse og behandling af selvmordsforsøg for ikke-psykisk syge eller lettere psykisk syge patienter.

Indsatser

Alle regioner tilbyder en specialiseret behandlingsindsats for selvmordstruede børn, unge og voksne, herunder hurtig opfølgning ved selvmordsforsøg. Tilbuddene omfatter derudover information og undervisning om selvmordsforebyggelse og der angives desuden opgaver inden for forskning og evaluering (Region Hovedstaden og Region Syddanmark), pårørendesamarbejde, rådgivning af samarbejdspartnere samt satellitfunktion i yderområder (Region Nordjylland).

Målgrupperne er for hovedparten både voksne og mindreårige selvmordstruede eller voksne og mindreårige, der har forsøgt selvmord. For Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Hovedstaden er målgruppen endvidere efterladte/pårørende og relevant fagpersonale.

TABEL 14

Målgrupper for det regionale center for selvmordsforebyggelse

	Voksne selvmordstruede	Voksne, der har forsøgt selvmord	Selvmordstruede børn	Børn, der har forsøgt selvmord	Efterladte/pårørende	Relevant fagpersonale	Andre
Hovedstaden	x	x	X	x	x	x	
Sjælland	x	x	X**	X**			
Syddanmark		x	X	X	x	x	
Midtjylland	x	X	X	X			X*
Nordjylland	x	x	X	x	x	X***	

* Selvmordstruede unge / Unge der har forsøgt selvmord

** Målgruppen er børn fra 15 år og opefter. Børn under 15 år behandles i børne- og ungdomspsykiatrien

*** Obligatoriske, opkvalificerende kurser for psykiatriens personale (regionalt og kommunalt).

Centrene i Region Syddanmark og Region Sjælland angiver at have et formaliseret samarbejde med mere end halvdelen af kommunerne, centeret i Hovedstaden med mindre end halvdelen. Region Syddanmark angiver, at de enkelte teams i regionen samarbejder med kommunen via generel information og undervisning, men også i form af konkret samarbejde omkring patienter og tværsektorielle samarbejder. Region Sjællands formaliserede samarbejde med kommunerne omhandler unge i alderen 15-17år. Derudover er der et generelt, ikke-formaliseret samarbejde med kommunerne om information om selvmordsforebyggelse og om centeret. Region Sjælland angiver, at samarbejdet med kommunerne omkring ydelser til voksne er individuelt tilpasset den enkelte patient, f.eks. vedr. arbejdsforhold og andre sociale forhold. For ydelser til børn og unge er der et formaliseret samarbejde med de tre kommuner i BUC Bispebjergs optageområde, København, Frederiksberg og Bornholm. Region Nordjylland og Region Midtjylland angiver at have et uformelt samarbejde med kommunerne.

Antal borgere tilknyttet

Der er regionale forskelle i, hvordan borgere tilknyttet centeret er opgjort. For hovedparten er der ikke sondret mellem behandling, undervisning og rådgivning. Tabel 15 viser antallet af tilknyttede borgere til centrene.

TABEL 15

Antal borgere, der årligt modtager rådgivning, behandling og undervisning i de regionale centre for selvmordsforebyggelse

	Borgere der modtager rådgivning, behandling og undervisning per år
Hovedstaden	520 (ca. 450 voksne, 50-70 børn) er knyttet til centeret
Sjælland	161
Syddanmark	Behandlingsforløb 625 (heraf ca. 125 børn og unge og 500 voksne) Undervisningsforløb 1.600 Rådgivningsforløb 900
Midtjylland	I alt 500-600 borger tager årligt imod rådgivning, undervisning og behandling – der skelnes ikke
Nordjylland	Ca. 190 behandlingsforløb

Personale og økonomi

Der er stor variation i centrenes ressourcer. Eksempelvis har Region Syddanmark knap 21 årsværk til driften, mens Region Sjælland har ca. 2,5. Dette afspejles endvidere i den årlige udgift, der er angivet at være forbundet til centrene. Opgjort per 1.000 borgere anvender Region Syddanmark 8.200 kr. per 1.000 borgere, mens Region Sjælland anvender 1.000 kr. per 1.000 borgere.

TABEL 16

Årsværk og udgifter til de regionale centre for selvmordsforebyggelse

	Antal årsværk	Årlig udgift forbundet med centeret	Udgift per 1.000 borgere
Hovedstaden	7,95	4,4 mio.	2.600 kr.
Sjælland	2,5	0,82 mio.	1.000 kr.
Syddanmark	20,79	9,85 mio.	8.200 kr.
Midtjylland	Ca. 5*	3,7 mio.	2.900 kr.
Nordjylland	4,5**	Ikke angivet	–

* Der er 3 fuldtidsansatte psykologer (herunder 1 daglig leder) 2 deltidsansatte psykologer (30 timer) og 1 deltidsansat socialrådgiver (30 timer), **4 fuldtidsansatte psykologer, 1 fuldtidsansat lægesekretær, 1 konsulterende psykiater/overlæge.

Alle centre har ansat psykologer og socialrådgivere. Desuden angives psykiatere at være ansat i Region Syddanmark og Hovedstaden, i Region Nordjylland i form af en konsulterende psykiater. Region Sjælland har en vakant psykiaterstilling, der er besat per 1. januar 2013. Øvrige medarbejdergrupper omfatter pædagoger, akademikere og administrativt personale.

3

Indsatser på børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet

3.1

Indledning

Kortlægningen af indsatser på børne- og undervisningsområdet samt på de videregående uddannelser målrettet børn og unge med psykiske vanskeligheder er gennemført på baggrund af tilgængelige data samt Rambølls analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder. Herudover er inddraget relevante rapporter på området.

På børne- og undervisningsområdet er det grundlæggende udgangspunkt, at alle børn og unge skal tilbydes den nødvendige støtte for at kunne trives, udvikles og lære samt gennemføre videre uddannelse. Børn og unge med psykiske vanskeligheder er en del af målgruppen for den støtte, der skal gives, men der er ikke i lovgivningen på børne- og undervisningsområdet særskilte indsatser målrettet børn og unge med psykiske vanskeligheder. Der er derfor på børne- og undervisningsområdet en række udfordringer i forhold til at identificere den del af indsatsen, der vedrører denne målgruppe.

Det gælder generelt, at lovgivningen giver frie rammer for, hvordan støtten kan tilrettelægges og gives, medmindre der er tale om en økonomisk støtte. Det betyder, at de enkelte kommuner og institutioner kan anvende og anvender en lang række metoder, undervisningsformer, organiseringsformer og ressourcpersoner for at understøtte børn og unge med psykiske vanskeligheder. På ungdomsuddannelserne og de videregående uddannelser er der en række specifikke støttemuligheder.

De lovgivningsmæssige rammer omfatter dagtilbudsloven, folkeskoleloven, love om de enkelte ungdomsuddannelser, lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser og lov om statens uddannelsesstøtte, jf. tabellen neden for.

TABEL 17

Oversigt over støttemuligheder

Støttemuligheder efter lovgivningen

Dag-, fritids- og klubtilbud

Støtte i form af støttepædagoger, særlige ressourcepersoner, særligt efteruddannet personale i institutionen eller kommunalt korps

Folkeskolen

Styrket almenundervisning (Inklusion)

Specialundervisning

Pædagogisk-psykologisk rådgivning

Frie grundskoler

Specialundervisning evt. med specialpædagogisk støtte til institutionen

Pædagogisk-psykologisk rådgivning

Frie kostskoler

Specialundervisning evt. med specialpædagogisk støtte til institutionen

Pædagogisk-psykologisk rådgivning

Ungdomsuddannelserne

Specialpædagogisk støtte

Social, personlig eller psykologisk rådgivning

Særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU)

Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU)

Træningsskolens Arbejdsmarkedsuddannelser (TAMU)

Videregående uddannelser

Specialpædagogisk støtte

Handicaptillæg

Studenterrådgivningen

Opsummering: Indsatser på børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet

- Kortlægningen viser, at der har været en stigning i indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder. På dagtilbudsområdet og folkeskoleområdet har der været en mindre stigning i støtten i dagtilbud og specialundervisning i folkeskolen. På ungdomsuddannelserne og de videregående uddannelser har der været en kraftigere stigning i specialpædagogisk støtte, og på de videregående uddannelser har der været en væsentlig stigning i ydelsen af handikaptillæg og Studenterrådgivningens ydelser.
- På dagtilbudsområdet og grundskoleområdet foreligger der ikke forklaringer på stigningen i aktiviteter, der går udover de forklaringer, der generelt gives for udviklingen på sundhedsområdet. På ungdomsuddannelserne og de videregående uddannelser vurderes det, at stigningerne er begrundet i et større optag på uddannelserne og et bedre kendskab til de forskellige støtteordninger.
- I forhold til muligheder for en bedre kapacitetsudnyttelse er de centrale temaer tidlig opsporing og forebyggelse, inklusion og bedre samarbejde og/eller koordinering mellem sektorer og fagpersoner.
- På folkeskoleområdet har regeringen og kommunerne en fælles målsætning om øget inklusion. Det vurderes, at en styrkelse af den almindelige undervisning til at være mere inkluderende vil være til gavn for alle elever, og at det vil give en bedre ressourceudnyttelse. Kommunerne er i fuld gang med at implementere inklusions-tilgangen i folkeskolen, som også omfatter tidlig og forebyggende indsats for børn og unge, der mistrives, har adfærds- og psykiske problemer m.v.
- Det vurderes, at der på børne- og undervisningsområdet er et potentiale i at styrke samarbejde mellem PPR og den regionale psykiatri. Det vil dels kunne kvalificere henvisningerne til udredning i den regionale psykiatri. Dels vil det kunne styrke samarbejdet mellem kommunerne og den regionale psykiatri i forhold til forståelse for de forskellige faglige tilgange og kommunernes myndighedsansvar i forhold til at give børn og unge med psykiske vanskeligheder et fyldestgørende undervisningstilbud.

3.2**Dag-, fritids- og klubtilbud**

Kommunen skal tilbyde den nødvendige støtte i dag-, fritids- og klubtilbud, for at et barn kan trives, udvikles og lære. Den støtte, der tildeles børn og unge i almene dag-, fritids- og klubtilbud efter dagtilbudslovens § 4, har en bred målgruppe og kan f.eks. gives til børn og unge med adfærdsproblemer, langsomt udviklede børn, børn med psykisk nedsat funktionsevne, børn med motoriske vanskeligheder og børn med sociale problemer.

Støtten tildeles efter en konkret faglig vurdering af det enkelte barns behov for støtte. Ved tildeling af støtte skal kommunen foretage en kvalificeret afdækning af barnets eller den unges behov for støtte, så den mest hensigtsmæssige og effektive form for støtte opnås i forhold til barnets behov og barnets bedste. Der skal ved tildeling af støtte

lægges vægt på barnets eller den unges mulighed for et udviklende, stabilt og trygt barndoms- eller ungdomsliv med mulighed for kontakt og inkluderende samvær med andre børn og unge samt voksne i tilbuddene.

Støtten kan tilrettelægges på mange måder, f.eks. som støttepædagoger, der er fast tilknyttet dagtilbuddet, som særlige ressourcepersoner eller særligt efteruddannede personer i dagtilbuddet eller som en del af et kommunalt korps.

Børn, som på grund af betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, har et særligt behov for støtte, behandling mv., der ikke kan dækkes gennem ophold i almene tilbud, skal modtage en plads i et særligt dagtilbud efter servicelovens regler.

Til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen, tilbydes der specialpædagogisk bistand, hvis børnenes udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte. Den specialpædagogiske bistand omfatter specialpædagogisk rådgivning til forældre og andre, der udøver daglig omsorg for barnet, særlige hjælpemidler samt træning af barnet. Formålet med den specialpædagogiske bistand er så tidligt som muligt at fremme udviklingen hos børn med særlige behov, således at de på lige fod med andre børn kan påbegynde skolegangen.

Pædagogisk-psykologisk rådgivning

Efter samråd med forældrene sørger kommunalbestyrelsen for, at der foretages en pædagogisk, psykologisk vurdering af barnet med fornøden bistand fra andre sagkyndige. Det kan være sagkyndige fra andre kommuner, og i de mest specialiserede og komplicerede tilfælde kan der indhentes bistand fra VISO.

3.2.1

Økonomi, personale og aktivitet

Der foreligger ikke centrale data for, hvor mange ressourcer kommunerne anvender til støtte til børn i dagtilbud, da udgifterne ikke hidtil været konteret særskilt i kommunernes regnskaber. Det samme gælder antallet af personale. Udgiften til støtte er i kommunernes budgetindberetninger blevet ændret fra 2012, således at der fremover sker indberetning af, hvor meget kommunerne anvender til støtte samlet set efter dagtilbudsloven. Disse tal forventes at foreligge primo 2013.

I den analyse, som Rambøll har gennemført for Social- og Integrationsministeriet af kommunernes indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder, indgår kommunernes angivelser af hvor mange børn, der fik pædagogisk støtte i dagtilbud efter dagtilbudsloven. Kapacitetsanalysen omfatter også det samlede antal pædagogiske, psykologiske vurderinger og kommunernes angivelse af, hvor mange der vedrører børn med psykiske vanskeligheder.

TABEL 18

Antallet af børn, der fik pædagogisk støtte i dagtilbud, opregnet til landsplan, udgør for årene 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling
Antal	6.359	7.071	6.874	7.380	7.083	11 %

Kilde: Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder, Rambøll 2013

TABEL 19

Antallet af pædagogiske-psykologiske vurderinger af børn i dagtilbud i årene 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling
Antal	11.385	12.581	12.209	12.004	12.028	6 %

Kilde: Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder, Rambøll 2013

TABEL 20

Andel af de pædagogiske-psykologiske vurderinger af børn i dagtilbud i årene 2007-2011, der vedrører børn med psykiske vanskeligheder

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling
Andel	31 %	32 %	33 %	35 %	36 %	16 %

Kilde: Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder, Rambøll 2013

3.2.2

Muligheder for bedre kapacitetsudnyttelse

Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning gennemførte i 2009 en undersøgelse for Indenrigs- og Socialministeriet om indsatser over for socialt udsatte børn i dagtilbud og effekten heraf.

Undersøgelsen viste bl.a., at kommunerne i stigende grad prioriterer den tidlige indsats og inklusion af de socialt udsatte børn i normalmiljøet. Det gælder også i stigende grad indsatsen til børnegruppen som helhed og til det udsatte barns forældre. Sideløbende med denne udvikling er den traditionelle støttepædagogordning rettet mod det enkelte barn imidlertid fortsat den hyppigst anvendte.

Undersøgelsen viste yderligere, at dagtilbuddene især har et tæt samarbejde med pædagogisk-psykologisk rådgivning, som også yder konsulentbistand i forhold til de socialt udsatte børn, mens der ikke er det samme tætte samarbejde med kommunernes familieafdelinger. Samtidig sås det, at kun få kommuner udarbejder en fælles handleplan

for indsatsen over for det socialt udsatte barn, inden indsatsen iværksættes. Yderligere at der kun er begyndende tegn på effektmåling af de enkelte indsatser i kommunerne.

Forfatterne opstillede på baggrund af undersøgelsen bl.a. anbefalinger om en øget opmærksomhed på sammenhængen mellem indsatsen og virkningen heraf, så der kan opnås systematisk viden om, hvilken indsats der er passende over for socialt udsatte børn. Anbefalingerne gik yderligere på at sikre, at de professionelle i højere grad føler sig forpligtet til et reelt samarbejde om det enkelte barn, og at der udformes en fælles handleplan for arbejdet med et barn. Samtidig opstillede undersøgelsen en anbefaling om en styrkelse af det tværfaglige samarbejde organiseret i handle- og beslutningsdygtige fora.

3.3

Folkeskolen

Alle elever i folkeskolen skal have et relevant og fyldestgørende undervisningstilbud. Elever, hvis udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte, gives specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand.

Ved en lovændring, der trådte i kraft ved begyndelsen af skoleåret 2012/2013, er specialundervisning fremover afgrænset til at være undervisning i specialskoler og specialklasser samt undervisning, hvor eleven modtager støtte i mindst 9 ugentlige timer. Før lovændringen omfattede specialundervisning også støtte i mindre end 9 ugentlige timer.

Målet med lovændringen er at give kommunerne mulighed for større fleksibilitet i forbindelse med tilrettelæggelsen af undervisningen af elever med særlige behov og mulighed for at tilrettelægge en tidlig og forebyggende indsats som led i den almindelige undervisning. For at understøtte, at elevernes læring og udvikling i videst muligt omfang finder sted i den almindelige undervisning, kan der anvendes f.eks. holddannelse, tolærerordninger og undervisningsassistenter.

Af rapporten "Specialundervisning i folkeskolen – veje til en bedre organisering og styring" fra juni 2010 fremgår, at undersøgelser af effekten af specialundervisningen indikerer, at en stor del af de elever, der i dag segregeres i specialklasser og specialskoler, også vil kunne modtage støtte inden for rammerne af den almindelige folkeskole med en mere hensigtsmæssig indretning og udnyttelse af folkeskolen. Rapporten pegede generelt på, at der kan være behov for en ændret indsats for elever med adfærds-, kontakt- og trivselsproblemer (AKT).

3.3.1

Økonomi og aktivitet i specialundervisning

Rapporten »Specialundervisning i folkeskolen – veje til en bedre organisering og styring« viser, at udviklingen i Danmark er gået i retning af, at flere og flere elever udskilles til undervisning i specialklasser og specialskoler, og at udgifterne på området er i kraftig vækst.

Det fremgår således af rapporten, at ca. 84.000 elever eller 14,3 pct. af alle elever i folkeskolen i skoleåret 2008/09 modtog specialundervisning. Der anvendes ca. 13 mia. kr. årligt på specialundervisningsområdet, hvilket svarer til knap 30 pct. af de samlede udgifter til folkeskolen. Ca. 33.000 elever af de ca. 84.000 elever modtog special

undervisning i specialklasser og specialskoler, svarende til 5,6 pct. af alle elever i folkeskolen. I tallet indgår også børn og unge i interne skoler i dagbehandlingstilbud og på anbringelsessteder.

Der anvendes ca. 7,9 mia. kr. årligt til specialklasser og specialskoler. Sammenlignet med Sverige og Finland udskilles der forholdsvis mange elever i Danmark til specialklasser og specialskoler.

Undersøgelsen af folkeskolens specialundervisning viste, at langt den største del af den almindelige specialundervisning (elever der før lovændringen fik specialpædagogisk støtte i op til 9 ugentlige timer) vedrører elever med læse- og skrivevanskeligheder. En anden stor henvisningsårsag er generelle indlæringsvanskeligheder, hvilket typisk karakteriserer børn og unge med forsinket intellektuel udvikling.

En væsentlig del af eleverne med generelle indlæringsvanskeligheder vurderes i undersøgelsen at være elever med adfærds-, kontakt- og trivselsproblemer (AKT-elever). Kommunebesøgene i forbindelse med undersøgelsen viste, at der opleves en særlig udfordring i forhold til såkaldte AKT-elever (adfærds-, trivsel- og kontakt-problemer). Andelen af elever med udviklingsforstyrrelser og psykiske problemer udgjorde i undersøgelsen hen ved 15 pct., mens andelen af "andet" og "uoplyst" er næsten lige så stor. Det er ikke muligt gennem den øvrige dataindsamling at oplyse, hvor stor en andel, der henvises til specialundervisning som følge af psykiske vanskeligheder.

I Rambølls analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder indgår kommunernes angivelser af, hvor stor en andel af børn og unge, der modtager specialundervisning, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder.

TABEL 21

Andel af børn og unge, der modtager specialundervisning, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder i årene 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling
Andel	30 %	30 %	28 %	32 %	34 %	13 %

Kilde: Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder, Rambøll 2013

TABEL 22

Andel af elever, der modtager specialundervisning i segregerede tilbud (specialskoler og specialklasser samt interne skoler på anbringelsessteder) i skoleårene 2007/08-2011/12

	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	Udvikling
Andel	5,0 %	5,4 %	5,6 %	5,8 %	5,4 %	8 %

Kilde: Danmarks Statistiks Integrerede Elevregister og egne beregninger baseret på udtræk fra Ministeriet for Børn og Undervisnings databank, 2013

Sammenholdt med udviklingen i andelen af elever, der modtager specialundervisning i segregerede former, indikerer Rambølls analyse af kapaciteten i den kommunale indsats, at andelen af elever, der modtager specialundervisning som følge af psykiske vanskeligheder, har været svagt stigende.

3.3.2

Pædagogisk-psykologisk rådgivning

Folkeskoleloven indeholder få bestemmelser om pædagogisk-psykologisk rådgivning. Den fastlægger, at henvisning til specialundervisning skal ske efter pædagogisk-psykologisk rådgivning. De øvrige bestemmelser vedrører inddragelse af pædagogisk-psykologisk rådgivning i specifikke situationer som f.eks. fritagelse for fag.

Skolelederen kan anmode om en pædagogisk-psykologisk vurdering af elever, der har behov for støtte i mindre end 9 undervisningstimer ugentligt. Det skal ske, hvis skolelederen efter en faglig vurdering finder, at der er behov for en pædagogisk-psykologisk vurdering for at kunne tilrettelægge et fyldestgørende undervisningstilbud til det pågældende barn. Forældrene har også mulighed for at henvende sig til skolelederen, hvis de mener, at der er behov for at indhente en pædagogisk-psykologisk vurdering af deres barn.

Herudover fremgår det af folkeskoleloven, at kommunalbestyrelsen bestemmer, hvilke arbejdsopgaver der ud over de lovbestemte arbejdsopgaver skal varetages af pædagogisk-psykologisk rådgivning.

Rapporten "Specialundervisning i folkeskolen – veje til en bedre organisering og styring" indikerede, at der er en række forhold omkring styring og ressourceanvendelse på det pædagogisk-psykologiske område, som kan forbedres²⁶. På baggrund af rapportens anbefalinger har regeringen og kommunerne bl.a. aftalt, at PPR skal arbejde mere efterspørgselsstyret og i højere grad ud fra, hvad skolerne har behov for. Det gælder særligt i forhold til kommunernes opgave med at inkludere flere elever med særlige behov i den almindelige undervisning.

Der er stor variation i PPR's rolle og organisatoriske placering på tværs af kommunerne. Således er der stor forskel på, om PPR's arbejdsopgaver er afgrænset til skoleområdet eller tænkes bredere i forhold til en tidligere indsats.

Det fremgår af Rambølls analyse af kapaciteten i den kommunale indsats, at case-studierne i kommunerne har vist, at det er de psykisk sårbare unge, der anses som den mest udfordrende gruppe at nå, og at kommunerne har en opfattelse af, at der er kommet flere af denne målgruppe.

Et forsøgsprojekt i Aalborg Kommune målrettet denne gruppe har gode erfaringer med et børnepsykologisk team med tre psykologer, og det er besluttet at videreføre teamet.

²⁶ Specialundervisning i folkeskolen – veje til en bedre organisering og styring, juni 2010.

BOKS 6

Forsøgsprojekt med børnepsykologisk team i Aalborg²⁷

- Målgruppen er børn mellem tre og 13 år med lettere psykiatriske eller psykologiske problematikker. Det er børn med angst, tvangstanker/-handlinger, udviklingsforstyrrelser og andre problematikker, der ikke skyldes belastende opvækstforhold.
- I de fleste tilfælde begynder behandlingen med en undersøgelse af barnet, og den efterfølgende behandling kan foregå alene med barnet, med barn og forældre sammen eller alene med forældrene.
- Teamet har deltaget i et etårigt forsøgsprojekt om visitation, der er etableret i fællesskab med psykiatrien i Region Nordjylland.
- En forvisitation giver psykologteamet lejlighed til at rådgive involverede kollegaer andre steder i kommunen.
- De tre psykologer er specialpsykologer i klinisk børnepsykologi, og teamet vurderer, at det er en forudsætning for, at de har kunnet fungere.
- Den organisatoriske placering og opbakningen i kommunen er også en vigtig forudsætning.

Ydermere kan det nævnes, at KL i januar 2013 har udgivet rapporten "Pejlemærker for fremtidens pædagogisk-psykologiske rådgivning".

3.3.2.1

Udgifter, personale og aktivitet i pædagogisk-psykologisk rådgivning

De samlede udgifter til PPR fremgår af tabellen nedenfor.

TABEL 23

De samlede regnskabsførte udgifter til PPR, 2007-2012, mio. kr.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)
Hele landet	1.185	1.180	1.228	1.240	1.238	1.255

Kommunerne skønner, at ca. 37 pct. af udgifterne vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder, jf. tabel 24.

²⁷ Psykolog Nyt nr. 6, 2012

TABEL 24

Kommunernes skøn over andelen af udgifter til pædagogisk-psykologisk rådgivning, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling
Andel	34 %	35 %	33 %	36 %	37 %	8 % / 3 % point

Kilde: Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder, Rambøll 2013

I Rambølls kapacitetsanalyse indgår en kortlægning af den del af den kommunale indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder, som omhandler pædagogisk-psykologisk rådgivning. Af analysen fremgår, at der i kommunerne i 2011 var ansat 2.468 personaleårsværk i pædagogisk-psykologisk rådgivning. Antallet af årsværk er steget med 5 pct. i perioden fra 2007 – 2011, mens antallet af psykologer er steget med 23 pct. i samme periode. Det skønnes, at knap halvdelen af psykologernes årsværk er allokeret til indsatser over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, jf. tabellen nedenfor.

TABEL 25

Indikatorer for andelen af årsværkene i pædagogisk-psykologisk rådgivning, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder, baseret på skøn

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling
Andel	45 %	45 %	42 %	44 %	45 %	0 %

Kilde: Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder, Rambøll 2013

Antallet af henvendelser til pædagogisk-psykologisk rådgivning fremgår af tabellen nedenfor. Der er tale om en opregning til landsniveau ud fra en spørgeskemaundersøgelse. Det fremgår, at antallet af henvendelser i 2011 var godt 36.000. Ministeriet for Børn og Undervisning vurderer dog, at antallet af henvendelser er højere. Ifølge den seneste statistik for omfanget af specialundervisning i 2011/2012, der endnu ikke er offentliggjort, fik knap 70.000 elever specialundervisning. Deloitte skønnede i Analysen af folkeskolens specialundervisning fra 2010, at der i skoleåret 2008/2009 blev udarbejdet i alt 40.000 pædagogiske-psykologiske vurderinger på landsplan.

TABEL 26

Kommunernes angivelser af antal henvendelser til pædagogisk-psykologisk rådgivning i folkeskolen og frie grundskoler, opregnet til landsplan

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling
Antal	27.722	28.414	28.852	34.319	36.285	31 %

Kilde: Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder, Rambøll 2013

Kommunernes angivelser af, hvor stor en andel af henvendelser, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder i årene 2007-2011, jf. tabellen nedenfor, svarer stort set til kommunernes angivelser af, hvor stor en andel af børn og unge, der modtager specialundervisning.

TABEL 27

Kommunernes angivelser af hvor stor en andel af henvendelser, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder, baseret på skøn

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling
Andel	35 %	34 %	32 %	34 %	35 %	0 %

Kilde: Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder, Rambøll 2013

Det samme gælder i forhold til kommunernes skøn over udgifterne til pædagogisk-psykologisk rådgivning, der også ligger på omkring 30-40 pct., mens andelen af årsværkene i pædagogisk-psykologisk rådgivning, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder, baseret på skøn, ligger på 45 pct. I kapacitetsanalysen nævnes, at det svarer til andelen af psykologer i PPR. Det stemmer mindre godt med, at kommunerne angiver at anvende mellem 34 og 37 pct. af udgifterne til PPR til børn og unge med psykiske vanskeligheder. En mulig forklaring kan være, at PPR anvender en del årsværk ressourcer fra andre personalegrupper, der kan være lavere lønnede end psykologerne, ansat i PPR.

Danmarks Evalueringsinstitut gennemførte i 2009 en undersøgelse blandt psykologer ansat i pædagogisk-psykologisk rådgivning. Undersøgelsen havde bl.a. til formål at afdække praksis i forbindelse med visitation til specialundervisning og kommunalreformens betydning for inklusion.

Undersøgelsen viser, at der er relativ stor spredning på, hvor stor en andel af deres årlige arbejdstid den enkelte psykolog bruger på visitationsprocessen i forbindelse med henvisningen af elever til specialundervisning. 46 pct. svarer, at de bruger mellem 21 og 40 pct. af deres arbejdstid på visitationsprocesser, mens 29 pct. svarer, at de bruger under 20 pct. af deres arbejdstid herpå. 20 pct. svarer, at de bruger mellem 41 og 60 pct. af deres arbejdstid herpå.

Der er også relativ stor spredning i psykologernes tidsforbrug på vejledning og rådgivning af lærere og pædagoger på skolerne. 51 pct. svarer, at de bruger mellem 21 og 40 pct. af deres arbejdstid på vejledning og rådgivning, mens 15 pct. svarer, at de bruger under 20 pct. af deres arbejdstid herpå. 25 pct. svarer, at de bruger mellem 41 og 60 pct. af deres arbejdstid herpå.

Der henvises i øvrigt til boks 12 om positive erfaringer med brug af psykologhjælp til børn og unge med begyndende eller lettere psykiske vanskeligheder i kommunerne.

3.3.3

Barrierer og muligheder for en bedre kapacitetsudnyttelse

Rambølls analyse af kapaciteten i den kommunale indsats peger på en række muligheder på børne- og ungeområdet i forhold til det sociale område. Der peges bl.a. på stigende grad at arbejde med fleksible tilbud på børneområdet f.eks. om øget fokus på tidlig opsporing og inklusion.

I Rambølls analyse peger 53 pct. af kommunerne på, at der er et stort potentiale i afklaring af roller og ansvar i forhold til tidlig indsats og inklusionsarbejde i dagtilbud og skoler, og i svarene fra PPR er inklusion af børn og unge i almene dagtilbud og almen undervisning et af de to største potentialer.

På folkeskoleområdet er den gennemførte ændring af folkeskoleloven med henblik på inklusion af elever med særlige behov i den almindelige undervisning udtryk for en udvikling i den samme retning. Lovændringen giver kommunerne mulighed for større fleksibilitet i forbindelse med tilrettelæggelsen af indsatsen over for børn med særlige behov, herunder for at tilrettelægge en tidlig og forebyggende indsats som led i den almindelige undervisning.

Der er i det hele taget sammenfald mellem en række af de barrierer/muligheder, der fremhæves på det sociale område og de muligheder, der arbejdes med i forbindelse med målsætningen om øget inklusion i folkeskolen. Det gælder et øget fokus på børnenes ressourcer frem for deres vanskeligheder og eventuelle diagnoser, og det gælder i forhold til at give kommunerne og skolerne incitamenter til at visitere til mindre indgribende undervisningstilbud.

I forhold til anbragte børn og unges undervisning på interne skoler på anbringelsessteder er der gennemført en lovændring, der skal understøtte, at børn og unge, der er anbragt på anbringelsessteder, i højere grad inkluderes i den almindelige folkeskole. Lovændringen styrker bl.a. samarbejdet mellem den anbringende kommune og skolekommunen (den kommune, der har ansvar for skolegangen) og giver den anbringende kommune større indflydelse på skoletilbuddet.

Målsætningen om en succesrig omstilling til øget inklusion i folkeskolen indebærer, at andelen af elever, der henvises til segregerede tilbud i specialskoler og specialklasser skal nedbringes fra 5,6 pct. til 4 pct. i 2015. I samme periode er det endvidere målet, at elevernes faglige niveau skal forbedres, og at elevernes trivsel skal fastholdes²⁸.

I kommunernes omstillingsproces til øget inklusion indgår en lang række indsatser, der skal understøtte et mere inkluderende læringsmiljø i den almindelige folkeskole. I forarbejderne til lovændringen om inklusion af elever i den almindelige undervisning

28 Aftalen om kommunernes økonomi for 2013.

nævnes, at skolerne kan anvende holddannelse, tolærerordninger og undervisningsassistenter.

Inklusionsarbejdet kan også omfatte arbejdet med klasserumsledelse, social inklusion og relationsarbejde. Det forventes, at disse indsatser vil understøtte, at elever med psykiske vanskeligheder i højere grad kan inkluderes i den almindelige undervisning.

I Rambølls analyse af kapaciteten i den kommunale indsats nævnes, at kommunerne peger på, at forandringerne på skoleområdet, bl.a. i retning af større skoler, udfordrer inklusionen. Andre undersøgelser, herunder analysen af folkeskolens specialundervisning fra 2010²⁹, peger på, at store skoler er bedre til at inkludere elever med særlige behov, da skolerne bl.a. har mulighed for at tilknytte flere faglige ressourcepersoner.

Det fremgår af Rambølls analyse af kapaciteten i den kommunale indsats, at børne- og ungdomsforvaltningerne og PPR ser store potentialer i at øge samarbejdet med den regionale psykiatri, herunder bl.a. at øge mulighederne for en lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand med henblik på at kvalificere henvisningen til udredning i den regionale psykiatri.

Hvis det kan betyde en nedbringelse af ventetiden for børn og unge med psykiske vanskeligheder, der kræver en udredning i børne- og ungdomspsykiatrien og/eller iværksættelse af behandling, vil det kunne betyde, at de pågældende børn og unge hurtigere vil kunne få tilbudt et fyldestgørende undervisningstilbud i folkeskolen.

Et tættere samarbejde mellem kommunerne og den regionale psykiatri vil endvidere kunne understøtte en fælles forståelse af, at det er kommunerne, der har ansvaret for at give børn og unge med psykiske vanskeligheder et fyldestgørende undervisningstilbud. Der peges i kapacitetsanalysen på, at adgangen til supervision og faglig sparring med den regionale psykiatri kan danne grundlag for at kunne yde nye og anderledes indsatser, og det gælder også i forhold til at tilrettelægge fyldestgørende undervisningstilbud til børn og unge med psykiatriske diagnoser.

Rambølls analyse af kapaciteten i den kommunale indsats peger endvidere på, at en tidligere og mere systematisk inddragelse af fagpersoners faglige viden og kompetencer på tværs af sektorer er til gavn for borgerne.

3,4

Frie grundskoler og frie kostskoler

Frie grundskoler skal give specialundervisning eller anden specialpædagogisk bistand til de elever, der har behov for det. Er der elever, som i en kortere periode har brug for ekstra undervisning eller anden faglig støtte, skal skolen tilbyde det.

Skolerne kan søge tilskud til specialundervisning. Uanset om skolen får økonomisk støtte, skal skolen give eleverne den undervisning og støtte, som de har brug for. Støtten består primært i ekstra lærertimer.

En fri grundskole kan søge rådgivning om specialundervisning hos den kommune, skolen ligger i. Kommunen skal give skolen pædagogisk-psykologisk rådgivning.

²⁹ Specialundervisning i folkeskolen – veje til bedre organisering og styring, 2010.

Skolen kan for eksempel få bistand til pædagogiske-psykologiske udredninger af elever med vanskeligheder og vejledning i undervisning af elever med særlige behov. Elever på en fri grundskole skal modtage samme støtte som kommunens øvrige elever. Alle frie grundskoleelever har ret til rådgivning fra den kommune, skolen ligger i, også selvom de bor i en anden kommune.

Frie kostskoler kan tilbyde specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand til elever på skolen. Elevens tidligere skolekommune skal yde vederlagsfri pædagogisk-psykologisk rådgivning for elever på efterskoler.

3.4.1

Antal støttemodtagere på frie grundskoler og kostskoler

Nedenstående tabel viser antallet af støttemodtagere med psykiske problemer og udviklingsforstyrrelser i perioden fra 2007 til 2011.

TABEL 28

Antal støttemodtagere 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Stigning 2007-2011
Frie grundskoler						
Psykiske problemer	22	53	79	88	91	314 %
Udviklingsforstyrrelser	602	830	1.049	1.326	1.454	142 %
I alt	624	883	1.128	1.414	1.545	148 %
Frie kostskoler						
Psykiske problemer	33	62	27	47	81	145 %
Udviklingsforstyrrelser	354	491	615	835	1.025	190 %
I alt	387	553	642	882	1.106	186 %

Kilde: Kvalitets- og tilsynsstyrelsen

Nedenstående tabel viser det samlede antal støttemodtagere i samme periode:

TABEL 29

Samlet antal støttemodtagere 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Stigning 2007-2011
Frie grundskoler	4080	5699	6965	7702	8342	104 %
Frie kostskoler	7718	7925	7606	8353	8322	8 %

Kilde: Kvalitets- og tilsynsstyrelsen

For de frie grundskoler og frie kostskoler vurderes det, at den generelle stigning i antallet af børn, der får en diagnose, har betydning for det øgede antal støttemodtagere med psykiske vanskeligheder og udviklingsforstyrrelser i de frie grundskoler og de frie

kostskoler. En anden forklaring på stigningen i antallet af elever, der modtager støtte med baggrund i psykiske problemer og udviklingsforstyrrelser, kan være, at flere af de elever, der tidligere blev placeret i andre kategorier i systemet for specialpædagogisk støtte, da der ikke nødvendigvis har været en diagnose, i stigende grad bliver diagnosticeret og dermed fremgår under kategorien udviklingsforstyrrelser.

På efterskolerne og husholdnings- og håndarbejdsskolerne kan en forklaring på stigningen i antallet af støttemodtagere med udviklingsforstyrrelser bl.a. være, at en del skoler opretter særlige tilbud for denne gruppe af elever, hvilket kan betyde, at de måske i højere grad end tidligere benytter sig af muligheden for et efterskoleophold.

3.5

Ungdomsuddannelser

Institutionerne på området kan få særlige tilskud til elever og kursister, der skal have tilbud om specialpædagogisk bistand.

Specialpædagogisk støtte på ungdomsuddannelserne er støtteforanstaltninger, der iværksættes for at sikre, at elever med særlige behov bliver i stand til at gennemføre uddannelse og dermed opnå den uddannelseskompetence og evt. videreuddannelseskompetence, som uddannelsen tager sigte på, uanset elevens handicap eller psykiske funktionsnedsættelse.

De mest anvendte støtteformer til elever med psykisk funktionsnedsættelse er faglig støttelærer og/eller mentor. Støtten har til formål at støtte eleven med psykisk funktionsnedsættelse i at fastholde sin identitet som studerende ved at støtte og udvikle strategier til f.eks. at planlægge og strukturere studiehverdagen og at skabe sammenhæng i pensum, studie- og eksamenskrav.

3.5.1

Erhvervsuddannelser

Erhvervsskoler skal *formidle* social, personlig eller psykologisk rådgivning, som efter sundhedslovgivning og sociallovgivningen mv. påhviler kommunen, regionsrådet eller andre. Skolen skal i relation til undervisningen *yde* eleverne vejledning og stille kontaktpersoner til rådighed for elever, der har behov herfor.

I rapporten "Evaluering af pulje til psykologhjælp – Afsluttende evaluering" fra 2011, som er udarbejdet af Rambøll i samarbejde med Region Midtjylland, er nævnt en række projekter, der er finansieret af erhvervsskolerne eller af andre i sammenhæng med et lokalt forankret projekt om at nedbringe frafaldet.

BOKS 7

Projekt i Odense Kommune om etablering af psykologisk behandlingstilbud til ungdomsuddannelsen

Målgruppen for projektet er elever på erhvervsfaglige og erhvervs-gymnasiale ungdomsuddannelser, der har lettere psykiske lidelser. Overordnet har de elever, der kommer i kontakt med projektet det til fælles, at de anses for frafaldstruede. Derudover har projektet opstillet seks kategorier, omfattende bl.a. forældre og familie, selvskadende adfærd, sorg og misbrug. Projektet samarbejder med PPR, den kommunale forvaltning, Ungdommens Uddannelsesvejledning m.fl.

Kilde: "Evaluering af pulje til psykologhjælp – afsluttende evaluering, Rambøll, 2011"

3.5.2

Udgifter og aktivitet vedr. specialpædagogisk støtte på ungdomsuddannelser

Udgifterne til tilbud om specialpædagogisk støtte i perioden 2006-2011 til personer på ungdomsuddannelser fremgår af tabellen nedenfor.

TABEL 30

Udgifter til specialpædagogisk støtte på ungdomsuddannelserne i 1.000 kr. (refusion ekskl. moms), 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Psykiske problemer	415	221	761	975	884	1.523
Udviklingsforstyrrelser	444	1.053	2.632	4.721	6.647	10.117
I alt	859	1.275	3.393	5.695	7.531	11.640

Kilde: Kvalitets- og tilsynsstyrelsen

I de senere år har målsætningen om, at 95 pct. af en ungdomsårgang skal gennemføre en ungdomsuddannelse, øget fokus på at få flere i gang med en uddannelse, og at få mindsket frafaldet på uddannelserne. Dette kan have en betydning for det stigende antal elever på ungdomsuddannelserne og kan samtidig være medvirkende til, at der opleves et øget antal af elever med særlige behov. Samtidig kan muligheden for at modtage specialpædagogisk støtte være medvirkende til, at flere ser det som en mulighed at gennemføre en uddannelse og rent faktisk gør det.

Nedenstående tabel viser antallet af støttemodtagere med psykiske problemer og udviklingsforstyrrelser i perioden fra 2007 til 2011.

TABEL 31

Antal støttemodtagere på ungdomsuddannelser, 2007-2011

Ungdomsuddannelser	2008	2009	2010	2011	Stigning 2008-2011
Psykiske problemer	71	83	75	156	120 %
Udviklingsforstyrrelser	193	340	519	805	317 %
I alt	264	423	594	961	264 %

Kilde: Kvalitets- og tilsynsstyrelsen

En SPS-støttemodtager er en person, der har fået udbetalt et støttebeløb i et givent år. En studerende, der alene har fået bevilget it-hjælpe midler på grund af ordblindhed, vil kun optræde som støttemodtager i det år, hvor hjælpe midlet tildeles. Også selvom hjælpe midlet er til udlån i hele studietiden. Mens en studerende, der modtager støtte-timer på grund af psykiske vanskeligheder, optræder hvert år. Tallene er således ikke udtryk for bestanden af 'SPS-brugere'.

Som nævnt tidligere kommer flere i dag i gang med en ungdomsuddannelse. Det kan være nogle af dem, der måske ikke tidligere fik en uddannelse, bl.a. pga. deres psykiske vanskeligheder. Endvidere er der kommet et øget fokus på, at elever med Aspergers Syndrom kan tage en ungdomsuddannelse, og der er blevet gjort nogle erfaringer hermed rundt omkring i landet.

3.5.3**Ungdommens Uddannelsesvejledning**

Ungdommens Uddannelsesvejledning har til opgave at give vejledning om valg af ungdomsuddannelse og erhverv til alle unge i folkeskolen 7. – 9. klasse og til elever, der følger 10. klasse samt til alle unge i kommunen, der ikke er i gang med eller har fuldført en ungdomsuddannelse eller en videregående uddannelse. Der findes 53 centre.

3.5.4**Særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse for unge med særlige behov**

Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov henvender sig til unge udviklings-hæmmede og andre unge med særlige behov, herunder blandt andre unge med autisme, unge med ADHD og andre psykiske lidelser.

Ungdomsuddannelsen er kun for de unge, der ikke har mulighed for at gennemføre en anden ungdomsuddannelse, selv om der ydes specialpædagogisk støtte. Ifølge lovgivningen har unge med særlige behov krav på en 3-årig ungdomsuddannelse, efter de har afsluttet grundskolen, uanset hvor i landet de har bopæl. Ungdomsuddannelsen er et kommunalt ansvarsområde.

Aktivitet

5.086 elever var med udgangen af 2011 i gang med en ungdomsuddannelse for unge med særlige behov.

TABEL 32**Antal igangværende elever (ved udgangen af året)**

2007	2008	2009	2010	2011
736	1.831	3.246	4.397	5.086

Kilde: UNI-C

Antallet af elever på STU er steget med 700 fra 2010 til 2011. 1.726 elever påbegyndte uddannelsen i 2011. Det er på niveau med antallet af elever, som startede på en STU i 2009 og 2010. I perioden 2007-2011 har i alt 1.300 elever fuldført en STU, heraf har 57 pct. fuldført i 2011.

De seneste tre år er omkring to tredjedele af de unge, som er i gang med en STU, henvist på grund af generelle indlæringsvanskeligheder. Lidt under en tredjedel af de unge er henvist grundet udviklingsforstyrrelser.

Siden uddannelsens start i 2007 har 824 elever afbrudt uddannelsen. De væsentligste årsager til afbrud er personlige årsager, samt at eleven er begyndt på en anden uddannelse.

3.5.5**Træningsskolens Arbejdsmarkedsuddannelser – TAMU**

TAMU er en landsdækkende uddannelse, der giver erhvervsrettede kompetencer. Uddannelserne gennemføres under lov om arbejdsmarkedsuddannelser. Det er i lovgrundlaget forudsat, at det er en særlig tilrettelagt uddannelse, som gennemføres på grundlag af en konsekvenspædagogisk holdning og metode og under arbejdspladslignende vilkår.

Målgruppen er uddannelsessvage unge på 18-30 år, hvis gennemsnitlige grundskoleforløb ligger på ca. 8 år. De har typisk været igennem tidligere uddannelses- og aktiveringsforløb, som ikke har resulteret i en afsluttet uddannelse eller arbejde. En betydelig andel af TAMU's elever har alvorlige, sociale problemer, der inkluderer kriminalitet og stofmisbrug. Ca. to tredjedele af eleverne har begået kriminelle handlinger, og knap halvdelen af disse unge har på et tidspunkt modtaget en dom.

Der er således tale om en socialt meget tungt belastet gruppe, som i flere henseender befinder sig på kanten af samfundet. Gruppen er præget af manglende besiddelse af de sociale kompetencer eller/og arbejdsmæssige erfaringer, som skal danne grundlag for at opnå og fastholde et job. Det er en gruppe af unge, som står til rådighed for arbejdsmarkedet, da de hverken har fysiske eller psykiske lidelser, som forhindrer dem i at få et job eller gennemføre en uddannelse. Ifølge TAMU's statistik fra 2010 havde 56 pct. af eleverne anden etnisk baggrund end dansk, hvoraf de 33 pct. var 1. generationsindvandrere.

Aktivitet

Elevbelægningen udgjorde 113.419 elevdøgn (499,6 årselever) i 2011 i forhold til finanslovsgrundlaget på 117.600 elevdøgn (518 årselever). Der er således tale om en målopfyldelse på 96,4 pct. Aktivitetsoplysninger for TAMU fremgår af tabellen nedenfor. I perioden 2007-2011 har aktiviteten stort set været konstant på 500 årselever, svarende til ca. 110.000 elevdøgn.

TABEL 33

TAMU-centrenes aktivitet

	2007	2008	2009	2010	2011
Elevdøgn i alt	110.293	120.041	110.650	114.809	113.419

Kilde: Træningsskolernes Arbejdsmarkedsuddannelse, Forstanderforeningen

3.6**De videregående uddannelser**

På de videregående uddannelser kan studerende få specialpædagogisk støtte, hvis de på grund af en psykisk funktionsnedsættelse har behov for støtte til at gennemføre uddannelsen. Den mest anvendte støtteform er, som på ungdomsuddannelser, faglig støttelærer og/eller mentor.

Studerende med psykisk funktionsnedsættelse kan få handicapillæg som et supplement til deres uddannelsesstøtte, hvis deres psykiske handicap betyder, at de ikke har mulighed for at passe et job ved siden af deres studier.

3.6.1**Udgifter og aktivitet i specialpædagogisk støtte på de videregående uddannelser**

Udgifterne til tilbud om specialpædagogisk støtte i perioden 2005-2011 til personer på videregående uddannelser fremgår af tabellen nedenfor.

TABEL 34

Udgifter til specialpædagogisk støtte i 1.000 kr. (refusion ekskl. moms), 2005-2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Psykiske problemer	708	956	1.599	1.901	3.858	5.725	6.393
Udviklingsforstyrrelser	28	219	554	681	1.081	1.887	2.303
I alt	736	1.175	2.153	2.582	4.939	7.612	8.696

Kilde: Kvalitets- og tilsynsstyrelsen.

Nedenstående tabel viser antallet af støttemodtagere med psykiske problemer og udviklingsforstyrrelser i perioden fra 2007 til 2011.

TABEL 35

Antal støttemodtagere 2007-2011

Videregående Uddannelser	2007	2008	2009	2010	2011	Stigning 2007-2011
Psyriske problemer	97	126	208	275	365	276 %
Udviklingsforstyrrelser	32	40	64	121	170	431 %
I alt	129	166	272	396	535	315 %

Den rammestyrede bevilling til specialpædagogisk støtte har gennem årene været under pres som følge af det stigende antal støttemodtagere. De gennemsnitlige udgifter til støtte under ét er dog generelt reduceret. Dog er der indikationer på, at de gennemsnitlige udgifter til bestemte typer aktiviteter i de seneste år er steget, herunder udgifterne til læse- og skrivevanskeligheder og bevægelse. Uddannelsesministeriet er til enhver tid forpligtet til ved et stigende antal støttemodtagere at prioritere ressourcerne inden for den rammestyrede bevilling. Uddannelsesministeriet har altid pligt til at yde den billigst mulige støtte, som støttemodtageren har et retskrav på at få opfyldt.

De videregående uddannelser adskiller sig ved, at det her er studerende med psykiske problemer, der er den største gruppe. Det kan hænge sammen med, at flere af de psykiatriske diagnoser først stilles i ungdomsårene.

Endvidere går over halvdelen af støttemodtagerne med udviklingsforstyrrelser i ungdomsuddannelserne på en erhvervsrettet ungdomsuddannelse, der ikke i lige så høj grad som f.eks. de gymnasiale uddannelser lægger op til en efterfølgende videregående uddannelse.

Der kan nævnes flere grunde til, at der er blevet flere støttemodtagere. Dels er det sandsynligt, at skolerne og uddannelsesinstitutionerne er blevet mere opmærksomme på muligheden for at ansøge om specialpædagogisk støtte. Dels er der kommet flere elever og studerende på de forskellige uddannelsesniveauer³⁰, hvilket højest sandsynligt også afspejles i antallet af støttemodtager.

I forhold til stigningen i antallet af støttemodtagere i perioden 2007-2011 står elever og studerende med psykiske problemer og udviklingsforstyrrelser relativt set for den største stigning.

Tallene kan ikke tages som et udtryk for antallet af elever og studerende med psykiske vanskeligheder og udviklingsforstyrrelser. Der er netop tale om støttemodtagere. Der kan være elever og studerende med en psykisk problemstilling, der ikke modtager specialpædagogisk støtte; enten fordi de ikke føler et behov, eller fordi de måske ikke er opmærksomme på muligheden. Ligeledes vil der være elever og studerende, der modtager en anden form for støtte, enten på uddannelserne (f.eks. mentorordning for frafaldstruede på erhvervsskolerne, psykologbistand på gymnasierne eller bistand fra Studenterrådgivningen på de videregående uddannelser) eller i behandlingssystemet.

En af forklaringerne på stigningen kan være, at skolerne og uddannelsesinstitutionerne er blevet mere opmærksomme på behovet for og muligheden for at tilbyde specialpædagogisk støtte til denne gruppe af elever og studerende.

30 På efterskolerne er elevtallet steget 5 pct. i perioden 2007-2011, mens der på de frie grundskoler er sket en stigning i elevtallet på 10 pct. i perioden 2007-2011. På ungdomsuddannelserne har der i perioden været en øget tilgang til de gymnasiale uddannelser, således var der ca. 30 pct. flere, der påbegyndte en gymnasial uddannelse i 2011 i forhold til 2007. Endelig har der også været en øget tilgang til de videregående uddannelser, således at der i 2011 var ca. 34 pct. flere, der påbegyndte en videregående uddannelse i forhold til 2007 (tal fra UNI-C og Danmarks Statistik.)

En anden faktor, der kan have en betydning, er den stigning, der har været i de seneste år i antallet af børn og unge med diagnoser.

Det samlede antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien var i 2001 7.982. I 2011 var antallet steget til 21.189 – det vil sige en stigning på 165 pct., svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på ca. 15 pct.

Med en diagnose følger en større opmærksomhed om muligheden for at søge støtte. Der er derfor stor sandsynlighed for, at stigningen i antallet af børn og unge i psykiatrien smitter af på antallet af SPS-støttemodtagere. Det kan diskuteres om den måde, støttesystemerne er indrettet på, også er med til at generere flere diagnoser, da diagnoser bliver en "adgangsbillet" til støtte.

3.6.2

Handicaptillæg

Studerende på videregående uddannelser har mulighed for at få handicaptillæg, hvis de opfylder følgende betingelser:

Den studerende modtager SU eller slutlån på en videregående uddannelse.

Den studerende har en varig fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, som gør den studerende ude af stand til at påtage sig et studiejob.

I alt udgjorde de administrative udgifter til SU-handicaptillæg ca. 5,4 mio. kr. i 2011 (foreløbigt tal). Dette omfatter alle typer af funktionsnedsættelser.

TABEL 36

Modtagere af handicaptillæg med psykisk funktionsnedsættelse, handicaptillæg og SU-stipendier i alt til modtagerne med psykisk funktionsnedsættelse

	2004 ¹⁾	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Antal							
Modtagere af handicaptillæg med psyk. fkt. neds.	37	211	423	641	893	1.322	1.787	2.088
	Mio. kr.							
SU-stipendium til modtagerne af handicaptillæg med psyk. fkt. neds.	1,2	14,3	33,9	57,8	82,9	136,0	193,1	245,6
Heraf handicaptillæg ved psyk. fkt. neds.	0,7	8,0	18,9	32,3	46,3	79,6	113,3	144,3

1) Perioden fra 1. august 2004 og året ud.

Kilde: Ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående Uddannelser.

TABEL 37

Afgjorte ansøgninger om SU-handicaptillæg 2005-2011 og andelen med tildeling af tillæg for ansøgere med psykisk funktionsnedsættelse

Ansøgere med psykisk funktionsnedsættelse	Ansøgningen blev afgjort i					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Antal					
Antal ansøgere	114	261	479	574	613	1.089
	%					
Andelen af ansøgerne med tildeling af handicaptillæg	81	61	65	76	59	63

Anm.: I tabellen indgår for en ansøger den først afgjorte ansøgning.

Kilde: Ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående Uddannelser

Antallet af modtagere af handicaptillæg steg fra ca. 1.900 i 2008 til ca. 3.700 i 2011, hvilket svarer til en stigning på ca. 92 pct. I samme periode steg antallet af SU-modtagere på videregående uddannelser ca. 20 pct. fra ca. 182.600 i 2008 til ca. 219.500 i 2011.

Stigningen i antallet af modtagere af SU-handicaptillæg afspejler altså til dels den generelle stigning i antallet af SU-modtagere på videregående uddannelser.

Andelen af modtagere af handicaptillæg i videregående uddannelser steg dog fra 1,0 pct. i 2008 til 1,7 pct. i 2011. Stigningen i antallet af modtagere af handicaptillæg kan således ikke alene forklares med stigningen i antallet af SU-modtagere på videregående uddannelser generelt.

Da SU-handicaptillæg blev indført i 2004, og støtterammen i de videregående uddannelser er næsten 6 år, har handicaptillægget fortsat været under indfasning også efter 2008, hvilket har medvirket til stigningen i antallet af modtagere af SU-handicaptillæg. Den gradvise indfasning skyldes, at få studerende, der allerede havde påbegyndt deres studier med revalidering, overgik til SU som levegrundlag. Det antages, at der ligeledes gradvist er kommet et større kendskab til ordningen blandt studerende, kommunerne, læger, socialrådgivere på hospitaler mv., der også har været med til at øge antallet af modtagere af handicaptillæg.

3.6.3

Studenterrådgivningen

Studenterrådgivningen har til formål at yde social, psykologisk og psykiatrisk rådgivning og behandling til studerende i forbindelse med deres studiemæssige situation. Målet er at hjælpe studerende med psykiske og sociale vanskeligheder, så de bliver bedre i stand til at gennemføre deres uddannelse uden unødigt forlængelse og frafald. Studenterrådgivningen har endvidere til opgave at opsamle og formidle viden til studerende og samarbejdspartnere samt styrke videndeling i forhold til uddannelsesinstitutionerne.

Studenterrådgivningens hjælp til de studerende består af individuelle samtaler eller samtaleforløb, gruppebehandlingstilbud og telefonrådgivning. De individuelle samtaler udgør langt den største andel af Studenterrådgivningens ydelser med ca. 75 pct.

Studenterrådgivningen har et tæt samarbejde med uddannelsesinstitutionerne, bl.a. i form af dialog med studievejledere og studiechefer omkring de studerendes problemer,

og er dermed medvirkende til at styrke den samlede vejledningsindsats og sætte fokus på studiemæssige udfordringer og mulige problemløsninger.

I de tilfælde hvor Studenterrådgivningen finder det relevant, henvises til et mere specialiseret tilbud i offentligt regi, f.eks. et behandlingstilbud i psykiatrien, egen læge eller andet.

3.6.3.1

Udgifter, personale og aktivitet

Studenterrådgivningen har på Finansloven for 2012 en bevilling på 23 mio. kr.

Rådgivningen har 43 fastansatte medarbejdere. Dertil kommer fem psykiatriske speciallægekonsulenter og en økonomikonsulent.

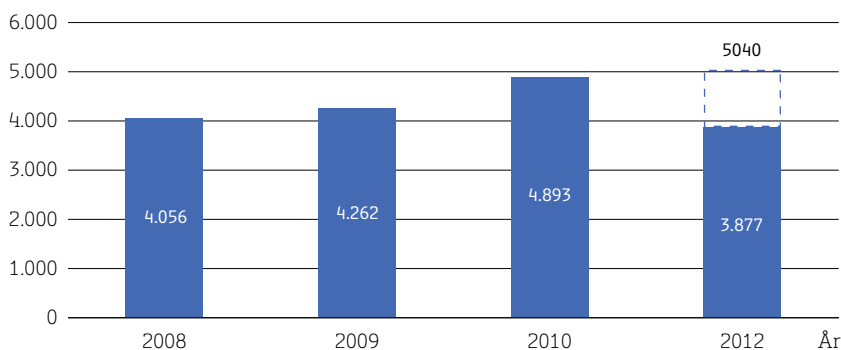
De 43 medarbejdere fordeler sig således:

- 27 rådgivere (psykologer og socialrådgiver).
- 11 administrativt personale.
- 4 afdelingsledere (der også har samtaler med studerende).
- 1 direktør.

Tabellen neden for viser antallet af nyhenvendelser til Studenterrådgivningen i perioden 2008-2012. 2011 er ikke talt med i opgørelsen pga. midlertidige problemer med databasen som følge af et nyt journal- og statistiksystem. Hvis den studerende henvender sig til Studenterrådgivningen igen efter 3 måneder fra sidste aftale, tæller genhenvendelsen som en "ny sag".

FIGUR 1

Antal nyhenvendelser per år



* Tallet for 2012 er et forventet antal beregnet på baggrund af tidligere års tilvækst.

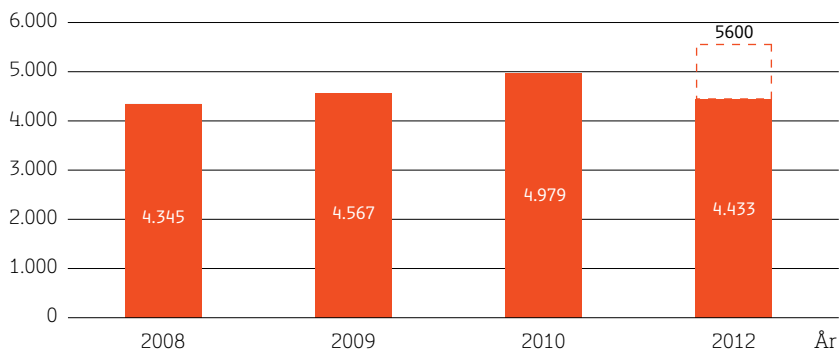
* Genhenvendelser tælles som en "ny" sag

Kilde: Studenterrådgivningen.

Figuren nedenfor viser antallet af studerende, der i et af de pågældende år har fået et eller flere tilbud i Studenterrådgivningen. En henvendelse til Studenterrådgivningen kan således resultere i flere tilbud: telefonrådgivning, visiterende samtale, henvisning til anden instans, individuelt forløb og/eller gruppebehandlingsforløb.

FIGUR 2

Antal studerende, der har fået et eller flere tilbud i Studenterrådgivningen, 2008-2012



* Tallet for 2012 er et forventet antal beregnet på baggrund af tidligere års tilvækst.

Kilde: Studenterrådgivningen.

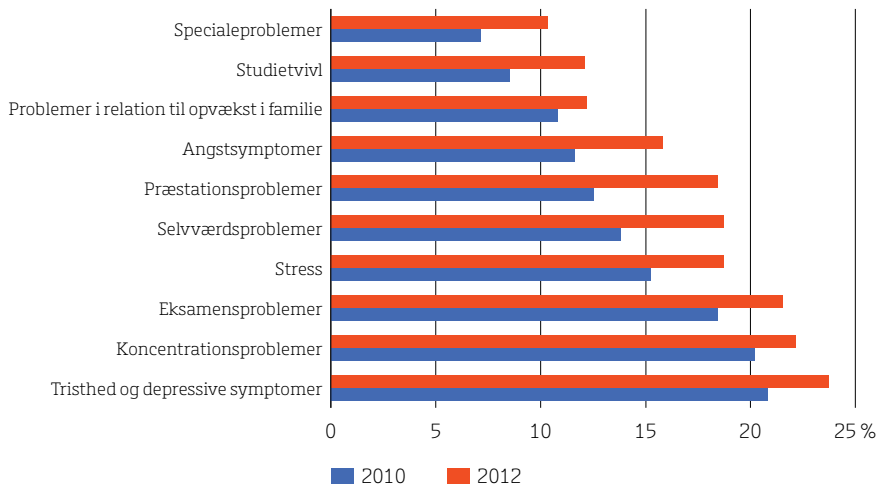
Antallet af studerende, der modtager ydelser fra Studenterrådgivningen, har været stigende siden 2000. I 2012 er der optaget rekord mange studerende på de videregående uddannelser. Mere end 61.000 studerende blev optaget på en videregående uddannelse. Optaget på de videregående uddannelser er dermed ca. 20.000 højere end for blot 5 år siden ifølge tal fra Uddannelsesministeriet

Med afsæt i Studenterrådgivningens erfaringer og tilbagemeldingen fra samarbejdspartnerne på uddannelsesinstitutionerne må det formodes, at der med det øgede optag vil være et større antal unge end ved tidligere optag, der får brug for mere og anden hjælp, end uddannelsesinstitutionerne med afsæt i den nuværende lokale prioritering har ressourcer til at bistå med.

De to næste figurer viser, hvad de studerende typisk henvender sig med i Studenterrådgivningen for henholdsvis 2010 og 2012. Kønsfordelingen i forhold til antallet af henvendelser har gennem årene fordelt sig således, at ca. 75 pct. af henvendelserne er fra kvinder og 24 pct. fra mænd. Procentandelen kan svinge 1-3 pct.point, men er overordnet stabil.

FIGUR 3

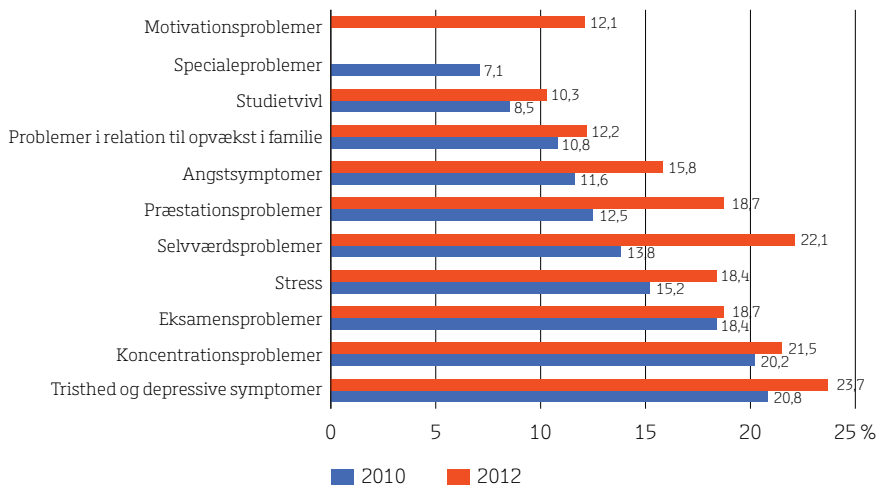
Hvad henvender de studerende sig hyppigst med?



Kilde: Studenterrådgivningen.

FIGUR 4

Den procentvise andel for, hvad de studerende henvender sig om, 2010 og 2012



Kilde: Studenterrådgivningen.

Muligheder og barrierer for bedre kapacitetsudnyttelse i indsatsen over for studerende

Studenterrådgivningens rådgivningskapacitet er i de fleste af rådgivningens afdelinger lavere end efterspørgslen. Ventetiden varierer dog en del henover året, ligesom det afhænger af den enkelte afdeling³¹.

Studenterrådgivningen oplyser, at de har en udfordring i forhold til at være tilstrækkeligt kendt hos mange studerende og uddannelsesinstitutioner. Det vurderes således, at behovet for Studenterrådgivningens ydelser i perioder er noget større end den nuværende tilstrømning er et udtryk for, og at antallet af studerende, der i dag modtager hjælp og ydelser, er bestemt af rådgivningskapaciteten og ikke af behovet.

Den ambitiøse målsætning om, at 60 pct. af en ungdomsårgang skal gennemføre en videregående uddannelse, og at de studerende skal bedre igennem uddannelserne, betyder en større og mere differentieret gruppe af studerende. Herunder vil der være studerende fra mere eller mindre studievante miljøer samt studerende med øvrige vanskeligheder.

Det fremgår af finanslove, at Studenterrådgivningen for egen bevilling varetager opgaver rettet mod enkeltstuderende.

Studenterrådgivningen kan efter aftale med uddannelsesinstitutioner varetage andre opgaver, der kan medvirke til at forbedre de studerendes forhold og studie gennemførelse. Studenterrådgivningen kan aftale med uddannelsesinstitutionerne, at disse opgaver løses mod betaling. Studenterrådgivningen peger her på følgende områder, hvor de kan bidrage:

- Studenterrådgivningen har de nødvendige psykiatriske kompetencer inden for udredning forud for tildeling af SPS på psykiatrisk indikation og kan således bidrage til hurtigere afklaring i forhold til SPS-ansøgninger, såfremt der ikke i forvejen foreligger psykiatrisk dokumentation.
- Studenterrådgivningen kan bidrage til den nødvendige opkvalificering og mere systematisk supervision af mentorer og kan løse mentoropgaven, hvor behovet for særlige kompetencer fordres.
- Studenterrådgivningen vil kunne bidrage til opkvalificeringen af og støtten til uddannelsesinstitutionernes vejledere samt indgå som konsulenter på området mere generelt.
- Studenterrådgivningens socialrådgivere har et godt kendskab til den sociale lovgivning og udfordringerne i kommunerne og vil kunne bistå i uddannelsesinstitutionernes øgede samarbejde med kommunerne.

Brugerundersøgelser fra Studenterrådgivningen indikerer, at Studenterrådgivningen bidrager til at øge gennemførelsen og reducere studietiden for de studerende, der modtager rådgivningens ydelser. Dermed bidrager Studenterrådgivningen til, at de studerende kommer bedre igennem uddannelserne. Den øgede studentbestand og det stigende behov for rådgivning hos de studerende kan betyde, at der fremadrettet vil være en øget efterspørgsel efter Studenterrådgivningens ydelser.

31 Ventetiden i Københavnsområdet svinger mellem 4 og 10 uger, i Odense og Esbjerg er der 2 til 9 ugers ventetid, i Kolding svinger ventetiden mellem 4 og 12 uger. I Aalborg er der 0- 10 ugers ventetid.

4

Indsatser på beskæftigelsesområdet

4.1

Indledning

I dette kapitel kortlægges beskæftigelsesindsatsen i forhold til personer med psykiske lidelser. Først skitseres rammerne for den aktive indsats i beskæftigessystemet. Herefter gennemgås viden om sammenhængen mellem beskæftigelse og psykiske lidelser.

Dernæst er der, på baggrund af en sammenkørsel af data fra Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Seruminstitut, foretaget en kortlægning af omfanget, karakteristika og indsatsen for personer med psykiske lidelser i beskæftigessystemet.

Sidst i kapitlet peges der på en række udfordringer på beskæftigelsesområdet i relation til indsatsen over for personer med psykiske lidelser.

På beskæftigelsesområdet findes ikke indsatser i lovgivningen, der specifikt retter sig mod personer med psykiske lidelser. Personer med psykiske lidelser, der modtager en beskæftigelsesrettet aktiv indsats, har således mulighed for at få de samme typer af indsatser som personer, der ikke har psykiske lidelser. Den aktive indsats på beskæftigelsesområdet omfatter:

- Det individuelle kontaktforløb – som består af en række jobsamtaler og aktiviteter, der alle sigter mod at få ledige i job så hurtigt som muligt. Hvis det ikke er realistisk, at den ledige kommer i job på helt kort sigt, skal kontakten sigte mod at få planlagt jobrettede aktiviteter.
- Løntilskud – hvor jobcentret giver løntilskud til en ansættelse i en privat eller offentlig virksomhed.
- Virksomhedspraktik – som kan foregå på både offentlige og private virksomheder og ofte bruges til at afklare mulighederne for at bestride et givet job.
- Vejledning og opkvalificering – som kan være korte vejlednings- og afklaringsforløb, særlige projekter og uddannelsesforløb, herunder praktik under uddannelsesforløbet og danskundervisning.

- Andre indsatser – herunder f.eks. mentorstøtte til udsatte borgere. Eller personlig assistance, hvor personer, der – på grund af en varig og betydelig fysik eller psykisk funktionsnedsættelse – kan få personlig bistand til at varetage deres job. Herudover kan personer på førtidspension komme i job med løntilskud (tidligere kaldet skånejob).

BOKS 8

Opsummering af indsatser på beskæftigelsesområdet

- I alt modtog knap 94.000 personer med en psykisk lidelse en offentlig forsørgelsesydelse per 1. januar 2012. Godt 69.000 personer med en psykisk lidelse modtog ikke en offentlig forsørgelsesydelse og må dermed antages at være selvforsørgende.
- Ydelsesmodtagere med psykiske lidelser udgør 13,8 pct. af alle ydelsesmodtagere og er primært modtagere af førtidspension, kontanthjælp og sygedagpenge. 37 pct. af de ydelsesmodtagere, som har psykiske lidelser, er på førtidspension og modtager derfor, som udgangspunkt, ikke nogen aktiv indsats i beskæftigessystemet.
- Den aktive indsats i beskæftigessystemet over for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser synes ikke på det overordnede niveau at adskille sig markant fra den aktive indsats, der gives til andre ydelsesmodtagere. Målgruppen får dog en smule mere opfølgning og mentorstøtte samt lidt mindre virksomhedsrettet indsats. Aktiveringsgraden for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser er kun marginalt lavere end for alle ydelsesmodtagere set under ét. Det kan bl.a. skyldes, at borgere med psykiske lidelser i højere grad fritages for aktivering, da de i mindre grad end øvrige ydelsesmodtagere erklæres jobklar.
- Der er en vis variation mellem kommunerne i andelen af ydelsesmodtagere, som har psykiske lidelser. Det fremgår endvidere, at kommunernes brug af aktive tilbud til ydelsesmodtagere er forskelligt både over for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser og generelt for alle ydelsesmodtagere.
- Der synes at være et potentiale for en mere målrettet indsats for mennesker med psykiske lidelser, herunder mere målrettet at give disse personer en virksomhedsrettet/arbejdspladsbaseret indsats, som der er indikationer for, kan have positive effekter for personer med psykiske lidelser.
- Med reformen af førtidspension og fleksjob skal kommunerne fra 1. januar 2013 behandle komplekse sager, hvor borgeren har problemer ud over ledighed, i et rehabiliteringsteam. Målgruppen er de sager, der i dag vil kunne ende med tilkendelse af førtidspension eller fleksjob, og vil dermed ofte omhandle borgere med psykiske lidelser. I rehabiliteringsteamet vil der sidde repræsentanter fra de relevante forvaltninger i kommunen samt en 'sundhedskordinator' med sundhedsfaglig baggrund, som kan yde rådgivning og/eller henvise til den rette sundhedsfaglige rådgivning. Det vil alt andet lige medføre en bedre koordineret indsats på tværs af de kommunale forvaltninger for personer med psykiske lidelser samt en mere effektiv brug af de lægefaglige ressourcer, bl.a. i psykiatrien.

Viden om beskæftigelse og psykiske lidelser³²

Der findes en del undersøgelser og viden om, hvad der virker i forhold til, at personer med psykiske lidelser kan opnå en stærkere tilknytning til arbejdsmarkedet. Denne viden peger på, at arbejde generelt set er godt for helbredelsen af personer med lettere psykiske lidelser. Personer med lettere psykiske lidelser kan få det væsentlig bedre, når de kommer ud på det ordinære arbejdsmarked.

Der er samtidig viden, der viser, at hvis personer med lettere psykiske (dvs. ikke-psykotiske) lidelser skal i job eller tilbage i job, er det afgørende, at der iværksættes en koordineret sundhedsmæssig og beskæftigelsesmæssig indsats. Der er dokumentation for, at det for personer med depression eller psykiske lidelser generelt er hensigtsmæssigt at kombinere en behandlingsindsats, en indsats på arbejdspladsen og en indsats, der fokuserer på at øge personens arbejdsevne. Den eksisterende litteratur peger endvidere på et behov for arbejdsmarkedsrettede indsatser til personer med affektive sindslidelser eller angstsygdomme i tillæg til den behandlingsmæssige indsats for at sikre, at flest mulige bevarer en arbejdsmarkedstilknytning.

Der er stærk evidens for, at indsatser, som inddrager arbejdspladsen, har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Der er desuden indikationer for, at arbejdspladsbaserede indsatser ligeledes øger beskæftigelseschancen for sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

Gradvis tilbagevenden er et eksempel på en arbejdspladsbaseret indsats. Med en delvis raskmelding kan en sygemeldt vende gradvist tilbage i arbejde og på den måde fortsætte med at arbejde sideløbende med eventuel behandling. Der er studier der understøtter, at delvise raskmeldinger har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte generelt. Der er således en positiv effekt for personer med somatiske lidelser, mens effekterne er mere usikre for personer med psykiske lidelser.

Endvidere viser et review, at Individual Place and Support-indsatser, hvor personer med svære psykiske lidelser kommer i et ordinært job hurtigst muligt og efterfølgende får støtte til at beholde jobbet, øger jobsandsynlighederne signifikant mere end andre indsatser, uden at indsatsen fører til øget stress, opblussen af symptomer eller andre negative følger.

Personer med psykiske lidelser udgør en stigende andel af de personer, som tilkendes førtidspension. Ankestyrelsen opgør statistik om tilkendelser og afslag på førtidspensionsområdet. Denne statistik viser bl.a., at knap 50 pct. af de 16.000 personer, der i 2011 tilkendtes førtidspension havde en psykisk lidelse som hoveddiagnose. I 2003 var det knap 40 pct.. For personer under 40 år var andelen steget til 75 pct. i 2011 fra 60 pct. i 2003.

Men selv en svær psykisk lidelse er ikke nødvendigvis ensbetydende med et liv på overførselsindkomst. Undersøgelser af personer med længerevarende psykoser i det

32 Dette afsnit baseres primært på resultater fra: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008): "Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær".

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2010): "Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde".

Christensen, Thomas og Merete Nordentoft (2011) "Review om effekter af beskæftigelsesrettede indsatser til personer med svær psykisk sygdom".

Eplov, Lene og Lisa Korsbek (2012) "Review om effekter af arbejdsmarkedsrettede indsatser for personer med affektive sindslidelser eller angstsygdomme".

Hogelund, Jan (2012), "Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte".

skizofrene spektrum har vist, at ca. 55 pct. af gruppen efter en periode ikke længere har psykosesyntomer. 20 pct. af gruppen er kommet sig i en sådan grad, at de klarer sig i egen bolig, går på arbejde, ikke har symptomer og klarer sig uden hospitalsindlæggelser, mens 35 pct. ikke har psykosesyntomer, men kan have andre problemer og dermed brug for hjælp til at få fodfæste på arbejdsmarkedet. 30 pct. har psykose-syntomer, men klarer sig uden at være langvarigt indlagt eller på institution. 15 pct. har vedvarende behov for enten hospitalsindlæggelser eller ophold på institution, hvor der er god personaledekning.

En ny analyse fra Rockwoolfonden viser, at personer med skizofreni mister tilknytningen til arbejdsmarkedet længe før diagnosen stilles og de behandles første gang. Det vidner om en sårbarhed hos personer med psykiske lidelser, der stiller krav til et rummeligt arbejdsmarked og en beskæftigelsesindsats, der kan tage hånd om personer, som allerede er i job.

4.3

Personer med psykiske lidelser i beskæftigelsessystemet

På baggrund af data fra Statens Serum Institut sammenkørt med Arbejdsmarkedsstyrelsens data om offentlige ydelser og aktiv indsats kan omfanget af personer med psykiske lidelser i beskæftigelsessystemet kortlægges, herunder hvilke karakteristika personer med psykiske lidelser i beskæftigelsessystemet har samt hvilken indsats de har fået i beskæftigelsessystemet og sundhedssystemet.

4.3.1

Definition og antal personer med psykiske lidelser

Udformningen af data betyder, at definitionen af personer med psykiske lidelser i denne sammenhæng er: Personer der inden for 1 år (2011) har haft minimum to ambulante kontakter til hospital, speciallæge eller privatpraktiserende læge (samtaletæri) og/eller minimum to indlæggelsesdage eller et skadestuebesøg efterfulgt af mindst en ambulante kontakt. Populationen består dermed af personer med psykiske lidelser, der er så alvorlige, at de modtager behandling (og ikke blot medicin) i psykiatrien. Populationen er således et underkantsskøn af antallet af personer med psykiske lidelser, da f.eks. personer, som alene har kontakt til praktiserende læge, ikke er medregnet (med mindre de her mindst to gange har modtaget den konkrete ydelse 'samtaletæri'). Populationen opgøres 1. januar 2012.

Det ses af Tabel 38, at der den 1. januar 2012 var knap 94.000 personer i aldersgruppen 16-66 år, som modtog en offentlig forsørgelsesydelse og samtidig havde haft mindst to kontakter til psykiatrien det forudgående år, svarende til 13,8 pct. af alle ydelsesmodtagere.

Godt 69.000 personer i aldersgruppen 16-66 år havde en psykisk lidelse, jf. ovenstående definition, men modtog ikke en offentlig forsørgelsesydelse den 1. januar 2012. Det kan således udledes, at 57 pct. af de i alt godt 163.000 personer, som har en psykisk lidelse i henhold til ovenstående definition, er at finde i beskæftigelsessystemet på en offentlig forsørgelsesydelse.

TABEL 38

Antal og andel af personer med psykiske lidelser fordelt på ydelse, 16-66 år

	Antal personer med psykiske lidelser	Antal personer på ydelse	Andel af personer på ydelse med psykiske lidelser, pct.
Ydelser i alt	93.847	682.188	13,8
A-dagpenge	7.457	150.697	5,0
Kontanthjælp mv.	28.509	140.480	20,3
Sygedagpenge	16.235	78.321	20,7
Fleksjob og ledighedsydelse	6.652	67.969	9,8
Førtidspension	34.994	244.721	14,3
Ingen ydelse	69.372	-	-

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Anmærkning: Kontanthjælp mv. indeholder revalidering.

Det fremgår at størstedelen – ca. 35.000 – af de personer, som har en psykisk lidelse og modtager en offentlig forsørgelsesydelse, er på førtidspension. Det svarer til 37 pct. af alle ydelsesmodtagere med psykiske lidelser. Herefter følger kontanthjælp med ca. 28.500 personer og sygedagpenge med godt 16.000 personer. Andelen af personer, som har en psykisk lidelse, er størst blandt kontanthjælpsmodtagerne og sygedagpengemodtagerne, hvor godt 20 pct. har en psykisk lidelse. Hos førtidspensionisterne er det 14,3 pct., som har en psykisk lidelse.

4.3.2**Karakteristika for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser**

Af Tabel 39 til Tabel 44 ses fordelingen af køn, alder, etnicitet og matchkategori hos ydelsesmodtagere med psykiske lidelser i forhold til alle ydelsesmodtagere.

Det fremgår af Tabel 39, at 59 pct. af ydelsesmodtagerne med psykiske lidelser er kvinder, mens det er 53 pct. af alle ydelsesmodtagerne, som er kvinder. Kvinderne er således overrepræsenteret blandt ydelsesmodtagere med psykiske lidelser.

Tilsvarende ses det, at personer under 50 år er overrepræsenteret blandt ydelsesmodtagere med psykiske lidelser. Fordelingen på etnicitet hos ydelsesmodtagere med psykiske lidelser svarer stort set til fordelingen hos alle ydelsesmodtagere. Det fremgår endvidere af Tabel 39, at ydelsesmodtagere med psykiske lidelser i højere grad matches indsatsklar eller midlertidigt passiv.

TABEL 39

Karakteristika for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser i forhold til alle ydelsesmodtagere

		Ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	Alle ydelsesmodtagere
Køn	Kvinder	59	53
	Mænd	41	47
Alder	16-29 år	21	16
	30-49 år	51	44
	50-66 år	28	41
Etnicitet	Danskere	84	83
	Indvandrere	14	15
	Efterkommere	1	1
Match	Jobklar	20	39
	Indsatsklar	23	14
	Midlertidigt passiv	17	8
	Uoplyst match	40	39

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Anmærkning: De relativt høje andele med uoplyst match skyldes primært at førtidspensionister ikke matches.

Tabel 40 viser karakteristika for personer, som var dagpengemodtagere den 1. januar 2012. Det fremgår af Tabel 40, at kvinderne ligeledes er overrepræsenteret blandt dagpengemodtagere med psykiske lidelser, mens fordelingen på alder og etnicitet hos dagpengemodtagere med psykiske lidelser stort set svarer til fordelingen hos alle dagpengemodtagere.

TABEL 40

Karakteristika for dagpengemodtagere med psykiske lidelser i forhold til alle dagpengemodtagere

		Dagpengemodtagere med psykiske lidelser	Alle dagpengemodtagere
Køn	Kvinder	61	49
	Mænd	39	51
Alder	16-29 år	18	20
	30-49 år	58	51
	50-66 år	24	29
Etnicitet	Danskere	86	84
	Indvandrere	12	14
	Efterkommere	2	2
Match	Jobklar	100	100

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Anmærkning: Dagpengemodtagere er per definition jobklar.

Tabel 41 viser karakteristika for personer, som var kontanthjælpsmodtagere den 1. januar 2012. Det fremgår af Tabel 41, at kvinder og unge under 30 år er overrepræsenteret blandt kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser, mens fordelingen på etnicitet hos kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser stort set svarer til fordelingen hos alle kontanthjælpsmodtagere. Blandt kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser er 8 pct. matchet jobklar, hvilket er betydeligt færre end blandt alle kontanthjælpsmodtagere under ét, hvor 25 pct. er matchet jobklar.

TABEL 41

Karakteristika for kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser i forhold til alle kontanthjælpsmodtagere

		Kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser	Alle kontanthjælpsmodtagere
Køn	Kvinder	57	50
	Mænd	43	50
Alder	16-29 år	43	37
	30-49 år	47	49
	50-66 år	10	14
Etnicitet	Danskere	77	74
	Indvandrere	21	23
	Efterkommere	2	3
Match	Jobklar	8	25
	Indsatsklar	56	52
	Midlertidigt passiv	35	21
	Uoplyst match	1	2

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.
Anmærkning: Kontanthjælp er inkl. revalideringsydelse.

Tabel 42 viser karakteristika for personer, som var sygedagpengemodtagere den 1. januar 2012. Det fremgår af Tabel 42, at kvinder og personer under 50 år er overrepræsenteret blandt sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser, mens fordelingen på etnicitet hos sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser svarer til fordelingen hos alle sygedagpengemodtagere. Sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser matches i mindre grad jobklar set i forhold til alle sygedagpengemodtagere under ét.

TABEL 42

Karakteristika for sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser i forhold til alle sygedagpengemodtagere

		Sygedagpenge- modtagere med psykiske lidelser	Alle sygedagpenge- modtagere
Køn	Kvinder	66	57
	Mænd	34	43
Alder	16-29 år	15	12
	30-49 år	60	53
	50-66 år	26	35
Etnicitet	Danskere	88	88
	Indvandrere	11	11
	Efterkommere	1	1
Match	Jobklar	22	26
	Indsatsklar	33	26
	Midlertidigt passiv	32	25
	Uoplyst match	13	23

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Tabel 43 viser karakteristika for personer, som var i fleksjob eller på ledighedsydelse (ledige fleksjobtilkendte) den 1. januar 2012. Det fremgår af Tabel 43, at kvinder og personer under 50 år er overrepræsenteret blandt personer i fleksjob med psykiske lidelser, mens fordelingen på etnicitet hos personer i fleksjob med psykiske lidelser stort set svarer til fordelingen hos alle personer i fleksjob. Personer i fleksjob med psykiske lidelser matches i mindre grad jobklar set i forhold til alle personer i fleksjob under ét.

TABEL 43

Karakteristika for personer i fleksjob med psykiske lidelser i forhold til alle personer i fleksjob

		Personer i fleksjob med psykiske lidelser	Alle i fleksjob
Køn	Kvinder	69	62
	Mænd	31	38
Alder	16-29 år	5	3
	30-49 år	59	46
	50-66 år	36	50
Etnicitet	Danskere	91	93
	Indvandrere	9	7
	Efterkommere	0	0
Match	Jobklar	77	90
	Indsatsklar	12	6
	Midlertidigt passiv	9	4
	Uoplyst match	2	1

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.
Anmærkning: Fleksjob er inkl. ledighedsydelse.

Tabel 44 nedenfor viser karakteristika for personer, som var på førtidspension den 1. januar 2012. Det fremgår af Tabel 44, at personer under 50 år er overrepræsenteret blandt personer på førtidspension med psykiske lidelser, mens fordelingen på køn og etnicitet hos personer på førtidspension med psykiske lidelser stort set svarer til fordelingen hos alle personer på førtidspension.

TABEL 44

Karakteristika for førtidspensionister med psykiske lidelser i forhold til alle førtidspensionister

		Førtidspensionister med psykiske lidelser	Alle førtidspensionister
Køn	Kvinder	54	54
	Mænd	46	46
Alder	16-29 år	9	5
	30-49 år	47	33
	50-66 år	44	62
Etnicitet	Danskere	86	85
	Indvandrere	13	15
	Efterkommere	1	1
Match	Uoplyst	100	100

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

4.3.3

Beskæftigelsesindsats og kontakt til psykiatrien for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser

Tabel 45 til Tabel 50 viser forsørgelsesstatus og beskæftigelsesindsats det seneste år (2011) for personer med psykiske lidelser, som modtog offentlige ydelser den 1. januar 2012, samt det gennemsnitlige antal gange disse personer har været i kontakt med psykiatrien i løbet af det seneste år.

Det fremgår af Tabel 45, at ydelsesmodtagere med psykiske lidelser får lidt flere samtaler med jobcenteret og lidt flere mentortimer sammenlignet med alle ydelsesmodtagere set under ét.

Den samlede gennemsnitlige aktiveringsgrad for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser er en smule mindre end for alle ydelsesmodtagere set under ét. Det skyldes, at ydelsesmodtagere med psykiske lidelser får lidt færre virksomhedsrettede tilbud (løntilskud og virksomhedspraktik).

Den gennemsnitlige ydelsesmodtager med psykiske lidelser har 7,1 indlæggelsesdage og 9,9 ambulante besøg hos psykiatrien i løbet af et år.

TABEL 45

Beskæftigelsesindsats mv. for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser det seneste år

	Ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	Alle ydelsesmodtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	11,9	17,0
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	3,4	2,9
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	0,7	0,4
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	10,8	12,6
heraf virksomhedsrettet	3,8	5,5
heraf vejledning/opkvalificering	7,0	7,1
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 1 år	7,1	1,0
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 1 år	9,9	1,4

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Tabel 46 viser beskæftigelsesindsatsen mv. det seneste år for dagpengemodtagere. Det fremgår af Tabel 46, at dagpengemodtagere med psykiske lidelser stort set får samme beskæftigelsesindsats som alle dagpengemodtagere set under ét, dog med lidt flere samtaler og lidt færre aktive tilbud. Dagpengemodtagere med psykiske lidelser har relativt få indlæggelsesdage og ambulante besøg i psykiatrien set i forhold til personer med psykiske lidelser i de andre ydelsesgrupper.

TABEL 46

Beskæftigelsesindsats mv. for dagpengemodtagere med psykiske lidelser det seneste år

	Dagpengemodtagere med psykiske lidelser	Alle dagpenge- modtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	28,0	37,1
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	6,4	6,0
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	0,2	0,1
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	25,6	29,0
heraf virksomhedsrettet	14,2	16,8
heraf vejledning/opkvalificering	11,4	12,2
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 1 år	0,9	0,0
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 1 år	6,4	0,3

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Tabellen nedenfor viser beskæftigelsesindsatsen mv. det seneste år for kontanthjælpsmodtagere. Det fremgår af Tabel 47, at kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser flere mentortimer end alle kontanthjælpsmodtagere set under ét, men til gengæld har en betydeligt lavere aktiveringsgrad.

Den lavere aktiveringsgrad kan delvist forklares af, at kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser i højere grad matches midlertidigt passiv, jf. Tabel 41, hvormed jobcenteret har vurderet, at borgeren ikke kan deltage i en beskæftigelsesrettet indsats med aktive tilbud.

Kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser har det næststørste gennemsnitlige antal indlæggelsesdage og ambulante besøg i psykiatrien af alle ydelsesgrupperne – kun overgået af personer på førtidspension.

TABEL 47

Beskæftigelsesindsats mv. for kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser det seneste år

	Kontanthjælps- modtagere med psykiske lidelser	Alle kontanthjælps modtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	10,6	15,7
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	5,4	5,3
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	1,7	1,3
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	21,1	28,9
heraf virksomhedsrettet	5,7	9,3
heraf vejledning/opkvalificering	15,4	19,6
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 1 år	6,5	1,3
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 1 år	10,3	2,1

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.
Anmærkning: Kontanthjælp er inkl. revalideringsydelse.

Tabel 48 viser beskæftigelsesindsatsen mv. det seneste år for sygedagpengemodtagere. Det fremgår af Tabel 48, at sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser i snit får lidt flere samtaler, mentortimer og aktive tilbud end alle sygedagpengemodtagere set under ét.

Sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser har færre indlæggelsesdage og ambulante besøg i psykiatrien end kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser, men flere end dagpengemodtagere med psykiske lidelser.

TABEL 48

Beskæftigelsesindsats mv. for sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser det seneste år

	Sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser	Alle sygedagpengemodtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	35,2	46
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	7,3	7,0
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	0,4	0,2
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	12,9	11,9
heraf virksomhedsrettet	5,5	5,5
heraf vejledning/opkvalificering	7,4	6,4
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 1 år	4,7	1,0
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 1 år	8,7	1,9

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Tabel 49 viser beskæftigelsesindsatsen mv. det seneste år for personer i fleksjob. Det fremgår af Tabel 49, at personer i fleksjob med psykiske lidelser i højere grad får samtaler, mentortimer og aktive tilbud end alle personer i fleksjob set under ét. Det hænger formentlig sammen med, at personer, der har fået tilkendt fleksjob kun modtager en aktiv indsats i de perioder, hvor de er ledige og derfor modtager ledighedsydelse.

Personer i fleksjob med psykiske lidelser har et gennemsnitligt antal ambulante besøg og relativt få indlæggelsesdage i forhold til andre ydelsesmodtagere med psykiske lidelser.

TABEL 49

Beskæftigelsesindsats mv. for personer i fleksjob med psykiske lidelser det seneste år

	Personer i fleksjob med psykiske lidelser	Alle personer i fleksjob
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	1,8	1,4
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	2,8	1,5
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	1	0,6
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	9,8	5,5
heraf virksomhedsrettet	4,7	2,7
heraf vejledning/opkvalificering	5,1	2,8
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 1 år	1,9	0,2
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 1 år	9,2	0,9

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.
Anmærkning: Fleksjob er inkl. ledighedsydelse.

Tabel 50 viser beskæftigelsesindsatsen mv. det seneste år for førtidspensionister. Det fremgår af Tabel 50, at personer på førtidspension med psykiske lidelser stort set ikke har været selvforsørgende eller fået en aktiv indsats i året inden måletidspunktet – formentlig fordi de har været på førtidspension i perioden.

Personer på førtidspension med psykiske lidelser har det højeste antal indlæggelsesdage og ambulante besøg i psykiatrien af alle ydelsesgrupperne.

TABEL 50

Beskæftigelsesindsats mv. for førtidspensionister med psykiske lidelser det seneste år

	Førtidspensionister med psykiske lidelser	Alle førtidspensionister
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	0,7	0,5
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	0,3	0,2
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 1 år	0,1	0
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	0,5	0,3
heraf virksomhedsrettet	0,1	0,1
heraf vejledning/opkvalificering	0,4	0,2
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 1 år	11,1	1,6
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 1 år	10,9	1,6

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Af bilag 2 ses de samme målinger som i Tabel 45 – Tabel 50, hvor der, i stedet for et år tilbage, ses på beskæftigelsesindsatsen henholdsvis 3 år tilbage (2009-2011) og et halvt år frem (første halvår 2012) for personer med psykiske lidelser som modtog offentlige ydelser den 1. januar 2012. Det fremgår af disse bilag, at resultaterne ikke ændrer sig betydeligt, når indsatsperioden, der måles på, ændres.

Af Tabel 51 sidst i dette afsnit ses andelen af ydelsesmodtagere den 1. januar 2012, som havde en psykisk lidelse i hver af landets kommuner. Endvidere vises aktiveringsgraden det seneste år for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser og for alle ydelsesmodtagere set under ét i hver kommune. Kommunerne er sorteret efter, hvilken region de ligger i.

Det fremgår af tabellen, at der er en vis variation i andelen af ydelsesmodtagere, som har psykiske lidelser i kommunerne. Det fremgår endvidere, at kommunernes brug af aktive tilbud til ydelsesmodtagere, er forskelligt både over for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser og generelt for alle ydelsesmodtagere. Det skal bemærkes at aktiveringsgraden ikke kan ses som et kvalitetsmål for kommunernes indsats. Meget aktivering giver ikke nødvendigvis den bedste indsats, og behovet for aktivering afhænger af sammensætningen af ydelsesmodtagere i den enkelte kommune.

4.4

Udfordringer på beskæftigelsesområdet i forhold til indsatser over for personer med psykiske lidelser

Som det fremgår af de ovenstående afsnit er det svært ud fra det foreliggende datagrundlag at vurdere, i hvilken grad beskæftigelsesindsatsen er tilpasset personer med psykiske lidelser.

Personer med psykiske lidelser kan være særligt udsatte på arbejdsmarkedet, og det kan være en udfordring for kommunen at skulle give den rette individuelt tilrettelagte beskæftigelsesindsats for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser og sikre, at den koordineres med andre indsatser som borgeren måtte modtage, f.eks. i sundhedssystemet.

Med reformen af førtidspension og fleksjob skal kommunerne fra 1. januar 2013 behandle komplekse sager, hvor borgeren har problemer ud over ledighed, i et rehabiliteringsteam. Målgruppen er de sager, der i dag vil kunne ende med tilkendelse af førtidspension eller fleksjob, og vil dermed ofte omhandle borgere med psykiske lidelser, jf. tallene fra Ankestyrelsen i afsnittet om viden. I rehabiliteringsteamet vil der sidde repræsentanter fra de relevante forvaltninger i kommunen samt en 'sundhedskoordinator' med sundhedsfaglig baggrund, som kan yde rådgivning og/eller henvise til den rette lægefaglige rådgivning. Det vil alt andet lige medføre en bedre koordineret indsats på tværs af de kommunale forvaltninger for personer med psykiske lidelser samt en mere effektiv brug af de lægefaglige ressourcer, bl.a. i psykiatrien.

I forlængelse af kortlægningen kan der helt konkret peges på følgende tre udfordringer:

- **Særlige behov for støtte til personer med psykiske lidelser.** Den aktive indsats i beskæftigelsessystemet over for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser adskiller sig ikke på det overordnede niveau markant fra den indsats, der gives til andre ydelsesmodtagere. Der synes således at være et potentiale for en mere målrettet indsats for denne særligt sårbare målgruppe. Et eksempel kunne være ved "skrøbelige overgange", som f.eks. inden en person med psykiske lidelser bliver udskrevet fra psykiatrisk afdeling og i overgangen til et liv med job og uddannelse. Erfaringer fra tidligere forsøg og projekter peger på, at f.eks. mentorstøtte i en sådan situation vil kunne hjælpe udsatte borgere nærmere job eller uddannelse.

- **Mangel på data for personer med lettere psykiske lidelser.** En udfordring i forhold til tilrettelæggelsen af beskæftigelsesindsatsen for personer med psykiske lidelser er det aktuelt manglende kendskab til hvilke personer, der modtager ydelser hos almen praksis. Eksisterende data omfatter ikke psykiatriske patienters ydelser hos almen praksis (udover ydelsen samtaleterapi). Det kan betyde, at sagsbehandlerne ikke altid ved, om borgeren har kontakt med praktiserende læge og/eller mindre psykiske lidelser, og dermed kan de ikke altid kan tage hensyn hertil i tilrettelæggelsen af en individuel og helhedsorienteret indsats.
- **Behov for mere omfattende viden om delvis tilbagevenden til arbejde for personer med psykiske lidelser.** Den eksisterende viden peger på, at arbejdspladsbaserede indsats, herunder gradvis tilbagevenden til arbejde, generelt virker for sygemeldte, men effekterne er usikre for personer med psykiske lidelser. Der synes således at være behov for at få styrket vidensgrundlaget, f.eks. via data, jf. ovenstående, og metodeudvikling, når det gælder delvise raskmeldinger for personer med psykiske lidelser.

TABEL 51

Andel af ydelsesmodtagere med psykiske lidelser, samt aktiveringsgrad i alle landets kommuner

	Andel af personer på ydelse med psykiske lidelser, pct.	Gennemsnitlig aktiveringsgrad for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	Gennemsnitlig aktiveringsgrad for alle ydelsesmodtagere
Region Hovedstaden			
Bornholm	10,7	10,1	11,3
Gribskov	12,8	10,9	11,4
Dragør	13,3	5,3	10,0
Hvidovre	13,8	12,1	13,2
Ishøj	14,2	8,7	14,0
Helsingør	14,4	10,3	11,1
Tårnby	14,5	6,7	11,2
Frederikssund	14,8	10,3	12,4
Høje-Tåstrup	14,8	7,2	11,3
Herlev	14,9	8,7	10,9
Egedal	15,7	12,1	11,2
Fredensborg	15,7	10,7	10,4
Halsnæs	15,9	9,8	11,2
Rødovre	15,9	9,2	13,4
Albertslund	16,1	10,9	13,9
Brøndby	16,2	7,5	10,5
Frederiksberg	16,3	10,2	13,6
Ballerup	16,4	11,0	10,8
Vallensbæk	16,5	6,5	13,4

	Andel af personer på ydelse med psykiske lidelser, pct.	Gennemsnitlig aktiveringsgrad for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	Gennemsnitlig aktiveringsgrad for alle ydelsesmodtagere
København	17,1	11,0	14,4
Hørsholm	17,3	11,2	13,1
Furesø	17,5	9,6	11,4
Glostrup	17,6	11,1	15,3
Allerød	17,7	11,4	11,1
Gentofte	18,8	9,5	12,1
Gladsaxe	19,0	8,4	10,8
Rudersdal	19,3	9,0	11,0
Hillerød	19,5	10,1	12,0
Lyngby-Taarbæk	19,7	11,0	12,9
Region Sjælland			
Lolland	8,9	6,8	9,8
Vordingborg	11,6	12,5	12,0
Guldborgsund	11,7	10,8	11,9
Kalundborg	11,9	9,2	9,8
Stevns	12,0	10,3	12,1
Faxe	13,1	11,3	13,5
Odsherred	13,2	10,5	12,8
Næstved	14,0	11,6	11,7
Slagelse	14,3	15,2	15,8
Sorø	14,3	7,1	–
Ringsted	15,0	10,0	13,0
Holbæk	16,1	14,1	15,2
Lejre	16,4	9,3	10,3
Solrød	16,6	12,4	14,9
Greve	17,5	8,2	11,2
Køge	18,4	10,4	12,9
Roskilde	19,9	9,5	12,1
Region Nordjylland			
Læsø	4,4	8,5	2,9
Frederikshavn	5,9	8,1	11,0
Jammerbugt	7,1	15,9	18,8
Brønderslev	7,1	10,8	13,4
Hjørring	7,4	7,5	12,3
Vesthimmerland	7,7	7,6	12,5
Rebild	8,8	12,8	13,3
Aalborg	9,0	10,4	14,1
Mariagerfjord	10,3	11,7	12,6

	Andel af personer på ydelse med psykiske lidelser, pct.	Gennemsnitlig aktiveringsgrad for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	Gennemsnitlig aktiveringsgrad for alle ydelsesmodtagere
Morsø	10,5	8,6	10,0
Thisted	10,5	7,5	10,2
Region Midtjylland			
Samsø	7,3	6,0	8,0
Lemvig	9,0	10,3	12,0
Ringkøbing-Skjern	9,4	9,7	11,5
Hedensted	10,2	19,5	19,2
Skive	10,6	11,7	14,3
Holstebro	11,4	13,8	13,0
Horsens	11,5	13,0	14,0
Ikast-Brande	11,5	12,7	14,2
Struer	11,5	11,7	12,0
Odder	11,6	8,3	10,8
Herning	11,8	14,7	12,5
Randers	12,0	10,8	10,1
Favrskov	12,9	13,6	13,0
Syddjurs	13,1	13,2	12,5
Skanderborg	13,0	14,1	14,3
Århus	13,5	12,3	12,4
Norddjurs	14,5	9,9	12,6
Silkeborg	14,9	11,4	12,1
Viborg	15,5	11,2	13,1
Region Syddanmark			
Ærø	9,8	4,2	6,5
Kerteminde	10,7	13,7	15,2
Langeland	11,1	6,3	9,3
Aabenraa	11,9	11,4	13,7
Faaborg-Midfyn	12,6	8,0	11,0
Varde	12,6	8,7	11,8
Billund	12,7	9,7	9,4
Assens	13,1	9,4	12,2
Nyborg	13,2	7,2	11,5
Nordfyns	13,5	11,3	14,7
Fanø	13,9	10,0	9,8
Middelfart	13,9	9,0	11,2
Fredericia	14,2	11,9	14,2
Esbjerg	14,5	9,9	11,1
Odense	14,9	9,7	11,0

	Andel af personer på ydelse med psykiske lidelser, pct.	Gennemsnitlig aktiveringsgrad for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	Gennemsnitlig aktiveringsgrad for alle ydelsesmodtagere
Tønder	15,0	9,8	12,0
Svendborg	15,3	12,0	12,2
Vejle	15,3	16,3	15,7
Haderslev	15,5	11,0	12,9
Kolding	15,5	11,1	12,5
Vejen	16,0	9,6	10,2
Sønderborg	16,1	8,7	11,2
Hele landet	13,8	10,8	12,6

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

5

Den kommunale sociale indsats

5.1

Indledning

Dette kapitel er hovedsageligt skrevet på baggrund af Rambøll Management Consultings (herefter Rambøll) kortlægning af den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder. Kapitlet kortlægger kapaciteten på henholdsvis børne- og ungeområdet samt på voksenområdet.

I Rambølls fulde rapport, som fremgår af bilag 4, kan findes en beskrivelse af udviklingen i styringspraksis og -tendenser på området og en mere dybdegående beskrivelse af kapaciteten. Endvidere fremgår der af Rambølls rapport en række metodiske overvejelser med betydning for opgørelserne.

Kortlægningen bygger primært på registerdata fra Danmarks Statistik, Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Tilbudsportalen. Derudover har Rambøll gennemført tre spørgeskemaundersøgelser, 12 casestudier, workshops samt kortlagt en række eksempler på god praksis i kommunerne (sidstnævnte fremgår af bilaget til Rambølls rapport).

Opsummering af den kommunale sociale indsats

- Samlet set anvendes der i 2011 13,3 mia.kr. på den kommunale indsats for personer med psykiske vanskeligheder³³. Heraf vedrører 6,7 mia. kr. børn- og ungeområdet (herunder PPR) og 5,8 mia. kr. voksenområdet. Dertil skal lægges kommunernes udgifter til medfinansiering i den regionale psykiatri, som er på 0,7 mia. kr. på voksenområdet og 0,1 mia. kr. på børne- og ungeområdet. Det er et udgiftsniveau der, når man tager højde for pris- og lønudviklingen, kun har ændret sig i begrænset omfang i den analyserede periode (2007-2011).
- Strukturen i den kommunale ressourceanvendelse er under forandring. Eksempelvis bliver ressourceanvendelsen til de forebyggende og opsøgende indsatser opprioriteret set i forhold til de øvrige indsatser på børne- og ungeområdet. Et andet eksempel herpå vedrører ressourceindsatsen på botilbud på voksenområdet efter §§ 107 og 108, som udgør en faldende andel af den kommunale ressourceindsats. Således blev 60 pct. af ressourcerne til voksne i 2011 anvendt på denne type af tilbud, mens den tilsvarende andel i 2007 udgjorde 68 pct. Til gengæld bruges en stigende andel af ressourcerne på socialpædagogisk støtte (efter servicelovens § 85), hvor aktiviteten er næsten fordoblet fra 2007 til 2011.
- Dette billede genfindes også, når udviklingen i aktivitet og pladser analyseres. Selvom kapaciteten har været nogenlunde stabil fra 2007 til 2011, er der sket væsentlige strukturelle omlægninger. Kommunerne omlægger således i stigende grad fra længerevarende døgntilbud til forebyggelse og støtte i familien og eget hjem. På børneområdet er antallet af nyanbringelser faldet med 30 pct. fra 2007 til 2011, mens antallet af forebyggende foranstaltninger er steget med 12 pct. På voksenområdet er aktiviteten på de længerevarende botilbud faldet med 5 pct., mens aktiviteten i den socialpædagogisk støtte (§ 85) er steget med næsten 100 pct. fra 2007 til 2011.
- Der er en samlet kapacitet i antallet af døgnpladser til børn og unge med psykiske vanskeligheder på omkring 5.500 pladser i 2011. På voksenområdet er kapaciteten omkring 16.000 i dagtilbud (væresteder og beskyttet beskæftigelse) og 7.600 pladser i botilbud i 2011. Omkring 25 pct. af pladserne drives af private leverandører, mens regionerne driver omkring 9 pct. af botilbuddene og en mindre del af dagtilbud og døgninstitutioner. Det er dog ikke alle pladserne på disse tilbud, der udelukkende henvender sig til borgere med psykiske vanskeligheder.
- Udviklingen kan ses som udtryk for at kommunerne i stigende grad arbejder med fleksible tilbud, mindre indgribende foranstaltninger og et øget fokus på udvikling frem for omsorg. En sådan tilgang er væsentlig mere krævende at administrere og stiller større krav om faglig indsigt.

³³ Området dækker indsatser til udsatte børn og unge (efter serviceloven) PPR og indsatser til voksen-handicapområdet (efter serviceloven). Området omfatter både forebyggende og støttende tiltag og døgntilbud som døgninstitutioner på børne- og ungeområdet og botilbud på voksenområdet.

Børn og unge med psykiske vanskeligheder

I dette kapitel kortlægges kapaciteten i den kommunale sociale indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvorefter der gives en vurdering af udfordringer og potentialer for en optimering af denne kapacitet.

Indsætter i kommunerne over for børn og unge med psykiske vanskeligheder er primært reguleret efter serviceloven, men kan ikke afgrænses på samme måde som på voksenområdet. Den væsentligste årsag er, at der i det kommunale praksisfelt på børne- og ungeområdet arbejdes ud fra et helhedssyn på barnet/den unge i familien, hvor barnets/den unges psykiske vanskeligheder kun udgør et enkelt element af barnets/den unges samlede situation i familien. Kommunerne kan derfor ikke entydigt sige, om et tilbud iværksættes som følge af barnets/den unges psykiske vanskeligheder, da det ikke er det eneste parameter, der vurderes ud fra. Dette forhold har vanskeliggjort arbejdet med den kvantitative kortlægning af kapaciteten på området, da der er brug for at inddrage kommunernes skøn over andelen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, som har modtaget det relevante tilbud.

I boksen nedenfor gives et overblik over de forskellige tilbud, der udgør den samlede tilbudsvifte i kommunerne i indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvorudfra kapaciteten skal vurderes. De fleste af tilbuddene anvendes af en bredere målgruppe end den, der er fokus på i denne analyse, f.eks. børn og unge med nedsat fysisk funktionsevne eller sociale problemer.

BOKS 10

Tilbudstyper i den kommunale sociale indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder

I den kommunale tilbudsvifte til indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder er der tre overordnede tilbudstyper. Hver tilbudstype rummer en række handlemuligheder, som kommunerne kan anvende i indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder og deres familier:

- Rådgivningstilbud.
 - Opsøgende tilbud om rådgivning.
 - Åbne og anonyme familieorienterede rådgivningstilbud.
 - Konsulentbistand til børn, unge og familier.
 - Rådgivning om familieplanlægning.
 - Familievejlederordning.

BOKS 10 (FORTSAT)

- Støttetilbud (forebyggende foranstaltninger).
 - Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted el.lign.
 - Praktisk, pædagogisk støtte i hjemmet.
 - Familiebehandling.
 - Døgn- og aflastningsophold for barnet/den unge samt familiemedlem(mer).
 - Fast kontaktperson for barnet/den unge eller familien.
 - Praktiktilbud for den unge.
- Anbringelser uden for hjemmet.
 - Anbringelse hos plejefamilie.
 - Anbringelse på opholdssteder.
 - Anbringelse på døgninstitution.

Nedenfor uddybes tilbudstyperne i den kommunale tilbudsvifte med angivelse af lovgrundlag.

Efter servicelovens § 11 skal kommunen tilbyde støttetilbud i form af f. eks. gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien til dem, der har behov for det. Rådgivningen skal kunne gives som et åbent og anonymt tilbud og kan gives som supplement til øvrige tilbud. I den forlængelse er der gennem de seneste år allokeret penge fra satspuljen til en styrkelse af indsatsen over for børn og unge med begyndende psykiske vanskeligheder. Puljen blev bl.a. brugt til psykologbehandling i kommunerne og på ungdomsuddannelserne og havde til formål at afdække, om tidlig psykologbistand kan medvirke til at forebygge en optrapning af de udfordringer, barnet eller den unge står over for, så behovet for psykiatrisk udredning og behandling potentielt kan mindskes. Med introduktionen af Barnets Reform, der trådte i kraft i starten af 2011, blev der sat yderligere fokus at sikre en tidligere og mere sammenhængende indsats (efter servicelovens § 46).

Efter servicelovens § 52 skal børn og unge med psykiske vanskeligheder modtage forebyggende, støttende indsatser efter en vurdering af barnets/den unges behov samt familiens samlede situation. Karakteren af sådanne tilbud er mindre indgribende end anbringelser uden for hjemmet, da der lægges vægt på ydelser, som inddrager familien i løsningen. Inden for denne kategori hører også de unge med psykiske funktionsnedsættelser, der, jf. Vejledningslovens § 3, har et særligt behov for vejledning fra Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU). UU's målgruppe dækker over unge fra og med 6. klasse til unge under 25 år, og UU vil derfor ofte indtage en rolle i forbindelse med, at unge med psykiske vanskeligheders går fra at høre under børneparagrafferne i serviceloven til voksenparagrafferne (og dermed også deres skift mellem forvaltninger i den kommunale praksis). Pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR) har naturligvis også en væsentlig rolle i indsatsen.

Ud over indsætter for de børn og unge, som bor i eget hjem, dækker analysen også over børn og unge med psykiske vanskeligheder, der er anbragt uden for hjemmet hos enten plejefamilier, på opholdssteder eller på døgninstitutioner (efter servicelovens §§ 66 og 67). Døgninstitutioner kan kræve en høj grad af specialisering (f. eks. i forhold til unge piger med stærkt selvskadende adfærd eller børn og unge med OCD mv.), der f. eks. kan sikre de indskrevne børn og unge en forudsigelig og struktureret hverdag og evt. et specialtilpasset undervisningstilbud til udsatte børn og unge.

I nedenstående boks ses en opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedr. indsatsen til udsatte børn og unge med psykiske vanskeligheder.

BOKS 11

Opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedr. indsatsen for udsatte børn og unge med psykiske vanskeligheder

Kommunerne anser indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder som en integreret del af kommunernes samlede indsats for udsatte børn og unge. Mange af kommunernes tilbud henvender sig til en bredere målgruppe, og opgørelsen af den præcise kapacitet er derfor forbundet med usikkerhed.

Det skønnes, at kommunerne bruger omkring 6,3 mia. kr. til udsatte børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvilket udgør omkring 50 pct. af de samlede udgifter til udsatte børn og unge. Hertil kommer kommunernes udgifter på 0,1 mia. kr. til kommunal medfinansiering i den regionale børne- og ungdomspsykiatri.

Udgifterne til det samlede område for udsatte børn og unge er steget med 4 pct. fra 2007 til 2011, når der korrigeres for pris og lønudvikling. Det dækker over en vækst fra 2007 til 2009 og et fald fra 2009 til 2011. Denne udvikling skal dog ses i sammenhæng med den omfattende udgiftsvækst, der har været i området fra 2001 til 2010. Det vurderes, at udgifterne til forebyggende foranstaltninger for psykisk syge unge er steget fra 2007 til 2011, hvilket også skal ses i sammenhæng med en vækst i kommunal medfinansiering af den regionale børne- og ungepsykiatri på omkring 50 pct. fra 2007 til 2011.

Det skønnes, at kommunerne har omkring 4.800 personaleårsværk ansat på tilbud, der beskæftiger sig med børn og unge med psykiske vanskeligheder. Der ikke er et 1:1-forhold mellem kommunernes udgifter på området og personalekapacitet pga. bl.a. køb af pladser hos private leverandører. Hovedparten af personalet er pædagoger og pædagogmedhjælpere, og 1 pct. af medarbejderne er psykologer (650 årsværk på landsplan). Der er sket en vækst i antallet af psykologer på kommunernes tilbud med 65 pct. fra 2007 til 2011.

I 2011 anbragte kommunerne omkring 1.500 børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder blev angivet som en årsag til anbringelsen – heraf ca. 300, hvor ADHD blev angivet som årsag. Det svarer til 58 pct. af kommunernes samlede nyanbringelser. Der er sket et fald i nyanbringelser for børn og unge med psykiske vanskeligheder på 26 pct., hvilket svarer til den genelle udvikling på anbringelsesområdet. Det skønnes, at omkring 3.900 børn og unge med psykiske vanskeligheder modtog forebyggende foranstaltninger i 2011, og omkring 9.100 modtog familierettede forebyggende foranstaltninger. Det skønnes, at niveauet stort set er stabilt fra 2007 til 2011.

BOKS 11 (FORTSAT)

Det vurderes, at kommunernes kapacitetsudnyttelse er relativt høj. Kommunerne har generelt høj belægning på deres døgninstitutioner, og samtidigt er antallet af sengedage for færdigbehandlede i børne- og ungdomspsykiatrien faldet med 36 pct. fra 2007 til 2011 på landsplan.

Der er generelt store forskelle på kommunernes udgifts- og aktivitetsniveauet på området for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Forskellene kan ikke direkte henføres til omfanget af børn og unge i kontakt med den regionale psykiatri, kommunestørrelse, demografi eller regionalt tilhørsforhold. Sammenholdt med kommunernes vurdering af potentialer vurderes der derfor at være mulighed for en mere effektiv kapacitetsudnyttelse ved i højere grad at anvende en forebyggende og tidlig indsats og i højere grad arbejde med inklusion i de almene dagtilbud eller den almene undervisning.

5.2.1

Økonomi

Som beskrevet har der på børne- og ungeområdet været en række udfordringer i forhold til at identificere den del af indsatsen, der vedrører analysens målgruppe; børn og unge med psykiske vanskeligheder. Dette gælder også i forhold til kortlægningen af den økonomiske kapacitet³⁴. I det følgende belyses økonomien derfor på to niveauer: 1) Overordnet set for hele gruppen af udsatte børn og unge og 2) mere specifikt på målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvor det er muligt. Igennem hele afsnittet er de præsenterede tal korrigeret for pris og lønudvikling, og tallene fremgår derfor i 2011-priser. Afsnittet baseres på tre datakilder:

- Nettodriftsudgifter fra de kommunale regnskaber.
- Data vedr. kommunal medfinansiering af den regionale indsats på psykiatriområdet.
- Tal fra den kvantitative dataindsamling i kommunerne.

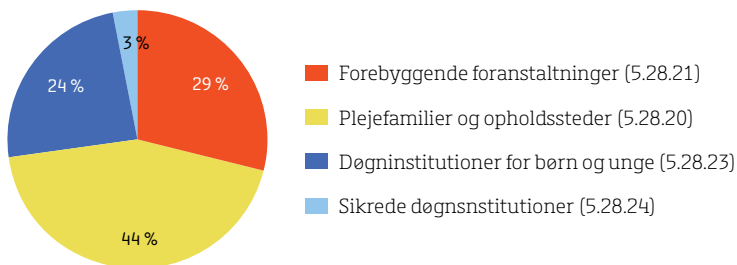
Når der ses på indsatsen på hele området – og altså ikke blot for børn og unge med psykiske vanskeligheder – er de samlede nettodriftsudgifter i kommunerne til anbringelser uden for hjemmet omkring to en halv gang så store som til de forebyggende indsatser³⁵. Således blev der samlet i 2011 anvendt 9,5 mia. kr. til anbringelser uden for hjemmet, mens udgifterne til de forebyggende indsatser udgjorde 3,8 mia. kr. Figuren nedenfor viser, hvorledes omkostningerne fordeler sig på de fire konti, som dækker de relevante tilbud.

³⁴ I de videre analyser tages højde for pris- og lønudviklingen (PL)

³⁵ Når der i det efterfølgende skrives udgifter menes nettodriftsudgifter

FIGUR 5

Udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge i mia. kr., 2011



Hovedkonto	Samlet udgift, 2011	Relativ fordeling
Forebyggende foranstaltninger (5.28.21)	3,8 mia. kr.	29 %
Plejefamilier og opholdssteder (5.28.20)	5,9 mia. kr.	44 %
Døgninstitutioner for børn og unge (5.28.23)	3,2 mia. kr.	24 %
Sikrede døgninstitutioner (5.28.24)	0,4 mia. kr.	3 %
I alt	13,3 mia. kr.	100 %

Udgiftsvæksten på det sociale område svarer til en gennemsnitlig årlig vækst på 2¼ pct. fra 2001 til 2011³⁶. Ses der på området for udsatte børn og unge, er der sket en gennemsnitlig årlig vækst på 0,4 mia. kr. fra 2004 til 2008, svarende til en årlig realvækst på 2,7 pct.³⁷. Vendes blikket mod perioden fra 2007 til 2011, tyder tallene på, at denne mangeårige tendens ser ud til at vende. I nedenstående tabel ses på udgiftsudviklingen fra 2007 til 2011 til det samlede område for udsatte børn og unge.

36 Finansministeriet (2010). Finansministeriets budgetredogørelse 2010.

37 Finansministeriet (2009). Det specialiserede socialområde – redskaber til styring og prioritering

TABEL 52

Udvikling 2007-2011 over udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på hovedkonti, i mia. kr. (2011-PL)

Hovedkonto	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Forebyggende foranstaltninger (5.28.21)	3,6	3,8	4,1	4,1	3,8	7 %
Plejek familier og opholdssteder (5.28.20)	5,5	5,9	6,2	6,2	5,9	7 %
Døgninstitutioner for børn og unge (5.28.23)	3,4	3,6	3,8	3,6	3,2	-5 %
Sikrede døgninstitutioner (5.28.24)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	35 %
I alt	12,7	13,6	14,4	14,2	13,3	4 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager. Priser er opgjort i 2011-PL.

Tabellen viser, at udgifterne på området for udsatte børn og unge samlet set er steget med 4 pct. fra 2007 til 2011. Udgifterne har dog (når der tages højde for pris- og lønudviklingen) været faldende fra 2009 til 2011. Set i sammenhæng med den ovenfor beskrevne udvikling i udgifterne fra 2001 til 2011, indikerer tallene, at tendensen til øgede udgifter på området ser ud til være ved at vende.

Der findes ikke nationale data på, hvor stor en del af udgifterne, som direkte vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Der er derfor anvendt en række forskellige datakilder til at belyse, hvor stor en andel af udgifterne der specifikt vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. I beregningen tages udgangspunkt i de funktionsopdelte nettodriftsudgifter til det samlede område for udsatte børn og unge. Tallene fra den opgørelse vægtes ud fra kommunernes skøn over, hvor stor en andel af udgifterne, som vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Derudover anvendes udviklingen i den kommunale medfinansiering af den regionale psykiatriske indsats og antallet af anbringelser fra 2007 til 2011 som indikatorer for, i hvilken udstrækning udgifterne til børn og unge med psykiske vanskeligheder er vokset med samme 4 pct. som på det samlede område.

Samlet set vurderer Rambøll, at omkring 40 pct. af udgifterne til forebyggende foranstaltninger kan henføres til målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, og at der er sket en stigning i udgifterne til målgruppen fra 2007 til 2011. Det skønnes derved, at kommunerne brugte omkring 1,5 mia. kr. til forebyggende foranstaltninger til målgruppen i 2011.

Samlet vurderer Rambøll, at omkring 50 pct. af udgifterne til anbringelser vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder, og at denne andel har været svagt stigende i perioden fra 2007 til 2011. Det skønnes derved, at kommunerne brugte omkring 4,8 mia. kr. til anbringelser til målgruppen i 2011.

Udover de ovennævnte udgifter har kommunernes udgifter i form af medfinansiering af den regionale psykiatriske indsats. Hver gang et barn/en ung fra kommunen indlægges eller får ambulante behandling på et psykiatrisk hospital eller modtager ydelser fra

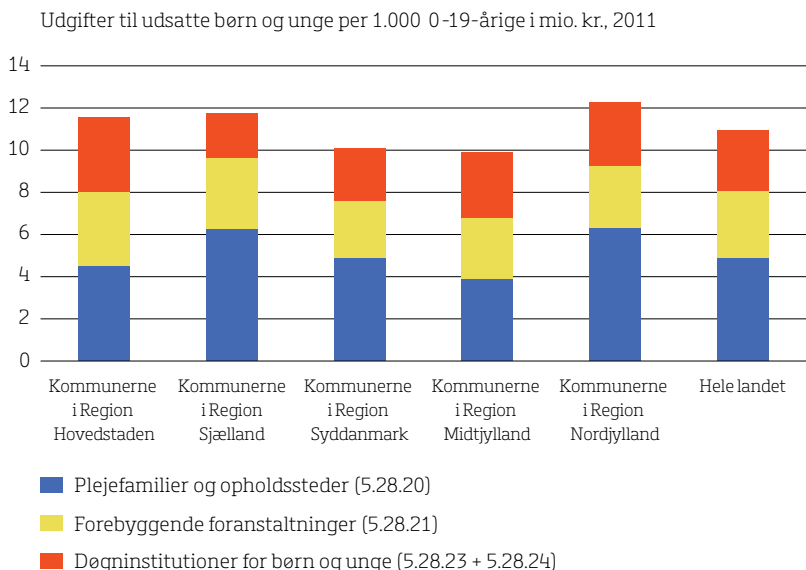
psykologer, psykiatere eller børnepsykiatere, betaler kommunen en del af udgiften. Jf. figuren nedenfor over kommunernes udgifter til medfinansiering af børn og unge i den regionale psykiatri.

5.2.1.1

Forskelle i udgifter mellem kommunerne

I dette afsnit ses der på forskellene mellem kommunerne, og der sættes fokus på, hvordan kommunerne i hver af de fem regioner fordeles sig. Idet der ikke opdeles på målgrupper på børne- og ungeområdet tager analysen udgangspunkt i de overordnede tal på området for udsatte børn og unge. I nedenstående figur ses de samlede udgifter til udsatte børn og unge.

FIGUR 6
Kommunernes udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på regioner og på hovedkonti per 1.000 0-17 årig i kr., 2011



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Sikrede døgninstitutioner indgår i kategorien Døgninstitutioner for børn og unge

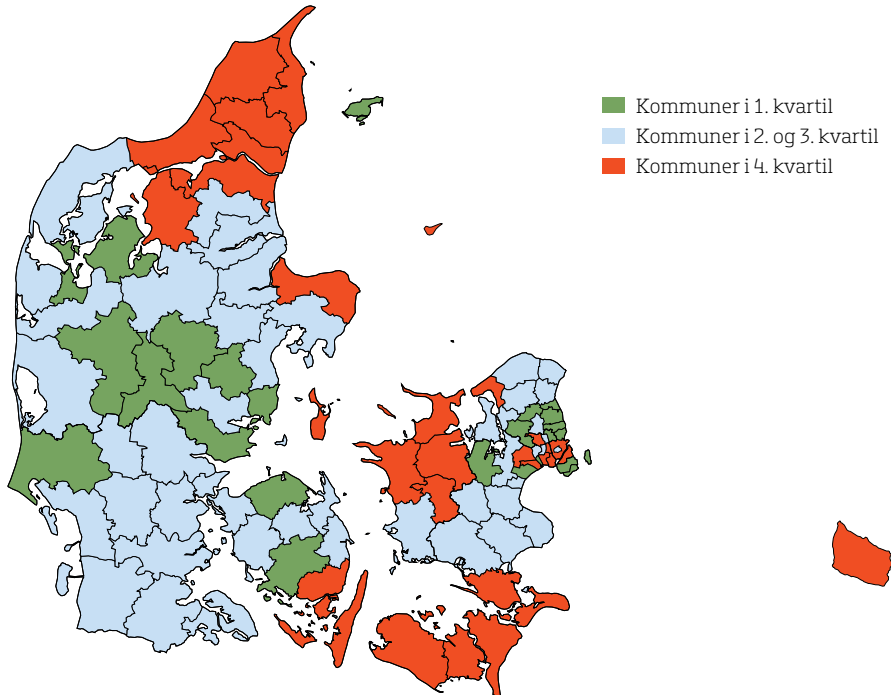
Figuren viser, at der er klare forskelle i kommunerne imellem de fem regioner. Kommunerne i Region Nordjylland og Region Sjælland har det højeste udgiftsniveau per indbygger, hvilket særligt kan henføres til højere udgifter til plejefamilier og opholdssteder.

Kortet herunder viser, hvordan de kommuner, der har henholdsvis de 25 pct. højeste og laveste udgifter i tabellen ovenfor, er placeret. De røde kommuner er de kommuner, der ligger i 4. kvartil og dermed har de højeste udgifter, mens de grønne er de kommuner, der ligger i 1. kvartil og dermed har de laveste udgifter. Det ses, at der er et klart

mønster i og med, at kommunerne med høje udgifter er placeret i yderområder – især i Region Nordjylland – og i Hovedstadsområdet. Kommunerne med lave udgifter ligger for en stor dels vedkommende i Region Midtjylland og i Hovedstadsområdet.

FIGUR 7

Geografisk fordeling af kommuner med høje og lave udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge

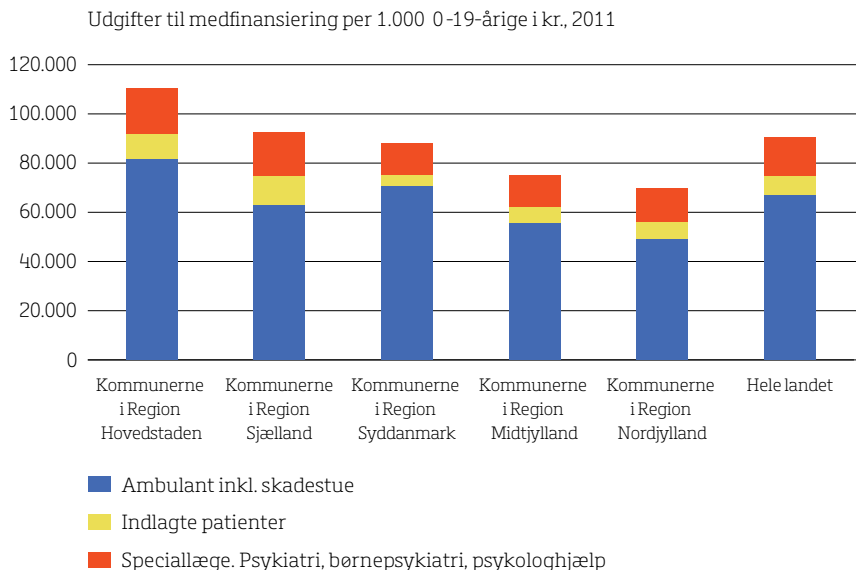


Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kommunerne medfinansierer en del af omkostningerne i den regionale psykiatri. I figuren nedenfor ses der nærmere på kommunernes udgifter til denne medfinansiering til den regionale psykiatri per 1.000 0-19-årige.

FIGUR 8

Kommunernes udgifter til medfinansiering af børn og unge under 20 år i den regionale psykiatri, per 1.000 0-19-årige i kr., 2011



Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

Figuren viser, at kommunerne i Region Hovedstaden har væsentligt højere udgifter til medfinansiering af den regionale psykiatri end de øvrige kommuner, mens kommunerne i Region Midtjylland og Region Nordjylland har væsentligt lavere udgifter end landsgennemsnittet. Sammenholdes kommunernes medfinansieringsudgifter med deres udgifter til området overordnet set, ses der dog ikke nogen signifikant sammenhæng. Idet medfinansieringsudgifterne er udtryk for omfanget af børn og unge med psykiske vanskeligheder i kommunerne, indikerer dette således, at andre faktorer, som f.eks. målgruppens behov for indsatser af mere eller mindre omfattende karakter, betinger kommunernes udgiftsniveau.

5.2.2

Personale

Kommunernes kapacitet på personaleområdet består af de medarbejdere, der er ansat til forebyggende og rådgivende arbejde, samt det personale, der er ansat som plejefamilier eller på institutioner. Afsnittet baseres som udgangspunkt på opgørelser af årsværk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD). FLD dækker kun personale på de kommunale tilbud, og det må derfor forventes, at tallene for den samlede indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder er undervurderede, da de hverken dækker personale ansat i private tilbud eller plejefamilier (eller døgninstitutioner drevet af regionerne).

Som beskrevet tidligere vil mange af kommunens tilbud være i berøring med børn og unge med psykiske vanskeligheder, og man kan ikke entydigt opdele de præcise medarbejdergrupper, der udelukkende arbejder med børn og unge med psykiske

vanskeligheder. Tabellen nedenfor viser fordelingen i antallet af årsværk på forskellige indsats i kommunernes tilbudsvifte.

TABEL 53

Personale (årsværk) på det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på hovedkonti, 2011 (ikke målgruppeopdelt)

	Antal årsværk	Fordeling
Forebyggende foranstaltninger	3.196	33 %
Plejefamilier og opholdssteder	584	6 %
Døgninstitutioner for børn og unge	5.765	61 %
I alt	9.545	100 %

Kilde: FLD-data og egne beregninger.

Samlet ser var der 9.545 årsværk i kommunerne, der beskæftigede sig med indsatsen for udsatte børn og unge. Omkring 33 pct. var ansat til at gennemføre forebyggende foranstaltninger og støtte i hjemmet, mens omkring 60 pct. var ansat på døgninstitutioner og 6 pct. som plejefamilier eller medarbejder på opholdssteder. Der er nogenlunde samme fordeling mellem udgifter til anbringelser og forebyggende foranstaltninger og fordelingen af årsværk. Ses der på de forskellige typer af anbringelser, er der imidlertid en forskel i fordelingen af udgifter og personaleressourcer på disse. Plejefamilier og opholdssteder står således for 44 pct. af de samlede udgifter på området i 2011, men kun for 6 pct. af de samlede årsværk. Dette skal dog ses i sammenhæng med, at mange af deres aktiviteter købes hos private leverandører, hvis personale ikke er medregnet i ovenstående tabel.

Samlet set har antallet af årsværk været næsten uændret fra 2007 til 2011, hvilket illustreres i nedenstående tabel, som viser udviklingen i antal årsværk fra 2007 til 2011:

TABEL 54

Udvikling i antal årsværk på det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på hovedkonti, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Forebyggende foranstaltninger	2.420	2.581	2.856	3.076	3.196	32 %
Plejefamilier og opholdssteder	616	446	516	571	584	-5 %
Døgninstitutioner for børn og unge	6.409	6.658	6.743	6.604	5.765	-10 %
I alt	9.445	9.685	10.115	10.251	9.545	1 %

Kilde: FLD-data og egne beregninger.

Tabellen viser endvidere, at der er sket en stigning på 32 pct. i antal årsværk tilknyttet forebyggende foranstaltninger og et fald i årsværk i plejefamilier på 5 pct. og døgninstitutioner på 11 pct. Denne udvikling kan ses i sammenhæng med kommunernes stigende fokus på tidlig opsporing og forebyggelse frem for anbringelser, som ligeledes modsvares af udviklingen i udgifter, hvor udgifterne til døgninstitutioner er faldet med 5 pct. i samme periode.

Ligesom i forhold til økonomien skønner Rambøll, at omkring 50 pct. af personalet, svarende til ca. 4.800 årsværk, kan henføres til gruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder. Den ovennævnte generelle udvikling på området for udsatte børn og unge vurderer Rambøll derfor ligeledes at gælde specifikt for målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder. Typen af medarbejdere er ligeledes et relevant parameter at kigge på i kapacitetsmæssig sammenhæng.

I nedenstående tabel ses udvikling i antal årsværk fordelt på forskellige personalekategorier. Pædagoger og pædagogmedhjælpere udgør de største personalegrupper efterfulgt af administrativt personale og ledelse. På døgninstitutionerne udgør pædagoger og pædagogmedhjælpere 71 pct. af de samlede årsværk, mens det er 43 pct. i plejefamilier og 53 pct. i de forebyggende foranstaltninger. Andelen af psykologer og socialrådgivere er væsentligt højere i de forebyggende foranstaltninger end ved anbringelserne. Tilsammen er 20 pct. af årsværkene til forebyggende foranstaltninger således enten psykologer eller socialrådgivere, mens det på de øvrige områder er mellem 3-5 pct. I nedenstående tabel har vi set på udviklingen i personalegrupper fra 2007 til 2011.

TABEL 55

Udvikling i antal årsværk fordelt på forskellige personalekategorier på det samlede område for udsatte børn og unge, 2007-2011

Personalegrupper	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling fra 2007-2011
Pædagoger	4.353	4.527	4.707	4.838	4.462	3 %
Lærere	354	330	356	345	363	3 %
Pædagogmedhjælpere	1.746	1.894	1.910	1.899	1.672	-4 %
Psykologer	196	275	284	313	324	65 %
Socialrådgivere	370	372	585	581	552	49 %
Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere	272	239	269	275	172	-58 %
Fysio- og ergoterapeuter	158	109	113	123	119	-25 %
Administrativt personale/ledelse	1.304	1.245	1.126	1.113	1.085	-17 %
Andre	629	643	712	700	690	10 %
Sundhedspersonale (læger, sygeplejersker)	61	52	54	64	104	70 %
I alt	9.445	9.685	10.115	10.251	9.545	1 %

Kilde: FLD-data og egne beregninger.

Tabellen viser, at det samlede antal årsværk ikke er steget siden 2007, men at der er sket et skift i personalesammensætningen over perioden. Antallet af psykologer er således steget med 65 pct. og antallet af socialrådgivere er steget med 49 pct., mens andelen af administrativt personale og ledelse er faldet med 17 pct. fra 2007 til 2011.

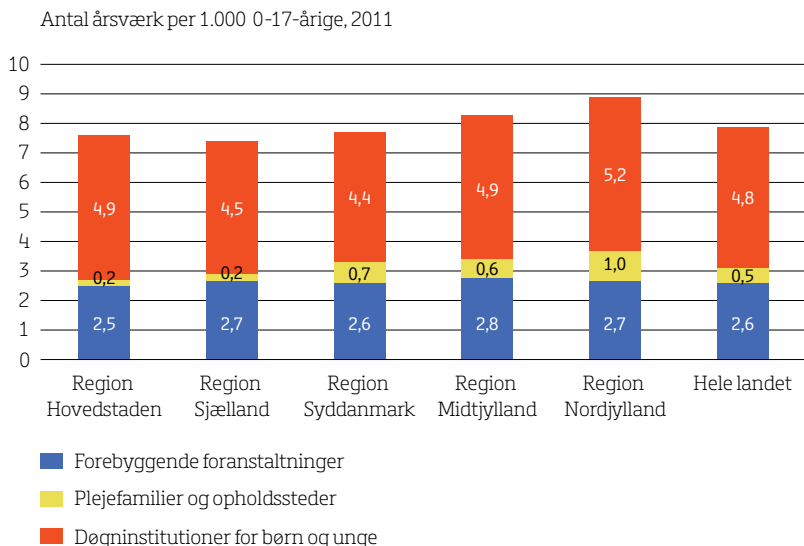
5.2.2.1

Forskelle i kapaciteten i årsværk mellem kommunerne

I dette afsnit ser vi på forskelle mellem kommunerne i de fem regioner i forhold til kapaciteten i antal årsværk.

FIGUR 9

Antal årsværk på det samlede område for udsatte børn og unge per 1.000 0-17-årige per region, 2011



Kilde: FLD-data og egne beregninger.

Figuren viser, at kommunerne i Region Nordjylland har flest årsværk per 1.000 0-17-årige, mens kommunerne i Region Sjælland har de færrest årsværk per 1.000 0-17-årige. Sammenholdt med udgifterne for hele området, ses der ikke nogen stærke sammenhænge, som kan indikere, at mængden af årsværk per 1.000 0-17-årige er afgørende for udgiftsniveauet. Dog ses det, at Region Nordjylland, som har flest årsværk per 1.000 0-17-årige, også har den højeste udgift per 1.000 0-17-årige.

5.2.3

Aktivitet

I dette afsnit beskrives aktiviteten i den kommunale indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Aktiviteten beskrives i forhold til både børn og unge, der

modtager enten forebyggende foranstaltninger eller familiebehandling, og anbragte børn og unge med psykiske vanskeligheder i henholdsvis plejefamilier og på døgninstitutioner.

Når der i afsnittet henvises til anbragte børn og unge med psykiske vanskeligheder, er der udelukkende tale om de børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder er angivet som værende den udslagsgivende årsag til anbringelsen³⁸. Herudover inddrages anbringelser, hvor ADHD har været årsagen, også separat undervejs.

Som beskrevet tidligere har det også inden for aktiviteten været problematisk at opgøre den del, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Dette gælder for de forebyggende indsatser og familiebehandling.

Indledningsvist ses der på den samlede aktivitet over for udsatte børn og unge. I 2010 blev omkring 12.700 børn anbragt uden for hjemmet, mens omkring 14.800 børn modtog forebyggende støtte. Omkring 43.200 familier modtog familiebehandling. Hvor en stor del af omkostningerne går til anbringelser uden for hjemmet og en mindre del til de forebyggende indsatser, vedrører en stor del af aktiviteten de forebyggende indsatser.

TABEL 56

Antal på det samlede børne- og ungeområde, der modtager forebyggende foranstaltninger og familierettede indsatser, samt antallet af børn og unge som er anbragte, 2010-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udviklinger 2007-2011
Forebyggende foranstaltninger	13.236	13.365	14.155	14.766	–	12 %*
Familierettede forebyggende foranstaltninger	42.534	41.461	45.326	43.168	–	1 %*
Anbragte 0-17 år	12.629	12.801	12.893	12.681	12.360	-2 %
Anbragte med efterværn 18-22	1.596	1.741	1.773	1.916	1.900	19 %

Kilde: Særudtræk fra Ankestyrelsens anbringelsesstatistik, Danmarks Statistiks Statistikbanken og egne beregninger.

Note: Nyeste tilgængelige tal for forebyggende foranstaltninger og familiebehandling er fra 2010.

* Tal for udviklingen fra 2007-2010.

Tabellen viser, at der er sket en vækst i forebyggende foranstaltninger på 12 pct. fra 2007 til 2010, mens familiebehandling er nogenlunde konstant i perioden, og antallet af anbragte børn er faldet med 2 pct. Denne tendens genfindes i økonomitallene, men udgifterne til anbringelser er faldet mere end antallet, hvilket indikerer, at pladsprisen per anbringelse er faldet i perioden.

38 Følgende fire udslagsgivende årsager er medtaget i analysen: Sindslidelser, Udadreagerende adfærds- og/eller tilpasningsproblemer, Selvskadende, opmærksomhedssøgende adfærd og Inddreagerende adfærds- og/eller tilpasningsproblemer.

Ligesom det er tilfældet angående økonomien, gælder det også for personalelederen, at størstedelen af årsværkene vedrører anbringelser, men kun en mindre del af aktiviteten. Hvor 67 pct. af de samlede årsværk på området er beskæftiget på døgninstitutioner og plejefamilier, viser tabellen nedenfor, at det kun er 18 pct. af aktiviteten, der vedrører disse. Faldet på 2 pct. i antallet af anbragte modsvares ligeledes med et fald i antallet af årsværk, der vedrører anbringelser på 10 pct., hvilket kan være med til at forklare et fald i pladspriser.

I analysen har vi set på andelen af anbringelser, der kan henføres direkte til børn og unge med psykiske vanskeligheder. I nedenstående tabel ses udviklingen i anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder og/eller ADHD har været udslagsgivende årsag.

TABEL 57

Udvikling i anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag 2007-2011, i antal og andele af samlet antal anbringelser samt procentvis vækst 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-11
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	
Anbringelser med psykiske vanskeligheder som udslagsgivende årsag	1.950 (52)	2.054 (57)	1.829 (56)	1.657 (55)	1.462 (56)	-25 %
Anbringelser med ADHD som udslagsgivende årsag	327 (9)	386 (11)	358 (11)	353 (12)	307 (12)	-6 %
Anbringelser med psykiske vanskeligheder og/eller ADHD som udslagsgivende årsag	2.065 (55)	2.187 (60)	1.922 (59)	1.741 (58)	1.529 (58)	-26 %

Kilde: Særudtræk fra Ankestyrelsens anbringelsesstatistik og egne beregninger.

* Andel af de samlede antal anbringelser

Note: Det samlede antal anbringelser inkl. ADHD er ikke lig summen af anbringelser med psykiske vanskelighed som udslagsgivende årsag og anbringelser med ADHD som udslagsgivende årsag, idet der kan angives flere anbringelsesårsager og der dermed kan være overlap mellem de to grupper.

Tabellen viser, at i alt 1.529 børn og unge blev anbragt i 2011, hvor begrundelse for anbringelsen er en af ovennævnte årsager. Samlet set er antallet af anbringelser for målgruppen faldet med 26 pct., hvilket svarer til den generelle udvikling i nyanbringelser fra 2007 til 2011.

I forhold til forebyggende foranstaltninger og familiebehandling findes der ikke en national datakilde, der kan belyse, hvor stor en andel der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Nedenstående tabel viser kommunernes angivelser af, hvor store andele af de samlede forebyggende foranstaltninger og familiebehandlinger der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder.

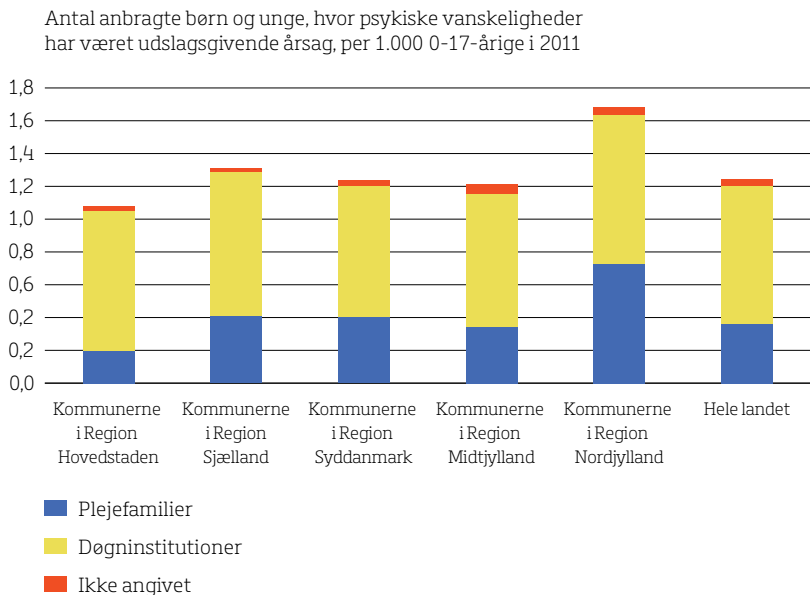
På baggrund af kommunernes vurdering skønnes det, at omkring 3.900 børn og unge med psykiske vanskeligheder modtog forebyggende foranstaltninger i 2010, og at omkring 9.100 modtog familierettede forebyggende foranstaltninger. På baggrund af kommunernes indberetninger skønnes det ligeledes, at niveauet stort set er stabilt fra 2007 til 2010.

Forskelle mellem kommuner

I nedenstående figur ses gruppen af anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag, fordelt på kommunerne i hver region og på landsplan. Tabellen er opdelt efter de to anbringelsestyper: Plejefamilier og døgninstitutioner.

FIGUR 10

Anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag, opdelt på anbringelsestyper og fordelt på regioner per 1.000 0-17-årige i 2011



Kilde: Særudtræk fra Ankestyrelsens anbringelsesstatistik og egne beregninger.

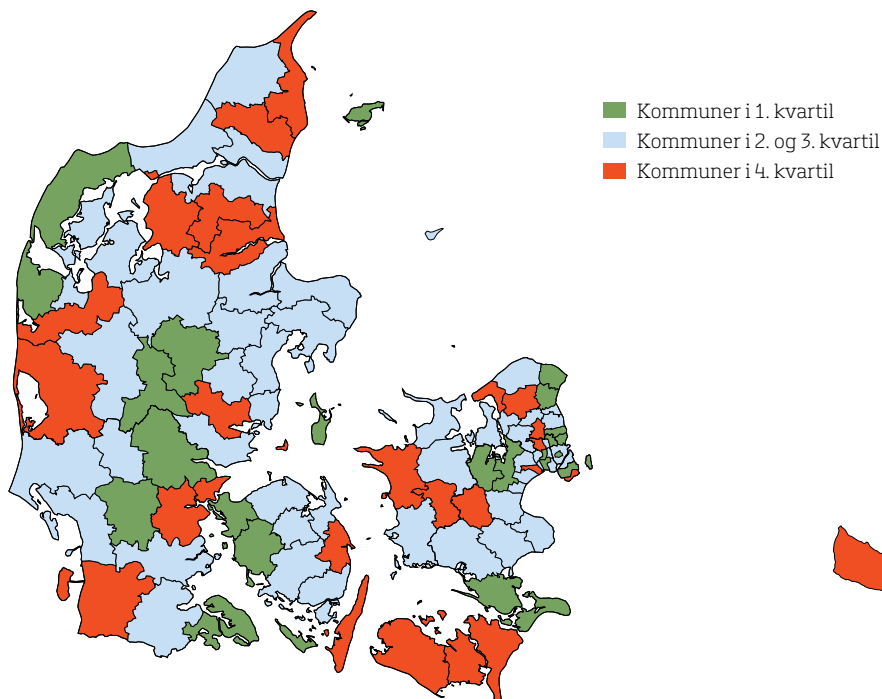
Note: Kategorien Døgninstitutioner dækker over døgninstitutioner, opholdssteder og andet.

Der er forskel på kommunerne i de fem regioner i forhold til i hvor høj grad, børn og unge med psykiske vanskeligheder anbringes i plejefamilier eller på døgninstitutioner. I kommunerne i Region Nordjylland sker over to tredjedele af anbringelserne af målgruppen i plejefamilier, mens det i Region Hovedstaden kun er knap en tredjedel.

I nedenstående figur ses antal anbragte per 1.000 0-17-årige i kommuner, hvor psykiske vanskeligheder har været den udslagsgivende årsag.

FIGUR 11

Geografisk fordeling af kommuner med mange og få anbringelser af udsatte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag



Kilde: Ankestyrelsens anbringelsesstatistik, Danmarks Statistik og egne beregninger.

5.2.4

Pladser

Alle tilbud på det sociale område er forpligtet til at fremgå af en fælles Tilbudsportal. Baseret på oplysninger derfra kan man opgøre antallet af tilbud og antallet af pladser til forskellige målgrupper. Rambøll vurderer dog, at der er betydelige udfordringer forbundet med at anvende oplysninger fra Tilbudsportalen, da der kan sættes spørgsmålstegn ved datas validitet som følge af den svingende kvalitet i tilbuddenes indberetninger og opdateringer. Forbeholdet gælder således for alle beregninger i dette kapitel, hvori pladsoplysninger indgår.

I Tilbudsportalen skal det enkelte tilbud angive, hvilke målgrupper tilbuddet henvender sig til. Ud fra disse oplysninger er det muligt at opgøre tal for, hvor mange tilbud og hvor mange pladser der henvender sig til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

I nedenstående tabel har vi opgjort antallet af pladser på tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

TABEL 58

Antal pladser til børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2010-2012

	2010	2011	2012	Udvikling 2010-2012
Pladser på opholdssteder	2.147	2.449	2.744	28 %
Pladser på døgninstitutioner	2.453	2.336	2.531	3 %
Heraf pladser i regionerne	134	139		-
Pladser på opholdssteder og/eller døgninstitutioner, der ikke kan fordeles mellem opholdssteder og døgninstitutioner	99	101	28	-
Pladser i plejefamilier, på opholdssteder og/eller døgninstitutioner som ikke entydigt kan henføres til børneområdet.	973	1.384	1.643	-

Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen, Opgørelse fra Danske Regioner og egne beregninger

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, som relaterer sig til børn og unge med psykiske vanskeligheder, medregnes i opgørelsen.

Tabellen viser, at antallet af pladser på opholdssteder er steget med 28 pct., mens antallet af pladser på døgninstitutionerne er steget med 3 pct. fra 2010 til 2012.

Tabellen viser ligeledes, at kun en begrænset del af døgninstitutionspladserne fortsat drives af regionerne.

Forskelle mellem kommunerne

I nedenstående tabel ses en oversigt over antal tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder i kommunerne inddelt i de fem regioner.

TABEL 59

Antallet af tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2011, per region og hele landet, per paragraf, per 1.000 0-17-årige

	Kommuner i Region Hovedstaden	Kommuner i Region Sjælland	Kommuner i Region Syddanmark	Kommuner i Region Midtjylland	Kommuner i Region Nordjylland	Hele landet
Antal opholdssteder	0,69	1,56	3,46	4,47	1,82	1,99
Antal døgninstitutioner	1,83	2,24	1,91	1,97	1,72	1,93

Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen og egne beregninger.

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, hvor en af følgende anbringelsesårsager er angivet, medregnes i opgørelsen.

Tabellen viser, at der er betydelig forskel mellem kommunerne i de fem regioner i forhold til hvor mange døgninstitutioner og opholdssteder, der er til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Kommunerne i Region Midtjylland har omkring 4,47 opholdssted per 1.000 indbyggere under 18 år, mens kommunerne i Region Hovedstaden kun har 0,69 opholdssteder per 1.000 indbyggere under 18 år. Andelen af døgninstitutioner er dog relativt mere stabil mellem kommunerne i de fem regioner.

Belægning og ventetid

Som led i undersøgelsen er kommunerne blevet bedt om at angive belægningsgraden for deres døgninstitutioner og de plejefamilier, de anvender. I nedenstående tabel er kommunernes svar angivet.

TABEL 60

Kommunernes angivelser af gennemsnitlige belægningsgrader på døgninstitutioner og i plejefamilier til børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2007-2011

Belægningsgrad i pct.	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Døgninstitutioner	90 %	90 %	89 %	95 %	95 %	5 % point
Konfidensintervaller	77-103 %	80-100 %	79-99 %	90-101 %	88-102 %	
Plejefamilier	83 %	83 %	82 %	83 %	83 %	0 % point
Konfidensintervaller	65-101 %	63-102 %	62-103 %	64-101 %	66-101 %	

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger

Note: Nplejefamilier: 2007=9, 2008=11, 2009=11, 2010=11, 2011=12; Ndøgninstitutioner: 2007=7, 2008=7, 2009=7, 2010=7, 2011=7. Belægningsprocenter på over 100 kan forekomme, idet der i så fald er flere anbragte børn og unge end der er normeret pladser til. 95 pct. konfidensinterval.

Tabellen viser, at kommunerne i gennemsnit har en belægning på 95 pct. på deres døgninstitutioner i 2011, og at belægningen er steget fra 90 pct. i 2007. Der er dog en vis usikkerhed knyttet til dette tal, da det er baseret på en opgørelse fra få kommuner.

Nedenfor ses der på kommunernes vurderinger af de gennemsnitlige ventetider på forskellige tilbud for børn og unge med psykiske vanskeligheder:

TABEL 61

Kommunernes angivelser af de gennemsnitlige ventetider til forskellige indsatser over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2011

Indsats	Gennemsnit antal dage fra visitation til påbegyndelse af tilbud
Anbringelse i plejefamilie	45 dage
Konfidensinterval	27-62 dage
Anbringelse på døgninstitution	42 dage
Konfidensinterval	25-61 dage

Indsats	Gennemsnit antal dage fra visitation til påbegyndelse af tilbud
Anbringelse på opholdssted	43 dage
Konfidensinterval	26-61 dage
Forebyggende foranstaltninger (alle)	43 dage
Konfidensinterval	25-60 dage

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger

Note: Nplejefamilie=22; Ndøgninstitution=20; Nopholdssted=21; Nforebyggende=21. 95 pct. konfidensinterval.

Tabellen viser, at kommunerne har en ventetid på omkring 40 dage til samtlige tilbud. Der er således ikke de store forskelle på tværs af forskellige tilbudstyper.

Færdigbehandlede patienter

Kommunernes generelle medfinansiering af den regionale psykiatri er belyst i afsnittet vedr. økonomien. Udover denne generelle medfinansiering, som kun til en vis grad kan styres af kommunerne i form af forebyggende tilbud, er der medfinansiering på færdigbehandlede patienter efter de faste DRG-takster, der i 2011 udgjorde 1.834 kr. per døgn for en færdigbehandlet patient, der er klar til udskrivning, men som ikke kan udskrives, før kommunen kan modtage dem.

Udviklingen i udgifter til medfinansiering af færdigbehandlede patienter kan dermed ses som en indikator for kommunernes evne til at koordinere med den regionale psykiatri – og dermed kapacitetsstyre.

I de nedenstående to tabeller ses antallet af færdigbehandlede sengedage per region – både i faktiske tal og opgjort per 1.000 indbyggere i kommunerne i hver region.

TABEL 62

Antal færdigbehandlede sengedage i den regionale psykiatri per 1.000 0-19-årige for børn og unge under 20 år, per region, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011 (i pct.)
Hovedstaden	6,24	2,75	4,67	4,38	3,11	-48 %
Sjælland	1,42	2,24	2,76	3,47	1,71	20 %
Syddanmark	3,41	3,79	3,63	2,36	1,83	-47 %
Midtjylland	0,31	0,67	2,52	0,53	1,39	347 %
Nordjylland	1,72	2,42	3,37	0,32	0,06	-97 %
I alt	3,00	2,38	3,50	2,46	1,90	-36 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

Den ovenstående tabel viser, at antallet af færdigbehandlede sengedage på landsplan er faldet fra 4.013 i 2007 til 2.566 i 2011 – svarende til et fald på 36 pct. I 2011 havde kommunerne i Region Hovedstaden klart det højeste niveau med 3,11 antal sengedage per 1.000 indbyggere, mens kommunerne i Region Nordjylland kun havde 0,06 antal sengedage per 1.000 indbyggere. Generelt har kommunerne i de fem regioner oplevet

en meget forskellig udvikling fra 2007 til 2011. Kommunerne i Region Midtjylland har i gennemsnit oplevet en vækst på over 300 pct., mens kommunerne i Region Syd-danmark, Hovedstaden og Nordjylland har oplevet et fald på henholdsvis 46, 50 og 97 pct.

I nedenstående tabel ses en oversigt over, hvor mange dage de færdigbehandlede patienter i gennemsnit er i den regionale psykiatri – fra de er færdigbehandlede, til de kommer tilbage til eget hjem og kommunens indsats.

TABEL 63

Gennemsnitligt antal færdigbehandlede sengedage i den regionale psykiatri (børn og unge under 20 år), per region og samlet, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011 (i pct.)
Hovedstaden	59	44	49	45	44	-26 %
Sjælland	96	29	38	35	31	-67 %
Syddanmark	38	26	32	28	36	-4 %
Midtjylland	17	30	80	13	40	144 %
Nordjylland	82	31	53	15	8	-90 %
Hele landet	51	32	45	34	39	-23 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

Tabellen viser, at børn og unge i 2011 i gennemsnit var færdigbehandlede i 39 dage i den regionale psykiatri. Dette er faldet fra 51 dage i 2007 – svarende til et fald på 23 pct. Tabellen viser ligeledes en markant forskellig udvikling i kommunerne i de fem regioner. Kommunerne i Region Midtjylland har oplevet en stigning på 144 pct. i antal dage for færdigbehandlede patienter, mens kommunerne i Region Sjælland og Region Nordjylland har oplevet et betydeligt fald. Udviklingen i antallet af sengedage for færdigbehandlede og udgifterne til dette hænger dermed i høj grad sammen med kommunernes evne til at reducere antallet af dage efter den enkelte patient er færdigbehandlet – og i mindre grad sammen med evnen til at reducere antallet af patienter. Det skyldes, at de patienter, der venter på et dækkende kommunalt tilbud, venter i gennemsnit 39 dage.

Brugen af evidensbaserede metoder

I forbindelse med analysen er det undersøgt, hvilke evidensbaserede metoder der internationalt har en dokumenteret effekt i forhold til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Der er udelukkende set på metoder, hvor der er foretaget et systematisk metareview efter de højeste forskningsmæssige standarder. Undersøgelsen peger på, at følgende metoder har dokumenteret effekt for målgruppen:

Evidensbaseret forældreprogrammer:

- Gruppebaserede evidensbaserede forældreprogrammer (MST, MTFC, De Utrolige År, PMTO).
- Intensive home-based crisis intervention.
- Shared Care.

På området for udsatte børn og unge er flere og flere kommuner i gang med at implementere evidensbaserede metoder, og Social- og Integrationsministeriet har nedsat en taskforce, der skal understøtte den videre udbredelse af de evidensbaserede forældreprogrammer. Samlet set anvender op imod halvdelen af landets kommuner (47 pct. – 46 kommuner) i maj 2012 én eller flere af de evidensbaserede indsatser De Utrolige År, PALS, PMTO, MST-CM, MTFC og MultifunC. Heraf drifter 33 pct. af kommunerne selv én eller flere af indsatserne, mens yderligere 13 pct. visiterer til evidensbaserede indsatser uden for eget regi. Indsatserne er dog ikke udelukkende rettet mod gruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, og det er fortsat kun en begrænset del af målgruppen, der modtager en af ovennævnte evidensbaserede metoder. Der er ikke identificeret evidensbaserede metoder i forhold til anbringelser, som er udbredt i kommunerne.

Et forsøgsprojekt, hvor syv kommuner tilbød psykologhjælp til børn og unge med psykiske vanskeligheder, viste, at indsatsen havde en dokumenteret effekt i forhold til at forbedre situationen for målgruppen (Rambøll, 2011). Flere af kommunerne har valgt at fortsætte indsatsen efterfølgende. Socialstyrelsen har iværksat et forsøgsprojekt for 7 kommuner, som tilbyder forældre støttegrupper til børn og unge med psykiske vanskeligheder fra 0-25 år.

Der er gennemført en beskrivelse af god kommunal praksis i forhold til indsatser for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Det er karakteristisk for de identificerede gode eksempler, at de ikke baserer sig direkte på international evidens.

Samlet set vurderes det, at kommunernes familiebehandling i stigende grad er blevet evidensbaseret, mens der mangler at blive udviklet og afprøvet evidensbaserede metoder på kommunernes øvrige foranstaltninger.

5.2.5

Barrierer og muligheder på børne- og ungeområdet

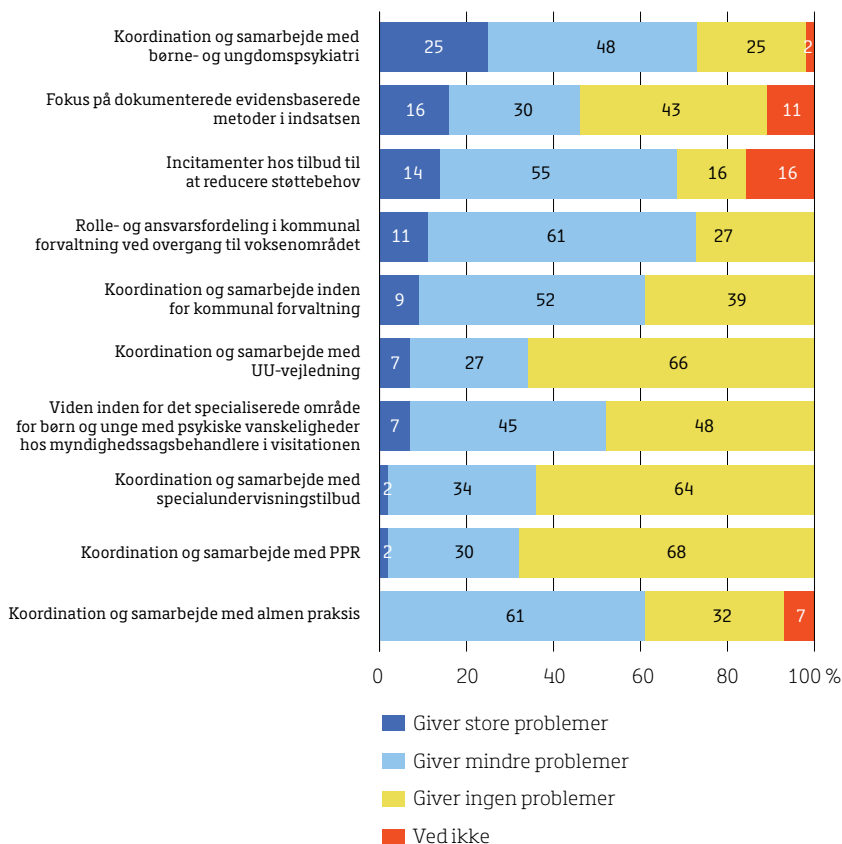
I de to nedenstående afsnit præsenteres henholdsvis de barrierer og de potentialer, som spørgeskemaundersøgelsen i en kobling med de kvalitative interview peger på, er de væsentligste i forhold til kapacitetsudnyttelse.

Barrierer på børne- og ungeområdet

Nedenstående figur illustrerer de adspurgte kommuners svar på en række spørgsmål i forhold til graden af udfordringer, som de nedenfor oplyste punkter giver.

FIGUR 12

Barrierer, Børne- og familieforvaltninger



Kilde: oplysninger fra kommunerne.

Note: N=51.

Med afsæt i de illustrerede svar ovenfor samt de kvalitative interview sætter afsnittet fokus på følgende temaer, hvor kommunerne oplever de *største barrierer* i forhold til kapacitetsudnyttelse:

- Koordination og samarbejde med børne- og ungdomspsykiatri.
- Koordination og samarbejde inden for kommunal forvaltning, herunder rolle- og ansvarsfordeling ved overgangen til voksenområdet.
- Manglende fokus på dokumenterede evidensbaserede metoder.

Koordination og samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien

Som det fremgår af figuren ovenfor, ser 25 pct. af kommunerne store problemer forbundet med koordination og samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien, mens 48 pct. ser mindre problemer forbundet med samarbejdet. Samme billede gør sig gældende i de kvalitative interview, hvor kommunerne som udgangspunkt synes, at der er blevet skabt et langt bedre samarbejde, end der tidligere har været, mellem

den regionale psykiatri og den kommunale indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

På trods af den forbedring i samarbejdet, som kommunerne indikerer, opleves samarbejdet på tværs af sektorer alligevel udfordringsbetonet. Alle de interviewede kommuner har formaliserede møder på ledelsesniveau med den regionale psykiatri, mens det på medarbejderniveau foregår mere ad hoc-baseret fra sag til sag. Det pointerer kommunerne umiddelbart som hensigtsmæssigt, idet sagerne adskiller sig meget og har hver deres individuelle karakter, men det betyder også, at det for hver enkel medarbejder kræver et personkendskab i den regionale psykiatri, og at man som kommunal medarbejder ved hvem, man skal kontakte i forbindelse med den pågældende sag.

Kommunerne beskriver, at der på tværs af sektorer er manglende indsigt i hinandens fagligheder og kompetencer samt manglende respekt for hinandens faglige tilgange til barnet og den unge, ligesom det opleves, at der sjældent eksisterer et personligt kendskab på tværs af sektorer. Der mangler altså et konkret overblik over, hvem der er involveret i barnets sag på tværs af sektorer, herunder hvem der kan kontaktes, og hvordan man kommer i kontakt med vedkommende. Både lægerne fra den regionale psykiatri og de kommunale medarbejdere peger på, at det i nogle tilfælde forlænger processen, da man bruger uforholdsmæssig meget tid på at finde de rette personer, og på at komme igennem til dem både i det ene og andet system.

Ligeledes peger de kommunale sagsbehandlere på, at det er udfordringer forbundet med kommunikationen på tværs af sektorer. De oplever, at den regionale psykiatri i nogle tilfælde ikke respekterer, at kommunen har myndighedskompetencen til at visitere barnet/den unge til et tilbud. Kommunerne giver udtryk for, at det kan give samarbejdsvanskeligheder mellem kommune og region, fordi kommunerne oplever, at den regionale psykiatri i stedet for at beskrive barnets tilstand og behov, nærmere beslutter indsatsens indhold uden at have kompetence til det. Kommunerne beskriver også, at dette giver samarbejdsvanskeligheder med forældrene til barnet, hvis den regionale psykiatri "lover" barnet/den unge en indsats, som kommunen hverken er enig i eller vil visitere til, hvilket gør, at forældrene modtager forskellige og modstridende oplysninger fra henholdsvis det kommunale og regionale system. Som kommunerne beskriver, er det medvirkende til at skabe utryghed og skuffelse hos barnet og forældrene.

Der hersker i kommunalt regi en del uenighed om, hvorvidt diagnoser udelukkende er stigmatiserende og u hensigtsmæssigt for barnet i forhold til barnets udvikling, eller om det giver mulighed for tidligere at iværksætte den rette indsats.

Uanset om barnet eller den unge får en diagnose eller ej, lægger de interviewede på tværs af børn- og ungeområdet, inkl. PPR, vægt på, at den kommunale indsats skal matche den behandlingsorienterede indsats, således familien som helhed hjælpes med at sætte de rette rammer, og at både barn og forældre tror på, at de kan gøre noget selv.

Sammenhæng internt i det kommunale system

Foruden barrierer ved samarbejdet på tværs af myndigheder, tegner interviewene et billede af, at den mest udtalte barriere på børne- og ungeområdet er samarbejdet internt i det kommunale system.

I Figur 4.12 fremgår det, at kun 9 pct. af kommunerne svarer, at der er store problemer forbundet med koordination og samarbejde inden for kommunal forvaltning, men sammenlagt med de 52 pct. af kommunerne, der ser mindre problemer forbundet med samarbejdet internt i kommunen, er tallet relativt højt.

Ligeledes svarer 11 pct. af kommunerne, at rolle- og ansvarsfordelingen i kommunal forvaltning ved overgangen fra en børne- og ungeforvaltning til en voksenforvaltning er forbundet med store problemer, og sammenlagt med de 61 pct. af kommunerne, der svarer at der er mindre problemer forbundet hermed, afspejler dette tal også, at der er nogle barrierer forbundet med det interne kommunale samarbejde. Det underbygges af interviewene, hvor særligt de kommunale sagsbehandlere peger på, at samarbejdet og koordinationen er udfordret af de mange aktører, der er i sager, hvor der optræder børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Interviewene tegner et billede af, at børn og unge med psykiske vanskeligheder sjældent defineres som en selvstændig målgruppe, men oftere ses i sammenhæng med den mere generelle sociale indsats med inddragelse af PPR. Den væsentligste årsag er, at der i det kommunale praksisfelt på børne- og ungeområdet arbejdes ud fra et helhedssyn med et stort fokus på kontekst, hvilket betyder, at der fokuseres på barnet eller den unge i familien og/eller skolen, blandt venner o.a., hvor barnets eller den unges psykiske vanskeligheder kun udgør et enkelt element af deres samlede situation i de omgivelser, de befinder sig i. Det betyder også, at en sag i børne- og ungeforvaltningen sjældent drejer sig alene om barnet eller den unge, men også involverer familie eller øvrigt netværk.

Særligt peger de kommunale sagsbehandlere og UU-vejledere på, at overgangen fra barn til voksen er en central udfordring. Udfordringen er som udgangspunkt forbundet med at etablere et samarbejde på tværs af kommunens forvaltninger og mellem de øvrige involverede aktører, som jobcenteret, ungdommens uddannelsesvejledning og PPR. På tværs af interviewpersonerne peges der på, at der mangler faste procedurer for overgangen, og at kendskabet til de involverede parter i overgangssagen, herunder til hinandens faglighed og handlekompetencer, kan være relativt lille. Det vanskeliggør videndeling og informationsudveksling og skaber en utydelig opgave- og ansvarsfordeling.

At det er vanskeligt at skabe et overgangsforløb, der opleves glidende og sammenhængende for de unge, skyldes som udgangspunkt, at organiseringen på området gør, at forvaltningerne både lovgivningsmæssigt, fysisk, kulturelt og økonomisk oplever at være delt i kasser, der lukker sig om hvert sit fagområde. Det manglende kendskab, både fagligt og personligt, på tværs af børne- og ungeområdet samt voksenområdet udfordrer samarbejdet og står i vejen for at give den unge en sammenhængende og helhedsorienteret indsats i overgangen til voksenområdet.

Det betyder også, at den store ungegruppe, som kommunerne oplever, har et mindre sikkerhedsnet, da det i overgangsperioden lige inden den unges fyldte 18. år kan være svært at iværksætte en indsats, fordi der kan være uenighed om, hvem der afholder udgiften og dermed også, hvem der fastlægger hvilken indsats, den unge har behov for. Konkret beskriver en kommune det som, at de unge, der får behov for en indsats lige inden det fyldte 18. år, befinder sig i en form for "dødvande". Det kan både skyldes, at børne- og ungeområdet ikke vurderer at kunne nå at lave en udredning, inden den unge fylder 18 år, men det skyldes også, at børne- og ungeområdet ikke kan iværksætte en omfattende indsats, hvor udgiften få måneder efter skal afholdes af voksenområdet, som måske ikke er enig i indsatsens indhold. Dog peger samtlig af de

interviewede kommuner på, at barrierene kan imødekommes af de såkaldte overdragelses- og/eller netværksmøder i perioden fra 17 til 18 år, hvor alle relevante og involverede parter i sagen mødes med den unge og bliver enige om den fremtidige indsats.

Manglende fokus på dokumenterede evidensbaserede metoder

I spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at 16 pct. af de kommunale børne- og ungeforvaltninger ser store barrierer forbundet med det manglende fokus på dokumenterede evidensbaserede metoder, mens 7 pct. i PPR svarer det samme. Omkring 30 pct. af kommunerne, herunder også PPR, svarer, at der er mindre problemer forbundet med manglen på evidensbaserede metoder, mens et relativt stort antal respondenter fra de kommunale forvaltninger og PPR har svaret "ved ikke", henholdsvis 11 pct. og 16 pct. At relativt mange respondenter svarer "ved ikke" til spørgsmålet, sammenholdt med at det i interviewene fremgår, at flere kommunale medarbejdere har svært ved konkret at redegøre for, hvilke evidensbaserede metoder de anvender, indikerer, at der enten ikke anvendes særligt mange evidensbaserede metoder, eller at der ikke er bevidsthed omkring hvilke evidensbaserede metoder, som kommunen arbejder med.

Både ledere og medarbejdere fra de kommunale forvaltninger samt PPR fortæller, at der generelt er få målgruppespecifikke tilbud til målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder. Særligt til den yngre målgruppe mangler der specialiserede tilbud, hvilket vanskeliggør tilrettelæggelsen af den rette indsats.

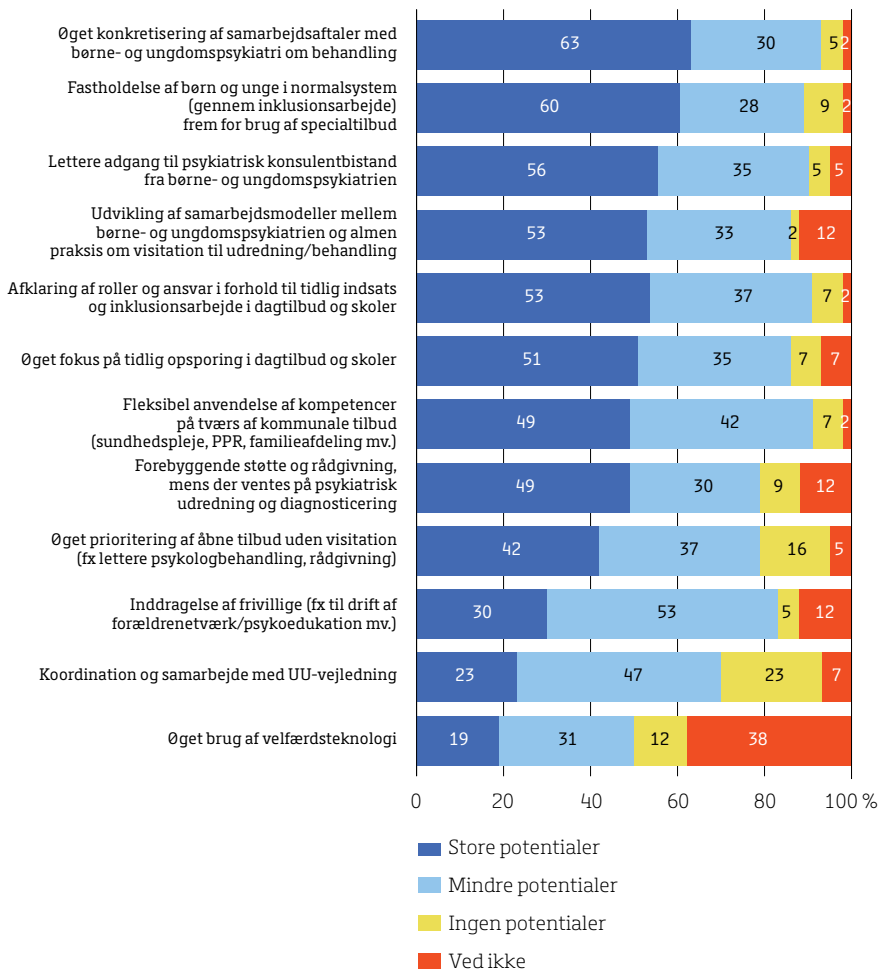
Målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, der trods deres umiddelbare trivsel og gode faglige kundskaber ikke formår at blive inkluderet i den almene undervisning, fylder som tidligere beskrevet relativt meget hos kommunerne i øjeblikket og kræver derfor nye og anderledes indsatser. Det stiller samtidigt også nye krav til medarbejdergruppen om et bedre kendskab til et bredere spektrum af diagnoser og en anderledes krævende målgruppe. Det betyder, at der er et behov for at være klædt fagligt bedre på, hvorfor det er afgørende at have adgang til supervision og faglig sparring.

Muligheder på børne- og ungeområdet

Nedenstående figur illustrerer de adspurgte kommuners svar på en række spørgsmål i forhold til graden af potentialer, som de nedenfor oplyste henseender giver.

FIGUR 13

Muligheder på børne- og ungeområdet



Note: N=51.

Generelt ser kommunerne potentialer på flere områder. Med afsæt i svarene fra hele børne- og ungeområdet, inkl. PPR, samt de kvalitative interview sætter afsnittet fokus på følgende temaer, som kommunerne anser for at indeholde de *største potentialer* i forhold til kapacitetsudnyttelse:

- Øget konkretisering af samarbejdsaftalerne med børn- og ungdomspsykiatri om behandling og lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand fra børne- og ungdomspsykiatrien.
- Inklusion af børn og unge i almene dagtilbud og almen undervisning.

Øget samarbejde med regionalpsykiatrien og lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand

Både børne- og ungeforvaltningerne samt PPR ser store potentialer i at øge samarbejde med den regionale psykiatri, henholdsvis 63 pct. af de kommunale børne- og ungeforvaltninger samt 49 pct. af respondenterne fra PPR svarer, at der er store potentialer forbundet hermed. Samtidigt er det også et samarbejde, der har en række iboende udfordringer, som beskrevet ovenfor. Ligeledes svarer over halvdelen af de kommunale børne- og ungeforvaltninger og PPR, henholdsvis 56 pct. og 66 pct., at de ser store potentialer forbundet med at skabe en lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand. Det underbygges i høj grad af interviewene som på tværs af faggrupper og kommunegrænser peger på psykiatrisk konsulentbistand som en potentiel mulighed for at støtte kommunerne i deres arbejde med børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Kommunerne efterspørger lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand. Det gælder i forhold til tre forskellige aspekter. Det gælder som udgangspunkt i udredningsfasen, hvor kommunerne ser et potentiale i at kunne inddrage afgrænset psykiatrfaglig bistand. I forvejen anvender kommunerne i udbredt grad PPR's psykologfaglighed i forbindelse med henvisninger til den regionale psykiatri, men det fokus, som det kommunale børne- og ungeområde har på kontekst, særligt familien, giver den regionale psykiatri en central rolle i forhold til de børn og unge, hvor der er behov for den psykiatrfaglige viden, som kommunerne ikke altid kan levere. Kommunerne fortæller, at de er i stand til at læse psykiatriens udredninger, men at de godt kunne bruge lægefaglig sparring til at vurdere, hvilken indsats der vil være den mest egnede, også i den løbende vurdering af om tilbuddet er svarende til barnets behov.

Derudover gælder det i forhold til selve den kommunale indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvor der efterspørges en større udgående faglig sparring fra den regionale psykiatri. Og til sidst gælder det også i de situationer, hvor kommunerne oplever at få en henvendelse lige op til en weekend fra et barn eller en ung med psykiske vanskeligheder, som eksempelvis kan være selvmodstruet. Her peger kommunerne på, at der behov for en akutfunktion i form af eksempelvis en hotline til den børne- og ungepsykiatriske bagvagt, hvor man kan drøfte barnet eller den unges situation og en eventuel mulighed for indlæggelse ved akutte sager.

Inklusion af børn og unge i almene dagtilbud og almen undervisning

På børne- og ungeområdet spiller inklusion en stor rolle. 62 pct. af de adspurgte kommuner har et politisk vedtaget inklusionsfokus, f.eks. i form af en strategi for inklusionsarbejde i forhold til børn og unge med psykiske vanskeligheder. I interviewene fremgår det ligeledes, at kommunerne enten har en nedskrevet formaliseret inklusionspolitik for kommunen eller en italesat tilgang om, at de fleste børn og unge har gavn af at blive søgt inkluderet i almene dagtilbud og almen undervisning.

Den store rolle som inklusion spiller på børne- og ungeområdet, afspejler sig også i spørgeskemaundersøgelsens svar, hvor over halvdelen af de adspurgte kommuner (60 pct.), peger på de store potentialer, der er forbundet med at inkludere børn og unge i almene dagtilbud og almen undervisning, mens kun 9 pct. svarer, at de ingen potentialer ser forbundet med inklusion. På samme måde ser 56 pct. inden for PPR store muligheder forbundet med at fastholde børn og unge i almene dagtilbud og almen undervisning.

Casestudierne i kommunerne har vist, at det er de psykisk sårbare unge, der anses som den mest udfordrende gruppe at nå. Kommunerne har en opfattelse af, at der er

kommet flere af denne målgruppe, og at de kan være svære at spotte, fordi de udadtil virker velfungerende, er veltalende og ser velsoignerede ud. Det stiller krav til kommunerne, både i forhold til opsporing af de psykisk sårbare unge, således den rette indsats kan iværksættes, men også fordi de ligger i en gråzone og derfor er svære at udrede. Der er en oplevelse af, at de kommunale medarbejdere er gearret til at håndtere klassiske psykiatriske diagnoser, hvilket gør det sværere at skulle håndtere unge, der er emotionelt ustabile, og som ofte bevæger sig i almene dagtilbud og almen undervisning uden den rette støtte med fare for pludseligt at få et større og langt mere omfattende behov for hjælp. Kommunerne oplever, at det er vanskeligt at sammensætte de rette tilbud for gruppen af psykisk sårbare unge, fordi både fagpersoner og de unge har svært ved at definere, hvad sårbarheden skyldes.

Tendensen er den samme for de yngre børn, hvor der på tværs af interviewkommunerne peges på, at kommunerne oplever en stigning i børn med tilknytningsforstyrrelser og særligt følsomme børn. Børnene er svære at placere, fordi tilknytningsforstyrrelsen ikke har givet sig udslag i en egentlig diagnose, og man forsøger derfor så vidt muligt at beholde dem i almene dagtilbud og almen undervisning ud fra en inklusionstankegang. En del af denne gruppe af sensitive børn dropper ud af skolen i 12-13 års alderen og er meget svære at få tilbage, hvilket ikke skyldes det faglige niveau, idet de ikke har problemer med at følge med. Derimod er de angste og oplever en form for skolefobi, der stiller store krav til kommunernes indsats og ønsket om inklusion.

Kommunerne peger på, at de store forandringer, som skolerne har gennemgået de senere år, har betydet flere børn i klasserne og generelt flere elever på skolerne. Det har stor betydning for gruppen af psykisk sårbare eller følsomme børn og unge, der har svært ved at kapere de store klasser og de forandringer, det medfører. Det betyder, at inklusionen udfordres af, at skolerne ikke har forhold, der matcher gruppen af psykisk sårbare børn og unge. Som kommunerne beskriver det, pålægger det lærere et endnu større ansvar, og gør processen med at implementere inklusionen langsommelig.

Kommunerne fortæller, at tendensen i øjeblikket er, at der er et stort fokus på indsatser forankret i gruppeforløb, både rettet mod børn, forældre og/eller familier, samt afgrænsede korterevarende forløb, særligt for de unge. Et tilbud, der har haft gode erfaringer med denne tilgang med afgrænsede, målfokuserede og tidsbestemte forløb for unge i alderen 15-22 år, er Skiftesportet i Herning Kommune.

5.2.6

Potentialer

Som beskrevet tidligere er kommunerne i gang med en omstillingsproces i forhold til at håndtere flere opgaver i det almene system og øge den tidlige og forebyggende indsats. Derudover har kortlægningen af kommunernes kapacitet – herunder ressourceforbrug og aktivitet – vist, at der eksisterer forskelle mellem kommunerne i forhold til udgifter, aktivitet, personale og pladser.

Variationen i kommunernes kapacitet kan skyldes en række forhold – herunder forskelle i demografiske eller socioøkonomiske baggrundsforhold i kommunerne, der driver udgifterne, forskelle i kvalitet eller serviceniveau på tværs af kommuner samt effektiviseringsforskelle. I dette afsnit opstilles en model, der viser, hvilke forhold der har en statistisk signifikant sammenhæng med udgiftsniveauet samt hvor stor en andel af variationen mellem kommunerne, der ikke umiddelbart kan forklares.

Variation i udgiftsniveauet på tværs af kommuner – der ikke kan forklares af objektive forskelle mellem kommuner – indikerer, at der kan være et vist potentiale for at frigøre kapacitet til f.eks. øget investering og kapacitetsopbygning af forebyggelses- og inklusionsindsatser frem for anbringelser gennem ændret organisering og opgavevaretagelse. Der tages i analysen generelt forbehold for eventuelle forskelle i problemtyngde og kvalitet i indsatsen gennem tiden såvel som på tværs af kommunerne, da det ikke er analytisk muligt at afdække inden for de givne analyseammer.

Som nævnt, må en del af forskellene mellem kommunerne forventeligt kunne henføres til en række sociale og demografiske baggrundsforhold, der kan have betydning for kommunens udgiftsbehov på området. For at tage højde for disse baggrundsforhold er der foretaget en analyse af, hvilke forhold der statistisk har en signifikant sammenhæng med udgiftsniveauet³⁹.

Samlet set kan den statistiske model forklare 77 pct. af variationen mellem kommunerne. I modellen, hvor der kun er inddraget baggrundsvariable, er forklaringsgraden 38 pct. De efterfølgende analyser er baseret på den samlede model, hvor de variable, som kommunen kan påvirke, også indgår. Det skyldes at disse variable kan bruges til at vurdere mulighederne for udgiftstilpasning ved en ændret praksis i kommunerne.

De målte udgiftsforskelle er således korrigeret for betydningen af forskellige baggrundsforhold. I analysen er der lagt særlig vægt på at identificere den *generelle* betydning af baggrundsforhold samlet set, da analysens fokus især har været rettet mod at identificere hvilken del af den kommunale udgiftsvariation, som *ikke* kan henføres til sådanne baggrundsforhold. Det er vurderingen, at størrelsesordenen af den uforklarede variation på børne- og ungeområdet ikke ændrer sig mærkbart ved inddragelse af forskellige andre baggrundsforhold, som der har været mulighed for at teste inden for rammerne af denne analyse⁴⁰.

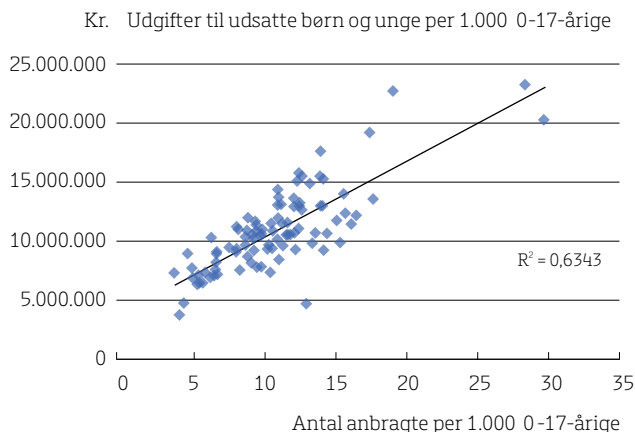
Analysen viser, at de samlede udgifter til udsatte børn og unge i kommunerne til en vis grad kan forklares med kommunens anbringelsesfrekvens, hvilket er illustreret af nedenstående figur, der ser på de samlede udgifter til området per 1.000 0-17-årig i forhold til anbringelsesfrekvensen.

39 Der er kørt en almindelig lineær regressionsmodel.

40 Der har bl.a. afprøvet følgende øvrige baggrundsvariable i modellen: ø-kommune / ikke ø-kommune, stor kommune / mellem kommune / lille kommune, andel ikke-vestlige 0-17-årige, andel personer 20-64 år med indkomst under 150.000 kr., andel 25-49-årige uden højere uddannelse end grundskole.

FIGUR 14

Sammenhæng mellem de samlede udgifter per 0-17-årig og anbringelsesfrekvens på det samlede område for udsatte børn og unge



Kilde: Danmarks Statistik, Anbringelsesstatistikken og egne beregninger.

Figuren viser en sammenhæng mellem kommunens samlede udgifter og anbringelsesfrekvensen. Kommuner med en høj anbringelsesfrekvens har generelt højere samlede udgifter. Samme tendens genfindes, når man ser anbringelsesfrekvensen, der udelukkende vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Den statistiske analyse har vist, at denne sammenhæng er signifikant, selv når der tages højde for relevante baggrundsforhold.

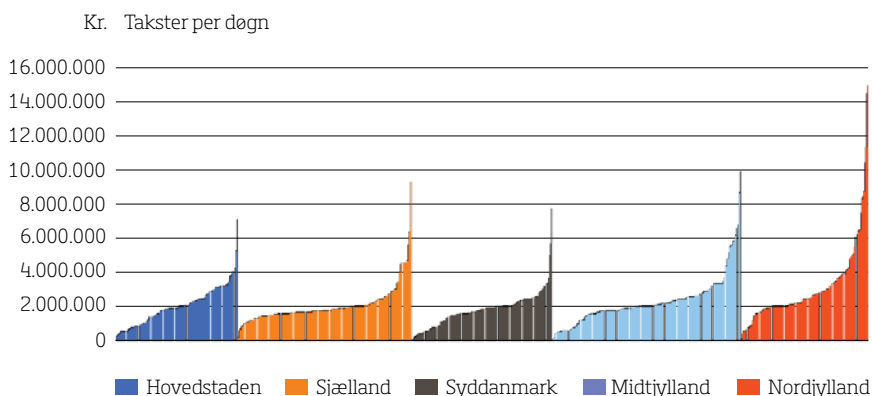
Hvis vi antager, at kommuner med en høj anbringelsesfrekvens kan reducere den til gennemsnittet, kan det ligeledes antages, at deres udgifter falder pga. den stærke sammenhæng mellem udgiftsniveau og anbringelsesfrekvens. Analysen peger på, at en tilsvarende variation kan genfindes på de specifikke udgifter til børn og unge med psykiske vanskeligheder (hvilket udgør omkring 47 pct. af de samlede udgifter). Den samlede udgiftstilpasning for børn og unge med psykiske vanskeligheder ved en lavere anbringelsesfrekvens og øget brug af forebyggende foranstaltninger som alternativ til anbringelser vurderes derfor at være 237 mio. kr. Den statistiske analyse viser, at en lavere anbringelsesfrekvens hænger sammen med øgede udgifter til forebyggende foranstaltninger. Det ses ved, at et fald i anbringelser fører til et fald i de samlede udgifter, der er mindre end enhedsomkostningen til anbringelser. Det kan tolkes på den måde, at kommuner med færre anbringelser i højere grad bruger forebyggende foranstaltninger som alternativ til anbringelser.

Ud over den variation, der kan forklares af ovenstående faktorer, eksisterer der fortsat en uforklaret variation mellem kommunerne svarende til 442 mio. kr. på området for børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvis det antages, at kommunerne over gennemsnittet kan reduceres til gennemsnittet.

Analysen har ligeledes vist, at der på tværs af kommuner er forskelle i taksterne på døgninstitutioner og opholdssteder til målgruppen. Af nedenstående figur fremgår fordelingen af takster på alle døgninstitutioner og opholdssteder, der henvender sig til børn og unge med psykiske vanskeligheder, fordelt på kommunerne i de fem regioner.

FIGUR 15

Takster for ydelser efter servicelovens § 66 stk. 5 og 6 opdelt på kommuner i de fem regioner



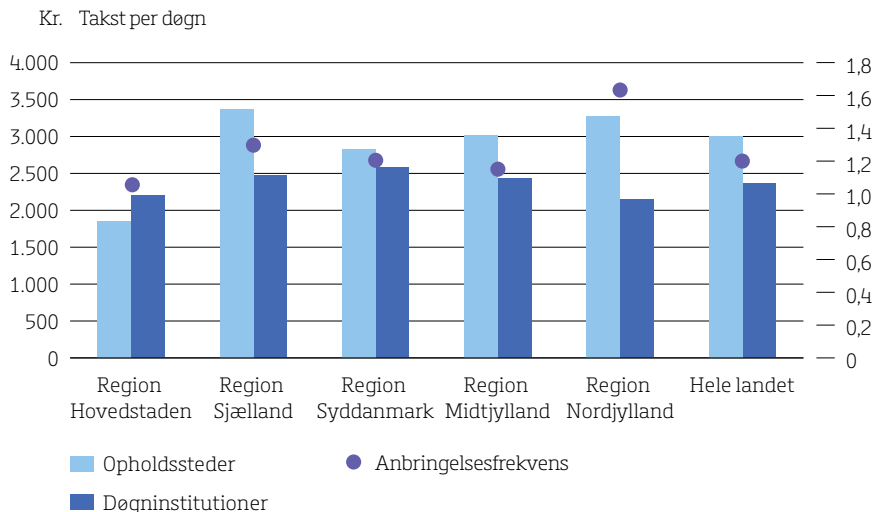
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Af figuren ses det, at der i kommunerne i alle regioner er en tydelig variation i taksterne til døgninstitutioner og opholdssteder. Selvom der er en specialiseringsforskel mellem de forskellige institutioner, så vurderes det, at variationen i taksterne repræsenterer enten et muligt effektiviseringspotentialt eller et udtryk for forskelle i serviceniveau/kvalitet i tilbuddene.

I figuren nedenfor ses der på de gennemsnitlige takstpriser på ydelser på institutionerne i hver af de fem regioner samt på anbringelsesfrekvensen i forhold til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

FIGUR 16

Gennemsnitstakster for ydelser efter servicelovens § 66 stk. 5 og 6 (opholdssteder og døgninstitutioner) opdelt på regioner samt antal borgere med psykiske vanskeligheder på disse tilbud per 1.000 0-17-årige



Kilde: Tilbudsportalen, Ankestyrelsens anbringelsesstatistik og egne beregninger.

De lille cirkler i figuren viser det gennemsnitlige antal anbringelser per 1.000 0-17-årige i kommunerne i hver region, mens søjlerne viser de gennemsnitlige takster på institutionerne i kommunerne i de fem regioner.

Af figuren ses det, at der er en variation i gennemsnitstaksterne i kommunerne imellem de fem regioner. Variationen er størst i forhold til takster på opholdssteder, hvor kommunerne i Region Sjælland har de højeste gennemsnitstakster, mens kommunerne i Region Hovedstaden har de laveste gennemsnitstakster. Der er ikke nogen umiddelbar sammenhæng mellem kommunernes anbringelsesfrekvens og gennemsnitstaksterne i kommunerne i de fem regioner. Dog ses det, at kommunerne i Region Nordjylland, som har den højeste anbringelsesfrekvens, også har den laveste gennemsnitstakst på døgninstitutioner.

Hvis det beregningsteknisk antages, at den gennemsnitlige takstpris i de kommuner i de fem regioner, som ligger over gennemsnittet, kan reduceres til gennemsnittet for de fem regioner, så vil der være et beregningsteknisk potentiale for en udgiftstilpasning på 117 mio. kr. på opholdssteder og 46 mio. kr. på døgninstitutioner, hvilket samlet giver et beregningsteknisk potentiale på 163 mio. kr. årligt. Dette er en udgiftstilpasning, der kan dække over såvel effektiviseringspotentiale som potentiale for harmonisering af serviceniveauer.

Beregningerne er forbundet med usikkerhed. Usikkerhederne kan dels henføres til måleproblemer/tilfældige udsving i data samt til risikoen for, at den statistiske model er fejlbehæftet og har udeladt en eller flere faktorer, der systematisk har betydning for de kommunale udgiftsniveauer. For at tage højde for denne usikkerhed er de estimerede potentialer dels opgjort på baggrund af data for gennemsnittet af de tre seneste år i analysen (2009-2011), ligesom en lang række af alternative variable er testet for eventuel forklaringskraft.

Datagrundlaget har, som det er fremgået, ikke givet mulighed for at afdække i hvilket omfang den uforklarede variation i de kommunale udgiftsniveauer skyldes forskelle i kommunernes serviceniveau (kapacitetsniveau) eller forskelle i kommunernes effektivitet (kapacitetsudnyttelse). Yderligere kan kapaciteten i den regionale psykiatri spille ind. Det er derfor ikke muligt at skønne over, i hvilket omfang den ovenstående beregning skal fortolkes som et effektiviseringspotentiale eller et potentiale for serviceharmonisering.

Nedenfor gives et konkret eksempel på, hvordan kommuner har realiseret et potentiale ved en omlægning af deres indsats.

BOKS 12

Positive erfaringer med brug af psykologhjælp til børn og unge med begyndende eller lettere psykiske vanskeligheder i kommunerne

I forbindelse med satspuljeforhandlingerne for 2007 blev der afsat 133 mio. kr. over fire år til at skabe øgede muligheder for at tilbyde psykologbehandling i kommunerne. Der blev givet tilskud til syv kommunerrettede projekter, som bestod af psykologiske behandlingstilbud til børn og unge, der ikke var i behandling inden for børne- og ungdomspsykiatrien, og syv projekter på ungdomsuddannelser, der var forebyggende, psykologiske behandlingstilbud på uddannelsesinstitutionerne.

Formålet med projekterne var at finde modeller til at mindske antallet af børn og unge, som henvises til psykiatrien, samt at forebygge frafald fra ungdomsuddannelserne.

Evalueringen af puljen viste, at projekterne havde en klar effekt i forhold til at øge trivslen for de medvirkende børn og unge, at reducere kommunernes medfinansieringsudgifter til den regionale psykiatri og mindske frafaldet på ungdomsuddannelserne.

I alle syv projektkommuner var der sket en lavere stigning i antallet af psykiatriske indlæggelser fra 2007 til 2009 end landsgennemsnittet. I fem ud af syv projektkommuner var der ligeledes sket en mindre stigning i antallet af indlæggelser i forhold til det regionale gennemsnit, hvilket er illustreret i nedenstående tabel:

Udviklingen i antallet af indlæggelse med psykiatrisk diagnose i alderen 0-24 år fra 2007 til 2009

Projektkommune	Udvikling i kommunen	Udvikling på regionalt plan	Udvikling på landsplan
Bornholm	1,7	6,2	4,3
Brøndby	2,9	6,2	4,3
Esbjerg	-4,6	2,1	4,3
Haderslev	2,6	2,1	4,3
Herning	2,5	1,9	4,3
Ålborg	4,1	4,6	4,3
Aarhus	0,9	1,9	4,3

BOKS 12 (FORTSAT)

Den gennemførte registeranalyse viste endvidere, at kontrolgruppens (børn og unge med tilsvarende psykiske vanskeligheder, der ikke modtog psykologhjælp i projektet) brug af psykologer og privatpraktiserende psykiatere i 2009 var tre gange højere end for indsatsgruppen (børn og unge der modtog psykologhjælp i projektet). Kontrolgruppen havde således gjort meget mere brug af speciallæger i psykiatri og lægeordineret psykologhjælp end dem, der havde modtaget støtte fra pulje til psykologhjælp.

5.3

Voksne med psykiske vanskeligheder

I dette kapitel kortlægges kapaciteten i den kommunale indsats for voksne med psykiske vanskeligheder, hvorefter der gives en vurdering af udfordringer og potentialer for en optimering af denne kapacitet. Indledningsvist beskrives dog målgruppe og tilbud for de enkelte indsats typer, der indgår i analysen.

I boksen nedenfor gives et overblik over de forskellige tilbud, der udgør den samlede tilbudsvifte for kommunernes indsats for voksne med psykiske vanskeligheder, hvorudfra kapaciteten skal vurderes. De fleste af tilbuddene anvendes af en bredere målgruppe, end den der er afgrænset for denne opgave, f.eks. personer med handicap, misbrug mv.

BOKS 13

Tilbudstyper i den kommunale indsats for voksne med psykiske vanskeligheder⁴¹

I den kommunale tilbudsvifte til indsatsen over for voksne med psykiske vanskeligheder er der fire overordnede tilbudstyper, der beskrives nedenfor. Hver tilbudstype rummer en række handlemuligheder, som kommunerne kan anvende i indsatsen over for voksne med psykiske vanskeligheder:

- Forebyggende tilbud angående mental sundhed.
- Psykoedukation.
- Rådgivning og oplysning.
- Netværksaktiviteter.
- Opsøgende indsats.
- Støtte- og kontaktpersoner.
- Tilbud til borgere i eget hjem.
- Personlig pleje og praktisk hjælp (hjemmepleje).

⁴¹ De fire overordnede tilbudstyper, der er nævnt, har alle lovgrundlag i serviceloven. Dertil kommer bl.a. tilbud, der er beskrevet i anden lovgivning herunder omsorgs og specialtandpleje til borgere med "vidtgående psykisk handicap" (i sundhedsloven §§ 131 og 133) og særlige støttetilbud til personer med "nedsat psykisk funktionsevne" (i kapitel 14 af Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats), som ikke indgår direkte i denne kapacitetsanalyse.

BOKS 13 (FORTSAT)

- Individuel bostøtte.
- Gruppebaseret bostøtte.
- Efterværn efter udflytning fra § 110- boform.
- Social vicevært el. lign. i "skæve boliger" eller opgangsfællesskaber.
- Beskyttet beskæftigelse.
- Aktivitets- og samværstilbud.
- Hjemmesygeplejen (jf. § 138 i sundhedsloven).
- Døgndækkede botilbud.
- Midlertidige ophold på botilbud.
- Længerevarende ophold på botilbud.
- Ophold på botilbudslignende boform.

Indsatser over for voksne med psykiske vanskeligheder er primært reguleret under serviceloven og benævnes i den kommunale praksis typisk som socialpsykiatrien. Kommunerne skal, ifølge servicelovens § 81, tilbyde en særlig indsats for voksne med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Målet med den sociale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder er at yde støtte til at mestre et liv på egne præmisser. Målgruppen for socialpsykiatrien dækker både over voksne med psykiske vanskeligheder, der bor i eget hjem, og voksne med psykiske vanskeligheder, som enten midlertidigt eller med længerevarende sigte opholder sig i et botilbud (efter servicelovens §§ 107 og 108) eller i botilbudslignende bofællesskaber eller almene lejeboliger dannet efter Almenboligloven (§ 105). Det er således en meget inhomogen målgruppe med stor variation i funktionsevne og behov.

Målgruppen for analysen rummer dog også modtagere af kommunale indsatser for fremme af den mentale sundhed på voksen-/socialområdet. Det er indsatser efter kommunernes forebyggelsesforpligtelse i Sundhedsloven og som ligger inden for rammerne af Sundhedsstyrelsens Forebyggelsepakke på området for mental sundhed. Denne dækker over en række sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, herunder psykoedukation, rådgivning, oplysning, netværksaktiviteter el.lign.

Efter servicelovens § 85 skal personer med nedsat psykisk funktionsevne tilbydes hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder. Bostøtte er en visiteret ydelse, hvor den enkelte borger visiteres til alt fra enkelte timer hver 14. dag til 10-15 timer ugentligt. Formen for bostøtte kan variere betydeligt og kan bl.a. også dække over sociale viceværter ved skæve boliger og efterforsorg i forbindelse med udflytning fra en § 110- boform. Formålet med den opfølgende bostøtte er at styrke borgernes evner til at opretholde en selvstændig bolig og sikre tilknytning til sociale og sundhedsmæssige tilbud. Flere steder gives bostøtten også som deciderede gruppeforløb, hvor borgere kan arbejde med temaer som opbygning af mestringsevne eller sociale netværk.

Efter servicelovens § 83 skal mennesker med nedsat funktionsevne tilbydes personlig og praktisk hjælp. Typisk dækker § 83 over hjemmehjælp på området for pleje og

omsorg, som kan gives til målgruppen af personer med psykiske vanskeligheder som supplement og i nogle tilfælde uden relation til øvrige socialpsykiatriske tilbud. Hjemmesygepleje (efter sundhedslovens § 138) kan også spille en rolle i forhold til målgruppen, og en kvalitativ afdækning af udviklingen i hjemmesygeplejen viste i 2009, at det psykiatriske område (særligt når det er kombineret med misbrug) fylder mere og mere. Sygeplejerskerne oplever i højere grad, at denne nye målgruppe ligger uden for deres generelle kompetenceområder, og de savner overblik over tilbud og relevante samarbejdsparter i indsatsen. Hjemmepleje og hjemmesygepleje indgår dog ikke direkte i denne kapacitetsanalyse⁴².

Inden for samme målgruppe, som modtager bostøtte, kan der også være borgere, der anvender tilbud om beskyttet beskæftigelse samt aktivitets- og samværstilbud (efter servicelovens §§ 103 og 104), men her vil typisk også være mange, som ikke bor i eget hjem. Mange steder er tilbud om beskyttet beskæftigelse samt aktivitets- og samværstilbud organiseret som et sammenhængende tilbud. F. eks. viser en kortlægning fra 2009 foretaget af Det nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI), at 46 pct. af alle § 103-tilbud også udbyder tilbud om aktivitet og samvær (efter servicelovens § 104), og i mange tilfælde er de to tilbudstyper ikke fysisk adskilt. Beskyttet beskæftigelse ligger i en gråzone mellem beskæftigelse og det sociale system, men har ifølge en SFI-kortlægning (2009) nærmet sig beskæftigelsesområdet de seneste år, fordi en del af værkstederne har gjort en stor indsats for at få deres borgere ud på almindelige arbejdspladser⁴³.

Tilbuddene giver bl.a. borgere med psykiske vanskeligheder mulighed for at deltage i sociale aktiviteter, hvor der er mulighed for at udfolde sig sammen med andre og deltage i sociale fællesskaber, hvilket rummer et udviklingsperspektiv for den enkelte. Det vurderes, at næsten en femtedel af borgerne i beskyttet beskæftigelse er mennesker med sindslidelser. Denne andel er steget betydeligt de seneste år, hvor en opgørelse for de seneste ti år viser, at andelen er fordoblet (SFI, 2009: s. 72). Servicelovens §§ 103- og 104-tilbud kan både være visiterede og åbne uden visitation, og SFI-kortlægningen fra 2009 viser, at der i de færreste kommuner er ventetid i forbindelse med at få plads på beskyttet værksted.

Blandt tilbuddene til voksne borgere er den opsøgende, kontaktskabende indsats, som gives af støtte- og kontaktpersoner (SKP'er) efter servicelovens § 99. Det er en uvisiteret, opsøgende og kontaktskabende indsats, som typisk gives til nogle af de mest udsatte voksne, som f. eks. hjemløse, dobbeltbelastede borgere eller andre, der ikke selv har ressourcerne til at opsøge og modtage anden støtte. Forløbene under SKP-ordningen er i sagens natur af varierende intensitet og varighed. Oftest vil SKP-støtten være indgangen til socialpsykiatriske tilbud, hvis borgeren kan motiveres for dette.

Den kommunale indsats for voksne med psykiske vanskeligheder dækker også over borgere, som enten midlertidigt eller med længerevarende sigte opholder sig i et botilbud (efter henholdsvis servicelovens § 107 og § 108) eller i botilbudslignende bofællesskaber eller plejeboliger og almene lejeboliger dannet efter almenboligloven (§ 105). Det er borgere, som ellers ikke ville kunne have fået dækket behovene for hjælp til almindelige funktioner, pleje, omsorg eller behandling på anden vis. Borgere i §§ 107- og 108-tilbud vil typisk kræve en vis specialisering i forhold til pædagogisk indsats, medicinering mv.

42 Vinge & Kilsmark, DSI (2009). *Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling*.

43 Bengtsson & Mateu, SFI (2009). *Beskyttet beskæftigelse – en kortlægning*.

En afdækning af området, foretaget af KREVI, viser, at det drejer sig om ca. 1.500 borgere med psykiske vanskeligheder, som bor i botilbudslignende boformer organiseret som f. eks. bofællesskaber (hvor de modtager støtte efter servicelovens § 85⁴⁴, hvilket udgør ca. 20 pct. af det samlede antal døgnpladser for målgruppen. I kapacitetsanalysens afgrænsning af gruppen af borgere, der bor i botilbudslignende boformer, anvendes KREVI's definition, der indebærer, at beboerne i de pågældende tilbud skal have et behov, der svarer til et botilbud (defineret som mere end 15 timer ugentlig bostøtte efter servicelovens § 85), samt at boformen skal være "botilbudslignende".

Botilbudsområdet er kendetegnet ved, at kommunerne sælger og køber pladser fra hinanden og fra regioner og private aktører. De fleste botilbud drives dog typisk af kommunerne, hvor de store kommuner – ifølge KREVIS's kortlægning – tegner sig for langt de fleste (og de største) af disse tilbud.

I nedenstående boks præsenteres en opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedrørende indsatsen til udsatte voksne med psykiske vanskeligheder.

BOKS 14

Opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedr. indsatsen til udsatte voksne med psykiske vanskeligheder

- Dokumentationen af indsatsen til voksne med psykiske vanskeligheder er på flere områder integreret med dokumentationen af kommunernes samlede indsats for udsatte voksne. Mange af kommunernes tilbud henvender sig til en bredere målgruppe, og opgørelsen af den præcise kapacitet er derfor forbundet med et skøn.
- Det skønnes, at kommunerne bruger omkring 5,8 mia. kr. til udsatte voksne med psykiske vanskeligheder, hvilket udgør omkring 1/3 af de samlede udgifter til voksenområdet. Hertil kommer kommunernes udgifter på 0,7 mia. kr. til kommunal medfinansiering i den regionale psykiatri på voksenområdet.
- Udgifterne til det samlede område for udsatte voksne (der ikke indeholder forebyggende indsatser for ældre og handicappede – herunder socialpædagogisk § 85-støtte til personer med psykiske vanskeligheder – som konteres under pleje og omsorg) er samlet set steget med 3 pct. fra 2007 til 2011 – udgiftsniveauet faldt dog igen fra 2010 til -2011. Denne udvikling skal ses i sammenhæng med den omfattende udgiftsvækst, der har været i området fra 2001 til 2010.
- På området for voksne med psykiske vanskeligheder vurderes der at være sket en stigning i udgifterne på ca. 14 pct., hvilket svarer til ca. 0,7 mia. kr. Dette hænger sammen med en betydelig stigning i udgifterne til socialpædagogisk bistand (efter servicelovens § 85) på ca. 0,7 mia. kr. Udgifterne til botilbud efter §§ 107 og 108 var stort set uændret i samme periode.

44 KREVI (2012). *Botilbudsområdet – Hvem, Hvad, Hvor. Kortlægning af området for botilbud og støtte til voksne handicappede og sindslidende.*

- Det skønnes, at kommunerne har ansat omkring 8.900 personaleårsværk på tilbud, der beskæftiger sig med voksne med psykiske vanskeligheder, og antallet af personale er steget med ca. 15 pct. fra 2007 til 2011. Hovedparten af personalet er pædagoger og pædagogmedhjælpere, og det er også hos disse personalegrupper, at der er sket en stor vækst. Den største procentuelle stigning er dog sket i personalegruppen af psykologer (dog fra et lavt niveau på ca. en promille af det samlede antal årsværk). Mens der er sket en stigning i antallet af socialpædagogisk støtte er der sket et fald i sundhedsfagligt personale på tværs af flere personalekategorier (social og sundhedsassistenter og -hjælpere samt læger og sygeplejersker).
- Den største aktivitetsstigning på tværs af tilbud målrettet personer med psykiske vanskeligheder er sket i forhold til socialpædagogisk støtte (efter servicelovens § 85), hvor aktiviteten er steget med 93 pct. fra 2007 til 2011.
- På tværs af alle tilbuddene målrettet personer med sindslidelser er tendensen, at udviklingen i udgifter til området har et lavere niveau end udviklingen i aktivitet, hvilket indikerer at "pladsprisen" per borger generelt er faldet i perioden.

I de følgende afsnit vises opgørelser af nøgletal for de enkelte tilbudstyper, der er opgjort for 2007 til 2011. Herefter afsluttes med beskrivelse af udfordringer og potentialer for optimering af kapaciteten inden for de eksisterende rammer i kommunerne.

5.3.1

Økonomi

I dette afsnit ses der nærmere på ressourceforbruget i den kommunale indsats over for voksne med psykiske vanskeligheder. Herunder ses der nærmere på udgifter til indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder i kommunalt regi samt de aktivitetsafhængige udgifter til den kommunale medfinansiering af sundhedsydelser over for målgruppen.

Afsnittet er baseret på tre datakilder:

1. Samlede nettodriftsudgifter fra de kommunale regnskaber.
2. Den kommunale medfinansiering af den regionale psykiatris behandlingsforløb (på ambulante klinikker og sengeafsnit).
3. Tal fra den kvantitative spørgeskemaundersøgelse i kommunerne.

Sidstnævnte datakilde er anvendt til at give en vurdering af, hvilken andel af nettodriftsudgifterne der relaterer sig til borgere med psykiske vanskeligheder, da nettodriftsudgifterne i den kommunale kontoplan ikke kan adskilles fra udgifter til borgere med handicap. I den videre analyse belyses derfor både økonomien for hele gruppen af borgere med handicap og psykiske vanskeligheder samt mere specifikt for målgruppen med udgangspunkt i kommunernes skøn og Rambølls beregninger.

Når der ses på indsatsen på hele området – og altså ikke blot for voksne med psykiske vanskeligheder – udgør nettodriftsudgifterne i kommunerne til botilbud mere end halvdelen af de samlede udgifter. Således blev der i 2011 anvendt samlet 12,0 mia. kr.

til botilbud til midlertidigt og længerevarende ophold. Beskyttet beskæftigelse og aktivitetstilbud tegner sig for henholdsvis 1,0 mia. kr. og 2,3 mia. kr., mens kontaktperson- og ledsageordninger udgør 0,4 mia. kr.

Tabellen neden for viser, hvorledes omkostningerne fordeler sig på de konti, som dækker de relevante tilbud. Nettodriftsudgifterne til forebyggende støtte (herunder § 85-støtte) er opgivet under pleje og omsorg, hvor også hjemmepleje er placeret. I de videre analyser adskilles den del af den forebyggende indsats for pleje og omsorg og handicappede, som vedrører bostøtteindsatsen for personer med psykiske vanskeligheder, men i de nedenstående opgørelser over de samlede udgifter er den placeret under udgifter til området for pleje og omsorg, hvor udgifterne traditionelt konteres.

TABEL 64

Udgifter til det samlede udsatte voksen- og handicapområde i mia. kr., 2011

Hovedkonto	Relevant paragraf	Samlet udgift, 2011	Relativ fordeling
Kontaktperson- og ledsagerordninger (5.38.53)	§ 97 + 99	0,4	3 %
Beskyttet beskæftigelse (5.38.58)	§ 103	1,0	6 %
Aktivitets- og samværstilbud (5.38.59)	§ 104	2,3	15 %
Botilbud til midlertidigt ophold (5.38.52)	§ 107	4,0	25 %
Botilbud til længerevarende ophold (5.38.50)	§ 108	8,0	51 %
I alt		15,7	100 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager.

TABEL 65

Udgifter til pleje og omsorg i mia. kr., 2011 (ikke målgruppeopdelt)

Hovedkonto	Relevant paragraf	Samlet udgift 2011	Relativ fordeling
Hjemmesygepleje (5.23.004)	§§ 139, 264, 265*	2,8	6 %
Personlig hjælp, omsorg og pleje mv. (5.32.32)	§ 83	36,9	82 %
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (5.32.33)	§ 85	5,3	12 %
I alt		45,0	100 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager.

* Paragrafferne indgår i Sundhedsloven.

Der har i årene 2001-2010 været en kraftig vækst på socialområdet, hvor udgifterne steg med 23 mia. kr., svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 2¼ pct. (Finansministeriets budgetredegørelse 2010). På området for udsatte voksne er der sket en gennemsnitlig årlig vækst på 0,7 mia. kr. fra 2004 til 2008⁴⁵.

De nedenstående tabeller illustrerer udgiftsudviklingen fra 2007 til 2011 på henholdsvis det samlede område for voksne og handicappede og på området for pleje og omsorg, og her kan det ses, at udgifterne på begge områder for en femårig periode er steget med 3 pct. Denne vækst dækker over en større stigning frem til 2009, hvorefter udviklingen er vendt, så der i 2011 er sket et lille fald. Tallene viser også, at der er sket en ikke ubetydelig omfordeling inden for de enkelte områder, hvor der er allokeret flere penge til de mindre indgribende indsatser, herunder bostøtte efter servicelovens § 85, mens der kun er sket en begrænset vækst på botilbudsområdet.

TABEL 66

Udvikling 2007-2011 i udgifter til det samlede udsatte voksen- og handicapområde, opdelt på hovedkonti, i mia. kr. (2011-PL)

Hovedkonto	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
(mia. kr. 2011-PL)						
Kontaktperson- og ledsagerordninger (5.38.53)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	-13 %
Beskyttet beskæftigelse (5.38.58)	1,1	1,0	1,1	1,1	1,0	-4 %
Aktivitets- og samværstilbud (5.38.59)	2,0	2,3	2,3	2,4	2,3	12 %
Botilbud til midlertidigt ophold (5.38.52)	3,7	3,9	4,1	4,2	4,0	10 %
Botilbud til længerevarende ophold (5.38.50)	7,9	8,4	8,6	8,5	8,0	0 %
I alt	15,2	16,1	16,6	16,7	15,7	3 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager.

Priser er opgjort i 2011-PL.

⁴⁵ Finansministeriet (2009): "Det specialiserede socialområde – redskaber til styring og prioritering" (s. 19)

TABEL 67

Udvikling 2007-2011 i udgifter til den samlede pleje og omsorg (herunder servicelovens § 85-støtte), opdelt på hovedkonti, i mia. kr. (2011-PL)

Hovedkonto	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
	(mia. kr. 2011-PL)					
Hjemmesygepleje (5.23.004)	2,8	2,6	2,8	2,8	2,8	2 %
Personlig hjælp, omsorg og pleje mv. (5.32.32)	38,5	38,1	39	38	36,9	-4 %
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (5.32.33)	2,6	3,3	4	4,9	5,3	101 %
I alt	43,9	44,0	45,8	45,7	45,0	-3 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltstager. Priser er opgjort i 2011-PL

Note: Der er en række andre forhold end §§ 83 og 85 indeholdt i de to konti, f.eks. er hjemmehjælp i plejeboliger også indeholdt konto 5.32.32, ligesom udgifter til § 84 også er konteret under konto 5.32.33.

Tabel 66 angiver gennemsnittet af de skøn, som en række kommuner i undersøgelsen har givet over andelen af udgifterne, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder i 2011. Skønnene er endvidere ledsaget af et konfidensinterval⁴⁶, der viser variationen mellem de kommunale skøn og er en indikator for usikkerheden på det beregnede gennemsnit. Gennemsnittet af kommunernes vurdering er ikke vægtet, da det forstås som et skøn – uafhængigt af øvrige kontekstforhold – baseret på en repræsentativ stikprøve.

Tabellen viser desuden, hvilken konsekvens kommunernes skøn har for udgiftsudviklingen i indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder i forhold til udviklingen på det samlede område. Eksempelvis viser tabellen, at udgiftsudviklingen inden for socialpædagogisk bistand, som vedrører personer med sindslidelser, er på 81 pct. mod 101 pct. på det samlede område, hvilket er udtryk for, at mennesker med psykiske vanskeligheder udgør en mindre andel af den samlede vækst end f.eks. mennesker med handicap.

Beregningerne, der ligger til grund for tallene i nedenstående tabel – samt i de efterfølgende figurer og tabeller i dette afsnit – er forbundet med visse usikkerhedsmomenter, da kun 26 kommuner har bidraget med et skøn over den andel af de samlede udgifter, som vedrører mennesker med psykiske vanskeligheder. Kommunernes skøn er dog valideret i forhold til de eksisterende datakilder samt tidligere kortlægninger, der beskriver, hvilken andel mennesker med psykiske vanskeligheder udgør af den samlede gruppe.

46 Konfidensintervallerne er t-baserede og er på 95 pct.-niveauet.

TABEL 68

Andel af udgifter der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder i 2011 samt udgiftsudvikling fra 2007-2011 for henholdsvis det samlede område og for den del, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder

	Andel af udgifter vedrørende mennesker med psykiske vanskeligheder, 2011	Udvikling i udgifter, 2007-2011	Udvikling i udgifter, 2007-2011, korrejeret for målgruppes andel af udgifter
Socialpædagogisk bistand (§ 85)	29 %	101 %	81 %
Konfidensinterval	21-37 %		
Kontaktperson- og ledsagerordninger (§§ 97 & 99)	25 %	-13 %	-19 %
Konfidensinterval	16-34 %		
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	19 %	-4 %	12 %
Konfidensinterval	12-27 %		
Visiterede aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	21 %	12 %	8 %
Konfidensinterval	14-29 %		
Midlertidigt botilbud (§ 107)	32 %	10 %	13 %
Konfidensinterval	25-39 %		
Længerevarende botilbud (§ 108)	27 %	0 %	-7 %
Konfidensinterval	22-33 %		

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2011=26, N2010=24, N2009=23, N2008=21, N2007=21.

Udviklingen i udgifterne over tid er baseret på skønnet over udviklingen i målgruppens andel af de samlede udgifter for perioden 2007-2011 og med udgangspunkt i niveauet for 2011. Konfidensintervallerne angiver, at der er stor spredning i kommunernes svar, hvorfor de små udsving i andelens størrelse over tid ikke kan findes statistisk signifikant. Det vurderes, at andelen for det seneste år giver det mest præcise skøn for niveauet af udgifterne for det samlede voksenområde.

Beregningerne viser, at der samlet set er sket en markant udgiftsstigning på den *socialpædagogiske bostøtte* til personer med psykiske vanskeligheder (efter servicelovens § 85), som vurderes at være ca. 0,7 mia. kr. Denne markante stigning på 81 pct. fra 2007 til 2011 bringer den samlede udgift på området op på ca. 1,5 mia. kr.

Parallelt med udgiftsstigningen til den socialpædagogiske bistand vurderes det, at der over perioden fra 2007 til 2011 ikke er nogen udvikling på udgifterne til *botilbud* (efter servicelovens §§ 107 og 108). Dette dækker dog over et mindre fald i udgifterne til længerevarende ophold på botilbud på 7 pct. og en mindre stigning i udgifter til midlertidige ophold på botilbud på 13 pct. Samlet set udgør udgifterne til botilbud dog stadig den største andel af udgifterne til den kommunale indsats for mennesker med

psykiske vanskeligheder i 2011, hvor der blev brugt ca. 3,4 mia. kr. på området (svarende til ca. 60 pct. af de samlede udgifter på området).

Det vurderes, at udgifterne til *beskyttet beskæftigelse* (efter servicelovens § 103) er steget med 12 pct. fra 2007 til 2011, mens *visiterede aktivitets- og samværstilbud* (efter servicelovens § 104) for målgruppen er steget med 8 pct., således at de to områder i 2011 udgør henholdsvis 0,2 mia. kr. for beskyttet beskæftigelse og 0,5 mia. kr. for visiterede aktivitets- og samværstilbud. Samlet set udgør udgifterne til de to tilbud ca. 12 pct. af de samlede kommunale udgifter til indsatsen over for voksne med psykiske vanskeligheder.

Endelig vurderes det, at udgiften til *kontaktperson- og ledsagerordningerne* (efter servicelovens §§ 97 og 99) for målgruppen for perioden 2007-2011 er faldet fra ca. 130 mio. kr. til 110 mio. kr.

Vurderingen af udviklingen i kommunernes nettodriftsudgifter til indsatser, der vedrører personer med psykiske vanskeligheder i perioden 2007-2011, er samlet i tabellen nedenfor. Samlet set viser tallene, at der særligt i perioden 2009-2011 er sket et fald i udgiften til døgntilbuddene, hvilket kan forklares med, at det er her, kommunerne har realiseret gevinsten i forbindelse med den igangværende større omlægningsproces, hvor der sker en øget prioritering af den socialpædagogiske bistand på bekostning af døgntilbud.

TABEL 69

Kommunernes nettodriftsudgifter i mia. kr. i 2007-2011 til indsatser, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Socialpædagogisk bistand (§ 85)	0,8	0,9	1,1	1,4	1,5	81 %
Kontaktperson- og ledsagerordninger (§§ 97 & 99)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	-19 %
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	12 %
Visiterede aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	8 %
Midlertidigt botilbud (§ 107)	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	13 %
Længerevarende botilbud (§ 108)	2,3	2,3	2,4	2,3	2,1	-7 %
I alt	5,0	5,3	5,6	5,9	5,8	14 %

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik, oplysninger fra kommunerne samt egne beregninger
 Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter.

Udover de omkostninger, som afholdes på de konti, der er vist ovenfor, har kommunerne udgifter i form af medfinansiering af den regionale psykiatriske indsats. Hver gang en voksen fra kommunen indlægges eller får ambulante behandling på et psykiatrisk hospital eller modtager ydelser fra psykologer eller psykiatere, betaler kommunen en del af udgiften.

Tabel 70 viser de samlede kommunale medfinansieringsudgifter vedrørende voksne (fra og med 20 år) og den tilhørende aktivitet fra 2007 til 2011. Sammenlignet med de udgifter, der i øvrigt afholdes af kommunerne, udgør udgifterne til medfinansiering på i alt 0,7 mia. kr. i 2011 en mindre andel. Den kommunale medfinansiering er steget med ca. 10 pct. i perioden 2007 til 2011. Udviklingen i medfinansiering er stort set ensartet på tværs af indlæggelser, ambulante besøg og speciallægekonsultationer, om end udgiften til indlæggelser er steget lidt mere end gennemsnittet. Antallet af udskrivinger fra den regionale psykiatri er dog steget noget mere i perioden, hvor der i 2011 var ca. 8.000 flere udskrivinger end i 2007 (svarende til en stigning på 22 pct.).

TABEL 70

Den kommunale medfinansiering og tilhørende aktivitet fordelt på indlæggelser, ambulante besøg og speciallæger for voksne over 20 år, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
	Medfinansiering (mio. kr., 2011 PL)					
Indlæggelser	226,1	224,5	242,3	248,1	253,1	12 %
Ambulante besøg	357,1	349,4	372,0	378,4	392,6	10 %
Speciallæger	72,8	78,7	83,0	83,7	79,0	9 %
	Aktivitet (i 1.000)					
Indlæggelser (udskrivinger)	36,9	37,1	42,0	43,7	45,2	22 %
Ambulante besøg (besøg)	721,7	704,3	748,8	761,5	789,8	9 %
Speciallæger (ydelse)	672,8	754,0	856,3	889,3	820,5	22 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

Note: Opgørelsen er lavet for personer mellem 20-120 år, da det ikke var muligt at opdele data ved det 18. år. Under speciallæger er der medtaget psykologer og psykiatere. Medfinansiering til færdigbehandlede patienter fremgår i et senere afsnit i Tabel 5 28.

Udviklingen i retning af flere udskrivinger og kortere indlæggelsesforløb kan være udtryk for flere forskellige ting afhængigt af, hvilken vinkel det ansues fra. Det kan f.eks. være udtryk for, at patienter, der indgår i behandlingsforløb, er mindre behandlingskrævende, at behandlingsteknologien har udviklet sig, at behandlingen i dag opdeles i flere delbehandlinger i den stadig mere specialiserede regionale psykiatri, at den regionale psykiatri har optimeret deres behandlingsforløb og således høster nogle effektiviseringsgevinster, eller at niveauet for, hvornår en patient vurderes udskrivningsparat, har ændret sig.

Fra den kommunale vinkel, som er kommet til udtryk gennem de kvalitative casestudier, kan udviklingen især ses som et udtryk for, at niveauet for, hvornår en patient vurderes færdigbehandlet og udskrivningsparat, har ændret sig. Ud fra den forståelse kan udviklingen ses som udtryk for et målgruppeskred, der sætter den kommunale indsats under pres. Derudover giver man i flere kommuner udtryk for, at regionen ikke har tilstrækkeligt kendskab til de kommunale tilbud, hvilket betyder, at de ikke udskriver dem tidligt nok. Fra den regionale vinkel, beskrevet i kortlægningen af kapaciteten i den regionale psykiatri (Deloitte, 2012), er forklaringen på, at færdigbehandlede patienter – på trods af at antallet af sengedage for færdigbehandlede borgere er faldet med 22 pct. – stadig optager mange sengepladser, at kommunerne ikke har dækkende tilbud, der matcher det funktionsniveau, den regionale psykiatri vurderer, borgeren har. Derudover vurderes det i den regionale psykiatri, at kommunernes tilbud er mangelfulde i forhold til de borgere, som overgår til ambulante behandlingstilbud i den regionale psykiatri. Denne kortlægning af kapaciteten har ikke givet noget entydigt bud på, hvad der ligger bag ovenstående udvikling.

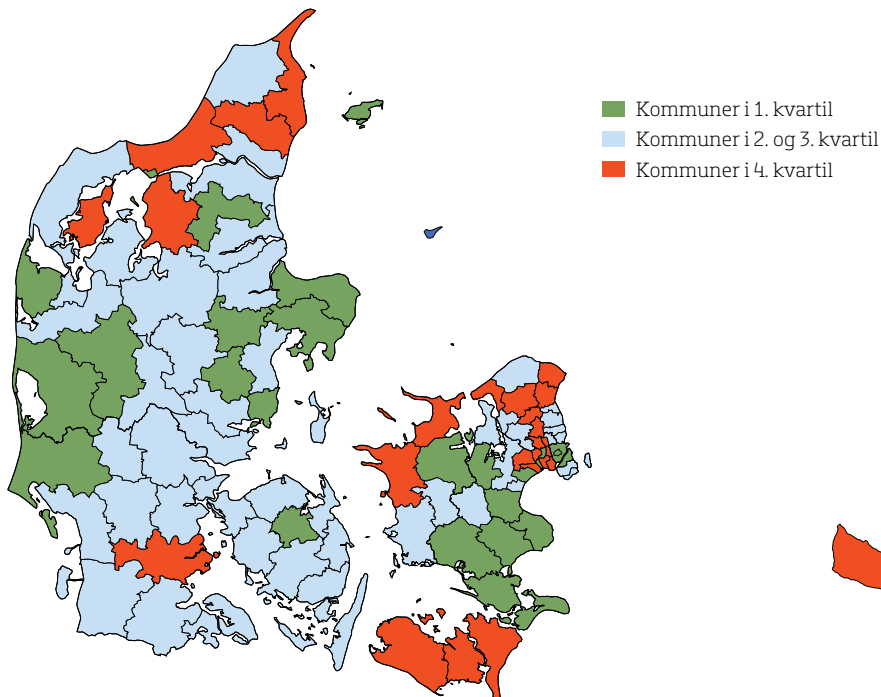
Forskelle mellem kommunerne

I dette afsnit ses der på forskellene mellem kommunerne, og der sættes fokus på, hvordan kommunernes udgifter i hver af de fem regioner fordeler sig.

Kortet nedenfor viser, hvordan de kommuner, der har henholdsvis de 25 pct. højeste og laveste udgifter i figuren ovenfor, er placeret. De røde kommuner er de kommuner, der ligger i 4. kvartil og dermed har de højeste udgifter, mens de grønne er de kommuner, der ligger i 1. kvartil, og dermed har de laveste udgifter. Der ses en antydning af et mønster i og med, at kommunerne med høje udgifter er placeret i yderområder (især kommunerne i Region Nordjylland og Sjælland – samt i kommunerne i Region Hovedstaden). Kommunerne med lave udgifter ligger for en stor dels vedkommende i Region Midtjylland.

FIGUR 17

Geografisk fordeling af kommuner med høje og lave udgifter til det samlede udsatte voksne og handicapområde, 2011



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

5.3.2

Personale

Kommunernes kapacitet på personaleområdet består af de medarbejdere, der er ansat til forebyggende og opsøgende indsatser, personale i dagtilbud samt personale, der er ansat på botilbud. Tallene for den kommunale kapacitet på personaleområdet kommer fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD). FLD dækker kun personale på de kommunale tilbud, og det må derfor forventes, at tallene for den samlede indsats for voksne med psykiske vanskeligheder er undervurderede, da de ikke dækker personale ansat i private tilbud.

Som et grundvilkår for analysen vil mange af kommunens tilbud være i berøring med andre målgrupper end voksne med psykiske vanskeligheder. Desværre kan det ikke lade sig gøre entydigt at opdele de præcise medarbejdergrupper, der udelukkende arbejder med voksne med psykiske vanskeligheder.

Tabellen neden for viser, at i alt 32.656 årsværk i 2011 var beskæftiget i den kommunale indsats på det samlede område for udsatte voksne⁴⁷. Omkring hver fjerde var ansat til at gennemføre forebyggende eller opsøgende indsatser, mens omkring 17 pct. var ansat i dagtilbud i forbindelse med beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud. De resterende 58 pct. arbejder i botilbud. Med udgangspunkt i kommunernes vurdering af andele af indsatsen, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder, vurderes det, at ca. 8.900 årsværk var beskæftiget med målgruppen i 2011.

TABEL 71

Udvikling i antal årsværk på det samlede område for udsatte voksne, opdelt på hovedkonti, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling fra 2007-2011
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (5.32.33)	5.276	6.403	5.945	6.711	7.320	39 %
Kontaktperson- og ledsagerordninger (5.38.53)	917	908	949	913	881	-4 %
Beskyttet beskæftigelse (5.38.58)	1.658	1.678	1.755	1.834	1.679	1 %
Aktivitets- og samværstilbud (5.38.59)	2.991	3.332	3.724	3.870	3.743	25 %
Botilbud til midlertidigt ophold (5.38.52)	4.744	4.973	5.547	5.821	5.417	14 %
Botilbud til længerevarende ophold (5.38.50)	12.869	13.393	13.979	14.262	13.615	6 %
I alt	28.454	30.686	31.899	33.411	32.656	15 %

Kilde: FLD-data

Samlet set er der sket en stigning i antallet af årsværk fra 2007 til 2011 på ca. 15 pct., hvilket illustreres i Tabel 71. Den største stigning ses hos medarbejdere involveret i den forebyggende indsats, hvor stigningen i antal årsværk er på 32 pct. I aktivitets- og samværstilbud er der kommet 25 pct. flere årsværk i perioden, mens væksten i antallet af årsværk for botilbudsmedarbejdere ligger på 8 pct. Denne udvikling kan ses i sammenhæng med udgiftsniveauet på de enkelte tilbud, hvor der er sket en markant stigning i udgiften til de forebyggende indsatser som følge af kommunernes stigende recovery-fokus med prioritering af mindre indgribende indsatser.

Det vurderes, at antallet af årsværk beskæftiget med målgruppen af voksne med psykiske vanskeligheder for perioden 2007-2011 er steget fra et niveau på ca. 7.700 til ca. 8.900 årsværk.

47 Den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje indgår ikke i opgørelsen, hvorfor tallet reelt må forventes at være højere.

Tabel 72 illustrerer udviklingen i personalegrupper fra 2007 til 2011. Der har været en tendens i retning af et skift i sammensætningen af personalegruppen, hvor der er sket et fald i sundhedsfagligt personale på tværs af flere personalekategorier (social og sundhedsassistenter og -hjælpere samt læger og sygeplejersker) og en større stigning i andelen af socialpædagogisk personale.

Derudover viser udviklingen fra 2007 til 2011, at antallet af psykologer er steget med 89 pct., hvilket må siges at være en markant udvikling, selv om det kommer fra et lavt niveau. Andelen af socialrådgivere på tværs af tilbuddene på voksenområdet er også steget siden 2007. Udviklingen i antallet af det administrative personale og ledelsen er steget på niveau med den generelle udvikling i antallet af personale på området.

Uafhængigt af tendenserne i retning af et skift i personalesammensætningen, viser casestudierne, at der fortsat er behov for yderligere investering til kompetenceudvikling af den samlede personalegruppe, hvis man ønsker at fremme brugen af evidensbaserede metoder samt systematisk dokumentation. Flere af de store faggrupper inden for området er ikke vant til at arbejde med udgangspunkt i evidensbaserede metoder.

TABEL 72

Udvikling i forskellige personalekategorier på det samlede udsatte voksne og handicapområde (ikke målgruppeopdelt), 2007-2011

Personalegrupper	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling fra 2007-2011
Pædagoger	10.357	11.192	12.065	12.716	12.701	23 %
Lærere	50	46	54	117	51	1 %
Pædagog-medhjælpere	4.708	5.227	5.835	6.376	6.318	34 %
Psykologer	24	38	47	54	45	89 %
Socialrådgivere	286	312	408	411	388	36 %
Social- og sundhedsassistenter	100	100	95	94	100	0 %
Social- og sundhedshjælpere	2.784	2.867	2.291	2.278	2.075	-25 %
Fysio- og ergoterapeuter	3.661	4.111	4.332	4.473	4.417	21 %
Administrativt personale/ledelse	2.366	2.567	2.693	2.819	2.690	14 %
Sundheds-personale (læger, sygeplejersker)	746	729	718	749	710	-5 %
Andre	3.372	3.497	3.361	3.324	3.161	-6 %
I alt	28.454	30.686	31.899	33.411	32.656	15 %

Kilde: FLD-data. Er opgjort for følgende konti: 5.32.33, 5.38.53, 5.38.58, 5.38.59, 5.38.52, 5.38.50

5.3.3

Aktivitet

I dette afsnit beskrives aktiviteten i den kommunale indsats for voksne med psykiske vanskeligheder. Aktiviteten beskrives både i forhold til voksne, der modtager forebyggende eller opsøgende tilbud, og voksne, der bor på et botilbud eller deltager i et beskyttet beskæftigelsestilbud eller et samværs- og aktivitetstilbud.

Som beskrevet tidligere i forbindelse med gennemgangen af de økonomiske aspekter af kommunernes kapacitet på området, er det også på aktivitetsaspektet forbundet med usikkerhed selvstændigt at opgøre den andel, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder.

Tabellen nedenfor viser, at der fra 2007 til 2011 er sket en markant vækst på ca. 90 pct. i antallet af voksne borgere, som modtager socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85. Baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik er antallet af mennesker med psykiske vanskeligheder, der modtager socialpædagogisk støtte, steget med 93 pct. fra 2007 til 2011. Denne tendens genfindes i økonomitallene, men udgifterne på området er steget mindre end antallet af personer, som modtager ydelsen. Det indikerer, at "pladsprisen" per bostøtteforløb er faldet i perioden. Interviewene indikerer, at det kan skyldes, at kommunerne er begyndt i højere grad at arbejde med gruppebaserede forløb, særligt i forbindelse med tilbud efter servicelovens § 85.

Datagrundlaget giver imidlertid ikke mulighed for at vurdere, i hvilket omfang dette fald kan henføres til en ændret sammensætning af de kommunale tilbud eller til en effektivisering af de forskellige tilbud.

TABEL 73

Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som modtager ydelser efter servicelovens § 85 (socialpædagogisk støtte), 2007-2011⁴⁸

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Personer med sindslidelser	7.614	9.719	11.934	13.501	14.732	93 %

Kilde: Særudtræk fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 74 viser, at der fra 2007 til 2011 er sket et lille fald på ca. 3 pct. i antallet af mennesker med psykiske vanskeligheder, som modtager en opsøgende indsats fra en støtte- og kontaktperson (efter servicelovens § 99). Andelen af målgruppen i forhold til den samlede gruppe af voksne, som modtager § 99-støtte, er faldet fra 2007 til 2011. Denne udvikling skal naturligvis ses i sammenhæng med udvidelsen af målgruppen for § 99, som per 1. oktober 2006 blev udvidet til også at dække misbrugere og hjemløse, ligesom der ofte kan være et sammenfald mellem målgrupperne.

48 | Danmarks Statistiks opgørelser betegnes målgruppen for denne kapacitetsanalyse for personer med sindslidelser, hvorfor denne betegnelse er gengivet i tabellerne vedrørende aktivitet på voksenområdet. I teksten omkring tabellerne anvendes dog den valgte målgruppebetegnelse for analysen "personer med psykiske vanskeligheder".

TABEL 74

Antal af indsatser efter servicelovens § 99 (støtte og kontaktpersoner) der vedrører sindslidende i pct., 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Personer med sindslidelser	3.717	3.557	3.403	3.673	3.599	-3 %

Kilde: Særudtræk fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 75 viser, at der fra 2007 til 2011 er sket en vækst på ca. 40 pct. i antallet af borgere med psykiske vanskeligheder, som modtager beskyttet beskæftigelse efter servicelovens § 103. I 2011 var der 2.180 personer i målgruppen, som benyttede sig af dette tilbud, mens der i 2007 var 1.557. Denne tendens (en stigning på ca. 40 pct.) genfindes ikke i økonomitallene, hvor der er sket et lille fald i udgiften til området. Det indikerer, at "pladsprisen" per borger er faldet betydeligt i perioden. Antages det, at der er et 1:1-forhold mellem udgifter og antal årsværk til området, betyder det, at udviklingen i antallet af brugere per årsværk gennem de seneste fem år har været nogenlunde stabil på ca. 15 brugere per årsværk. Den største stigning i antallet af brugere er ifølge Socialstyrelsen sket i årene efter 2006, hvor der i gennemsnit var 8-12 brugere per årsværk⁴⁹.

Tabellen viser også, at antallet af personer med psykiske vanskeligheder, der modtager et aktivitets- og samværstilbud efter servicelovens § 104, er steget med 15 pct. fra 2007 til 2011, hvilket svarer til stigningen i udgiften til området.

TABEL 75

Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som modtager ydelser efter servicelovens henholdsvis § 103 (Beskyttet beskæftigelse) og § 104 (Aktivitets- og samværstilbud)

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Beskyttet beskæftigelse (sindslidende)	1.557	1.208	1.727	1.649	2.180	40 %
Aktivitets- og samværstilbud (sindslidende)	7.048	7.065	7.672	9.375	8.077	15 %

Kilde: Danmarks Statistik Statistikbanken og egne beregninger.

Note: Tal for 2009-2010 kan sammenlignes. Tal for 2009 kan ikke sammenlignes med tidligere år pga. ændret indberetning. Tallene anses for alle årene at være lidt undervurderede pga. manglende oplysninger fra enkelte tilbud.

Tabel 76 viser, at der fra 2009 til 2011 er sket en betydelig vækst på ca. 14 pct. i antallet af voksne borgere med psykiske vanskeligheder, som bor på et botilbud med midlertidigt ophold efter servicelovens § 107. På grund af udvikling i opgørelsespraksis kan udviklingen ikke føres tilbage til 2007, hvor tallene ikke blev opdelt mellem kategorierne sindslidelse og psykisk funktionsnedsættelse.

49 Socialstyrelsen (2011). *Lovovervågning af støtte- og kontaktpersonordningen, 2007-2009* samt VFC Socialt Udsatte, Socialstyrelsen (2006). *SKP til misbrugere og hjemløse*.

Tallene anses dog af Danmarks Statistik for at være lidt undervurderede pga. manglende oplysninger fra enkelte tilbud. Denne formodning bekræftes af KREVI's kortlægning fra 2012, hvor man fandt, at andelen af personer med psykiske vanskeligheder i de "rene" § 107-tilbud var 40 pct. mod 30 pct. i opgørelserne fra Danmarks Statistik i 2011.

Tabellen viser endvidere, at der fra 2009 til 2011 er et lille fald på ca. 13 pct. i antallet af voksne borgere med psykiske vanskeligheder, som bor på et botilbud med længerevarende ophold efter servicelovens § 108. På grund af udvikling i opgørelsespraksis kan udviklingen heller ikke her føres tilbage til 2007, hvor tallene blev opgjort på kategorierne sindslidende og psykisk funktionsnedsættelse.

Tallene for aktiviteten på § 108-tilbuddene anses også her af Danmarks Statistik for at være lidt undervurderede pga. manglende oplysninger fra enkelte tilbud. Denne formodning bekræftes ligeledes af KREVI's kortlægning fra 2012, hvor man fandt, at andelen af personer med psykiske vanskeligheder i de "rene" § 108-tilbud var 31 pct. mod 29 pct. i opgørelsen fra Danmarks Statistik for 2011.

Sammenholdes udviklingen i antallet af beboere med udgiftsudviklingen til området, så indikerer tallene, at der fra 2009 til 2011 er kommet en lavere gennemsnitlig pladspris, da udgiftsniveauet er faldet med henholdsvis 3 og 8 pct. for perioden 2009-2011.

TABEL 76

Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som har henholdsvis midlertidige ophold på botilbud (jf. servicelovens § 107) og længerevarende ophold på botilbud (jf. servicelovens § 108)

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Midlertidigt ophold på botilbud (sindslidende)	-	-	1.581	1.791	1.810	*14 %
Midlertidigt ophold på botilbud (sindslidende og psykisk funktionsnedsættelse)⁵⁰	4.016	4.353	4.690	4.815	4.959	23 %
Længerevarende ophold på botilbud (sindslidende)			2.537	2.850	2.402	-5 %*
Længerevarende ophold på botilbud (sindslidende og psykisk funktionsnedsættelse)⁵¹	8.061	8.215	8.259	8.135	7.665	-5 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Tal for 2009-2011 kan sammenlignes. Tal for 2009 kan ikke sammenlignes med tidligere år pga. ændret indberetning. Tallene anses for alle årene at være lidt undervurderede pga. manglende oplysninger fra enkelte tilbud. Sindslidende anvendes ikke som målgruppeopdeling før 2009. * Udviklingen for antallet af sindslidende er fra 2009-2011 pga. udvikling i opgørelsespraksis.

50 Dækker også over udviklingshæmmede og mennesker med hjerneskade, der ligger uden for analysens målgruppe.

51 Samme som ovenstående note.

Forskelle mellem kommuner

De nedenstående tabeller illustrerer de forskelle, der eksisterer mellem kommuner på tværs af de fem regioner, for antallet af personer på de enkelte tilbud. Den første tabel omhandler beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud. Tallene for antallet af borgere er opgjort efter opholdskommune. Antallet af personer på dagtilbud er i gennemsnit 2,9 per 1.000 indbyggere, hvor kommunerne i Region Hovedstaden står for det laveste antal med 2,6 per 1.000 indbyggere, mens kommunerne i Region Syddanmark har det højeste antal med 3,5 per 1.000 indbyggere. Tallene viser en stor stigning i antallet af borgere fra 2007 til 2011 for især kommunerne i Region Sjælland (på 81 pct.), hvor udviklingen på landsplan er 18 pct.

TABEL 77

Antal voksne med psykiske vanskeligheder i dagtilbud (jf. servicelovens §§ 103 og 104) per 1.000 18-65-årige efter opholdskommune/-region for tilbuddet, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-11
Kommuner i Region Hovedstaden	2,1	1,9	1,8	3,5	2,6	24 %
Kommuner i Region Sjælland	1,6	1,7	2,5	2,8	3,0	81 %
Kommuner i Region Syddanmark	3,8	3,0	3,6	3,4	3,5	-7 %
Kommuner i Region Midtjylland	2,3	2,4	3,1	2,9	2,8	23 %
Kommuner i Region Nordjylland	2,8	3,5	2,8	2,8	3,2	15 %
Hele landet	2,5	2,4	2,7	3,2	2,9	18 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Den nedenstående tabel omhandler antallet af personer på døgntilbud (botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108). Antallet af personer på døgntilbud er i 2011 i gennemsnit 3,6 per 1.000 indbyggere, hvor kommunerne i Region Syddanmark står for det højeste gennemsnitlige antal med 4,9 personer per 1.000 indbyggere, mens kommunerne i Region Midtjylland har det laveste antal med 2,3 per 1.000 indbyggere. Tallene viser en vækst i antallet af borgere i døgntilbud fra 2007 til 2011 for kommunerne i Region Sjælland og Region Syddanmark (på henholdsvis 14 og 13 pct.), mens kommunerne i de øvrige tre regioner samlet set har oplevet et fald.

TABEL 78

Antal voksne med psykiske vanskeligheder på døgntilbud (jf. servicelovens §§ 107 og 108) per 1.000 18-65-årige efter opholdskommune/-region for tilbuddet, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Kommuner i Region Hovedstaden	3,4	3,4	3,3	3,7	3,4	2 %
Kommuner i Region Sjælland	4,0	4,0	4,4	4,2	4,5	14 %
Kommuner i Region Syddanmark	4,3	4,7	5,0	4,6	4,9	13 %
Kommuner i Region Midtjylland	2,6	2,7	2,7	2,7	2,3	-10 %
Kommuner i Region Nordjylland	3,6	3,7	3,8	3,6	3,2	-9 %
Hele landet	3,5	3,6	3,7	3,7	3,6	3 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

TABEL 79

Antal voksne med psykiske vanskeligheder, der modtager ydelser efter servicelovens §§ 85, 97 og § 99, per 1.000 18-65 årige, opdelt på region for tilbuddet, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Kommuner i Region Hovedstaden	2,49	2,76	2,83	3,27	3,69	48 %
Kommuner i Region Sjælland	3,01	4,89	5,51	6,28	6,64	120 %
Kommuner i Region Syddanmark	3,62	3,59	4,3	4,75	5,15	42 %
Kommuner i Region Midtjylland	3,72	4,26	5,62	6,15	6,32	70 %
Kommuner i Region Nordjylland	4,35	5,03	5,13	5,74	5,96	37 %
Hele landet	3,28	3,83	4,4	4,92	5,25	60 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: * Antal ydelser efter §§ 85, 97 og 99 per 1.000 indbyggere.

5.3.4

Pladser

Alle tilbud på det sociale område er forpligtet til at indberette oplysninger i en fælles Tilbudsportal. Baseret på oplysninger derfra kan man opgøre antallet af tilbud og antallet af pladser til forskellige målgrupper. Rambøll vurderer dog, at der er betydelige udfordringer forbundet med at anvende oplysninger fra Tilbudsportalen, da der kan sættes spørgsmålstegn ved datas validitet, som følge af den svingende kvalitet i tilbuddenes indberetninger og opdateringer. Forbeholdet gælder således for alle beregninger i dette kapitel, hvori pladsoplysninger indgår. I nedenstående tabel ses en oversigt over det samlede antal pladser på voksenområdet fordelt på kommunale, regionale og private tilbud:

I Tilbudsportalen skal det enkelte tilbud angive, hvilke målgrupper de henvender sig til. I nedenstående tabel ses en oversigt over antallet af tilbud, der henvender sig til sindslidende.

I nedenstående tabel har Rambøll set på pladserne på tilbud, der er rettet mod borgere med psykiske vanskeligheder.

TABEL 80

Antal pladser for voksne med psykiske vanskeligheder, 2010-2012

	2010	2011	2012	Udvikling 2010-2012
Pladser i beskyttet beskæftigelse og visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud i alt	14.307	14.891	16.194	13 %
Heraf pladser kun i beskyttet beskæftigelse	1.551	2.000	2.070	33 %
Heraf pladser kun i visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud	7.048	7.627	8.417	19 %
Heraf pladser i beskyttet beskæftigelse og visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud, som entydigt kan henføres til disse, men ikke fordeles mellem de to.	2.537	2.504	2.777	–
Heraf pladser i beskyttet beskæftigelse og/eller visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud, som ikke entydigt kan henføres til disse	5.708	5.264	5.707	–
Pladser på midlertidige og længevarende botilbud i alt	10.200	11.053	11.412	12 %
Heraf pladser kun på midlertidige botilbud	2.429	3.021	3.176	31 %
Heraf pladser kun på længevarende botilbud	2.593	2.644	2.345	-10 %

	2010	2011	2012	Udvikling 2010-2012
Heraf pladser på midlertidige og længerevarende botilbud, som entydigt kan henføres til disse, men ikke fordeles mellem de to	1.148	1.495	1.640	–
Heraf pladser på midlertidige og/eller længerevarende botilbud, som ikke entydigt kan henføres til disse	4.030	3.893	4.251	–

Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen og egne beregninger.

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, hvor en af følgende anbringelsesårsager er angivet, medregnes i opgørelsen.

I nedenstående tabel ses en oversigt over kapaciteten i regionernes tilbud til sindslidende:

TABEL 81

Antallet af pladser i regionale tilbud til voksne med psykiske vanskeligheder, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Pladser på beskyttet beskæftigelse (§ 103) til sindslidende	38	38	41	41	44	16 %
Pladser på aktivitets- og samværstilbud (§ 104) til sindslidende	220	206	113	113	113	-49 %
Pladser på midlertidige botilbud (§ 107) til sindslidende	130	131	121	125	118	-9 %
Pladser på længerevarende botilbud (§ 108) til sindslidende	815	690	641	572	584	-28 %

Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen og egne beregninger.

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, hvor en af følgende anbringelsesårsager er angivet, medregnes i opgørelsen.

Tabellen ovenfor viser, at den regionale kapacitet generelt er faldet fra 2007 til 2011. På aktivitets- og samværstilbud er antallet af pladser faldet med 49 pct., og på længerevarende botilbud er antallet af pladser faldet med 28 pct.

Pladser der koordineres i rammeaftalerne

I forbindelse med analysen er rammeaftalerne på social- og specialundervisningsområdet for de fem regioner fra 2007 til 2011 gennemgået for at få et overblik over antallet af pladser, der koordineres om på området for voksne med psykiske vanskeligheder. Det har ikke været muligt at opgøre præcise tal for målgruppen i alle regioner eller i alle år.

I nedenstående tabeller ses en oversigt over antallet af døgn og dagtilbud, som der koordineres i rammeaftalerne.

TABEL 82

Antal dagtilbud (jf. servicelovens §§ 103, 104) vedr. voksne med psykiske vanskeligheder, der koordineres i rammeaftalerne

Region	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Region Hovedstaden	-	3.654	3.775	3.772	96*	-
Region Syddanmark	-	-	-	-	-	-
Region Sjælland***	-	-	-	291	250	-
Region Midtjylland	725	720	707	647	470	-35 %
Region Nordjylland	102	113**	103**	103**	103	1 %

Note: Udviklingen i kapacitet på voksenområdet er baseret på opgørelserne i rammeaftalerne for det specialiserede socialområde indgået mellem regioner og kommuner. Med mindre andet er angivet, viser opgørelsen det samlede antal af både kommunernes og regionens pladser.

* Det markante fald i antallet af pladser i forhold til det foregående år skyldes indførelsen af et nyt og smallere rammeaftalekoncept, hvormed en del af de kommunale pladser udgår af rammeaftalen.

** kilde: Rammeaftalen for Region Nordjylland fra 2010, opgørelse for udviklingen i pladser fordelt på målgruppe, 2008-2010 (s. 37).

*** Region Sjælland har ikke opgjort pladser til målgruppen sindslidende før 2010.

TABEL 83

Antal botilbud (jf. servicelovens §§ 107, 108) vedr. voksne med psykiske vanskeligheder, der koordineres i rammeaftalerne

Region	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Region Hovedstaden	619	1.605	1.584	1.578	662*	7 %
Region Syddanmark****	-	-	-	-	-	-
Region Sjælland***	-	-	-	510	461,5	-
Region Midtjylland	816	756	756	729	699	-14 %
Region Nordjylland	385	383	391	373	373	-3 %

Note: Udviklingen i kapacitet på voksenområdet er baseret på opgørelserne i rammeaftalerne for det specialiserede socialområde indgået mellem regioner og kommuner. Med mindre andet er angivet, viser opgørelsen det samlede antal af både kommunernes og regionens pladser.

* Det markante fald i antallet af pladser i forhold til det foregående år skyldes indførelsen af et nyt og smallere rammeaftalekoncept, hvormed en del af de kommunale pladser udgår af rammeaftalen.

** kilde: Rammeaftalen for Region Nordjylland fra 2010, opgørelse for udviklingen i pladser fordelt på målgruppe, 2008-2010 (s. 37).

*** Region Sjælland har ikke opgjort pladser til målgruppen sindslidende før 2010.

Ovenstående tabeller viser, at rammeaftalerne indeholder færre pladser til borgere med psykiske vanskeligheder i kommunerne i Region Midtjylland. I kommunerne i Region Hovedstaden har man indført et nyt og smallere rammeaftalekoncept i 2011, der betyder at man koordinerer om færre pladser.

Omlægninger af pladser

I den gennemførte spørgeskemaundersøgelse er kommunerne blevet spurgt, om man har omlagt botilbudspladser til almene boliger eller plejeboliger i perioden. I nedenstående tabel ses en oversigt over kommunernes svar:

TABEL 84

Har kommunen omlagt botilbudspladser (jf. servicelovens §§ 107 eller 108) til almene boliger/plejeboliger med omfattende støtte efter servicelovens § 85 i perioden 2007-2011?

	Andel i pct.
Ja	25
Nej	75
I alt	100

Kilde: Oplysninger fra kommunerne.
Note: N=63.

Tabellen viser, at 25 pct. af kommunerne har omlagt botilbud til almene boliger eller plejeboliger. Opgørelsen viser, at det både drejer sig om midlertidige og længerevarende botilbud, der omlægges.

Forskelle mellem kommuner

Nedenstående tabel viser antallet af pladser til voksne med psykiske vanskeligheder opdelt på gennemsnittet blandt kommuner i de fem regioner. Tallene viser betydelig variation mellem de kommunale gennemsnit på tværs af de fem regioner.

TABEL 85

Antal pladser til voksne med psykiske vanskeligheder opdelt på regioner per 18-65-årige i 2011

	Kommuner i Region Hovedstaden	Kommuner i Region Sjælland	Kommuner i Region Syddanmark	Kommuner i Region Midtjylland	Kommuner i Region Nordjylland	Hele landet
Pladser i beskyttet beskæftigelse, visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud, midlertidige og længerevarende botilbud i alt	4,57	4,27	4,30	3,78	5,28	4,36
Pladser i beskyttet beskæftigelse	0,28	0,58	0,40	1,14	0,52	0,57
Pladser i visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud	2,65	1,32	1,95	1,82	3,16	2,18
Pladser på midlertidige botilbud	0,89	1,35	0,98	0,44	0,80	0,86
Pladser på længerevarende botilbud	0,76	1,03	0,96	0,37	0,80	0,76

Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen og egne beregninger.

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, hvor en af følgende anbringelsesårsager er angivet, medregnes i opgørelsen.

5.3.5

Kapacitetsudnyttelse

I dette afsnit foretages der yderligere analyser af kommunernes indsats for voksne med psykiske vanskeligheder af mere tværgående karakter. Strukturen i afsnittet er analyse-drevet, idet der er fokus på de faktorer, som bidrager til at øge forklaringskraften i forhold til, hvad der betinger og påvirker kapaciteten i den kommunale indsats for sindslidende. Analyserne tager afsæt i de allerede præsenterede grundtal i de tidligere afsnit. Der inddrages dog også yderligere tal fra bl.a. spørgeskemaundersøgelsen, som ikke er blevet præsenteret i de tidligere afsnit.

Kommunernes evne til at udnytte kapaciteten kan komme til udtryk på flere måder, og i dette afsnit gennemgås nogle af de elementer, som har en betydning, f.eks. belægningsprocent, ventetid i forbindelse med sagsbehandling og visitation samt manglende flow i overgange mellem den regionale psykiatri og de kommunale tilbud. Det er afgørende for kommunernes kapacitetsudnyttelse, at der i alle led er en fleksibilitet, så der ikke opstår "uproduktiv" ventetid, der hverken skaber værdi i sagsbehandlingen eller for borgerens forløb. Derudover er det afgørende, at pladserne er så fleksible så muligt, så der ikke i længerevarende perioder bindes kapacitet i specialiserede tilbud. Afsnittet rundes af med en diskussion om, hvad der kan bidrage til at optimere processerne på voksenområdet baseret på en værdistrømsanalyse på typiske borgerforløb, som der er gennemført i udvalgte casekommuner.

Belægning og ventetid

I undersøgelsen har Rambøll bedt kommunerne om at angive belægningsgraden for kommunernes dag- og døgntilbud. I nedenstående tabel er kommunernes svar angivet for perioden 2007-2011. Tabellen viser, at kommunerne i gennemsnit har en belægning på 86 pct. på beskyttet beskæftigelse og 95 pct. på visiterede aktivitets- og samværstilbud for 2011. Set i forhold til belægningen i 2007 er der tale om et lille fald for begge dagtilbudstyper. For kommunerne midlertidige og længerevarende botilbud er belægningsprocenterne på henholdsvis 80 og 91 pct., hvilket også er mindre end i 2007. Størst er faldet på belægningsprocenterne for de midlertidige botilbud.

TABEL 86

Kommunernes vurderinger af de gennemsnitlige belægningsprocenter for aktivitets- og botilbud (efter servicelovens §§ 103 og 104 samt §§ 107 og 108), 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	88	87	88	88	86	-2 % point
Konfidensinterval, pct.	78-99	77-98	78-97	79-97	76-97	
Visiterede aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	97	96	97	94	95	-2 % point
Konfidensinterval, pct.	91-102	90-102	91-102	87-101	90-101	
Midlertidigt botilbud (§ 107)	85	85	84	82	80	-5 % point
Konfidensinterval, pct.	74-96	74-96	74-95	71-93	68-92	
Længerevarende botilbud (§ 108)	94	95	95	95	91	-3 % point
Konfidensinterval, pct.	88-100	88-101	89-101	90-100	84-99	

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2007=33, N2008=33, N2009=35, N2010=37, N2011=40.

Nedenstående tabel viser kommunernes vurdering af antallet af dage fra en sag bliver åbnet til selve visitationen samt fra visitationen til påbegyndelsen af tilbuddet. Opgørelsen viser, at der, hvad angår den socialpædagogiske bistand, i gennemsnit går ca. en måned i begge faser. Vurderingen ud fra de kvalitative interviews er, at ventetiden er væsentlig længere i mange kommuner, men også at der i alle tilfælde bliver stillet midlertidige tilbud til rådighed, som f.eks. gruppebaseret støtte i et dagtilbud. Der går væsentlig kortere tid i processen for den opsøgende § 99-indsats, mens sagsbehandlingstiden og tiden fra ydelsen bliver visiteret, til at borgeren kan starte i tilbuddet, er længst i forbindelse med tildelingen af botilbudspladser.

TABEL 87

Kommunernes vurderinger af antallet af dage fra åbning af sag til visitation, og fra visitation til påbegyndelse af tilbud, opdelt på typer af tilbud

	Antal dage fra åbning af sag til afgørelse/visitation	Antal dage fra afgørelse/visitation til påbegyndelse af tilbud
Socialpædagogisk bistand (§ 85)	35	30
Støtte- og kontaktperson (§ 99)	10	7
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	29	21
Visiterede aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	31	15
Midlertidigt botilbud (§ 107)	48	55
Længerevarende botilbud (§ 108)	49	52

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N=33.

Færdigbehandlede patienter

Kommunernes generelle medfinansiering af den regionale psykiatri er belyst i afsnittet vedr. økonomien. Udover denne generelle medfinansiering, som kun til en vis grad kan styres af kommunerne i form af forebyggende tilbud, betaler kommunerne en takst, der i 2011 udgjorde 1.834 kr. per døgn for en færdigbehandlet patient, der er klar til udskrivning, men som ikke kan udskrives, før kommunen kan modtage dem.

De færdigbehandlede patienter kan dermed ses som en indikator for kommunernes evne til at koordinere med den regionale psykiatri og dermed kapacitetsstyre. I den nedenstående tabel ses antallet af færdigbehandlede sengedage og udskrivinger sammen med de udgifter, som kommunerne har på området. Tallene viser, at udgiften i 2011 var på ca. 50 mio. kr., hvilket er et fald på ca. 40 pct. siden 2007. Det største fald er i antallet af sengedage, hvilket indikerer, at det er lykkedes at nedbringe den gennemsnitlige længde på indlæggelser af færdigbehandlede patienter.

TABEL 88

De kommunale udgifter til færdigbehandlede patienter, 20-65-årige, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011
Udgifter (mio. kr.)	86,0	89,6	86,0	68,1	50,7	-41 %
Sengedage	49.050	49.548	46.751	36.698	27.095	-45 %
Udskrivinger (antal patienter)	936	978	899	779	664	-29 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

I nedenstående tabel er tallene opdelt per region og opgjort per 1.000 indbyggere i kommunerne i hver region. Tallene viser, at der er store forskelle mellem kommunerne i de fem regioner. Kommunerne i Region Hovedstaden har i gennemsnit det markant højeste antal af sengedage til færdigbehandlede patienter i 2011 (på 13,8 voksne per 1.000 indbyggere), mens kommunerne i Region Nordjylland følger efter med et gennemsnitligt antal per 1.000 indbyggere på 7,5. I de øvrige tre regioner ligger niveauet mellem 4,2 og 4,9. På tværs af alle regioner er det dog lykkedes at nedbringe antallet siden 2007.

TABEL 89

Sengedage til færdigbehandlede patienter, 20-65-årige, per 1.000 indbyggere, per region, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011 (i pct.)
Hovedstaden	25,6	25,6	23,7	18,0	13,8	-46 %
Sjælland	11,9	11,8	13,2	6,2	4,3	-64 %
Syddanmark	4,7	4,9	4,8	6,5	4,2	-11 %
Midtjylland	10,8	10,8	9,0	7,0	4,9	-54 %
Nordjylland	10,5	11,2	10,1	9,8	7,5	-29 %
I alt	14,2	14,3	13,4	10,5	7,8	-45 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

I nedenstående tabel er tallene for udskrivinger opdelt på regionsniveau og opgjort per 1.000 indbyggere i kommunerne i hver region. Tallene viser, at der for 2011 er mellem 0,1 og 0,3 udskrivinger per 1.000 indbyggere af færdigbehandlede voksne. Kommunerne i Region Hovedstaden har i gennemsnit det højeste antal. Samlet set er der fra 2007 til 2011 sket et fald i antallet på 30 pct., og den eneste region, som ikke har et fald i det gennemsnitlige antal, er kommunerne i Region Nordjylland.

Brugen af evidensbaserede metoder

I forbindelse med analysen er det undersøgt, hvilke internationale evidensbaserede metoder der har en dokumenteret effekt i forhold til den sociale indsats for voksne med psykiske vanskeligheder. Ikke alle metoderne er afprøvet i Danmark, og der er ikke foretaget vurdering af metodernes egnethed, deres omkostningseffektivitet og tilpæningsbehov for implementering i en dansk kontekst. Der er udelukkende set på metoder, hvor der er foretaget et systematisk metareviews efter de højeste forskningsmæssige standarder. Dette indebærer også, at der er et stort lag af anvendte og dokumenterede metoder med lovende resultater i praksis, som ikke indgår på nedenstående liste. Undersøgelsen peger på, at følgende metoder har dokumenteret effekt for målgruppen:

- Intensive Case Management (ICM).
- Assertive Community Treatment (ACT).
- Critical Time Intervention (CTI).
- Home treatment for mental health problems.
- Community pharmacy services to optimise the use of medications for mental illness.

I forbindelse med regeringens Hjemløsestrategi har 18 kommuner arbejdet med at implementere ACT, ICM og CTI som metoder i deres bostøtteindsats for hjemløse borgere. Flere kommuner overvejer ligeledes at implementere tilsvarende metoder i forhold til en bredere gruppe af mennesker med sindslidelser.

Spørgeskemaundersøgelsen af kommunerne viser, at ca. halvdelen (51 pct.) af kommunerne arbejder systematisk med en recovery-baseret tilgang. Det vurderes, at der i de fleste kommuner dog ikke er tale om en ensartet veldokumenteret metode, men mere en generel tilgang, og der er kun enkelte steder identificeret, at der arbejdes stringent efter evidensbaserede interventioner. Det er tilfældet i forhold til f. eks. Illness Management and Recovery (IMR) i Ringbo-projektet i Københavns Kommune, Mental Health Recovery Measure (MHRM) i Rehabiliteringshuset i Odense Kommune og Individual Placement and Support (IPS) OPH-projektet i Aarhus Kommune.

I flere af de større kommuner har man i dag særlige rådgivende rehabiliteringsteams, og man bevæger sig i disse kommuner i stigende grad mod større brug af evidensbaserede metoder i det socialfaglige arbejde. Det er dog vurderingen, baseret på de kvalitative casestudier samt dokumentstudierne og interviewene i forbindelse med eksempler på god kommunal praksis, at der fortsat er et betydeligt potentiale i forhold til at efterleve ambitionen om at arbejde evidensbaseret i de yderste leverandørled. Det gør sig i større eller mindre grad gældende for de fleste beskrivelser af god kommunal praksis, at de ikke direkte baserer sig på international evidens på trods af deres gode resultater opnået i de enkelte kommuner.

I SFIs rapport, "Et liv i egen bolig", om brugen af § 85-bostøtte fremgår det, at kun 16 pct. af leverandørerne oplever, at den kommunale myndighed lægger vægt på, at de arbejder efter evidensbaserede metoder i bostøtteindsatsen. Ligeledes svarer over halvdelen (60 pct.) af leverandørerne, at de anvender de metoder, de selv finder relevante i de konkrete sager. Svarene kan både ses som et udtryk for, at den kommunale myndighed har tillid til, at leverandørerne anvender de metoder, de finder bedst egnet til målgruppen, men det kan også ses som et udtryk for, at den kommunale myndighed ikke opstiller krav til, hvilke metoder der benyttes. Over halvdelen af kommunerne (67 pct.) mener nemlig, at det er væsentligt, at leverandørerne arbejder evidensbaseret, men alene 12 pct. af kommunerne opstiller krav til bostøtternes metoder (SFI, 1012).

Samlet vurderer Rambøll, at kommunernes indsats i stigende grad arbejder med at implementere evidensbaserede metoder i indsatsen på voksenområdet, men at brugen af evidensbaserede metoder ikke på nuværende tidspunkt er fuldt ud implementeret. Dog er der i stigende grad, særligt i forhold til bostøtteindsatsen til hjemløse, hvoraf en stor del af har psykiske vanskeligheder, påbegyndt et arbejde med evidensbaserede indsats. Dette skal også ses som et udtryk for, at de fleste kommuner ser implementeringen af evidensbaserede metoder som omkostningseffektiv.

5.3.6

Barrierer og muligheder på voksenområdet

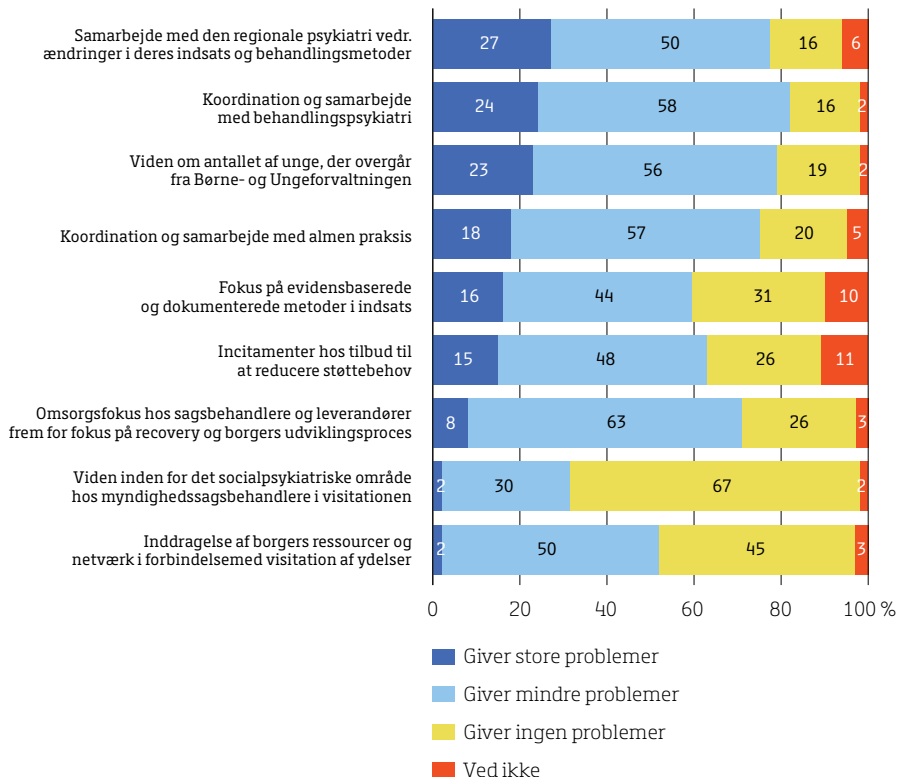
I de følgende afsnit beskrives de barrierer og de muligheder for optimering af kapacitetsudnyttelsen inden for de eksisterende rammer med udgangspunkt i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, kvalitative udsagn fra de udvalgte casekommuner samt eksisterende forskning på området.

Barrierer på voksenområdet

Figuren nedenfor illustrerer de barrierer, kommunerne ser i forhold til at sikre en god planlægning, udnyttelse og sammensætning af kapaciteten for voksne borgere med psykiske vanskeligheder.

FIGUR 18

Udfordringer på voksenområdet



Kilde: oplysninger fra kommunerne.

Note: N=69.

Der er tre områder, som skiller sig særligt ud som barrierer i forhold til at optimere kapaciteten på voksenområdet:

- Samarbejdet med det regionale behandlingssystem – herunder praktiserende læger samt den regionale psykiatri.
- Samarbejdet internt i kommunen mellem børne- og familieforvaltningen og voksenforvaltningen, hvor det hos flere kommuner giver problemer, at man mangler viden om de børn, som overgår fra børne- og ungeområdet.
- Manglende fokus på evidens og dokumentation, som flere kommuner udtrykker, udgør en barriere i samarbejdet mellem myndighed og leverandør, og i muligheden for at skabe et større flow gennem systemet.

Samarbejdet med den regionale psykiatri

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at 24 pct. af kommunerne vurderer, at samarbejdet og koordinationen med den regionale psykiatri giver store problemer, mens yderligere 58 pct. angiver, at det giver mindre problemer.

På trods af at ¾ af kommunerne vurderer, at samarbejdet med den regionale psykiatri udgør den største barriere, så indikerer udsagnene fra casekommunerne, at der er sket en betydelig forbedring af samarbejdsrelationerne gennem de seneste år. Sundhedsaftalerne udgør rammen for samarbejdet, men derudover er der flere steder sket en lokal konkretisering på praksisniveau i forhold til overgang mellem sektorer.

Tilsvarende vurderer 27 pct. af kommunerne, at samarbejdet mere konkret i forhold til udviklingen i indsats og behandlingsmetoder giver store kapacitetsproblemer, mens 50 pct. vurderer, det giver mindre problemer. Baseret på udsagn fra de kvalitative casestudier vurderes det, at en betydelig del af udfordringerne er forbundet til forventningsafstemningen af, hvilket kommunalt støttetilbud en borger skal modtage efter færdigbehandling i den regionale psykiatri. I flere af kommunerne oplever man en manglende forståelse for kommunernes visitationskompetence og for det øgede strategiske fokus på at give mindre indgribende tilbud. Det giver nogle udfordringer i arbejdet med borgerens evt. pårørende, som oplever at få modstridende udmeldinger om, hvad der er et dækkende tilbud, hvilket i sidste ende kan medføre, at borgeren tildeles et mindre tilbud, der er visiteret med udgangspunkt i den periode, hvor borgeren har det allerværst.

Overgange fra børne- og ungeområdet

En barriere for kapacitetsudnyttelse, som der også er ca. en ¼ af kommunerne, der nævner som en udfordring, er viden om, hvilke sager der kommer fra børne- og ungeområdet. Der er flere forhold, som med udgangspunkt i udsagn fra de kommunale casestudier, der har betydning for, at overgangene fra børne- og ungeområdet til voksenområdet kan volde udfordringer. Den primære årsag er den organisatoriske opdeling af de to områder, som man finder i mange kommuner, da områderne lovgivningsmæssigt er reguleret efter forskellige tilgange. Det giver nogle forskelle i kulturer og måder at se sagerne på, der kan opleves som udfordrende for borgere og de pårørende, og det giver en risiko for, at der er vigtig viden, som ikke bliver overleveret.

Baseret på udsagn fra de kvalitative casestudier er det dog et område, man har haft meget fokus på, og flere steder er der aftalt helt klare arbejdsgange for, hvordan man imødekommer udfordringen med, at der dukker socialsager op på borgere, som i forvejen er kendte i børne- og familieforvaltningerne. Overgangen forberedes i flere kommuner allerede fra det 16. år, hvor sagsbehandlere fra voksenområdet inviteres med til f.eks. netværksmøde. Overdragelses- og netværksmøder med deltagelse fra begge forvaltningsområder vurderes generelt at kunne imødekomme de fleste udfordringer, fordi møderne mindsker tab af viden mellem forvaltninger og de øvrige involverede parter samt bidrager til den forventningsafstemning mellem den unge (og dennes forældre) og sagsbehandlere på voksenområdet, fordi skiftet for mange unge indebærer nye krav og rammebetingelser.

Udover overgangen for de "kendte" borgere fremhæves det i flere kommuner, at den største udfordring i forhold til kapacitetsstyring er de unge, som den almene undervis-

ning evner at inkludere og rumme, og hvor de psykiske vanskeligheder derfor først for alvor kommer til udtryk, efter de har forladt skolen. Disse unge risikerer at falde mellem to stole, fordi det kan være svært at nå den normale udrednings- og overgangsproces, og fordi man i børne- og familieforvaltninger er varsom med at sætte noget i gang, kort tid inden de overgår til voksenområdet.

Samarbejde mellem myndighed og leverandør

Det tredje område, hvor der opleves udfordringer, er samarbejdet mellem myndighed og leverandør, der dækker over både de udfordringer, som en skarpt defineret BUM-model⁵² kan give i forhold til manglende dialog og faglig sparring i forbindelse med oplysning, afgørelse og evt. revisitation af en sag, og de styringsudfordringer det giver, hvis leverandørerne ikke har tilstrækkeligt fokus på et udviklingsperspektiv i indsatsen. I de fleste kommuner anvendes varianter af den "skarpt definerede BUM" (f.eks. i form af "Modificeret BUM" eller "Dialogbaseret BUM").

I forhold til det førstnævnte aspekt af problemstillingen, så opleves det særligt hos leverandørledet i de kommuner, der følger BUM-modellen stringent, at der kan ske et tab af faglighed og fleksibilitet i sagsbehandlingen, fordi myndighedssagsbehandlerne mangler føling med tilbuddene.

I den forlængelse kan det være en udfordring, at myndighedsafdelingen i flere kommuner dækker bredere end gruppen af borgere med psykiske vanskeligheder, og derfor kan mangle viden om, hvad der er et dækkende tilbud. Den udfordring har man dog i flere kommuner overkommet ved at lave egentlige visitationsudvalg, ligesom man flere steder har rehabiliteringsrådgivere, som kan kvalificere afgørelser – også ud fra et fagligt perspektiv om at give mindst indgribende tilbud.

Det andet aspekt af problemstillingen dækker over den udfordring, at man i nogle kommuner oplever, at leverandører ikke har tilstrækkeligt fokus på udviklingsperspektivet i indsatsen, hvilket kan medføre, at omstillingen til mindre indgribende tilbud bliver langsommere end forventet. Konkret mener 15 pct. af de kommunale socialchefer, at det er et stort problem, at leverandørerne mangler et incitament til at reducere borgers støttebehov, fordi det vil "undergrave" deres egen jobsituation.

Muligheder på voksenområdet

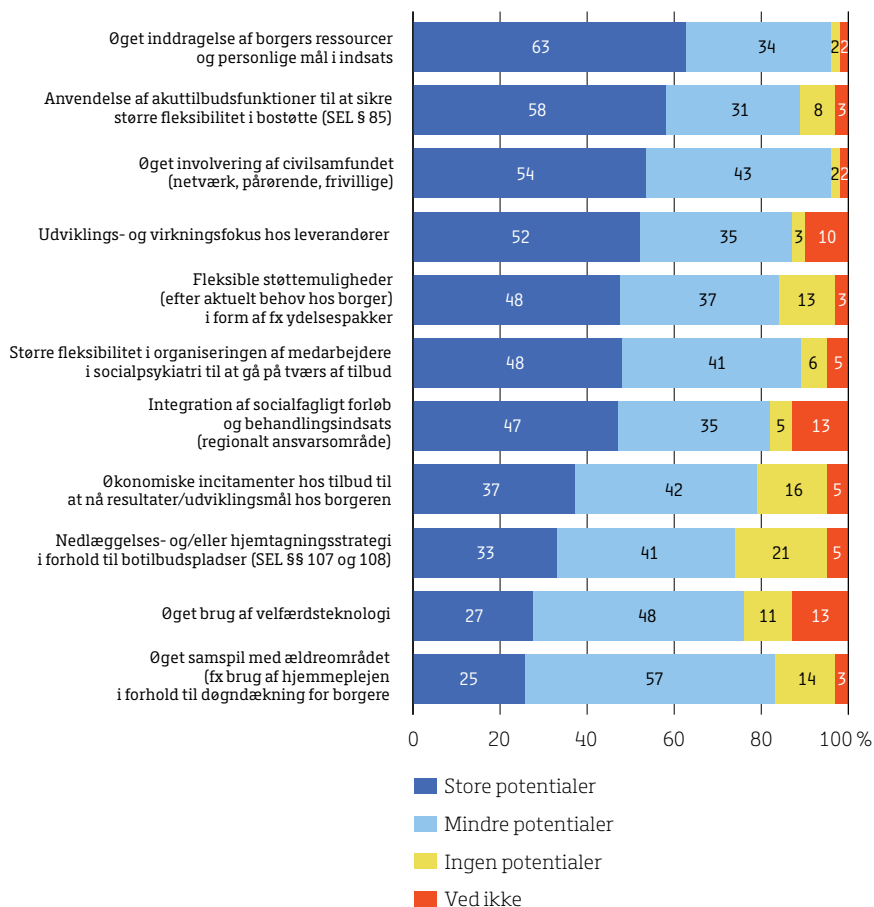
Afsnit 0-5.3.5 demonstrerede, at der er betydelige forskellige på niveauet for den kommunale kapacitet og kapacitetsudnyttelse på tværs af landets kommuner. Disse forskelle kan skyldes tværkommunale forskelle i borgergruppens tyngde, kommunernes serviceniveau samt øvrige rammebetingelser. Det må dog også forventes, at en del af den variation kan tilskrives evnen til at udnytte muligheden for kapacitetsoptimering. I dette afsnit beskrives de potentialer, som kommunerne arbejder med i bestræbelserne på at højne kapacitetsudnyttelsen.

Nedenstående figur viser, hvor de ansvarlige for området i kommunerne ser de største potentialer inden for de eksisterende økonomiske rammer.

52 BUM-modellen (Bestiller-, Udfører-, Modtagermodellen) dækker over en organisationsmodel, hvor myndighedsfunktionen – med budgetansvar og visitationskompetencen – er adskilt fra udførerdelen, som har ansvar for den daglige drift og planlægning af de leverede ydelser.

FIGUR 19

Muligheder på voksenområdet



Kilde: oplysninger fra kommunerne.

Note: N=69.

Overordnet er der tre områder, som skiller sig ud:

- Øget inddragelse af de ressourcer, der ligger hos borgeren, borgerens netværk og det øvrige civilsamfund.
- At skabe en større fleksibilitet i den kommunale tilbudsvifte ved at omlægge fra "døgn" til "dag" og etablere nye tilbud, der bedre imødekommer borgernes behov, som ikke er statisk, men ændrer sig over tid.
- Kommunerne ser et perspektiv i at få et øget fokus på tidsbestemte ydelser, hvor der fra myndighed til leverandør ønskes et udpræget fokus på opstilling, vurdering og evaluering af borgernes udviklingsmål.

Inddragelse af borgere, det nære netværk og civilsamfundet i indsatsen

Det område, hvor flest kommuner (63 pct.) ser et stort potentiale, er øget inddragelse af borgernes ressourcer og personlige mål i indsatsen. Grundlæggende taler flere ledere i den kommunale indsats for, at der sker en overgang fra mindre rettighedstænkning til mere behovstænkning, hvor borgerne er mere involverede i at opstille egne mål og tage større ansvar for eget forløb og udvikling.

Dette ligger i naturlig forlængelse af den recovery- og social rehabiliteringstendens, som aktuelt kendetegner det kommunale ansvarsområde i indsatsen for borgere med psykiske vanskeligheder. Herunder kan også ses fokus på øget involvering af civilsamfundet, som 54 pct. af de kommunale respondenter i spørgeskemaundersøgelsen ser et stort potentiale i at forøge. Konkret nævner flere kommuner, at man arbejder efter en strategi, hvor man forsøger at binde støtten op på de eksisterende ressourcer i borgerens liv og nære netværk i civilsamfundet. Herunder søges der at udbygge partnerskaber med lokale virksomheder, uddannelsesinstitutioner og frivillige.

Udover de faglige argumenter for at binde indsatsen tættere op på civilsamfundet for bedre at kunne inkludere mennesker med psykiske vanskeligheder i samfundet, er man i de kommunale socialforvaltninger meget bevidste om, at det kan frigøre kapacitet på området, hvis man kan blive bedre til at involvere civilsamfundet. Derudover forventer flere kommunale leverandører (inden for særligt §§ 103 og 104), at et øget samarbejde med lokale virksomheder vil kunne bidrage til at skabe et større flow. Dette underbygges også af SFI's kortlægning af beskyttet beskæftigelse (efter servicelovens § 103) fra 2009, der viser, at mennesker med sindslidelse er den gruppe, hvorfra flest kommer videre til ordinær beskæftigelse på støttede eller almindelige vilkår. Det vurderes i SFI-rapporten, at beskyttede værksteder udgør et vigtigt mellemlid i disse personer recoveryproces, og at deres rolle og funktion med fordel kan videreudbygges. Herunder ligger der en væsentlig opgave for værkstederne selv i at sætte fokus på, hvordan borgens udvikling kan understøttes, så målet om udslusning til det almindelige jobmarked kan nås for flere (SFI, 2009: 97-98).

En af forudsætningerne for at kunne indfri det potentiale, som frivilligområdet rummer i forhold til at optimere kapaciteten, er, ifølge flere kommuner, at man har et kommunalt sikkerhedsnet, der kan koordinere de bidrag, som frivillige og lokale virksomheder yder og støtte op efter behov.

Fleksibilitet i tilbud

Det andet område, hvor kommunerne kan se store muligheder i forhold til at opnå en højere grad af kapacitetsudnyttelse, er at sikre en større fleksibilitet i den kommunale tilbudsvifte, så de i højere grad tilpasses borgernes behov, der vil ændre sig fra dag til dag og uge til uge. Det konkrete tiltag, som flest kommuner kan se muligheder i, er etableringen af akutfunktioner, som udenfor "normal åbningstid" kan give borgere med psykiske vanskeligheder et tilbud om kriseintervention i form af enten telefonisk kontakt, personlig rådgivning, midlertidig overnatning eller lignende. 58 pct. af kommunerne finder, at anvendelse af akuttilbudsfunktioner har stort potentiale til at sikre større fleksibilitet i sammenhæng med den kommunale bostøtteordning. Akutfunktioner vurderes dermed at have potentiale til at kunne rumme de borgere, som ellers ville være nødsaget til at modtage et mere indgribende tilbud for at sikre dækning ved udsving i behov.

Et andet tiltag, som 48 pct. af kommunerne vurderer at give store muligheder for at optimere kapaciteten, er fleksibilitet i de ydelser borgerne visiteres til. Det sker flere

steder i form af ydelsespakker, hvor leverandøren har frihed til at tilrettelægge indsatsen inden for nogle rammer fastlagt af myndighedsafdelingen. Flere kommuner fremhæver, at man har gode erfaringer med en opløsning af BUM-modellen⁵³, så der er tæt dialog mellem myndighed og leverandør i såvel visitationsprocessen som efter igangsættelsen af indsatsen. Dog pointeres, at der ligger en potentiel risiko for tab af styring, som kan udgøre en kapacitetsudfordring, hvis der lægges for meget kompetence ud til leverandørerne til at afvige fra den på forhånd visiterede ydelse. Denne udfordring forsøges dog imødekommet af regelmæssig opfølgning samt øget fokus på resultatbaseret styring på borgerens udviklingsmål.

Til støtte for udviklingen af en større fleksibilitet i de kommunale tilbud og samtidig fastholdelse af en organisationsmodel, der sikrer økonomistyring, kan også ses den modificerede BUM-model, som KL har udviklet⁵⁴. I modellen indgår tre grundelementer: 1) En øget inddragelse af specialistviden i sagsbehandling 2) En samlet og integreret visitation af ydelser, der sikrer helhedsorienteret indsats 3) Større fleksibilitet i leverancen af ydelsen, hvor et større råderum overlades til leverandørerne, så ydelsen kan tilpasses efter behov.

Kommunerne ser også muligheder for kapacitetsoptimering gennem omlægning fra faste boformer (§§ 107 og 108) til mere fleksible støtteformer (efter servicelovens § 85). Reduktionen i antallet af døgnpladser på det samlede psykiatriområde til fordel for en udbygning af støtten til at bo i eget hjem er en del af en længerevarende tendens, der følger Folketingets intentioner for området, og som ifølge Rockwool Fondens Forskningsenhed (2012) kan føres tilbage til starten af 1990'erne⁵⁵. Omlægninger sker bl.a. ud fra en tro på, at de fleste borgere vil have udbytte af et mindre indgribende tilbud, og at det er fordrende for den enkeltes recoveryproces samt flowet i overgangene mellem tilbuddene at omlægge til mindre institutionsagtige og mere fleksible tilbud.

Omlægningen fra "døgn" til "dag" sker i flere kommuner ved at ændre gamle boformer til nye botilbudslignende pladser efter Almenboligloven. Konkret kan dette komme til udtryk ved at boligerne organisatorisk adskilles fra institutionsmiljøet, men fortsat vil have den fysiske nærhed til stedet, eller det sker ved udflytning til andre fysiske rammer, hvor borgerne i et boligfællesskab vil blive tilbudt socialpædagogisk støtte og bistand, men efter en lavere normering.

Fra omsorgs- til udviklingsfokus

Det tredje område, hvor kommunerne i deres besvarelse indikerer, at de ser et større potentiale for at optimere kapaciteten, er i forhold til at bringe et større udviklingsfokus ind i leverandørernes støtte til borgere med psykiske vanskeligheder. 52 pct. af de kommunale socialchefer mener, at det rummer et stort potentiale i kapacitetsojemed, hvis der kan komme mere fokus på virkningsfulde indsatser og borgeres udviklingsperspektiv hos leverandørleddet. I flere kommuner betegner man det som en kulturudviklingsproces, hvor man forsøger at komme væk fra et omsorgsparadigme til et recoveryparadigme. Flere kommuner er i den proces startet med at arbejde efter resultatbaserede styringsprincipper, hvor indsatsen måles og dokumenteres, så

53 BUM-modellen (Bestiller-, Udfører-, Modtagermodellen) dækker over en organisationsmodel, hvor myndighedsfunktionen – med budgetansvar og visitationskompetencen – er adskilt fra udførerdelen, som har ansvar for den daglige drift og planlægning af de leverede ydelser.

54 For yderligere beskrivelse af den modificerede BUM-model henvises til KL (2006). *Den modificerede BUM-model – Nye udfordringer på social- og sundhedsområdet*.

55 Rockwool Fondens Forskningsenhed (2012). *Psykatri i forandring: På ti år blev antallet af psykiatriske sengepladser halveret* i Nyt fra Rockwool Fondens Forskningsenhed, dec. 2012.

eventuelle justeringer af støtten kan ske i tæt dialog mellem myndighed og leverandør. Nogle af de udfordringer, der bliver nævnt for denne proces, er forskellene i faglig baggrund hos leverandører samt vanskelighederne ved at opstille gode mål, der er konkrete nok til at handle efter for en borgers udviklingsproces.

I forlængelse af ovenstående ses også et stort potentiale for optimering af kapacitet, hvis leverandører i højere grad kan anvende evidensbaserede indsats. Dette har opmærksomhed i bestræbelserne på at kunne skabe et større flow i den kommunale indsats, så flere borgere kan bringes derhen, hvor de kun har behov for et mindre indgribende tilbud eller slet ikke noget tilbud. SFI's kortlægning af den kommunale bostøtteindsats (efter servicelovens § 85) viser, at der er betydeligt potentiale for i højere grad at anvende de evidensbaserede bostøttemetoder, som har været anvendt i forbindelse med Hjemløsestrategien⁵⁶. Kortlægningen viser, at kun 12 pct. af kommunernes myndighedsafdelinger opstiller konkrete krav til bostøtternes metoder, og det konkluderes, at spørgsmålet om den metode, der skal anvendes i bostøtten, i de fleste kommuner er et spørgsmål, der i praksis er overladt til frontpersonalet at afgøre (SFI, 2012: 17). Til støtte for denne konklusion fremhæves resultaterne fra en spørge-skemaundersøgelse blandt bostøtter, som viser, at hovedparten (86 pct.) anvender de metoder, *de selv* finder relevante i det enkelte tilfælde.

5.3.7

Potentialer

Som beskrevet tidligere er kommunerne i gang med en omstillingsproces i forhold til at håndtere flere opgaver i egen bolig og skabe mere fleksible tilbud. Derudover har kortlægningen af ressourceforbrug og aktivitet vist, at der eksisterer forskelle mellem kommunerne. Det indikerer, at der fortsat eksisterer potentialer ved bl.a. at frigøre kapacitet i forhold til længerevarende botilbud gennem ændret organisering og opgavevaretagelse. Der tages i analysen generelt forbehold for eventuelle forskelle i problemtyngde og kvalitet i indsatsen gennem tiden såvel som på tværs af kommunerne, da det ikke er analytisk muligt at afdække inden for de givne analyseammer.

En del af forskellene mellem kommunerne kan dog henføres til en række sociale baggrundsforhold, der kan have betydning for kommunens udgiftsbehov på området. For at tage højde for disse baggrundsforhold er der foretaget en analyse af, hvilke forhold der statistisk har en signifikant sammenhæng med udgiftsniveauerne⁵⁷. Den samlede model kan forklare 15 pct. af variationen mellem kommunerne.

De målte udgiftsforskelle er således korrigeret for betydningen af forskellige baggrundsforhold. Der er i analysen lagt særlig vægt på at identificere den generelle betydning af baggrundsforhold samlet set, da analysens fokus især har været rettet mod at identificere, hvilken del af den kommunale udgiftsvariation, som ikke kan henføres til sådanne baggrundsforhold. Det vurderes, at størrelsesordenen af den uforklarede variation ikke ændrer sig mærkbart ved inddragelse af forskellige andre baggrundsforhold, som der har været mulighed for at teste inden for rammerne af denne analyse.

56 Metoderne, som der er evidens for virker, er Assertive Community Treatment (ACT), Individual Case Management (ICM) og Critical Time Intervention (CTI). Metoderne er afprøvet i en række større danske kommuner gennem de seneste tre år i forbindelse med strategien for at nedbringe hjemløshed.

57 Der er kørt en almindelig lineær regressionsmodel.

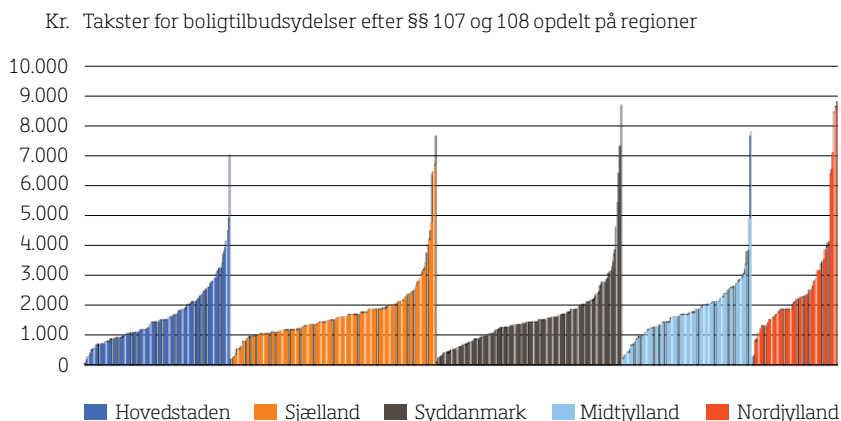
Analysen viser, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem medfinansieringsudgifter og kommunale udgifter til målgruppen. Det er ligeledes analyseret, hvorvidt omfanget af støtte i eget hjem hænger sammen med det samlede udgiftsniveau, men det er heller ikke tilfældet. Vi kan således ikke underbygge sammenhængen om, at øget støtte i eget hjem hænger sammen med lavere udgifter til botilbud. Dette kan dog også skyldes, at udgiftsvirkningerne af en sådan omlægning først kan forventes at vise sig med fuld styrke over en længere tidshorisont. Analysen viser endvidere, at de demografiske og sociale baggrundsforhold kun kan forklare en begrænset del af variationen mellem kommunerne.

For voksne med psykiske vanskeligheder udgør den samlede variation mellem kommunerne, når der tages højde for signifikante baggrundsforhold 290 mio. kr., hvis det antages at kommunerne over gennemsnittet kan reducere deres udgifter til gennemsnittet. Analysen siger ikke noget om, hvorvidt en udjævning af den uforklarede variation udgør effektiviseringspotentiale eller en harmonisering af serviceniveauer.

Analysen har ligeledes vist, at der er betydelige forskelle i taksterne på botilbud til målgruppen. I nedenstående figur har vi set på fordelingen af takster på alle botilbud, der henvender sig til voksne med sindslidelser, fordelt på kommunerne i de fem regioner.

FIGUR 20

Takster for botilbudsydelser efter servicelovens §§ 107 og 108 opdelt på regioner (voksne med psykiske vanskeligheder)



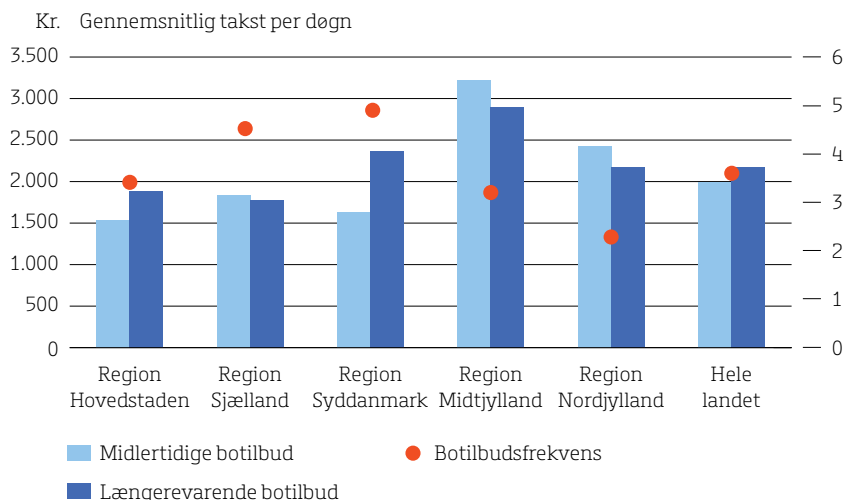
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Figuren illustrerer, at der er tydelig variation i taksterne – og at variationen genfindes i alle tilbuddene i kommunerne i alle fem regioner. Analysen giver ikke grundlag for at fastslå, i hvilket omfang udgiftsvariationen, der lægger til grund for de videre analyser, er udtryk for et effektiviseringspotentiale eller for forskelle i serviceniveau og kvalitet mellem kommunerne.

I nedenstående tabel har vi set på den gennemsnitlige takst i kommunerne i de fem regioner – og forholdt det til det samlede antal personer på botilbud.

FIGUR 21

Gennemsnitstakster for botilbudsydelser efter servicelovens §§ 107 og 108 opdelt på regioner samt antal borgere på botilbud per 1.000 18-65-årige



Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger

De røde cirkler i figuren viser det gennemsnitlige antal borgere på botilbud per 1.000 18-65-årige i kommunen, mens søjlerne viser de gennemsnitlige takster på botilbud i de fem regioner.

Figuren viser, at gennemsnitstaksterne varierer mellem de fem regioner, hvor gennemsnitstaksterne i kommunerne i Region Midtjylland er væsentligt over gennemsnittet, mens taksterne i tilbuddene i kommunerne i Region Sjælland og Region Hovedstaden i gennemsnit er lavere end landsgennemsnittet. Der ser ikke ud til at være en entydig sammenhæng mellem kommunernes andel borgere på botilbud og priserne på tilbuddene i regionen. Dog ser det ud til at kommunerne i Region Sjælland – der har en høj andel borgere på botilbud – også generelt har lavere takster på deres botilbud. En forklaring på det kan være, at kommunerne i Region Sjælland anvender botilbud til borgere med et lavere støttebehov, som i andre dele af landet ikke vil blive placeret i botilbud. I givet fald hænger det fint sammen med det forhold, at den gennemsnitlige takstpris også er lavere på botilbud i disse regioner. Taksterne på botilbud beliggende i kommunerne i Region Midtjylland er væsentligt højere end landsgennemsnittet, og deres antal borgere på botilbud er kun lidt under gennemsnittet. I kommunerne i Region Syddanmark er taksterne på de længerevarende botilbud væsentligt over gennemsnittet, samtidigt med at kommunerne har væsentligt flere borgere på botilbud end landsgennemsnittet.

Botilbuddene skal håndtere borgere med forskellige støttebehov og plejetyngde. Derfor er det naturligt med en vis variation i priserne mellem tilbuddene. Dog vurderes det, at variationen i kommunerne mellem regionerne ikke direkte kan henføres til forskelle i plejebehov, og der derfor kan være et potentiale i at få reduceret takstpriserne i kommunerne i nogle regioner, f.eks. gennem mere fleksible løsninger og effektiviseringer af administration mv. på tilbuddene.

Hvis det beregningsteknisk antages, at den gennemsnitlige takstpris i de kommuner i de fem regioner, som ligger over gennemsnittet, kan reduceres til gennemsnittet for kommunerne i de fem regioner, så vil der være et beregningsteknisk potentiale på 153 mio. kr. på midlertidige botilbud og 124 mio. kr. på længerevarende botilbud, hvilket samlet giver et beregningsteknisk potentiale på 277 mio. kr. årligt.

Disse beregninger skal fortolkes med forbehold i lyset af de mangler ved datagrundlaget, som tidligere er beskrevet samt med forbehold for, at det kan være systematiske forklaringer på kommunernes udgiftsforskelle, som ikke er blevet afdækket i denne analyse, jf. ovenfor. Datagrundlaget har, som det er fremgået, ikke givet mulighed for at afdække, i hvilket omfang den uforklarede variation i de kommunale udgiftsniveauer skyldes forskelle i kommunernes serviceniveau (kapacitetsniveau) eller forskelle i kommunernes effektivitet (kapacitetsudnyttelse). Det er derfor ikke muligt at skønne over, i hvilket omfang den ovenstående beregning skal fortolkes som et effektiviseringspotentiale eller et potentiale for serviceharmonisering.

Som tidligere beskrevet, er beregningerne ikke bedre end de data og den model, som er lagt til grund. I det omfang data er fejlbehæftede eller usikre eller der måtte være systematiske mangler i den statistiske model, som er anvendt, vil dette påvirke det beregnede potentiale i op- eller nedadgående retning. For at tage højde for denne usikkerhed er de estimerede potentialer dels opgjort på baggrund af data for gennemsnittet af de tre seneste år i analysen (2009-2011), ligesom en lang række af alternative variable er testet for eventuel forklaringskraft.

Nedenfor er et konkret eksempel på, hvordan en kommune har realiseret et potentiale ved en omlægning af deres indsats.

BOKS 15

Kapacitetsjusteringer baseret på recovery og den rehabiliterende tilgang

Kommunerne arbejder i stigende grad med en recoveryorienteret og rehabiliterende tilgang. Recovery betyder "at komme sig", og begrebet bygger på, at mennesker med psykiske vanskeligheder kan komme sig helt eller delvist, få en reduktion af psykotiske symptomer og vende tilbage til et funktionsniveau som før sygdommen. Recovery har i nogle kommune medført et nyt og mere udviklingsorienteret menneskesyn, en bedre styring og en udvikling af tilbuddene til borgerne.

Den recoveryorienterede og rehabiliterende tilgang betyder, at flere kommuner arbejder med at flytte borgere fra botilbudspladser (jf. servicelovens §§ 107 og 108) til eget hjem med bostøtte (jf. servicelovens § 85). I nedenstående afsnit ses en række konkrete eksempler på, hvordan kommunerne implementerer denne tilgang.

Frederiksberg Kommune forventer i budget 2013 at kunne nedbringe antallet af borgere i botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108. Det vil kunne medføre en omlægning af indsatsen til udvidet bostøtte til disse borgere. Frederiksberg Kommune estimerer, at omlægningen medfører udgiftsreduktioner på 6,7 mio. kr. årligt, når ændringen er fuldt indfaset i 2016.

Kapacitetsjusteringer baseret på recovery og den rehabiliterende tilgang

Esbjerg Kommune er i gang med at omlægge deres socialpsykiatrisk botilbud efter servicelovens § 108-døgnpladser. Botilbuddet er fra 2012 ændret fra et døgntilbud med 51 pladser til et tilbud med 15 pladser. Det har betydet, at 35 borgere skal visiteres til egen bolig med § 85-bostøtte. Omlægningen har betydet, at budgettet kan reduceres med 6,1 mio. kr. om året ved at reducere udgifterne til botilbuddet med 16 mio. kr. årligt. Der afsættes 0,5 mio. kr. til flytteudgifter og 4,6 mio. kr. til § 85-bostøtte. Esbjerg Kommune mister takstindtægter fra andre kommuner ved omlægningen, hvorfor den samlede nettobesparelse er på 6,2 mio. kr. årligt.

Københavns Kommune forventer i budget 2013 at kunne få en samlet besparelse på 4,4 mio. kr. årligt ved at skabe et øget flow fra botilbud til eget hjem. Der skal nedlægges 70 pladser, hvor der i dag bor borgere, som på baggrund af voksenedretningsmetoden vurderes at kunne flytte i en mere selvstændig bolig. Borgerne skal i stedet have intensiv hjemmevejleder-støtte (efter servicelovens § 85), hvorfor der ansættes ti ekstra hjemmevejledere.

Ballerup Kommune vil med budget 2013 fuldt ud implementere den rehabiliterende metode med udgangspunkt i recovery, som fælles arbejdsmetode i Socialpsykiatrien. Tilgangen har fokus på, at alle borgere med sindslidelser kan få det bedre, og at flere kan tage et større medansvar for eget liv og med tiden få et mindre eller slet intet behov for støtte. Ved at foretage dette paradigmeskifte, som kommunen kalder det, forventes der at kunne ske besparelser på 0,4 mio. kr. årligt.

Nedenstående tabel viser den forventede besparelse ved at flytte flere borgere fra botilbudspladser (jf. servicelovens §§ 107 og 108) til eget hjem med udvidet § 85-bostøtte.

TABEL 90

Den forventede besparelse ved at flytte flere borgere fra botilbudspladser til eget hjem med udvidet § 85-bostøtte

Kommune	Forventet besparelse – fuldt indfaset	Samlet budget til området (2013)	Pct.vis besparelse af det samlede område
Frederiksberg	6,7 mio. kr.	372 mio. kr. (dækker også hjemløse og misbrug)	1,8 %
Esbjerg	6,1 mio. kr.	616 mio. kr. (dækker også handicapområdet)	1 %
København	4,4 mio. kr.	748 mio. kr.	0,6 %
Ballerup	0,4 mio. kr.	191,3 mio. kr. (dækker også handicapområdet)	0,2 %

6

Den regionale psykiatri og praksissektoren

6.1

Indledning

Dette kapitel er hovedsageligt skrevet på baggrund af Deloitte Consultings kortlægning af den regionale psykiatri. Derudover har arbejdsgruppen tilføjet enkelte tabeller og suppleret med vurderinger. Kapitlet kortlægger kapaciteten i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og retspsykiatrien samt praksissektoren. Til sidst i kapitlet beskrives barrierer og muligheder for bedre kapacitetsudnyttelse.

I Deloitte's fulde rapport, som er oplistet ved titel bagerst i indeværende rapport, kan findes en beskrivelse af udviklingen i styringspraksis og -tendenser på området, en mere dybdegående beskrivelse af kapaciteten samt en kortlægning af patientforløb med fokus på, hvilke elementer (ambulant besøg, skadestuebesøg, indlæggelse) de består af på tværs af regioner. Endvidere fremgår der af Deloitte's rapport en række metodiske overvejelser med betydning for opgørelserne.

Opgørelserne tager så vidt muligt udgangspunkt i 10-års perioden 2001-2011. Det er dog ikke i alle tilfælde muligt, at føre tidsserierne tilbage til før kommunalreformen. Kortlægningen bygger primært på registerdata fra Landspatientregisteret (LPR), Sygesikringsregisteret og Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD). Derudover har Deloitte gennemført kvalitative interviews i samtlige fem regioner.

6.2

Børne- og ungdomspsykiatrien

Kortlægningen af børne- og ungdomspsykiatrien omfatter det økonomiske og personalemæssige ressourceforbrug samt behandlingsaktiviteten i den regionale psykiatri og praksissektoren.

Opsummering af den regionale psykiatri og praksissektoren

Udgifterne til den regionale børne- og ungdomspsykiatri udgjorde i 2011 godt 1,1 mia. kr. Det samlede personale udgjorde i 2011 1.727 årsværk. Antal unikke patienter udgør godt 21.000. Herudover behandles godt 4.000 patienter i speciallægepraksis. Hovedparten af behandlingsaktiviteten består af ambulante besøg. Kun ca. 5 pct. af patienterne indlægges.

Udgifterne til regionernes voksenpsykiatri udgjorde i 2011 godt 5,4 mia. kr. på landsplan (ekskl. retspsykiatriske specialafdelinger). Det samlede personale udgjorde i 2011 lige under 8.000 årsværk. Der er en overvægt af udgifter til stationære behandlingstilbud, som udgør 66 pct. I speciallægepraksis blev der i 2011 samtidig behandlet ca. 57.700 voksenpsykiatriske patienter. Det samlede antal besøg i speciallægepraksis udgjorde i 2011 ca. 235.000 besøg, hvilket kan sammenlignes med godt 750.000 ambulante besøg i den regionale psykiatri – forholdet mellem antal besøg i de to sektorer er således ca. 1:3.

Udgifterne i de retspsykiatriske specialfunktioner udgjorde i 2001 knap 800 mio. kr. Det samlede personale udgjorde 1.022 årsværk i 2011. Størstedelen af behandlingen i de retspsykiatriske specialfunktioner sker i stationære behandlingstilbud, der udgør 92 pct. af udgifterne. Antal senge i 2001 udgjorde 316, hvortil kommer i størrelsesordenen 260-280 sengepladser i den almene voksenpsykiatri, som anvendes til patienter med foranstaltningsdomme. Det vil sige en samlet kapacitet på op mod 600 senge.

Det har ikke været muligt at kortlægge kapaciteten og ressourceforbruget for mennesker med psykiske lidelser i almen praksis, da der ikke registreres diagnoser. Arbejdsgruppen finder dog anledning til at påpege, at almen praksis udgør en meget væsentlig kapacitet i forhold til behandlingen af særligt ikke-psykotiske lidelser som angst og depression.

Der er store regionale forskelle i, hvordan regionerne tilrettelægger indsatsen i den regionale psykiatri. Såvel i forhold til økonomi, antallet af patienter i behandling, aktivitet, tilrettelæggelse, produktivitet mv.

Forskelle i produktivitet regionerne imellem viser et potentiale i, at regionerne lader sig inspirere af hinanden i tilrettelæggelsen af indsatsen.

Den faglige og økonomiske styring inden for psykiatrien er i opbrud – fagligt bl.a. med øget indførelse af centraliseret visitation og pakkeforløb, og økonomisk med introduktion af styringsmodeller, der knytter aktivitet og økonomi tættere sammen.

Den regionale psykiatri og speciallægepraksis har hidtil fungeret som overvejende parallelle systemer uden megen samarbejde og koordination.

Fremstillingen af den regionale behandlingsaktivitet dækker perioden 2001-2011 og er opdelt på henholdsvis ambulante og stationære tilbud. Økonomi og personaleressourcerne har kunnet opgøres på detaljeret niveau for perioden 2008-2011. Herefter følger opgørelser af produktivitet opgjort for 2011 baseret på en sammenstilling af økonomiske og personalemæssige ressourcer med aktiviteten.

Den børne- og ungdomspsykiatriske aktivitet er som udgangspunkt afgrænset til at omfatte udrednings- og behandlingsydelse til 0-17-årige børn og unge. De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har dog i flere af regionerne et behandlingsansvar for indbyggere over 18 år på visse specialfunktioner som for eksempel spiseforstyrrelser. I de dele af kapitlet, hvor produktivitet og nøgletal opgøres på tværs af regionerne, anvendes derfor alle patienter.

Deloitte's rapport omfatter alene kapaciteten i den offentlige regionale psykiatri og speciallægepraksis. Hverken offentligt eller privat finansieret aktivitet på private sygehuse er således ikke med i aktivitetsopgørelserne. Arbejdsgruppen har derfor tilføjet tal for, hvor mange patienter der får behandling på privathospitaler og får behandling hos psykolog med tilskud. Antallet af patienter giver en indikation af sektorens størrelse, men giver naturligvis ikke samme dybdegående kortlægning, som der er foretaget af den regionale psykiatri.

6.2.1

Økonomi

De samlede udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien udgjorde i 2011 godt 1,1 mia. kr. på landsplan. Udgifterne har været støt stigende gennem de seneste år – 4,7 pct. per år i gennemsnit siden 2008 – hvilket især kan forklares med øgede og permanentgjorte satspuljemidler. Opgjort i 2011-priser blev der alene i satspuljeforliget for 2008 afsat godt 20 mio. kr. til udvidede rettigheder i børne- og ungdomspsykiatrien. I 2011 var tallet steget til godt 200 mio. kr.

Som det fremgår af nedenstående Tabel 91, har den årlige vækst i driftsudgifterne i perioden imidlertid været forskellig fra region til region. Mens Region Hovedstaden og Region Syddanmark har haft en årlig vækst på ca. 7 pct., har væksten i Midtjylland været blot 0,3 pct.

TABEL 91

Tilrettede driftsudgifter for børne- og ungdomspsykiatrien, 1.000 kr., 2008-2011, 2011-PL

	2008	2009	2010	2011	Gennemsnitlig årlig stigning, 2008-2011, pct.
Region Hovedstaden	275.067	323.556	322.016	341.085	7,4
Region Sjælland	139.224	150.829	158.084	157.438	4,2
Region Syddanmark	203.115	224.338	238.420	248.489	7,0
Region Midtjylland	284.249	286.611	280.339	286.755	0,3
Region Nordjylland	60.341	71.387	74.597	70.752	5,4
Hele landet	961.996	1.056.720	1.073.455	1.104.519	4,7

Kilde: Sundhedsstyrelsen, tilrettede driftsudgifter på baggrund af sygehusenes regnskabsindberetninger.
 Anmærkning: Tabellen viser sygehusudgifter til psykiatri, ekskl. udgifter til behandling af børn og unge under de udvidede behandlingsrettigheder i psykiatrien. De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har i varierende omfang ansvar for patienter, der er ældre end 18 år. For eksempel varetager B&U-psykiatrien i Region Midtjylland behandlingen af alle patienter med spiseforstyrrelser, uanset alder. Endvidere varetager 3 af 4 afdelinger i Region Syddanmark patienter over 18 år.

De behandlingsrettede udgifter i børne- og ungdomspsykiatrien vedrører i overvejende grad ambulante tilbud. På landsplan er udgifterne estimeret til at være fordelt med to tredjedele til ambulante funktioner, mens ca. en tredjedel vedrører stationære behandlingstilbud. Region Midtjylland skiller sig ud ved, sammenlignet med de øvrige regioner, at have en høj udgiftsandel for de ambulante funktioner.

Størstedelen (godt 80 pct.) af udgifterne vedrører lønninger. Ud fra en kapacitetsbetragtning er personalet dermed den helt afgørende ressource i børne- og ungdomspsykiatrien. De resterende 20 pct. af udgifterne vedrører tjenesteydelser (13 pct.), hvilket omfatter eksempelvis køb af behandlinger mellem regionerne og eksterne vikarydelser mv., og varekøb (6 pct.), herunder køb af medicin samt materiale- og aktivitetsudgifter mv.

6.2.2

Personale

Det samlede personale i børne- og ungdomspsykiatrien udgjorde i 2011 1.727 årsværk, hvilket er lidt højere end i 2009, men lidt lavere end i 2010. Det faldende personaleforbrug i 2011 indikerer, at de besparelser og effektiviseringer, som regionerne gennemførte dette år, også kan have haft betydning for børne- og ungdomspsykiatrien.

TABEL 92

Personaleanvendelse i børne- og ungdomspsykiatrien, antal årsværk og pct., 2009-2011

	Over- ordnede læger	Øvrige læger	Psyko- loger	Sygeple- jersker	SOSU- assistenter	Socialrå- dgivere	Pæda- goger	Fysio-/ ergoterapeu- ter	Andet perso- nale	I alt
Antal årsværk										
2009	75	161	246	423	71	67	228	36	397	1.705
2010	82	196	244	448	77	64	217	35	435	1.798
2011	84	191	241	465	75	59	198	36	378	1.727
Relativ fordeling (pct.)										
2009	4	9	14	25	4	4	13	2	23	100
2010	5	11	14	25	4	4	12	2	24	100
2011	5	11	14	27	4	3	11	2	22	100

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter børne- og ungdomspsykiatriske afsnit. Fordelingen af personale er forbundet med en vis usikkerhed, da der er foretaget skøn af regionerne og/eller Deloitte i de tilfælde, hvor personale (især læger) er ansat i afdelinger med ansvar for både ambulant og stationær behandling. Usikkerheden vurderes at være størst i Region Midtjylland, hvor andelen af personale i stationære tilbud muligvis er underestimeret.

Den relative fordeling på tværs af personalegrupper har været meget konstant igennem de seneste tre år. Antallet af læger steg noget fra 2009 til 2010 og var omtrent uændret i 2011. Indtrykket fra interview med regionerne er, at der trods denne stigning fortsat opleves en forholdsvis betydelig mangel på lægefagligt personale i børne- og ungdomspsykiatrien. Antallet af sygeplejersker er steget lidt gennem perioden, mens antallet af pædagoger og socialrådgivere er faldet lidt. Antallet af psykologer og fysio- og ergoterapeuter har været stort set uændret.

I børne- og ungdomspsykiatrien anvendes størstedelen af personaleressourcerne i de ambulante tilbud. Deloitte har estimeret, at 57 pct. af det samlede sundhedspersonale i den regionale psykiatri varetager ambulante funktioner. For læger og psykologer er mellem 75 og 85 pct. ansat i de ambulante tilbud, mens det for de øvrige personalegrupper typisk er halvdelen eller flere, der er ansat i sengeafsnittene.

På tværs af regionerne er der en række interessante forskelle. For det første er der forskel på andelen af ansatte i henholdsvis den ambulante og stationære del. I Region Midtjylland er knap 70 pct. af det samlede sundhedspersonale ansat i ambulante funktioner, mens den tilsvarende andel i Region Sjælland og Region Hovedstaden er under 50 pct.

For det andet er der forskelle i størrelsesforholdet mellem personalegrupper på tværs af regioner. I Region Hovedstaden udgør lægegruppen godt en fjerdedel af det samlede personale, mens psykologerne udgør 18 pct.. I Region Midtjylland er andelen af psykologer større end andelen af læger. Dette kan afspejle, at der er sket en opgaveglidning, hvor regionen under indtryk af vanskeligheder med at rekruttere læger har ansat flere psykologer. Der er kun mindre variation i andelen af sygeplejersker og andet personale på tværs af regionerne.

6.2.3

Aktivitet

Kortlægningen af aktivitet vedrører perioden 2001 til 2011 og omfatter offentlig aktivitet. Børne- og ungdomspsykiatrien er som udgangspunkt afgrænset til at omfatte personer under 18 år.

6.2.3.1

Antal patienter i behandling

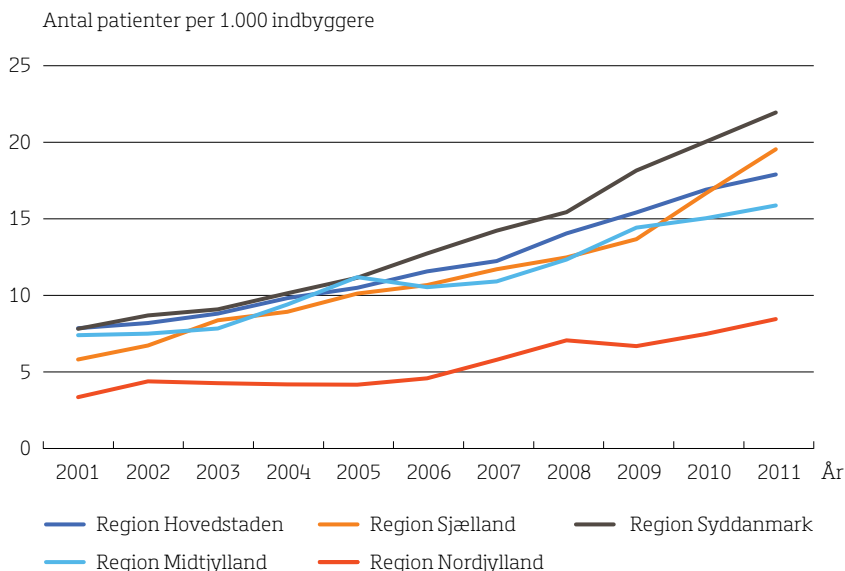
Det samlede antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien var i 2001 7.982. I 2011 var antallet steget til 21.189 – det vil sige en stigning på 165 pct., svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på ca. 15 pct.

Antallet af patienter har været stigende i alle regioner, men varierer fra en stigning på 127 pct. i Region Midtjylland til en stigning på 251 pct. i Region Sjælland.

Figuren nedenfor viser udviklingen i patientfrekvensen (unikke patienter per 1.000 indbyggere) for de enkelte regioner. Det ses, at Region Syddanmark igennem hele perioden har haft den højeste patientfrekvens. Internt i Region Syddanmark varierer patientfrekvensen betydeligt, og det er særligt i det tidligere Sønderjyllands Amt, at den traditionelt har været meget høj – over 4 pct. Dette niveau anses i regionen for at være for højt, og det er en målsætning at bringe det ned. Omvendt skyldes den høje patientfrekvens i Region Syddanmark delvist også en bevidst politik gældende i hele regionen fra januar 2011 om ikke at afvise henviste patienter alene ud fra henvisningspapirerne. Store dele af regionen har dog også haft den praksis før januar 2011.

FIGUR 22

Antal unikke patienter per 1.000 indbyggere i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, 2001-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Børne- og ungdomspsykiatriske patienter er defineret som patienter under 18 år. Opgjort per 1.000 indbyggere under 18 år. En unik patient er defineret som en person, som har haft mindst et ambulante besøg og/eller en indlæggelse det givne år. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Region Nordjylland skiller sig modsat ganske markant ud i forhold til de andre regioner ved at have den klart laveste patientfrekvens gennem hele perioden. Det ses samtidig, at både den relative og absolutte forskel mellem Region Nordjylland og de andre regioner er vokset i perioden. Der kan ikke ud fra de gennemførte interview peges på bestemte forhold, der med sikkerhed kan forklare det lavere niveau og den mere moderate udvikling i Region Nordjylland. En mulighed er, at der ikke har været det samme efterspørgselspres som andre steder. Det kan dog også skyldes, at henvisningspraksis i de kommunale PPR-funktioner og hos de praktiserende læger så at sige har indrettet sig efter, at der ikke har været kapacitet. En sådan endogen sammenhæng mellem kapacitet og efterspørgsel er ifølge mange af de respondenter, der har deltaget i undersøgelsen, et tydeligt og udbredt fænomen i psykiatrien – ikke kun på børne- og ungdomsområdet. Det fremgår senere i kapitlet, at Region Nordjylland har relativt høj ventetid, og at en forholdsvis stor andel af de henviste patienter afvises.

Ud over behandlingsaktiviteten i den regionale psykiatri behandles der også børne- og ungdomspsykiatriske patienter i speciallægepraksis. I 2011 omfattede det godt 4.000 patienter. Sammenlignet med voksenpsykiatrien fylder speciallægepraksis relativt lidt i børne- og ungdomspsykiatrien. Tabellen nedenfor viser, at der på landsplan ses 17,5 patienter per 1.000 indbyggere i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, mens der ses godt 3 patienter per 1.000 indbyggere i speciallægepraksis.

TABEL 93

Antal unikke patienter i børne- og ungdomspsykiatrien per 1.000 indbyggere, 2011

	Regional psykiatri	Speciallægepraksis
Region Hovedstaden	17,8	3,3
Region Sjælland	19,4	4,9
Region Syddanmark	21,9	2,3
Region Midtjylland	15,8	2,5
Region Nordjylland	8,4	4,0
Hele landet	17,5	3,2

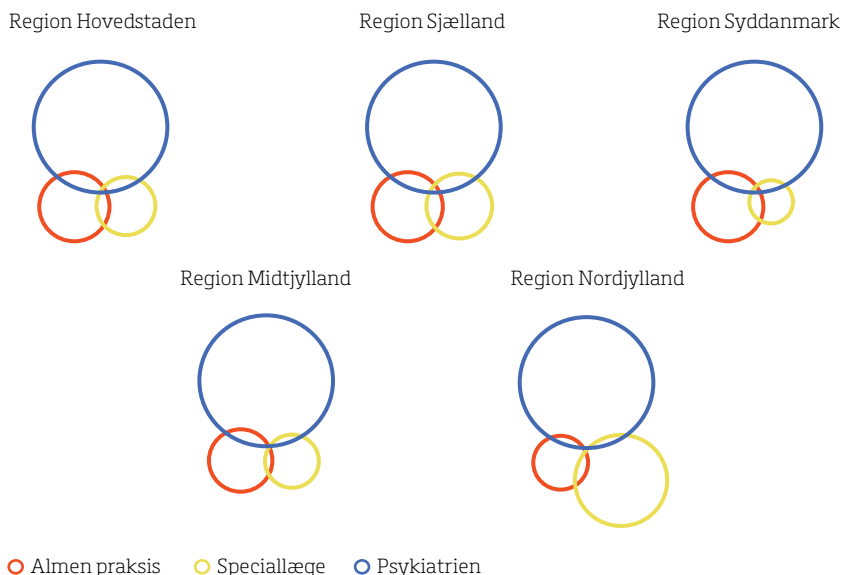
Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år. En unik patient er defineret som en person under 18 år, som har haft mindst et ambulant besøg og/eller en indlæggelse det givne år. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Deloitte har på basis af en samkørsel af data fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret opgjort, hvor stor en andel af patienterne der både har modtaget behandling i regionalt regi og i speciallægepraksis og fået samtaleterapi i almen praksis. Figuren nedenfor viser, at sammenfaldet mellem patientgrupperne i de tre sektorer er beskedent inden for det enkelte år. Det ses samtidig, at speciallægepraksis' relative andel af den samlede kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien varierer mellem regionerne. Sammenlignet med de andre regioner behandles der i Region Nordjylland relativt flere patienter i speciallægepraksis i forhold til, hvor mange patienter der behandles i den sygehusbaserede psykiatri.

FIGUR 23

Patientsammenfald mellem delsektorerne, 2011



Kilde: Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret.

Anmærkning: Figurerne illustrerer den relative størrelse af patientgrupperne i den regionale psykiatri, speciallægepraksis og almen praksis (kun samtalerterapi) i 2011. Størrelsen af cirklerne illustrerer størrelsen af de respektive patientgrupper inden for de enkelte regioner.

Arbejdsgruppen har suppleret med en opgørelse over antallet af unikke patienter på privathospitaler og -klinikker. Det har ikke været muligt at afdække antallet af psykiatere, der praktiserer uden ydernummer eller uden for privathospitaler. Det ses nedenfor, at der i 2011 var 919 unikke børne- og ungdomspsykiatriske patienter, som blev behandlet på et privathospital. Heraf var hovedparten betalt af bopælsregionen, mens relativt få var privat betalt (forsikring/egenbetalere) eller betalt af en anden offentlig myndighed. Stigningen i antallet af patienter, der er betalt af bopælsregionen, skyldes formentlig indførelsen af den udvidede undersøgelses- og behandlingsret for børn og unge per 1. august 2008 og 1. januar 2009.

Ses der på den regionale variation ligger aktiviteten primært i Region Hovedstaden, hvor der i 2011 blev behandlet 693 unikke patienter, mens der i Region Midtjylland var 214 og i Region Sjælland 13 unikke patienter. I Region Syddanmark og Nordjylland er der i 2011 ikke registreret nogen privat aktivitet. Opgørelsen er lavet efter, hvilken region behandlingen er foregået i og ikke efter hvor patienterne bor.

TABEL 94

Antal unikke børne- og ungdomspsykiatriske patienter på privathospitaler og -klinikker fordelt på betalere

	2007	2008	2009	2010	2011
Antal unikke patienter	1	134	682	1010	919
– heraf privat finansieret	0	7	34	33	55
– heraf betalt af bopælsregion	0	124	638	970	853
– heraf betalt af anden offentlig myndighed	1	3	10	9	18

Kilde: Minipas (private sygehuses indberetning af aktivitet til Statens Serum Institut), december 2012.

Anmærkning: Børne- og ungdomspsykiatriske patienter er defineret som patienter under 18 år. En unik patient er defineret som en person, som har haft mindst et ambulans besøg og/eller en indlæggelse det givne år. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Endvidere kan bestemte grupper af patienter efter henvisning fra praktiserende læge få offentligt tilskud (60 pct.) til behandling hos en psykolog med overenskomst med det offentlige. Tabel 95 viser, at 3.528 unikke patienter under 18 år har fået tilskud til behandling hos psykolog i 2011. Der findes ingen opgørelser over, hvor mange personer der har modtaget behandling hos psykolog uden tilskud.

TABEL 95

Antal unikke patienter under 18 år, som modtager psykologhjælp med offentligt tilskud, fordelt på henvisningsårsag

	2007	2008	2009	2010	2011
Røveri-, volds- og voldtægtsofre	457	526	462	469	475
Trafik- og ulykkesofre	126	150	124	117	128
Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	399	448	485	533	552
Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	464	596	759	814	837
Pårørende til personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	418	501	559	579	637
Pårørende ved dødsfald	728	706	706	653	693
Personer, der har forsøgt selvmord	223	234	240	199	141
Kvinder, der får foretaget provokeret abort p.g.a. misdannelser ved barnet	8	10	10	6	5
Personer under 18 år som har været udsat for incest eller seksuelle overgreb.	146	159	159	147	169
Let til moderat depression (18-37 år) efter udført psykometrisk test		15	8	7	8
Personer med let til moderat OCD (18 – 28 år)					2
Ikke valid hovedgruppe til henvisningsårsag	67	51	26	16	32
I alt	2.925	3.298	3.422	3.429	3.528

Kilde: CSC Scandihealth.

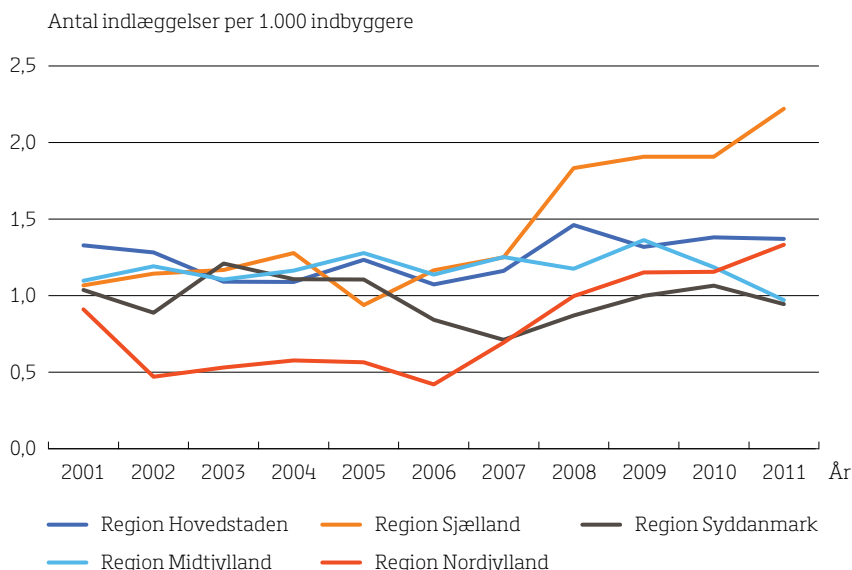
Anmærkning: Kolonnerne summerer ikke til totalen, da en enkelt person i løbet af et år kan være henvist til psykolog med forskellige henvisningsårsager. Årsagen til, at der er 37 personer under 18 år, der er registreret som henvist til psykologbehandling for depression og OCD, hvor der gives tilskud til personer over 18 år, kan ikke umiddelbart afgøres. Der kan være tale om en fejlregistrering, eller at der er tale om en regning, som efterfølgende er afvist af regionen.

Stationær aktivitet

Det samlede antal indlæggelser er i perioden fra 2001 til 2011 steget forholdsvis moderat fra 1.303 til 1.581 om året, hvilket svarer til en stigning på 21 pct. Antallet af indlæggelser svarer til 1,3 per 1.000 indbyggere under 18 år, hvilket sammenlignet med det totale antal behandlede på 17,6 per 1.000 indbyggere understreger, at behandling ved indlæggelse fylder relativt lidt i børne- og ungdomspsykiatrien.

FIGUR 24

Påbegyndte indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien (under 18 år) fordelt på behandlerregion, 2001-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

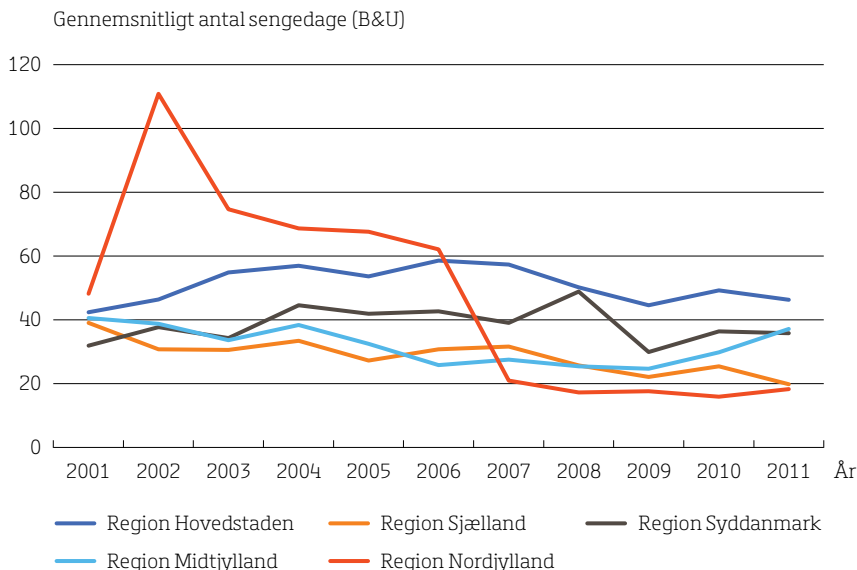
Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år. Opgjort per 1.000 indbyggere under 18 år.

Som det fremgår af figuren ovenfor, har særligt Region Sjælland efter regionsdannelsen haft en afvigende udvikling, der har ført frem til, at de fra 2008 og frem på dette punkt ligger væsentligt over de øvrige regioner.

Ser man på det gennemsnitlige antal sengedage, har der været et forholdsvis stabilt niveau siden regionsdannelsen, men niveauet varierer betydeligt mellem regionerne – fra godt 20 dage i Region Nordjylland og Region Sjælland til over 40 dage i Region Hovedstaden. Af interviewet med ledelsen i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland fremgik det, at der gennem de seneste år har været fokus på kortere og mere intense behandlingsforløb. Hvis der ses på nedenstående figur, tyder det på, at dette fokus er slået igennem. Regionen er således gået fra at have et af de højeste antal gennemsnitlige sengedage til at ligge lavest på denne parameter.

FIGUR 25

Gennemsnitligt antal sengedage per indlæggelse opgjort på udskrivningstidspunkt fordelt på behandlerregion, 2001-2011



Kilde: Landspatientregisteret..

Anmærkning: Der er for Region Syddanmark et databrud i forbindelse med kommunalreformen.

Opgørelsen vedrører patienter under 18 år.

Det har ikke været muligt at opstille det fulde billede af udviklingen i den disponible sengekapaцитet på det børne- og ungdomspsykiatriske område siden regionsdannelsen, men de tal, som regionerne har opgjort, viser en forholdsvis stabil udvikling med mindre justeringer op og ned.

TABEL 96

Antal disponible senge i børne- og ungdomspsykiatrien, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	-	67	67	67	67
Region Sjælland	-	-	29	29	32
Region Syddanmark	46	48	46	45	44
Region Midtjylland	44	-	41	51	41
Region Nordjylland	6	8	8	8	9
Hele landet	-	-	195	204	197

Kilde: Opgørelser foretaget af regionerne.

Anmærkning: Opgørelsen for Region Hovedstaden omfatter normerede senge reduceret med skønsmæssigt 3 pct. efter aftale med regionen, mens det for de øvrige regioner er disponible senge. Alle senge er omregnet til syvdøgnsenge.

På trods af, at sengekapa­ci­te­ten har været relativt stabil gennem årene, har regionerne været i stand til at hæve antallet af indlæggelser. At dette har været muligt skyldes, at det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse er nedbragt.

De psykiatriske skadestuer spiller en begrænset rolle på det børne- og ungdomspsykiatriske område, men antallet af besøg er dog stigende over perioden. Region Hovedstaden skiller sig ud ved at ligge på et markant højere niveau end de øvrige regioner igennem hele perioden. En forklaring på dette kan være, at der generelt er flere psykiatriske skadestuer per 1.000 indbygger i Region Hovedstaden.

6.2.3.3

Ambulant aktivitet

Hovedparten af behandlingsaktiviteten inden for børne- og ungdomspsykiatrien består af ambulante besøg. Kun ca. 5 pct. har været indlagt i løbet af 2011.

Som det fremgår af tabel 97, er antallet af ambulante besøg fordoblet fra 2001 til 2011. Der er sket en stigning i alle regioner, men stigningen er dog varierende, hvilket ses i tabellen nedenfor.

TABEL 97

Antal ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatrien, 2001, 2007 og 2011 samt procentvis vækst fra 2001 til 2011

	2001	2007	2011	2001-2011 (pct.)
Region Hovedstaden	23.565	29.141	42.844	82
Region Sjælland	5.850	11.278	16.069	175
Region Syddanmark	12.091	20.755	30.090	149
Region Midtjylland	13.539	15.144	20.091	48
Region Nordjylland	2.065	4.244	6.519	216
Hele landet	57.110	80.562	115.613	102

Kilde: Landspatientregisteret.

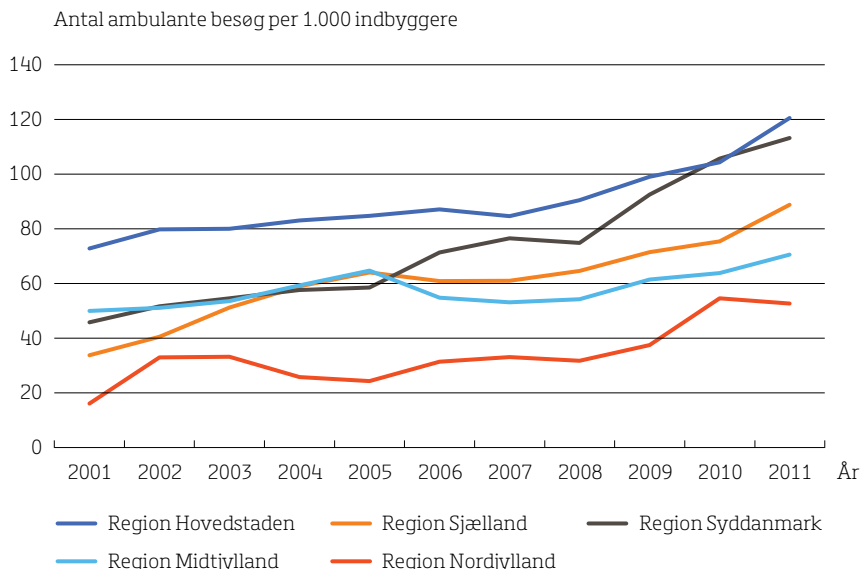
Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Stigningen har været størst i Region Nordjylland, hvor antallet af ambulante besøg er steget med over 200 pct. fra 2001 til 2011. Stigningen i Region Sjælland og Region Syddanmark har ligeledes været markant. Stigningen i Region Midtjylland og Region Hovedstaden har været noget mindre, men dog stadig betydelig med stigninger på henholdsvis 48 og 82 pct.

Forskellene i stigningerne skal dog ses i forhold til niveauet af antallet af ambulante besøg i 2001 per 1.000 indbyggere under 18 år i de enkelte regioner (dvs. de tidligere amter i regionerne). På trods af den meget markante stigning i Region Nordjylland ligger regionen stadig væsentligt lavere end de andre regioner.

FIGUR 26

Antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere i den regionale børne- og ungdomspsykiatri (under 18 år) fordelt på behandlerregion, 2001-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år. Opgjort per 1.000 indbyggere under 18 år.

Selvom stigningen i Region Hovedstaden ikke har været så markant som i flere af de andre regioner, har regionen dog det højeste antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere gennem det meste af perioden.

Region Syddanmark har ligeledes en høj frekvens af ambulante besøg. Det skyldes bl.a., at regionen visiterer alle patienter gennem en samtale, mens de øvrige regioner i første visitation visiterer på baggrund af henvisningspapirerne. En anden forklaring kunne være, at man i Region Syddanmark afregner på basis af antallet af ambulante besøg, hvilket giver et incitament til at levere flere besøg. I de øvrige regioner betyder visitationspraksis, at en del patienter bliver afvist i visitationen på baggrund af henvisningspapirerne og dermed ikke kommer i personlig kontakt med den regionale psykiatri. Af interviewene fremgik det eksempelvis, at Region Nordjylland i dag afviser omkring 27 pct. af patienterne, og at de tidligere har afvist helt op til 45 pct. af patienterne. Forklaringen på, at patienterne afvises, er dels, at der i henvisningerne ofte mangler oplysninger til at kunne vurdere patienterne, dels at patienterne ikke vurderes at have en sygdom, der skal behandles i psykiatrien.

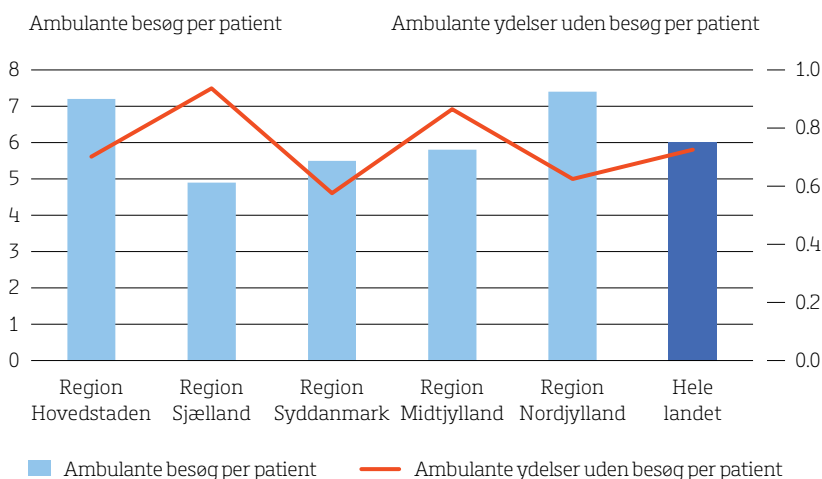
Oplevelsen i regionerne er, at henvisninger generelt er af svigende kvalitet. Inden for børne- og ungdomsområdet er der stor tilfredshed med kommunernes henvisninger. De opleves som væsentligt bedre til at henvise, sammenlignet med praksissektoren, som ikke er lige så grundige til at dokumentere/begrunde henvisningerne. Der er således peget på en betydelig større (foreløbig) afvisning af børn og unge, der er henvist af praktiserende læger, end af børn og unge, der er henvist af kommunerne. I eksempelvis Region Midtjylland afvises op mod 45 pct. af de patienter, der er henvist fra de praktiserende læger. Nogle afvisninger skyldes mangelfulde henvisninger, men hovedparten, at

de henviste patienter falder uden for den regionale børne- og ungdomspsykiatris målgruppe. Region Midtjylland har i en intern opgørelse fundet, at det kun er 9-10 pct. af de afviste patienter, der bliver henvist igen.

Ser man på antallet af ambulante besøg per patient, er der også her væsentlige forskelle, der dog ikke i sig selv forklarer forskellene i figuren ovenfor. Som det fremgår af figuren nedenfor, yder Region Hovedstaden og Region Nordjylland væsentligt flere ambulante besøg per patient end de øvrige regioner. Det skal understreges, at figuren alene viser antallet af besøg per patient i 2011, og at flere af patienterne må antages at have haft besøg før og efter 2011.

FIGUR 27

Ambulante besøg og ambulante ydelser uden besøg i børne- og ungdomspsykiatrien per patient, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år. Opgjort på behandler- og ikke bopælsregion.

Det er i interviewene fremhævet, at den ambulante aktivitet rummer andet end blot de ambulante besøg. Ydelser uden besøg er ambulante ydelser, der normalt finder sted uden for ambulante besøg, hjemmebesøg eller udebesøg. Begrebet omfatter administrative og kliniske procedurer, hvor patienten ikke er personligt til stede⁵⁸. Eksempler på procedurer, som det er obligatorisk at indberette, er institutionsbesøg, telefonkonsultation, samtale med forældre eller pårørende, kontakt med anden myndighed, netværksmøde og supervision til institution. Figuren ovenfor viser derfor både antallet af ambulante besøg per patient og ydelser uden besøg per patient i regionerne.

Figuren viser bl.a., at der for nogle regioner er en vis sammenhæng mellem antallet af ambulante besøg per patient og antallet af ydelser uden besøg per patient. Eksempelvis har både Region Sjælland og Region Midtjylland færre ambulante besøg per patient end landsgennemsnittet, men et højere antal ydelser uden besøg per patient end

58 Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter, Sundhedsstyrelsen 2011.

landsgennemsnittet. Der ser dog ikke ud til at være en entydig sammenhæng for samtlige regioner.

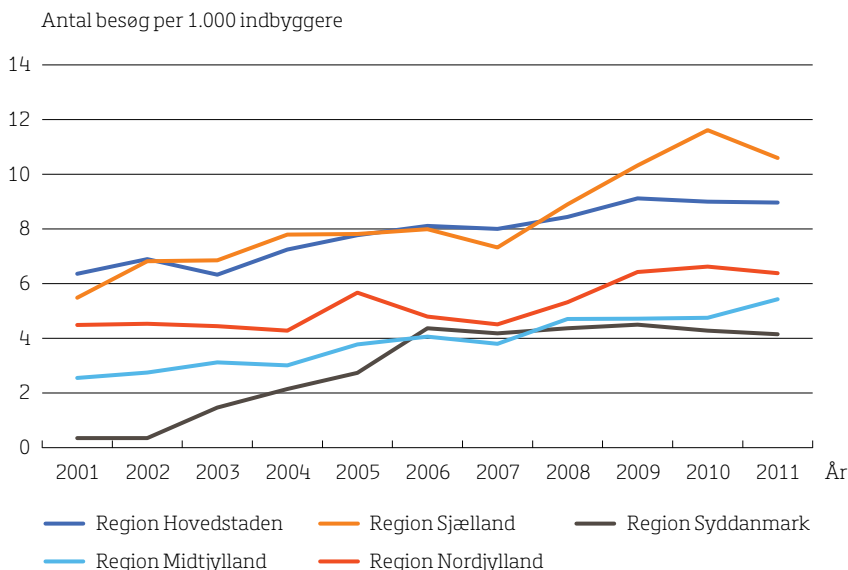
Parallelt med den generelle stigning i antallet af ambulante besøg i den regionale psykiatri er der også sket en ganske markant stigning i antallet af besøg i speciallægepraksis. Det samlede antal ambulante besøg på tværs af regioner er steget fra 4.365 til 8.542, svarende til en stigning på godt 95 pct.

Ses der på antallet af speciallægebesøg per 1.000 indbyggere under 18 år, ses det, at der særligt har været en kraftig stigning frem til og med 2009, hvorefter der faktisk er sket et samlet fald på næsten en femtedel.

Antallet af besøg i speciallægepraksis er generelt højere i Region Sjælland og Region Hovedstaden end i de øvrige regioner.

FIGUR 28

Antal besøg i speciallægepraksis (psykiatere) for børn og unge (under 18 år) fordelt på behandlerregion, 2001-2011



Kilde: Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter under 18 år. Opgjort per 1.000 indbyggere under 18 år.

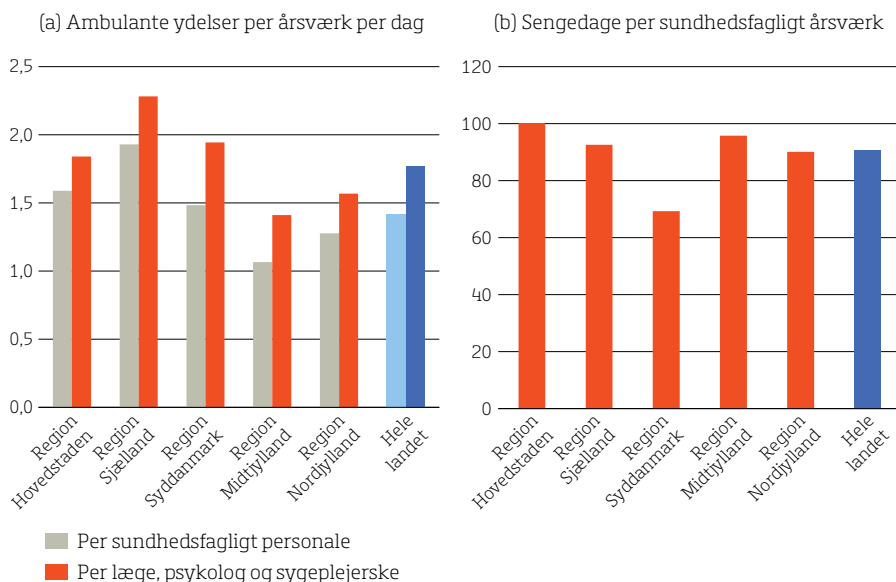
Forskellen i antallet af besøg i speciallægepraksis skal ses i forhold til udbuddet af praktiserende speciallæger. Antallet af ydernumre varierer fra kun et enkelt i Region Nordjylland til syv ydernumre i Region Hovedstaden. Der er endvidere ganske stor forskel i, hvor mange patienter de enkelte ydernumre behandler. Det ene ydernummer i Region Nordjylland havde hele 500 besøg, hvor gennemsnittet på tværs af ydernumre er på 259.

Produktivitet

Der er forbundet udfordringer med opgørelsen af produktiviteten i psykiatrien. Det skyldes, at patientsammensætning, behandlingstilbud og geografi mv. er forskellig i regionerne. Hertil kommer, at det ikke analytisk er muligt at vurdere, om der er en sammenhæng mellem produktivitet og kvalitet. Altså om en højere produktivitet betyder ringere kvalitet eller om en lavere produktivitet modsvarer af bedre kvalitet. Med disse forbehold er der i figuren nedenfor vist indikatorer for produktiviteten på det stationære og ambulante område – henholdsvis sengedage per årsværk og ambulante ydelser per medarbejder.

FIGUR 29

Indikatorer for produktivitet i ambulante og stationære funktioner i børne- og ungdomspsykiatrien, 2011



Kilde: Landspatientregisteret og indberetninger af personaledata fra regionerne.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter alle patienter, der bliver behandlet i børne- og ungdomspsykiatrien, uanset alder. Personale ansat i retspsykiatriske specialfunktioner indgår ikke i denne opgørelse.

Ambulante ydelser omfatter besøg med patientkontakt udført af læger, psykologer eller sygeplejersker samt ydelser uden besøg, herunder samtaler med pårørende, egen læge og andre myndigheder mv. Ambulante besøg og ydelser uden besøg er i opgørelsen lagt sammen under en beregningsteknisk forudsætning om, at ressourcetrækket ved de to typer af aktiviteter er ens. Ambulante ydelser og sengedage er sat i forhold til personaleforbruget i henholdsvis ambulante og stationære funktioner. Opgørelsen af personaleforbrugets fordeling baserer sig overvejende på oplysninger fra regionerne, men også i et vist omfang på skønsmæssige vurderinger. Fordelingen vurderes at være

mest usikker for Region Midtjylland, hvor andelen af personale i stationære behandlingstilbud muligvis er underestimeret.

På det stationære område synes Region Hovedstaden at have den højeste produktivitet målt som sengedage per sundhedsfagligt årsværk tæt efterfulgt af Region Midtjylland – med forbehold for de nævnte fortolkningsusikkerheder. Region Syddanmark har den laveste produktivitet opgjort på denne måde og ligger noget under de øvrige regioner.

På det ambulante område er det Region Sjælland, der fremstår med den højeste produktivitet og Region Midtjylland med den laveste. Det ses, at antallet af ambulante ydelser per læge, psykolog og sygeplejerske varierer mellem 2,3 per dag i Region Sjælland til 1,4 per dag i Region Midtjylland. Antallet af ambulante ydelser per sundhedsfagligt personale varierer tilsvarende mellem 1,9 og 1,1 per dag. At Region Sjælland ligger højest er konsistent med resultaterne af den kvalitative kortlægning, idet Sjælland er den af regionerne, der synes at være kommet længst med målfastsættelse og opfølgning i forhold til de enkelte medarbejders mål for hvor mange patienter der skal ses dagligt samt implementering af tiltag, der har haft fokus på at fremme aktiviteten.

I tolkningen af indikatoren for ambulante produktivitet er det væsentligt at nævne, at såvel ambulante besøg som ydelser uden besøg indgår i målet. Andelen af ambulante ydelser uden besøg (ud af alle ambulante ydelser) er 42 pct. for hele landet i børne- og ungdomspsykiatrien. I Region Syddanmark er andelen af ambulante ydelser uden besøg lavest med 37 pct., mens den er højest i Region Sjælland med 48 pct. Det er vanskeligt at afgøre, om der ligger en reel forskel i den kliniske praksis bag denne variation, eller om det skyldes forskelle i registreringspraksis. Det er Deloitte's vurdering, at forskelle i registreringspraksis er større for ydelser uden besøg end for de ambulante besøg.

I tabellen nedenfor ses en illustration af, hvad det på landsplan ville betyde, hvis regioner med en produktivitet under gennemsnittet øgede deres produktivitet til gennemsnitsniveauet. Den gennemsnitlige udgift for en sengedag er opgjort til 6.918 kr., mens den er opgjort til 3.205 kr. for en ambulante ydelse.

TABEL 98

Illustration af ekstra produktionspotentialer ved tilpasning af produktiviteten

	Tilpasning til gennemsnitlig produktivitet
Stationære tilbud	
Ekstra sengedage, antal	7.454
Ekstra sengedage, pct.	14
Ambulante tilbud	
Ekstra ambulante ydelser, antal	26.348
Ekstra ambulante ydelser, pct.	11

Kilde: Analyse af kapaciteten i den regionale psykiatri, Deloitte 2012.

Det fremgår af tabellen, at en forøgelse af produktiviteten for ambulante aktiviteter og sengedage til gennemsnitsniveauet ville betyde, at antallet af sengedage kunne øges med 14 pct. og antallet af ambulante ydelser med 11 pct.

Mulighederne for at realisere potentialerne er usikre, og der er ikke foretaget konkrete

vurderinger af mulighederne for at iværksætte og implementere de materielle ændringer i opgavevaretagelsen, som er påkrævede herfor. Beregningen illustrerer en mulig størrelsesorden, men kan ikke opfattes som et estimat, og i praksis kan potentialet være større eller mindre end det anførte. Der er ligeledes ikke foretaget en vurdering af de afledte implikationer for indhold og kvalitet i ydelserne.

Regionernes specialiseringsgrad kan have betydning for produktiviteten, idet regioner med mange forpligtelser på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau vil have flere mere komplicerede patienter og større krav til opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse. Det kan betyde, at disse regioner klarer sig mindre godt på de viste produktivetsmål.

Endvidere er der forskel på regionernes geografi. Regioner med store geografiske afstande må forventes at have mere transporttid i udgående ambulante funktioner og dermed alt andet lige have en lavere produktivitet. Endvidere er diagnoser som f.eks. skizofreni oftere forekommende i storbyer, hvorfor geografi også har betydning for tyngden i patientgruppen.

Ligeledes er der forskel i bygningsmassen og forskel på antallet af matrikler, hvilket kan have betydning for mulighederne for en effektiv ressourceanvendelse.

Slutteligt kan næves forhold som regionens egen visitationspraksis og henvisningspraksis i kommuner, praktiserende læger mv. Disse forhold må også forventes at have betydning for, hvordan regionerne klarer sig på de enkelte produktivetsmål. Forholdene er dog mulige for de enkelte regioner at ændre på, evt. i samarbejde med andre parter.

TABEL 99

Nøgletalsoversigt for børne- og ungdomspsykiatriske enheder, 2011

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Hele landet
Regionale tilbud						
Antal personer i behandling (unikke CPR-numre)	6.107	3.513	7.123	5.092	1.106	22.199
Indlagte patienter	341	198	327	265	121	1.161
Ambulante patienter	6.049	3.474	7.076	5.043	1.055	22.199
Antal personer i behandling i pct. af antal indbyggere (under 18 år)	1,7	2,0	2,7	1,8	0,9	1,8
Udgifter						
Tilrettede driftsudgifter i alt, mio. kr.	341	157	248	287	71	1.105
Tilrettede driftsudgifter per indbygger, kr.	254	247	266	294	155	254
Tilrettede driftsudgifter per person i behandling (unikke CPR-numre), kr.	55.851	44.816	34.885	56.315	63.971	49.755

59 Personalegruppen "overordnede læger" er defineret ud fra FLD's grupperinger af overenskomster. Overordnede læger består af følgende overenskomstgrupper: Afdelingslæger, lægelige chefer, overlæger og speciallægekonsulenter.

	Hoved- staden	Sjælland	Syddan- mark	Midt- jylland	Nord- jylland	Hele landet
Lønudgifter, pct. af samlede tilrettede driftsudgifter	84,0	78,1	85,7	79,8	83,6	82,4
Vikarudgifter i alt, mio. kr.	1,2	5,8	0,3	3,3	4,8	15,5
Vikarudgifter, pct. af samlede tilrettede driftsudgifter	0,4	3,7	0,1	1,2	6,8	1,4
Personale						
Årsværk i alt	544	208	395	482	98	1.727
Heraf læger	112	28	56	64	16	276
Heraf overordnede læger ⁵⁹	35	8	17	17	7	84
Årsværk, sundhedsfagligt personale	442	165	322	343	78	1.349
Heraf i stationære behandlingsafsnit	225	86	132	106	33	582
Heraf i ambulante behandlingsfunktioner	216	79	190	237	45	768
Heraf læger, psykologer og sygeplejersker	187	67	145	179	37	615
Indlæggelser						
Antal indlæggelser	432	251	418	368	160	1.629
Antal indlæggelser per 1.000 indbyggere (under 18 år)	1,21	1,39	1,57	1,29	1,29	1,35
Sengekapacitet – antal normerede senge	69	32	48	49	9	207
Sengekapacitet – antal disponible senge	66,9	32	44,1	41	9	193
Sengedage per 1.000 indbyggere (under 18 år)	63,4	43,8	34,4	35,6	24,1	43,5
Sengedage per stationært årsværk	100,1	92,5	69,3	95,7	90,0	90,6
Gennemsnitligt antal sengedage	52,5	33,0	32,2	43,1	16,8	38,6
Ambulante besøg						
Ambulante besøg	42.866	16.726	37.885	28.694	7.571	133.742
Ambulante besøg per 1.000 indbyggere (under 18 år)	120,6	92,3	142,5	100,8	61,1	110,4
Ambulante besøg per patient	7,1	4,8	5,4	5,7	7,2	6,0
Ambulante besøg per ambulat årsværk	198	211	199	121	167	174
Ambulante ydelser per ambulat årsværk	337	409	314	226	271	300
Speciallægepraksis – børn og unge						
Antal ydernumre, der har behandlet patienter	7	3	2	2	1	15

	Hoved- staden	Sjælland	Syddan- mark	Midt- jylland	Nord- jylland	Hele landet
Antal patienter (unikke CPR-numre)	1.174	881	606	726	500	3.887
Antal patienter per ydernummer	168	294	303	363	500	259
Antal ydelser	4.647	2.631	1.304	2.067	954	11.603
Antal ydelser per patient	4,0	3,0	2,2	2,8	1,9	3,0
Antal ydelser per ydernummer	664	877	652	1.034	954	774
Samlede udgifter til behandling hos speciallæge (1.000 kr.)	11.185	6.448	3.303	4.974	2.511	28.421
Gennemsnitlige udgifter per patient (kr.)	9.528	7.319	5.450	6.851	5.022	7.312

Anmærkning: Børne- og ungdomspsykiatrien er i oversigtstabelen defineret organisatorisk og ikke efter patienternes alder.

6.3

Voksenpsykiatri

Voksenpsykiatriens ressourceforbrug er blevet kortlagt i forhold til økonomi og personaleanvendelse inden for henholdsvis stationære og ambulante behandlingstilbud. Som udgangspunkt sker kortlægningen af økonomi og personale for den samlede almene voksenpsykiatri, inklusive retspsykiatriske patienter, der behandles i almene afsnit og funktioner, men eksklusive de retspsykiatriske specialafdelinger og afsnit⁶⁰. I enkelte tilfælde indgår de retspsykiatriske specialafdelinger også i opgørelserne – som således vil omfatte hele voksenpsykiatrien – hvilket i givet fald fremgår eksplicit.

Herefter følger opgørelser af produktivitet i 2011. Her sammenstilles økonomiske og personalemæssige ressourcer med aktiviteten.

Generelt omfatter tallene fra Deloitte's rapport alene kapaciteten i den offentlige regionale psykiatri og speciallægepraksis. Arbejdsgruppen har tilføjet tal for, hvor mange patienter der får behandling på privathospitaler og får behandling hos psykolog med tilskud. Antallet af patienter giver en indikation af sektorens størrelse, men giver naturligvis ikke samme dybdegående kortlægning, som der er foretaget af den regionale psykiatri.

⁶⁰ De retspsykiatriske specialafdelinger omfatter specialiserede afsnit og afdelinger, der udelukkende behandler patienter med retsrlige foranstaltninger. Disse er angivet i metodebilaget til Deloitte's rapport. Herudover bliver et stort antal øvrige patienter med retsrlige foranstaltninger behandlet i den almene voksenpsykiatri. Disse indgår som udgangspunkt i kortlægningen af økonomi og personale i den almene voksenpsykiatri, medmindre andet eksplicit fremhæves. De metodiske valg er truffet på grundlag af de data (herunder begrænsninger), der har været tilgængelige i analysen.

6.3.1

Økonomi

Udgifterne til den samlede voksenpsykiatri i regionerne udgjorde i 2011 godt 6,2 mia. kr. på landsplan. Heraf udgjorde udgifterne til de retspsykiatriske specialafdelinger knap 800 mio. kr.

Når der ses bort fra Region Nordjylland – hvor der har været en svag vækst på gennemsnitligt godt 3 pct. årligt – har de samlede udgifter (i faste priser) været næsten uændrede siden 2008. Der har således kun været en vækst på 100 mio. kr. (2011-priser) siden 2008, hvilket svarer til en gennemsnitlig årlig vækstrate på 0,5 pct.

Der er igennem de senere år afsat stigende satspuljemidler til psykiatrien. Sammenholdt med den begrænsede realvækst indikerer dette, at satspuljemidler har fået en stigende betydning som finansieringskilde. Et af de senere års mere mærkbare tiltag kom eksempelvis med satspuljeaftalen 2009, hvor der (i faste priser) blev afsat godt 50 mio. kr. i 2009 til indførelse af udvidet behandlingsret i voksenpsykiatrien. Tallet er steget til godt 300 mio. kr. i 2011 og over 400 mio. kr. i 2012 som permanent tildeling. I forbindelse med interviewene har flere regioner anført, at der til anvendelsen af satspuljemidlerne ofte er knyttet vilkår, der opleves at begrænse fleksibiliteten i den samlede opgavevaretagelse, for eksempel krav om deltagelse af læger i bestemte indsatser.

TABEL 100

Tilrettede driftsudgifter for hele voksenpsykiatrien, 1.000 kr., 2008-2011, 2011-PL

	2008	2009	2010	2011	Gennemsnitlig årlig vækst, pct.
Region Hovedstaden	2.588.687	2.618.608	2.582.585	2.593.126	0,1
Region Sjælland	842.916	840.723	839.575	837.691	-0,2
Region Syddanmark	1.086.861	1.056.597	994.338	1.083.931	-0,1
Region Midtjylland	1.136.695	1.174.298	1.154.864	1.183.376	1,4
Region Nordjylland	460.507	490.026	483.515	509.578	3,4
Hele landet	6.115.664	6.180.252	6.054.877	6.207.701	0,5

Kilde: Sundhedsstyrelsen, tilrettede driftsudgifter på baggrund af sygehusenes regnskabsindberetninger.

Anmærkning: Tabellen viser sygehusudgifter til psykiatri, ekskl. udgifter til behandling af voksne under de udvidede behandlingsrettigheder i psykiatrien. Opgørelsen er for hele voksenpsykiatrien, det vil sige både almene behandlingstilbud og dedikeret retspsykiatri. Det skal bemærkes, at opgørelsen for Region Sjælland indeholder udgifterne til Sikringsafdelingen, der er en unik specialiseret retspsykiatrisk afdeling med landsdækkende patientoptag.

Fordeler man udgifterne mellem ambulante og stationære tilbud⁶¹ tegner der sig et omvendt billede i forhold til børne- og ungdomspsykiatrien. Således er der i den almene voksenpsykiatri en overvægt af udgifter til stationære behandlingstilbud. De behandlingsrettede udgifter til ambulante funktioner udgør således blot 34 pct., mens stationær behandling udgør 66 pct.⁶².

Tendensen er den samme i alle regionerne, omend Region Midtjylland – ligesom på børne- og ungdomsområdet – har en relativt høj udgiftsandel til ambulante behandling på 43 pct. Det understøttes også af personalefordelingen, hvor Region Midtjylland har en tilsvarende relativt høj anvendelse af personale i ambulante funktioner. Herudover er det i Deloitte's rapport vist, at rent ambulante patientforløb (dvs. forløb uden indlæggelser) er de relativt mest hyppige forløbstyper i Region Syddanmark og Region Midtjylland. Tallene bekræfter indtrykket fra interviewene, nemlig at der i Region Midtjylland har været et særligt fokus på omlægning fra stationær til ambulante aktiviteter og kapacitet.

Ligesom i børne- og ungdomspsykiatrien udgøres størstedelen (77 pct.) af de behandlingsrettede udgifter af lønninger, som således er en mere end tre gange så stor udgiftspost som varekøb (7 pct.) og tjenesteydelser (16 pct.) tilsammen. Udgiftsformålene inden for varekøb og tjenesteydelser er ligeledes meget lig indkøbene inden for børne- og ungdomsområdet og omfatter således bl.a. medicin og eksterne vikarer mv. Dog er de relative udgifter til tjenesteydelser en smule højere i voksenpsykiatrien end i børne- og ungdomspsykiatrien.

6.3.2

Personale

I 2011 udgjorde det samlede personale i voksenpsykiatrien i regionerne lige under 8.000 årsværk. Sammenlignet med 2009 er der sket et fald i det samlede antal årsværk på 277, svarende til godt 3 pct. En del af dette fald skyldes, at der i perioden er blevet nedlagt en række afsnit i regionerne, og/eller at afsnit er blevet konverteret til retspsykiatriske specialafdelinger/-afsnit.

Det fremgår af Tabel 101, at der er sket et fald i personalegrupperne social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter samt andet personale. Der har derimod været en stigning i antallet af læger, psykologer og sygeplejersker. Procentvist har den relative fordeling på tværs af personalegrupper dog været ret stabil i perioden. Andelen af psykologer er steget lidt, men udgør i 2011 dog stadig kun 6 pct. af det samlede antal årsværk i voksenpsykiatrien. Andelen af sygeplejersker udgjorde i 2011 2 pct.point mere af det samlede personale sammenlignet med 2009. Modsat er andelen af social- og sundhedsassistenter faldet tilsvarende 2 pct.point i perioden.

61 Tallene vedrører voksenpsykiatrien, eksklusive de retspsykiatriske specialafdelinger (men inklusive retspsykiatriske patienter i almene behandlingstilbud).

62 Tallene skal tolkes med en vis forsigtighed, da opgørelsesmetoden er forbundet med en vis usikkerhed. De opgjorte andele er således ikke nøjagtige opgørelser af den faktiske udgiftsfordeling – da sådanne ikke foreligger eller kan opgøres med fuldstændig sikkerhed – men er dog ifølge Deloitte's vurdering retvisende indikatorer for vægningen af behandlingstilbuddene.

TABEL 101

Personaleanvendelse i voksenpsykiatrien (eksklusive dedikeret retspsykiatri), antal årsværk og pct., 2009-2011

	Overordnede læger	Øvrige læger	Psyko- loger	Syge- plejer- sker	SOSU- assi- stenter	Social- råd- givere	Pæda- goger	Fysio-/ ergo- tera- peuter	Andet perso- nale	I alt
Antal årsværk										
2009	441	544	417	2.550	1.701	243	101	396	1.860	8.253
2010	444	562	435	2.599	1.649	242	99	377	1.819	8.226
2011	420	589	451	2.660	1.544	234	77	367	1.634	7.976
Relativ fordeling (pct.)										
2009	5	7	5	31	21	3	1	5	23	100
2010	5	7	5	32	20	3	1	5	22	100
2011	5	7	6	33	19	3	1	5	20	100

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data. Personaleoplysningerne er opgjort for maj 2011.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter personale ansat i voksenpsykiatriske afsnit (som også vedrører retspsykiatriske patienter i almene behandlingstilbud). Personale ansat i de retspsykiatriske specialafdelinger indgår ikke i denne opgørelse. Opgørelserne for 2009 og 2010 er forbundet med en vis usikkerhed, særligt vedrørende *andet personale*, da det ikke har været muligt fuldt ud at henføre personaleressourcerne til et givet speciale i disse år. En del af forskellen mellem det samlede antal årsværk i 2011 i forhold til 2009 og 2010 skyldes således begrænsede muligheder for at henføre personalet til et speciale i disse år sammenlignet med 2011, hvor dette i højere grad har været muligt. Det gælder dog særligt det ikke-sundhedsfaglige personale (andet personale) – men dermed også det samlede antal årsværk – hvor forskellen mellem årene derfor skal tolkes med en vis forsigtighed.

En opgørelse af fordelingen af personale på stationære og ambulante tilbud viser, at godt to tredjedele af det sundhedsfaglige personale i voksenpsykiatrien er beskæftiget i stationære tilbud og knap en tredjedel i ambulante tilbud. I Region Midtjylland og Region Syddanmark udgør den ambulante del af personalet⁶³ henholdsvis 44 og 39 pct., hvilket er forholdsvis højt sammenlignet med de andre tre regioner, hvor det udgør under 30 pct. Billedet af en relativt høj prioritering af ambulante funktioner i Region Midtjylland og Region Syddanmark er konsistent med den ovenfor viste udgiftsfordeling – som er fordelt ud fra et andet grundlag end personalefordelingen. Udgifts- og personalefordelingen tegner tilsvarende et overensstemmende billede af, at stationær behandling vægter relativt meget i forhold til ambulante behandling i Region Nordjylland.

Fordelingen af personale varierer betydeligt på tværs af faggrupperne. På landsplan er overordnede læger ca. ligeligt fordelt mellem de stationære og ambulante tilbud, mens 60 pct. af øvrige læger, 68 pct. af sygeplejerskerne, 56 pct. af fysio- og ergoterapeuterne og næsten 95 pct. af social- og sundhedsassistenterne er ansat i de stationære tilbud. Størstedelen (81 pct.) af psykologerne er derimod ansat i de ambulante tilbud.

63 Der er en vis usikkerhed forbundet med fordelingen af personale på typerne af behandlingstilbud, idet personalet i nogle tilfælde er ansat i afdelinger med både ambulante og stationært behandlingsansvar, og der foreligger ikke registreringer eller andre målinger af tidsanvendelsen.

6.3.3

Aktivitet

Kortlægningen af aktivitet omfatter perioden 2001-2011. Som udgangspunkt er voksenpsykiatrien i det følgende afgrænset til almene voksenpsykiatriske patienter, det vil sige eksklusive retspsykiatriske patienter i almene behandlingstilbud såvel som i dedikerede retspsykiatriske behandlingstilbud.

6.3.3.1

Antal patienter i behandling

Der er på tværs af regionerne forholdsvis stor forskel i både udviklingen og niveauet for antallet af patienter, der modtager behandling i den regionale voksenpsykiatri.

Fra 2001 til 2011 er antallet af behandlede patienter i regionerne samlet set steget med 24,6 pct.⁶⁴. Det svarer til en gennemsnitlig årlig vækst på godt 2 pct. Siden 2007 har væksten været lidt højere (9,8 pct. fra 2007 til 2011) end i den foregående fireårsperiode (7,0 pct. fra 2003 til 2007).

TABEL 102

Antal unikke patienter i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2001, 2007 og 2011 samt procentvis vækst fra 2001 til 2011

	2001	2007	2011	2001-2011
Region Hovedstaden	27.298	28.885	30.081	10,2 %
Region Sjælland	9.079	11.056	11.864	30,7 %
Region Syddanmark	18.119	21.854	25.246	39,3 %
Region Midtjylland	15.588	17.198	18.678	19,8 %
Region Nordjylland	4.910	6.083	7.553	53,8 %
Hele landet	74.994	85.076	93.422	24,6 %

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusive retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger. En unik patient er defineret som en person, som har haft mindst et ambulant besøg og/eller en indlæggelse det givne år. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Stigningen i antal unikke patienter varierer fra 10 pct. i Region Hovedstaden til 54 pct. i Region Nordjylland i perioden 2001 til 2011. Det skal ses i forhold til forskellige udgangspunkter for patientfrekvens (unikke patienter per 1.000 indbyggere). Region Hovedstaden havde i 2001 en patientfrekvens på 21,1, mens den i Region Nordjylland udgjorde 10,9. Over perioden er der dermed sket en konvergens, så disse tal i 2011 var henholdsvis 22,4 og 16,6 unikke patienter per 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden og Region Nordjylland, jf. Tabel 103.

64 Disse tal vedrører antallet af patienter på 18 år og derover og er eksklusive retspsykiatriske patienter, der behandles i den almene voksenpsykiatri. I nogle regioner har børne- og ungdomspsykiatrien behandlingsansvaret for visse patientgrupper over 18 år, for eksempel spiseforstyrrede.

TABEL 103

Antal patienter i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter) per 1.000 indbyggere, 2011

	Regional psykiatri	Speciallægepraksis
Region Hovedstaden	22,4	19,4
Region Sjælland	18,6	16,1
Region Syddanmark	27,0	9,0
Region Midtjylland	19,1	10,0
Region Nordjylland	16,6	6,9
Hele landet	21,5	13,3

Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger. En unik patient er defineret som en person under 18 år, som har haft mindst et ambulant besøg og/eller en indlæggelse det givne år. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

I speciallægepraksis blev der i 2011 behandlet ca. 57.700 patienter. Kapaciteten i speciallægepraksis varierer betydeligt mellem regionerne. Opgjort per 1.000 indbyggere er der en forskel i patientfrekvensen fra 6,9 i Region Nordjylland til 19,4 i Region Hovedstaden.

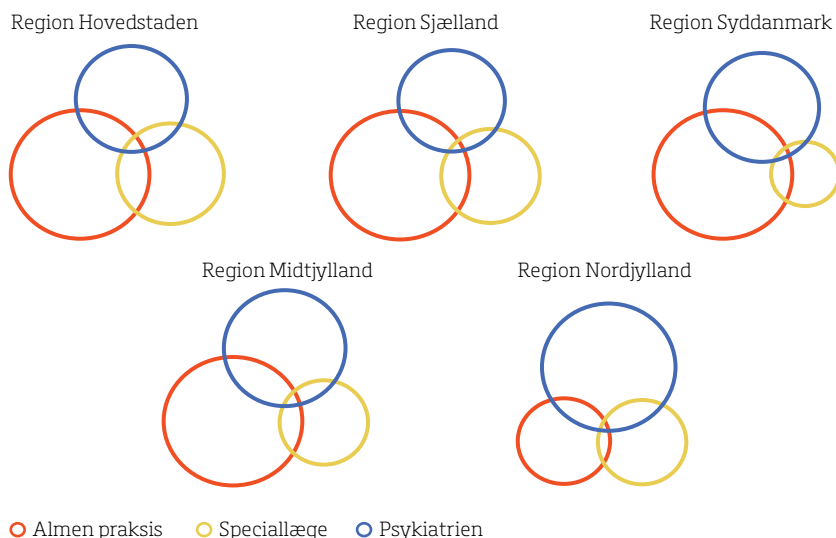
Det synes ikke at være sådan, at regioner, der har forholdsvis mange patienter i den regionale psykiatri, har relativt færre patienter, der behandles i speciallægepraksis. Tværtimod har for eksempel Region Hovedstaden forholdsvis mange patienter i begge systemer, mens Region Nordjylland omvendt har relativt få.

Den kvalitative kortlægning har vist, at der generelt ikke – eller kun i meget begrænset omfang – er et samarbejde mellem den regionale psykiatri og de praktiserende speciallæger.

Dette indtryk understøttes af figuren nedenfor, som viser hvor stor en andel af patienterne i 2011, der har modtaget behandling i den regionale psykiatri, speciallægepraksis eller samtaleterapi i almen praksis. I alle regioner er der kun et begrænset sammenfald mellem patientgrupperne. Til gengæld er det indbyrdes størrelsesforhold mellem sektorerne ganske forskelligt. Billedet nuanceres dog, når en længere tidsperiode betragtes. De gennemførte forløbsanalyser viser således, at de patienter, der i 2011 var i den regionale behandlingspsykiatri, set over de forudgående 10 år havde 8-10 besøg i speciallægepraksis i gennemsnit.

FIGUR 30

Patientsammenfald mellem delsektorerne, 2011



Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Figurene illustrerer den relative størrelse af patientgrupper i den regionale psykiatri, speciallægepraksis og almen praksis (kun samtalerapi) i 2011. Størrelsen af cirklerne illustrerer størrelsen af de respektive patientgrupper.

Fortolkningen af disse forskellige observationer kan være, at de voksnepsykiatriske patienter meget sjældent modtager sideløbende behandling i begge systemer, men at en stor del af patienterne omvendt modtager behandling begge steder set over en længere tidshorizont. På den baggrund fremstår det relevant at overveje mulighederne for tættere samarbejde og koordination mellem den regionale psykiatri og speciallægepraksis fremadrettet.

Med den seneste overenskomst er det aftalt, at regionerne fremadrettet kan disponere over op til 20 pct. af speciallægernes kapacitet. Kortlægningen viser, at der i alle regionerne pågår overvejelser om, hvordan denne mulighed bedst kan udnyttes.

Arbejdsgruppen har suppleret med en opgørelse over antallet af unikke patienter på privathospitaler og -klinikker. Det har ikke været muligt at afdække antallet af psykiatere, der praktiserer uden ydernummer eller uden for privathospitaler. Det ses nedenfor, at der i 2011 var 870 voksnepsykiatriske patienter, som blev behandlet på et privathospital. Godt 300 patienter blev betalt af bopælsregionen (f.eks. under den udvidede behandlingsrettigheder i psykiatrien) og 180 patienter var henholdsvis privat betalt (forsikring/egenbetalere) eller betalt af anden offentlig myndighed.

Ses der på den regionale variation ligger aktiviteten primært i Region Sjælland og Region Hovedstaden, hvor der i 2011 blev behandlet henholdsvis 609 og 259 unikke patienter.

I Region Sjælland var patienterne primært betalt af anden offentlig myndighed eller privat finansieret, mens hovedparten af patienterne i Region Hovedstaden var betalt af

bopælsregionen. I de øvrige regioner var registreret under 5 eller ingen unikke patienter. Opgørelsen er lavet efter, hvilken region behandlingen er foregået i og ikke efter hvor patienterne bor.

TABEL 104

Antallet af unikke voksenpsykiatriske patienter på privathospitaler og -klinikker fordelt på betalere

	2007	2008	2009	2010	2011
Antal unikke patienter	59	72	276	647	870
– privat finansieret	50	55	87	109	180
– betalt af bopælsregion	8	13	35	196	307
– betalt af anden offentlig myndighed	3	10	166	356	397

Kilde: Minipas (private sygehuses indberetning af aktivitet til Statens Serum Institut), december 2012
 Anmærkning: Voksenpsykiatriske patienter er defineret som patienter på 18 år og derover. En unik patient er defineret som en person, som har haft mindst et ambulans besøg og/eller en indlæggelse det givne år. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Endvidere kan bestemte grupper af patienter efter henvisning fra praktiserende læge få offentligt tilskud (60 pct.) til behandling hos en psykolog med overenskomst med det offentlige. Tabel 105 viser, at 71.915 unikke patienter over 18 år har fået tilskud til behandling hos psykolog i 2011. Regionerne havde i 2011 en samlet udgift til tilskudsordningen for psykologhjælp i praksissektoren på 210.444.936 kr. dækkende både børn og voksne. Udviklingen i ordningen skal ses i sammenhæng med indførelse af nye målgrupper i ordningen, henholdsvis angst og depression, der er indført i forbindelse med satspuljeaftaler. Der findes ingen opgørelser over, hvor mange personer der har modtaget behandling hos psykolog uden tilskud.

TABEL 105

Antal unikke patienter under 18 år, som modtager psykologhjælp med offentligt tilskud, fordelt på henvisningsårsag

	2007	2008	2009	2010	2011
Roveri-, volds- og voldtægtsofre	3.815	4.209	3.876	4.116	4.537
Trafik- og ulykkesofre	1.933	1.972	1.758	1.629	1.591
Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	5.395	5.709	5.867	6.193	6.257
Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	9.590	10.794	10.958	10.839	10.879
Pårørende til personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	7.348	7.782	8.065	8.257	8.358
Pårørende ved dødsfald	11.232	11.199	10.720	10.664	10.511
Personer, der har forsøgt selvmord	1.304	1.199	1.083	970	896

	2007	2008	2009	2010	2011
Kvinder, der får foretaget provokeret abort pga. misdannelser ved barnet	295	296	282	322	270
Personer, som inden de fyldte 18 år har været udsat for incest eller seksuelle overgreb.	1.786	1.735	1.651	1.697	1.805
Let til moderat depression (18-37 år) efter udført psykometrisk test	-	9.598	21.931	27.261	29.574
Personer med let til moderat OCD (18 – 28 år)	-	-	-	-	1.896
Ikke valid hovedgruppe til henvisningsårsag	990	747	460	307	288
I alt	40.701	51.316	62.772	68.201	71.915

Kilde: CSC Scandihealth.

Anmærkning: Kolonnerne summerer ikke til totalen, da en enkelt person i løbet af et år kan være henvist til psykolog med forskellige henvisningsårsager.

6.3.3.2

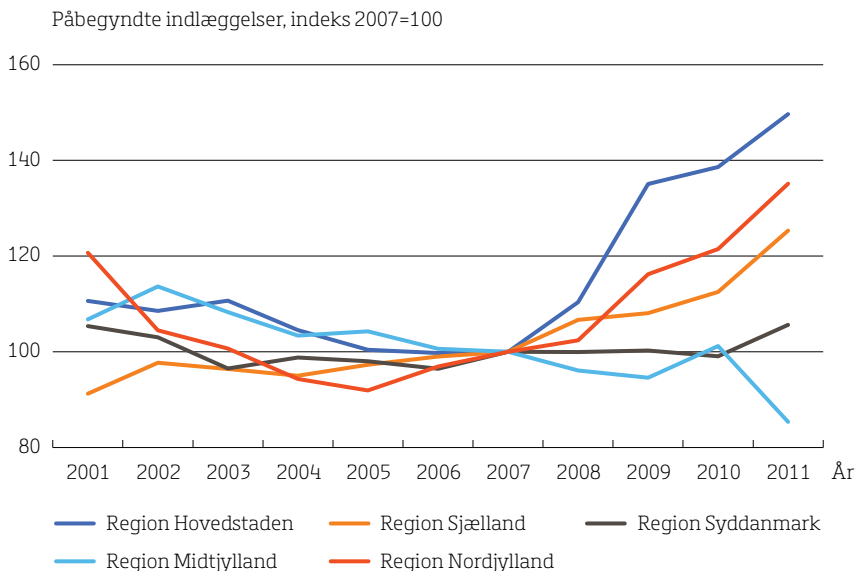
Stationær kapacitet og aktivitet

Antallet af påbegyndte indlæggelser er fra 2001 til 2011 steget med 14 pct., hvor der dog skal tages forbehold for ændret registreringspraksis, som uddybes i det følgende.

Frem til regionsdannelsen var der en tendens til reduktion i antallet af indlæggelser, men fra 2007 er udviklingen vendt til en stigning. Dette er trukket af en markant forøgelse i Region Sjælland og Region Nordjylland, hvorimod antallet af påbegyndte indlæggelser har været nogenlunde stabilt igennem de senere år i Region Syddanmark og Region Midtjylland. Desuden kan der konstateres en markant vækst i Region Hovedstaden, hvilket dog i høj grad kan tilskrives ændret registreringspraksis fra 1. oktober 2008. Før dette tidspunkt blev overnatninger på skadestuen registreret som skadestuebesøg, men siden da er praksis ændret, så det registreres som indlæggelser. Ifølge regionens egne oplysninger har det alene medført en vækst i antallet af indlæggelser på 37 pct.

FIGUR 31

Påbegyndte indlæggelser i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2011-2011, indeks 2007=100



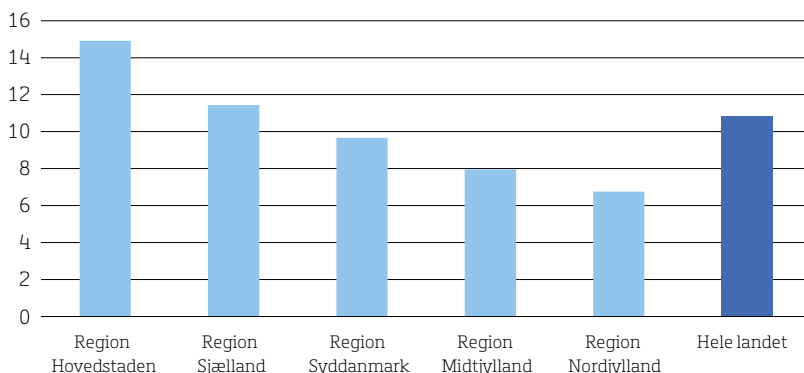
Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusive retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger. Opgjort per 1.000 indbyggere på 18 år og derover. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Antallet af sengedage per 1.000 indbyggere varierer betydeligt på tværs af regionerne. Ligeledes er der store forskelle i antallet af indlæggelser, jf. figuren nedenfor. I 2011 var der næsten 15 indlæggelser per 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden mod kun 7-8 i Region Midtjylland og Region Nordjylland.

FIGUR 32

Indlæggelser i voksenpsykiatrien per 1.000 indbyggere, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusive retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger. Opgjort per 1.000 indbyggere på 18 år og derover. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Denne variation afspejler både forskelle i patientprofiler, regionernes forskellige udbud af behandlingstilbud (herunder specialfunktioner) og faglig praksis og tradition i forhold til vægtningen mellem stationær og ambulante behandling, herunder tilgængeligheden af skadestuer eller akutmodtagelser. På det foreliggende grundlag er det ikke muligt at sige, om forskellene har betydning for behandlingens effekt.

Der er tilsvarende betydelige forskelle i regionernes kapacitet og aktivitet for skadestuer. På dette område har Region Hovedstaden en væsentlig større udbredelse af psykiatriske skadestuer/modtagelser og et markant højere aktivitetsniveau end de øvrige regioner. Hvor der i Region Hovedstaden i 2011 var ca. 21 skadestuebesøg per 1.000 indbyggere, var det tilsvarende tal mellem knap 7 og 11 i de øvrige regioner.

Der kan således konstateres forholdsvis betydelige forskelle i regionernes stationære kapacitet, hvor Region Hovedstaden ligger væsentlig højere end de øvrige regioner. I interviewene har Region Hovedstaden anført, at dette i al væsentlighed vurderes at kunne henføres til, at patientprofilen er anderledes end i de øvrige regioner, omend det også har (haft) betydning, at kapaciteten i det tidligere H:S var særlig høj. Regionen har igennem de senere år foretaget en tilpasning (reduktion) af kapaciteten i denne del af regionen. Blandt de øvrige regioner har psykiatrilædelserne i særligt Region Syddanmark og Region Midtjylland tilkendegivet, at sengekapaaciteten i disse regioner ud fra en faglig betragtning vurderes at være for høj, men at mulighederne for at foretage en (yderligere) tilpasning begrænses – eller forsinkes – af politiske prioriteringer.

Den ovenfor beskrevne stigning i antallet af indlæggelser er muliggjort af, at der er sket en markant reduktion i den gennemsnitlige indlæggelsestid. Regionerne – og før 2007 amterne – har tilstræbt at forkorte den tid, patienterne er indlagte, men til gengæld udbygge de ambulante besøg. Samtidig har der været en udvikling af behandlingstilbud, så udbuddet er blevet mere granuleret. Det omfatter eksempelvis øget brug af opsøgende team og oprettelsen af daghospitalet mv., der behandlingsmæssigt kiler sig ind mellem traditionel ambulante og stationær behandling.

Reduktionen i indlæggelsestid har været mest udtalt i Region Hovedstaden og Region Sjælland, hvor indlæggelsestiden er mere end halveret siden 2001, jf. Tabel 106. I Region Sjælland skete de største fald i starten af perioden, mens der de senere år har været en mere stabil reduktion i den gennemsnitlige indlæggelsestid.

TABEL 106

Gennemsnitlig indlæggelsestid i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2001, 2007 og 2011 anført i "antal dage"

	2001	2007	2011
Region Hovedstaden	40,8	32,0	16,0
Region Sjælland	43,3	18,3	11,9
Region Syddanmark	24,3	19,5	18,0
Region Midtjylland	26,1	16,2	17,4
Region Nordjylland	32,5	36,6	26,9

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

I forhold til Region Hovedstaden kan en stor del af det markante fald mellem 2007 og 2011 især tilskrives ændret registreringspraksis, som beskrevet ovenfor vedrørende udviklingen i antal påbegyndte indlæggelser. Ændret registrering af overnatninger på skadestuerne (fra skadestuebesøg til indlæggelser) har således medført en betydelig vækst i antallet af relativt korte indlæggelser, hvilket har bidraget til at reducere den gennemsnitlige indlæggelsestid. Det kan dog ikke fuldt ud forklare det markante fald siden 2007, da den gennemsnitlige indlæggelsestid i Region Hovedstaden eksempelvis faldt med godt 20 pct. fra 2010 til 2011.

Region Nordjylland skiller sig ud, dels ved at indlæggelsestiden først er begyndt at falde i de senere år, dels ved at den ligger på et højere niveau end i de øvrige regioner – med 26,9 dage er den gennemsnitlige indlæggelsestid på samme niveau som i Region Syddanmark og Region Midtjylland i 2001. Region Midtjylland er den eneste region, hvor den gennemsnitlige indlæggelsestid er steget fra 2007 til 2011.

I Deloitte's kapacitetsanalyse indgår ikke tal for udviklingen i sengekapaaciteten i voksenpsykiatrien. Derfor har arbejdsgruppen suppleret med tal fra Statens Serum Institut, der belyser udviklingen i antal normerede senge i voksenpsykiatrien. Tallene er inklusive retspsykiatrien. Som det fremgår af nedenstående tabel var der i 2011 2.760 normerede senge (dog foreløbige tal). Med satspuljeaftalen for 2012-2015 er der afsat 140 mio. kr. ekstra over fire år til etablering af nye sengepladser i almen psykiatri.

TABEL 107

Antal normerede senge i voksenpsykiatrien (inkl. retspsykiatriske senge) per 31. december 2011, 2002-2011

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2002-2011 i pct.
3.690	3.550	3.368	3.246	3.129	3.089	3.011	2.955	2.961	2.760*	-23,7

Kilde: Statens Serum Institut, Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning

* Tallene for 2011 er foreløbige.

Tabellen viser, at der frem til regionsdannelsen årligt var et klart fald i antallet af normerede senge i voksenpsykiatrien. Faldet i antallet af normerede senge har fra 2007 til 2010 været mindre markant, hvilket kan indikere en stabilisering af omlægningen fra stationært til ambulante regi, og at regionerne dermed ikke længere befinder sig i en transitionsfase. Regionsopdelte tal (ikke vist her) viser, at der i 2011 i Region Hovedstaden fortsat ses et fald i sengetallet, hvilket afspejles i det foreløbige tal for 2011 for hele landet i tabellen ovenfor. Region Hovedstaden har fortsat et markant højere sengetal pr. indbygger i forhold til de øvrige regioner, hvilket kan indikere, at Region Hovedstaden endnu ikke er igennem transitionsfasen.

6.3.3.3

Ambulant aktivitet

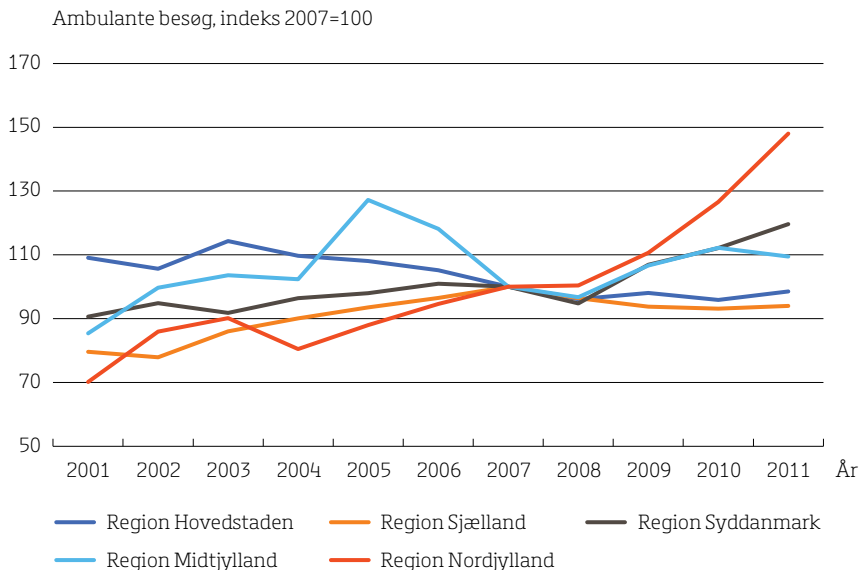
I dette afsnit præsenteres hovedtal for udviklingen i den ambulante aktivitet i voksenpsykiatrien. Tallene er opgjort eksklusive retspsykiatriske patienter, der behandles i den almene voksenpsykiatri.

Antallet af ambulante besøg har – med Region Hovedstaden som undtagelse – været stigende siden 2001, jf. figuren nedenfor.

Det skal dog ses i lyset af forskellige udgangspunkter. Således var der i Region Hovedstaden i 2001 231 ambulante besøg per 1.000 indbyggere, hvilket var næsten dobbelt så meget som gennemsnittet i de fire andre regioner. I 2011 havde Region Hovedstaden fortsat det højeste antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere (med 201), omend kun marginalt højere end Region Syddanmark (med 197) og ca. 25 pct. højere end de fire andre regioner i gennemsnit. Siden 2001 er der dermed sket en konvergens mellem regionerne i det relative antal ambulante besøg. I de tre øvrige regioner var der i 2011 138-144 ambulante besøg per 1.000 indbyggere.

FIGUR 33

Ambulante besøg i alt i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter), 2001-2011, indeks 2007=100



Kilde: Landspatientregisteret.

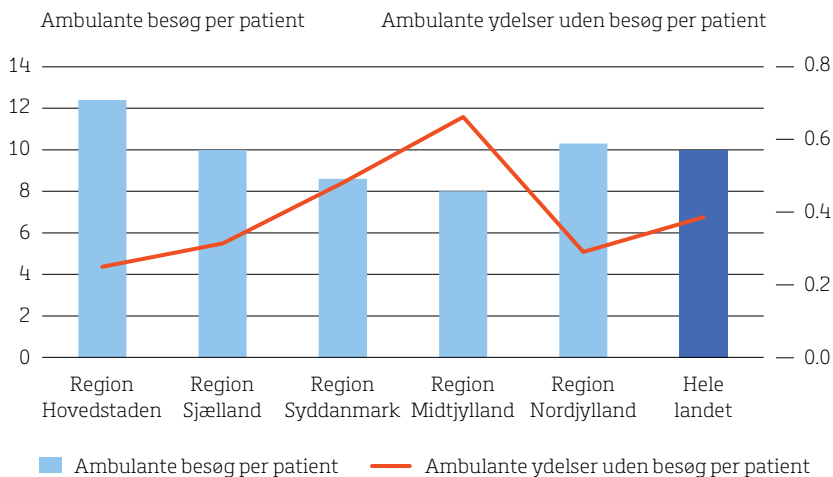
Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Siden regionernes dannelse i 2007 har især Region Nordjylland udvidet den ambulante aktivitet betydeligt, idet antallet af besøg er steget med ca. 40 pct. Region Syddanmark og Region Midtjylland har også øget den ambulante aktivitet – for begge regioners vedkommende i størrelsesordenen 10 pct.

At Region Syddanmark har et forholdsvis højt antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere er dermed – sammenholdt med at regionen samtidig har færrest sengedage per 1.000 indbyggere – i god overensstemmelse med kortlægningen af økonomi og personale tidligere i kapitlet, der viste et forholdsvis højt ressourceforbrug til ambulante behandling i forhold til stationær behandling sammenlignet med de øvrige regioner.

FIGUR 34

Ambulante besøg og antal ydelser uden besøg i voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske patienter) per patient, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Den er eksklusiv retspsykiatriske patienter i såvel almene behandlingstilbud som på de retspsykiatriske specialafdelinger. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Figuren ovenfor viser henholdsvis antallet af besøg og antallet af ydelser uden besøg per patient. Det skal understreges, at figuren alene viser antallet af besøg per patient i 2011 og at flere af patienterne må antages at have haft besøg før og efter 2011. Antallet af besøg per patient varierer forholdsvis meget fra ca. 12 besøg per patient i Region Hovedstaden til ca. 8 besøg i Region Syddanmark og Region Midtjylland.

At Region Hovedstaden og Region Syddanmark begge har et aktivitetsniveau på ca. 200 besøg per 1.000 indbyggere dækker således over, at Region Syddanmark behandler relativt flere patienter, men at disse i gennemsnit får færre besøg end i Region Hovedstaden. Forskellen afspejler bl.a., at Region Syddanmark modsat de øvrige regioner har en praksis, hvorefter den første visitation i princippet altid sker på basis af en samtale og ikke ud fra henvisningspapirerne. Det betyder, at Region Syddanmark i forhold til de øvrige regioner har relativt mange patientforløb, der alene omfatter ambulante behandling og hvor behandlingen afsluttes efter første besøg.

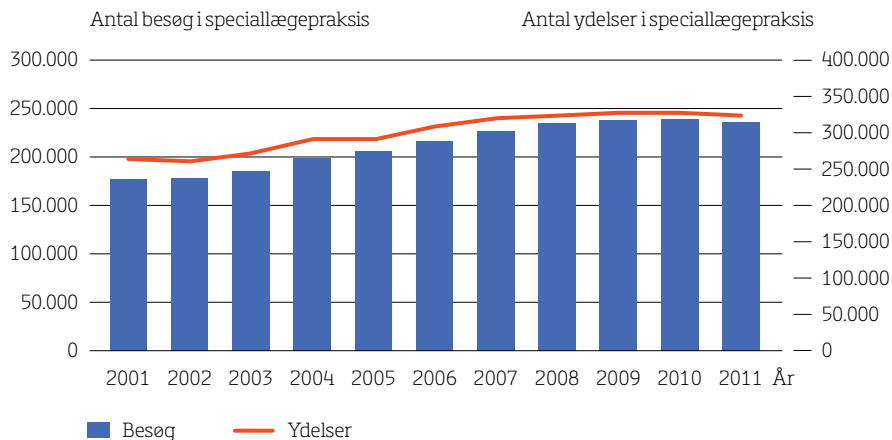
I Region Nordjylland er antallet af besøg per patient lige over gennemsnittet. Til gengæld er Region Nordjylland den af regionerne, der har forholdsvis færrest patienter i ambulante tilbud.

Variationerne i antal ambulante besøg per patient kan desuden afspejle forskelle i patientunderlaget og sammensætningen af de enkelte regioners behandlingstilbud. Dette kan belyses ved at betragte antallet af ydelser uden besøg per patient i figuren ovenfor. Heraf fremgår det eksempelvis, at Region Midtjylland har det klart højeste antal ydelser uden besøg per patient, hvilket kan være én af forklaringerne på, at regionen har det laveste antal ambulante besøg per patient.

Ses der på aktiviteten i speciallægepraksis, har der igennem de seneste 10 år været en stigning på godt 50 pct. i antallet af ydelser og godt 30 pct. i antallet af besøg, jf. figuren nedenfor. Der er dog igennem de seneste år sket en udfladning – og i nogle regioner et fald.

FIGUR 35

Antal besøg og ydelser i speciallægepraksis, 2001-2011



Kilde: Sygesikringsregisteret.

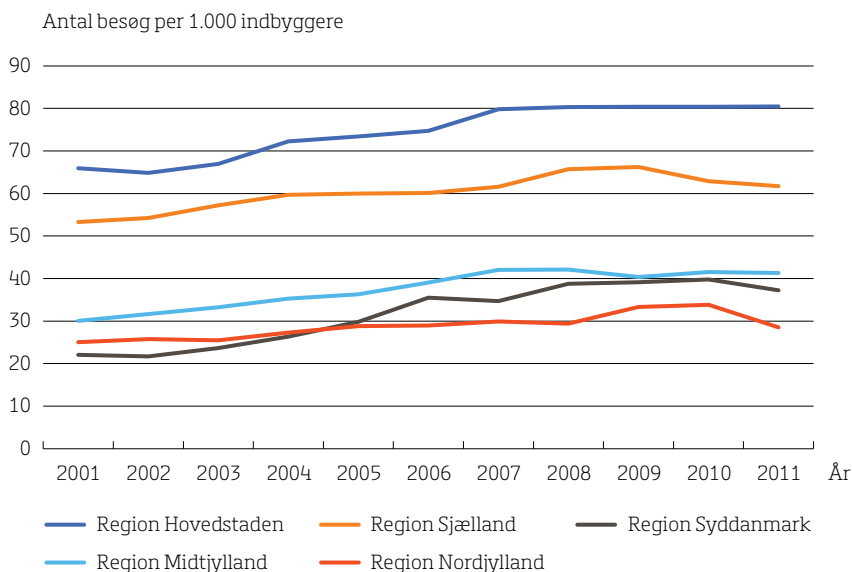
Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover.

Det samlede antal besøg i speciallægepraksis udgjorde i 2011 ca. 235.000 besøg, hvilket kan sammenlignes med godt 750.000 ambulante besøg i den regionale psykiatri – forholdet mellem antal besøg i de to sektorer er således ca. 1:3.

Antallet af speciallægebesøg per 1.000 indbyggere er væsentlig højere i Region Hovedstaden og Region Sjælland end i de tre øvrige regioner. Niveaulet i Region Hovedstaden er således mere end dobbelt så højt som i Region Syddanmark og Region Midtjylland og mere end tre gange så højt som i Region Nordjylland, jf. figuren nedenfor.

FIGUR 36

Antal besøg i speciallægepraksis per 1.000 indbyggere, 2001-2011



Kilde: Sygesikringsregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen vedrører patienter på 18 år og derover. Opgjort per 1.000 indbyggere på 18 år og derover. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Forskellene i aktiviteten i speciallægepraksis mellem regionerne hænger sammen med udbuddet af praktiserende speciallæger (ydernumre) i de enkelte regioner. Det er i den forbindelse påfaldende, at eksempelvis Region Nordjylland har relativt få ydelser fra speciallægepraksis per 1.000 indbyggere samtidig med, at antal ydelser per patient og per ydernummer er klart højest i denne region. Det vil sige, at de forholdsvis få praktiserende speciallæger i Region Nordjylland leverer relativt mange ydelser – både hver især og i forhold til den enkelte patient i gennemsnit.

Sygesikringsregisteret indeholder ikke oplysninger om patienternes diagnoser, og det er derfor ikke herudfra muligt at belyse, hvilke patientgrupper der ligger bag den stedfundne udvikling eller niveauforskellene mellem regionerne.

6.3.4

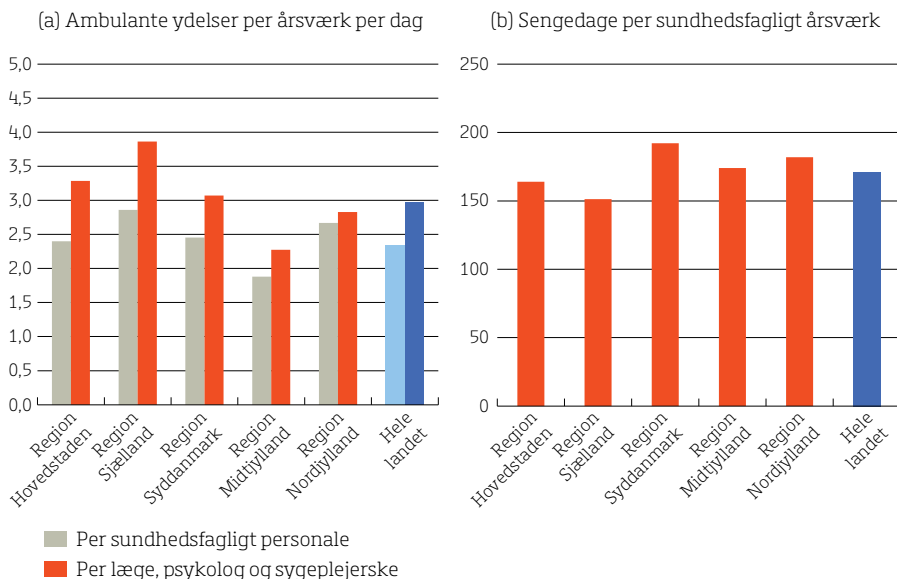
Produktivitet

Der er forbundet udfordringer med opgørelsen af produktiviteten i psykiatrien. Det skyldes, at patientsammensætning, behandlingstilbud og geografi mv. er forskellig i regionerne. Hertil kommer, at det ikke analytisk er muligt at vurdere, om der er en sammenhæng mellem produktivitet og kvalitet. Altså om en højere produktivitet betyder ringere kvalitet eller om en lavere produktivitet modsvarer af bedre kvalitet.

Med disse forbehold er der i figuren nedenfor vist indikatorer for produktiviteten på det stationære og ambulante område – henholdsvis sengedage per årsværk og ambulante ydelser per medarbejder.

FIGUR 37

Indikatorer for produktivitet i ambulante og stationære funktioner i voksenpsykiatrien (eksklusive de retspsykiatriske specialafdelinger), 2011



Kilde: Landspatientregisteret, indberetninger af personaledata fra regionerne samt Deloittes beregninger.

Anmærkning: Opgørelsen omfatter alle patienter, der bliver behandlet i voksenpsykiatrien, inklusive retspsykiatriske patienter i almene behandlingstilbud. Personale ansat i de retspsykiatriske specialafdelinger indgår ikke i denne opgørelse. Der er forudsat 212 behandlingdage per årsværk. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion.

Ambulante ydelser omfatter besøg med patientkontakt udført af læger, psykologer eller sygeplejersker samt ydelser uden besøg, herunder samtaler med pårørende, egen læge og andre myndigheder mv. Ambulante besøg og ydelser uden besøg er i opgørelsen lagt sammen under en beregningsteknisk forudsætning om, at ressourcetrækket ved de to typer af aktiviteter er ens.

Ambulante ydelser og sengedage er sat i forhold til personaleforbruget i henholdsvis ambulante og stationære funktioner. Opgørelsen af personaleforbrugets fordeling baserer sig overvejende på oplysninger fra regionerne, men også i et vist omfang på skønsmæssige vurderinger. Fordelingen vurderes at være mest usikker for Region Midtjylland, hvor andelen af personale i stationære behandlingstilbud muligvis er underestimeret.

Ud fra disse indikatorer – og med forbehold for de nævnte fortolkningsusikkerheder – synes Region Syddanmark at være den af regionerne, der har den højeste produktivitet på det stationære område. På det ambulante område er billedet mere varieret, men målt i forhold til det samlede sundhedsfaglige personale har Region Sjælland den højeste produktivitet. Omvendt fremstår produktiviteten i Region Midtjylland at være forholdsvis lavere på det ambulante område, hvor antallet af ydelser per sundhedsfagligt personale er noget lavere end i de øvrige regioner. Det skal dog understreges, at

fordelingen af personale mellem ambulante og stationære funktioner er forbundet med større usikkerhed i denne region⁶⁵.

Det ses, at antallet af ambulante ydelser per sundhedsfagligt personale varierer mellem 1,9 ydelser per dag i Region Midtjylland og 2,9 ydelser per dag i Region Sjælland. At Region Sjælland ligger højest er konsistent med resultaterne af den kvalitative kortlægning, idet Region Sjælland er den af regionerne, der synes at være kommet længst med målfastsættelse og opfølgning i forhold til, hvor mange patienter de enkelte medarbejdere ser dagligt samt implementering af tiltag, der har haft fokus på at fremme aktiviteten. Regionen opererer med et mål for 4 ambulante besøg per dag per fuldtids-ansatte behandler.

Det fremgår ligeledes af figuren, at hvis de tilsvarende tal opgøres per læge, psykolog og sygeplejerske, er antallet af ydelser per dag noget højere, nemlig 3,0 i gennemsnit.

I tolkningen af indikatoren for ambulant produktivitet er det væsentligt at nævne, at såvel ambulante besøg som ydelser uden besøg indgår i målet. Andelen af ambulante ydelser uden besøg (ud af alle ambulante ydelser) er knap 30 pct. for hele landet i voksenpsykiatrien. I Region Hovedstaden er andelen af ambulante ydelser uden besøg lavest med ca. 20 pct., mens den er højest i Region Midtjylland med ca. 40 pct. Det er vanskeligt at afgøre, om der ligger en reel forskel i den kliniske praksis bag denne variation, eller om det skyldes forskelle i registreringspraksis. Det er Deloitte's vurdering, at forskelle i registreringspraksis er større for ydelser uden besøg end for de ambulante besøg.

I tabellen nedenfor ses en illustration af, hvad det på landsplan ville betyde, hvis regioner med en produktivitet under gennemsnittet øgede deres produktivitet til gennemsnitsniveauet. Den gennemsnitlige udgift for en sengedag er opgjort til 5.233 kr., mens den er opgjort til 1.747 kr. for en ambulante ydelse.

TABEL 108

Illustration af ekstra produktionspotentiale ved tilpasning af produktiviteten

	Tilpasning til gennemsnitlig produktivitet
Stationære tilbud	
Ekstra sengedage, antal	33.859
Ekstra sengedage, pct.	5
Ambulante tilbud	
Ekstra ambulante ydelser, antal	106.164
Ekstra ambulante ydelser, pct.	10

Kilde: Analyse af kapaciteten i den regionale psykiatri, Deloitte 2012.

Det fremgår af tabellen, at en forøgelse af produktiviteten for ambulante aktiviteter og sengedage til gennemsnitsniveauet ville betyde, at antallet af sengedage kunne øges med 5 pct. og antallet af ambulante ydelser med 10 pct.

⁶⁵ Den opgjorte personalefordeling mellem ambulante og stationær behandling har således en afgørende betydning for balancen i produktivitetsmålne mellem ambulante og stationær behandling. Samtidig skal det dog fremhæves, at der har været en høj grad af overensstemmelse mellem de kortlagte data for økonomi, personale, aktivitet og patientforløb, der er opgjort på forskellige grundlag.

Mulighederne for at realisere potentialerne er usikre, og der er ikke foretaget konkrete vurderinger af mulighederne for at iværksætte og implementere de materielle ændringer i opgavevaretagelsen, som er påkrævede herfor. Beregningen illustrerer en mulig størrelsesorden, men kan ikke opfattes som et estimat, og i praksis kan potentialet være større eller mindre end det anførte. Der er ligeledes ikke foretaget en vurdering af de afledte implikationer for indhold og kvalitet i ydelserne.

Regionernes specialiseringsgrad kan have betydning for produktiviteten, idet regioner med mange forpligtelser på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau vil have flere mere komplicerede patienter og større krav til opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse. Det kan betyde, at disse regioner klarer sig mindre godt på de viste produktivetsmål.

Endvidere er der forskel på regionernes geografi. Regioner med store geografiske afstande, må forventes at have mere transporttid i udgående ambulante funktioner og dermed alt andet lige have en lavere produktivitet. Endvidere er diagnoser som f.eks. skizofreni oftere forekommende i storbyer, hvorfor geografi også har betydning for tyngden i patientgruppen.

Ligeledes er der forskel i bygningsmassen og forskel på antallet af matrikler, hvilket kan have betydning for mulighederne for en effektiv ressourceanvendelse.

Slutteligt kan næves forhold som regionens egen visitationspraksis og henvisningspraksis i kommuner, praktiserende læger mv. Disse forhold må også forventes at have betydning for, hvordan regionerne klarer sig på de enkelte produktivetsmål. Forholdene er dog mulige for de enkelte regioner at ændre på, evt. i samarbejde med andre parter.

TABEL 109

Nøgletalsoversigt for voksenpsykiatrien (eksklusive retspsykiatriske specialfunktioner), 2011

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Hele landet
Regionale tilbud						
Antal personer i behandling (unikke CPR-numre)	32.309	12.980	25.194	19.297	7.986	94.336
Indlagte patienter	9.987	3.580	5.231	4.013	2.090	24.187
Ambulante patienter	23.230	9.750	20.937	16.550	6.483	75.692
Skadestuepatienter	14.231	3.367	5.889	4.011	1.931	29.029
Udgifter						
Tilrettede driftsudgifter i alt, mio. kr.	2.304	665	1.001	981	462	5.413
Tilrettede driftsudgifter per indbygger, kr.	1.715	1.041	1.071	1.005	1.012	1.245
Tilrettede driftsudgifter per person i behandling	71.317	51.219	39.748	50.841	57.811	57.382
Lønudgifter, pct. af samlede tilrettede driftsudgifter	76,9	76,9	83,5	79,3	84,2	79,1
Vikarudgifter i alt, mio. kr.	24,6	24,8	9,9	32,9	15,2	107,4
Vikarudgifter, pct. af samlede tilrettede driftsudgifter	1,1	3,7	1,0	3,4	3,3	2,0

	Hoved- staden	Sjælland	Syd- danmark	Midt- jylland	Nord- jylland	Hele landet
Personale						
Årsværk i alt	3.298	889	1.558	1.540	691	7.976
Heraf læger	444	104	189	193	81	1.010
Heraf overordnede læger	193	49	77	75	27	420
Årsværk, sundhedsfagligt personale	2.503	729	1.302	1.223	586	6.342
Heraf i stationære behandlingsafsnit	1.802	521	794	689	435	4.241
Heraf i ambulante behandlingsfunktioner	701	207	508	534	151	2.102
Heraf læger, psykologer og sygeplejersker	512	154	406	441	143	1.656
Antal patienter per overordnet læge	162	254	316	248	287	224
Indlæggelser						
Antal indlæggelser	20.036	7.304	9.031	7.768	3.081	47.220
Antal indlæggelser per 1.000 indbyggere (+18 år)	14,9	11,4	9,7	8,0	6,8	10,9
Sengekapacitet – antal normerede senge	1.015	298	508	378	231	2.430
Sengekapacitet – antal disponible senge	964	296	471	362	230	2.323
Sengedage per 1.000 indbyggere (+18 år)	219,8	123,4	163,2	122,7	173,4	166,8
Sengedage per stationært årsværk	163,9	151,3	192,2	173,9	181,9	171,1
Gennemsnitligt antal sengedage	17,0	12,7	18,5	16,7	26,9	17,2
Skadestuebesøg						
Antal skadestuebesøg	28.412	4.520	10.214	6.637	3.087	52.870
Antal skadestuebesøg per 1.000 indbyggere (+18 år)	21,1	7,1	10,9	6,8	6,8	12,2
Ambulante besøg						
Ambulante besøg	285.348	95.788	178.573	128.120	66.396	754.225
Ambulante besøg per 1.000 indbyggere (+18 år)	212	150	191	131	146	173
Ambulante besøg per patient	12,3	9,8	8,5	7,7	10,2	10,0
Ambulante besøg per ambulært årsværk	407	462	352	240	439	359
Ambulante ydelser per ambulært årsværk	509	607	520	399	566	497
Speciallægepraksis						
Antal aktive ydernumre	69	25	18	27	8	147
Antal patienter (unikke CPR-numre)	26.142	10.289	8.451	9.824	3.162	57.868
– per 1.000 indbyggere	19	16	9	10	7	13
Antal patienter per ydernummer	379	412	470	364	395	394
Antal ydelser	143.303	49.293	50.566	61.194	19.209	323.565
Antal ydelser per patient	5,5	4,8	6,0	6,2	6,1	5,6

	Hoved- staden	Sjælland	Syd- danmark	Midt- jylland	Nord- jylland	Hele landet
Antal ydelser per ydernummer	2.077	1.972	2.809	2.266	2.401	2.201
Samlede udgifter til behandling hos speciallæger (1.000 kr.)	95.622	34.207	34.330	43.147	12.985	220.291
– per 1.000 indbyggere	71	54	37	44	28	51
Gennemsnitlige udgifter per patient (kr.)	3.658	3.325	4.062	4.392	4.107	3.807

Anmærkning: Voksenpsykiatrien er i oversigtstabelen defineret organisatorisk og ikke efter patienternes alder. Opgørelserne er eksklusive retspsykiatriske specialfunktioner.

6.4

Retspsykiatri

I dette afsnit belyses økonomi, personaleforbrug og aktivitet for retspsykiatrien.

Afsnit 7.3.1.-7.3.3. beskriver den del af aktiviteten, der finder sted i de retspsykiatriske specialfunktioner. Fokus er her først og fremmest på situationen i 2011, mens der på grund af organisatoriske omlægninger har været begrænsede muligheder for at belyse udviklingen bagud i tid.

I afsnit 7.3.4. beskrives aktivitetsudviklingen for alle retspsykiatriske patienter i et længere tidsperspektiv. Denne del af kortlægningen vedrører både patienter i de retspsykiatriske specialafdelinger og retspsykiatriske patienter, der modtager behandling i den almene voksenpsykiatri.

6.4.1

Økonomi

Kortlægningen af økonomi omfatter de retspsykiatriske specialfunktioner. Udgifter i de almene voksenpsykiatriske afdelinger, der medgår til behandling af patienter med særforanstaltning, indgår således ikke, idet disse ikke kan opgøres særskilt.

I 2011 udgjorde de tilrettede driftsudgifter⁶⁶ i de retspsykiatriske specialfunktioner knap 800 mio. kr. Størstedelen af behandlingen af patienter med retspsykiatriske forhold finder sted ved stationære behandlingstilbud. De stationære tilbud står således for knap 92 pct. af udgifterne, mens de ambulante funktioner står for godt 8 pct. Herved adskiller retspsykiatrien sig markant fra den almene voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatrien.

⁶⁶ Analysen er baseret på de tilrettede driftsudgifter som opgjort af regionerne. I det følgende anvendes blot betegnelsen udgifter om de tilrettede driftsudgifter.

TABEL 110

Udgifter og udgiftsfordeling for retspsykiatriske specialfunktioner, 2011 (1.000 kr.)

	Udgifter (1.000 kr.)	Fordeling (pct.)	
		Ambulant	Stationær
Region Hovedstaden	288.949	7,5	92,5
Region Sjælland			
Inkl. Sikringsafdelingen	172.865	5,3	94,7
Ekskl. Sikringsafdelingen	60.865	14,6	85,4
Region Syddanmark	82.524	19,5	80,5
Region Midtjylland	202.297	6,3	93,7
Region Nordjylland	47.900	14,0	86,0
Hele landet	794.535	8,3	91,7

Kilde: Deloitte's beregninger på grundlag af tilrettede driftsudgifter på baggrund af sygehusenes regnskabsindberetninger (Sundhedsstyrelsen) og regionernes afdelingsregnskaber i psykiatrien, 2011.

Anmærkning: Opgørelsen for Region Sjælland er foretaget både med og uden Sikringsafdelingen, der er en særlig specialiseret retspsykiatrisk afdeling med landsdækkende patientoptag.

Opgørelsen for Region Midtjylland indeholder udgifterne til et sengeafsnit for patienter med retspsykiatriske foranstaltninger fra Grønland, jf. aftale med Grønlands Selvstyre.

Begge de nævnte afdelinger finansieres af de rekvirerende myndigheder, det vil sige henholdsvis andre regioner og Grønlands Selvstyre.

Udgiftsfordelingen er forholdsvis ensartet på tværs af regionerne, omend udgifterne til ambulante funktioner relativt set er højere i Region Nordjylland og især Region Syddanmark end i de øvrige regioner.

I forhold til Region Sjælland skal det bemærkes, at udgifterne til Sikringsafdelingen – der er en særlig specialiseret afdeling – udgør ca. to tredjedele af regionens udgifter til de retspsykiatriske specialafdelinger. Foruden at afdelingen har landsdækkende patientoptag, er patienterne også forholdsvis ressourcetunge på grund af skærpede sikkerhedsmæssige foranstaltninger mv.

6.4.2

Personale

Kortlægningen af personale omfatter ligeledes kun de retspsykiatriske specialfunktioner. Personaleforbrug i de almene voksenpsykiatriske afdelinger, der medgår til behandling af patienter med særforanstaltning, indgår således ikke, idet disse ikke kan opgøres særskilt.

Det samlede personaleforbrug i disse afdelinger udgjorde i 2011 1.022 årsværk, hvilket er en stigning på godt 180 årsværk siden 2009. Stigningen har været særlig kraftig fra 2010 til 2011⁶⁷. Udviklingen afspejler, at kapaciteten i de seneste år er forøget i form af

67 Opgørelsen af personaleforbruget i de retspsykiatriske specialafdelinger har ikke kunnet opgøres med helt samme sikkerhed for 2009 og 2010 som for 2011. Det kan derfor ikke udelukkes, at en mindre del af stigningen skyldes, at antallet af årsværk er en smule undervurderet i 2009 og 2010.

en udvidelse af det normerede antal senge. Stigningen modsvarer – særligt for 2011 – i nogen grad det samtidige fald i personaleforbruget i den almene voksenpsykiatri, idet der er sket en konvertering fra almene til retspsykiatriske senge.

TABEL 111

Personaleanvendelse i de retspsykiatriske specialafdelinger, antal årsværk og pct., 2009-2011

	Overordnede læger	Øvrige læger	Psyko- loger	Syge- plejer- sker	SOSU- assi- stenter	Social- rådgi- vere	Pæda- goger	Fysio-/ ergote- rapeuter	Andet perso- nale	I alt
Antal årsværk										
2009	21	7	21	188	290	16	83	20	191	836
2010	24	8	23	201	303	19	96	23	191	888
2011	36	18	29	260	302	26	99	28	225	1.022
Relativ fordeling (pct.)										
2009	3	1	3	22	35	2	10	2	23	100
2010	3	1	3	23	34	2	11	3	22	100
2011	4	2	3	25	30	3	10	3	22	100

Kilde: Personaleoplysninger fremsendt af regionerne baseret på udtræk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD) og Silkeborg Data.

Anmærkning: På grund af afrundinger summer pct.andelene i den relative fordeling ikke til 100.

Der var i 2011 54 lægeårsværk i de retspsykiatriske afdelinger, hvilket var en ret betydelig stigning fra 2010. Dette afspejler igen den nævnte udvidelse og konvertering af kapacitet. Også lægegruppens relative andel af det samlede personale er steget lidt, men den er dog væsentlig lavere end de øvrige faggrupper (knap 6 pct.).

De største faggrupper er social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og pædagoger, der tilsammen udgør knap to tredjedele af det samlede personale i 2011. Det fremgår af tabellen ovenfor, at særligt sygeplejerskegruppen er øget i de seneste år.

Langt størstedelen af sundhedspersonalet i de retspsykiatriske specialafdelinger er ansat i de stationære tilbud. I 2011 drejede det sig om ca. 90 pct. af personalet.

Andelen af læger såvel som antallet af patienter per læge varierer forholdsvis meget mellem regionerne. I Region Syddanmark udgjorde lægegruppen således i 2011 godt 11 pct. af det samlede personale, mens det tilsvarende tal i Region Sjælland og Region Midtjylland kun var 3-4 pct. Udgifterne til vikarer varierer endvidere betydeligt. Region Hovedstaden og Region Syddanmark har ikke – eller kun i begrænset omfang – haft udgifter til eksterne vikarer. Omvendt havde Region Sjælland vikarudgifter for 6 mio. kr. Interviewene viser, at det primært er vanskeligheder med vagtdækningen for lægerne, der giver behov for at anvende vikarer. Der er en vis samvariation mellem regionernes vikarudgifter ovenfor og andelen af læger i det samlede personale, omend dette ikke skal overfortolkes.

6.4.3

Forholdet mellem almen- og retspsykiatrisk kapacitet til målgruppen

En betydelig del af de retspsykiatriske patienter befinder sig i den almene voksenpsykiatri og ikke i retspsykiatriske specialenheder. Det gælder både for ambulante og stationære patienter. I 2011 blev således 40 pct. af sengedagene og 86 pct. af de påbegyndte indlæggelser afviklet i den almene voksenpsykiatri, jf. tabellen nedenfor. Omregner man den del af sengedagene, der er afviklet i den almene psykiatri, til sengepladser, svarer det til, at der gennemsnitligt anvendes ca. 260-280 senge i den almene voksenpsykiatri til retspsykiatriske patienter, svarende til ca. 13 pct. af sengekapaleten.

At så høj en andel som 86 pct. af de påbegyndte indlæggelser sker i almenpsykiatrien er bl.a. udtryk for, at kapaciteten i de retspsykiatriske specialafdelinger er fuldt udnyttet, og at den gennemsnitlige indlæggelsestid i disse afdelinger er høj, da de gennemgående forestår behandlingen af de mest krævende patienter. Endvidere er det relativt nyt, at regionerne generelt opretter særlige retspsykiatriske afdelinger til patientgruppen. Arbejdsdelingen betyder, at der ofte ved nyindlæggelser på retspsykiatriske specialafdelinger vil være behov for at revisitere andre patienter ud af den specialiserede afdeling til en almen afdeling.

TABEL 112

Påbegyndte indlæggelser og sengedage for retspsykiatriske patienter fordelt på retspsykiatriske specialafdelinger og almenpsykiatriske afdelinger, 2011

	Påbegyndte indlæggelser			Sengedage (afsluttede indlæggelser)		
	Antal	Specialafdeling	Almen afdeling	Antal	Specialafdeling	Almen afdeling
		%			%	
Hovedstaden	1.694	14	86	97.748	54	46
Sjælland	519	7	93	19.109	27	73
Syddanmark	815	13	87	29.416	37	63
Midtjylland	1.034	15	85	74.770	79	21
Nordjylland	209	35	65	11.051	66	34
Sikringen	5	100	0	-	-	-
I alt	4.271	14	86	235.827	60	40

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgjort på behandler- og ikke bopælsregion. Region Sjælland er eksklusiv Sikringen.

Som det fremgår af tabellen, er der en betydelig variation mellem regionerne, hvor Region Midtjylland har den største andel af sengedagene⁶⁸ på retspsykiatriske specialafdelinger, mens Region Sjælland har den laveste andel (ekskl. Sikringen).

68 Opgjort for afsluttede indlæggelser.

For en stor del af de retspsykiatriske patienter er det uproblematisk og fagligt velbegrundet, at behandlingen sker på de almenpsykiatriske afdelinger. Det gælder dog særligt for patienter i ambulant behandling. Interviewene med de regionale psykiatriedelser og ledelserne af de retspsykiatriske specialafdelinger viser, at der generelt (med Region Nordjylland som undtagelse) opleves et betydeligt pres på kapaciteten, og at især sengekapaciteten på de specialiserede afdelinger vurderes at være mindre end behovet.

Region Syddanmark har i interviewene givet udtryk for, at det i regionen er en vigtig målsætning, at retspsykiatriske patienter med behov for indlæggelse behandles på en specialafdeling. Som det fremgår af tabellen ovenfor, afviger praksis temmelig meget herfra, idet 87 pct. af de påbegyndte indlæggelser og næsten to tredjedele af senge-dagene i 2011 blev afviklet i almenpsykiatrien. Der er dog i regionen planlagt en betydelig udvidelse af kapaciteten i de kommende år. Region Syddanmark adskiller sig desuden fra de øvrige regioner ved, at størstedelen af de ambulante besøg for retspsykiatriske patienter udføres af de specialiserede afdelinger.

Det har ikke været muligt at afdække sengekapaciteten præcist i alle regionerne i hvert af de seneste år, men skønsmæssigt er kapaciteten blevet udvidet med knap 100 senge i perioden 2007-2011, jf. tabel 3 nedenfor.

I 2011 er det samlede antal disponible senge opgjort til 316. I tillæg hertil anvendes der, som anført ovenfor, i størrelsesordenen 260-280 sengepladser i den almene voksenpsykiatri til retspsykiatriske patienter. Samlet anvendes der således op mod 600 senge i alt.

TABEL 113

Antal senge i retspsykiatrien, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Disponible senge					
Hovedstaden	-	113	113	118	128
Sjælland	-	-	20	20	23
Syddanmark	30	30	30	30	30
Midtjylland	50	-	59	71	83
Nordjylland	22	22	22	22	22
Sikringen	-	-	30	30	30
I alt disponible	-	-	274	291	316
I alt normerede	223	263	289	331	-

Kilde: Danske Regioner: Retspsykiatri – kvalitet og sikkerhed (2011) samt opgørelser foretaget af regionerne. Anmærkning: For Region Hovedstaden dækker opgørelsen over normerede senge. I Region Midtjylland er 17 sengepladser et dedikeret afsnit til retspsykiatriske patienter fra Grønland. Region Sjælland er uden Sikringen. Regionerne har oplyst, at antallet af normerede senge i 2011 var lig med antallet af disponible senge. Det vil dog i givet fald indebære et fald i antallet af normerede senge fra 2010 til 2011, hvilket dels ville være et markant brud med tendensen fra de foregående år, dels ikke svarer til resultaterne fra den kvalitative kortlægning.

6.4.4

Aktivitetsudviklingen for retspsykiatriske patienter

I dette afsnit beskrives de væsentligste træk ved aktivitetsudviklingen for retspsykiatriske patienter i perioden fra 2001 til 2011. Hvor den primære afgrænsning i afsnittene om økonomi og personale samt forholdet mellem almen- og retspsykiatriske kapacitet var organisatorisk (de retspsykiatriske specialafdelinger), omfatter beskrivelserne i dette afsnit *alle retspsykiatriske patienter* uanset om de behandles på specialafdelinger eller i den almene voksenpsykiatri.

6.4.8.1

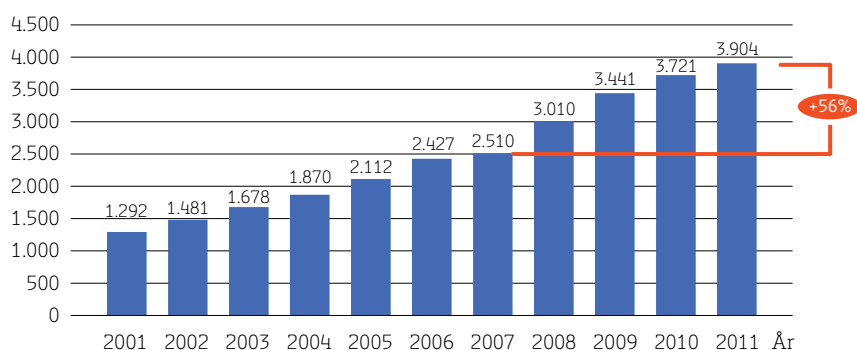
Antal patienter i behandling

Fra 2007 til 2011 er antallet af retspsykiatriske patienter steget med mere end 50 pct., og i forhold til 2001 er der sket mere end en tredobling, jf. figuren nedenfor. Den gennemsnitlige årlige stigning har således igennem mere end 10 år været på næsten 12 pct. Det vides dog, at registreringspraksis på området er særdeles uensartet, og tallene er således behæftet med meget stor usikkerhed.

Der er ifølge rapporten fra arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget flere forskellige mulige forklaringer på denne udvikling. Hvorvidt udviklingen afspejler en reel vækst i antallet af mennesker med psykiske lidelser, som begår kriminalitet, fordi de ikke bliver opdaget eller behandlet i tide, eller om udviklingen afspejler en anden holdning eller praksisændring på området, vides ikke, men der peges i flere sammenhænge særligt på sidstnævnte.

FIGUR 38

Antal unikke retspsykiatriske patienter, 2001-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Eksklusive Sikringen. En unik patient er defineret som en person, som har haft mindst et ambulantly besøg og/eller en indlæggelse det givne år. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion. Omfatter alle retspsykiatriske patienter uanset om de behandles i dedikeret retspsykiatrisk afsnit eller i den almene voksenpsykiatri.

Sammenhæng med tværsnitsundersøgelser af retspsykiatrien

Amterne og siden regionerne har igennem en årrække gennemført såkaldte tværsnitsundersøgelser af aktiviteten i retspsykiatrien. I disse undersøgelser er antallet af patienter med særforanstaltning gjort op på en bestemt dag både i de retspsykiatriske specialfunktioner og i de almene voksenpsykiatriske enheder.

Resultater fra tværsnitsundersøgelsen fra 2010 indgik bl.a. i Danske Regioners rapport fra 2011. I denne rapport er antallet af retspsykiatriske patienter opgjort til 2.638 i 2010.

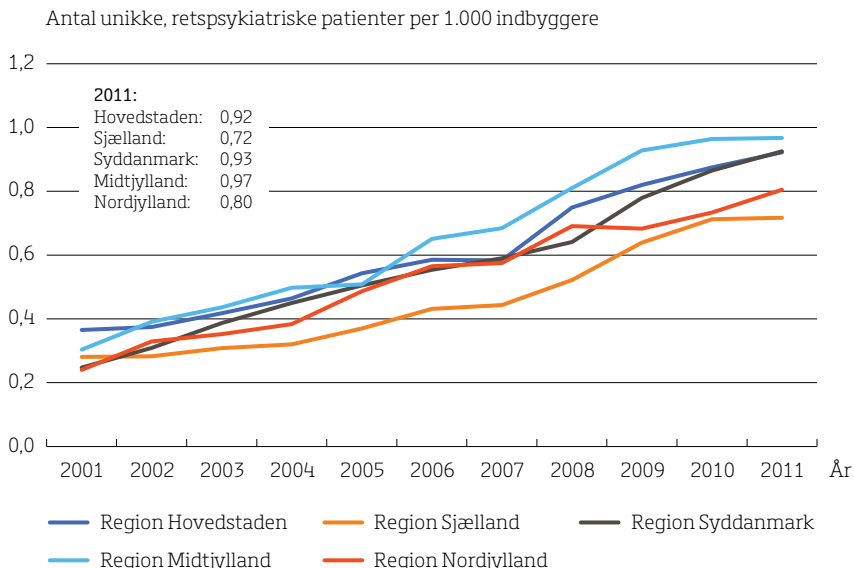
I nærværende analyse er antallet af retspsykiatriske patienter baseret på data fra Landspatientregisteret (LPR) og opgjort til 3.721 i 2010, det vil sige en forskel godt 40 pct. En delforklaring på forskellen er, at antallet af stationære patienter i nærværende undersøgelse er opgjort for et helt år, mens det som nævnt i tværsnitsundersøgelserne er opgjort på en bestemt dag.

De retspsykiatriske patienter omfatter i nærværende opgørelse diagnosekoderne DZ0460-64 og DZ0468-69, herunder hvor de er angivet som bidiagnoser. En mindre del af patienterne er under 18 år.

Ser man på antallet af patienter i forhold til befolkningsstørrelsen, ligger de fem regioner inden for et relativt snævert bånd med en stort set parallel udvikling. Region Midtjylland og Region Hovedstaden ligger højest, og Region Sjælland ligger lavest med et niveau, der er ca. en fjerdedel lavere, jf. figuren nedenfor.

FIGUR 39

Antal unikke patienter i retspsykiatrien, per 1.000 indbygger fordelt på behandlerregion, 2001-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Region Sjælland er eksklusiv Sikringen. En unik patient er defineret som en person, som har haft mindst et ambulant besøg og/eller en indlæggelse det givne år. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion. Omfatter alle retspsykiatriske patienter uanset om de behandles i dedikeret retspsykiatrisk afsnit eller i den almene voksenpsykiatri.

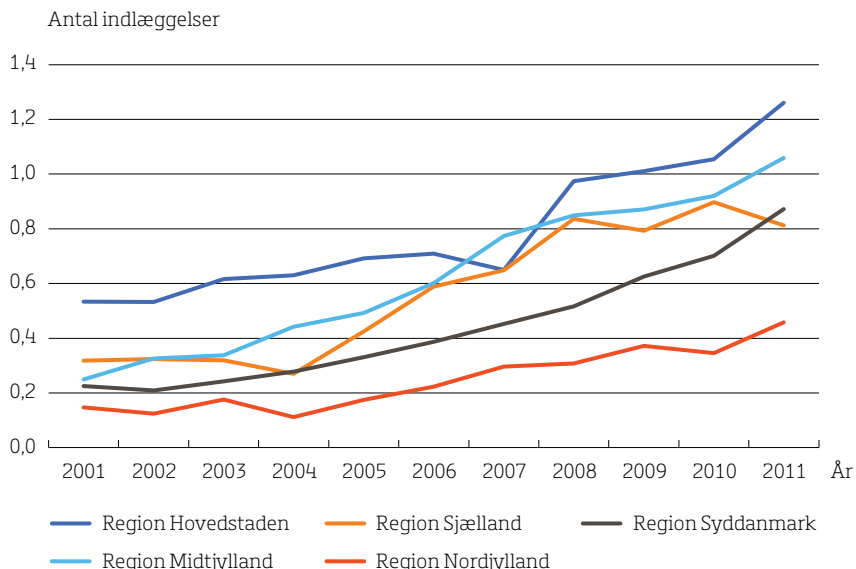
6.4.8.2

Indlæggelser

Det samlede antal påbegyndte indlæggelser er i perioden ligeledes steget markant fra knap 1.400 i 2001 til ca. 2.500 i 2007 og næsten 4.300 i 2011. Det svarer – ligesom for antallet af patienter – til en gennemsnitlig årlig stigning på knap 12 pct. Stigningstakten har varieret mellem regionerne fra 136 pct. i Region Hovedstaden til 325 pct. i Region Midtjylland for perioden som helhed. Ser man på det faktiske niveau for antallet af påbegyndte indlæggelser, ligger Region Nordjylland på et markant lavere niveau end de øvrige fire regioner, jf. figuren nedenfor.

FIGUR 40

Antal påbegyndte indlæggelser per 1.000 indbyggere i retspsykiatrien fordelt på behandlerregion, 2001-2011



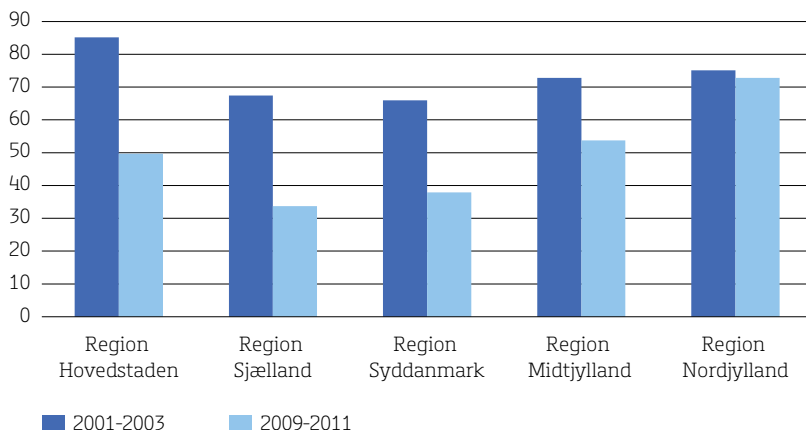
Kilde: Landspatientregisteret. Opgjort per 1.000 indbyggere på 18 år og derover. Omfatter alle retspsykiatriske patienter uanset om de behandles i dedikeret retspsykiatrisk afsnit eller i den almene voksenpsykiatri.

Hvis antallet af påbegyndte indlæggelser sammenstilles med antallet af patienter, viser det sig, at en retspsykiatrisk patient i 2011 i gennemsnit har været indlagt 1,1 gang. Det kan bemærkes, at dette tal har været uændret igennem de seneste 10 år, idet udviklingen i antallet af patienter og antallet af indlæggelser har været helt parallel. Den betydelige udvidelse af patientgruppen har således ikke betydet en ændret sammensætning mellem stationære og ambulante patienter.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid varierer forholdsvis meget fra år til år, hvilket gør det vanskeligere at vurdere udviklingen igennem perioden. I figuren nedenfor er den gennemsnitlige indlæggelsestid for årene 2001-2003 sammenlignet med den tilsvarende for de tre seneste år frem til 2011. Hovedindtrykket er her, at der – bortset fra Region Nordjylland – er sket et fald, som dog for Region Hovedstadens og Region Sjællands vedkommende delvist afspejler en ændret registreringspraksis for skadestuepatienter, der har ført til, at der optræder flere korte indlæggelser, herunder for retspsykiatriske patienter, der i øvrigt behandles ambulant.

FIGUR 41

Gennemsnitligt antal sengedage per påbegyndt indlæggelse, 2001-2003 og 2009-2011



Kilde: Landspatientregisteret. Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion. Omfatter alle retspsykiatriske patienter uanset om de behandles i dedikeret retspsykiatrisk afsnit eller i den almene voksenpsykiatri.

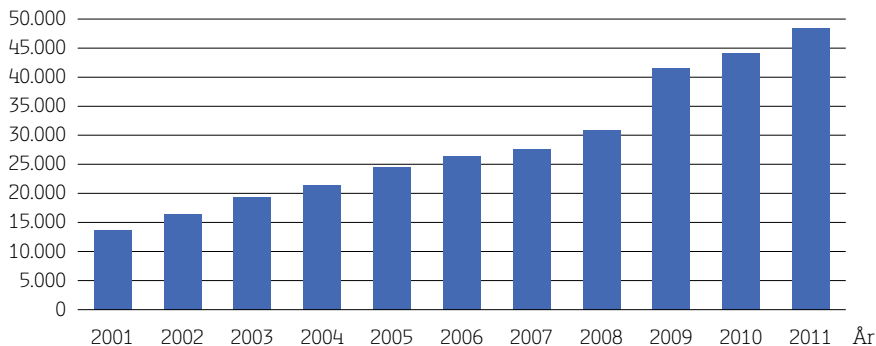
6.4.8.3

Ambulante besøg

Antallet af ambulante besøg for retspsykiatriske patienter er fra 2001 til 2011 steget fra knap 14.000 til godt 48.000, svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på knap 12 pct., jf. figuren nedenfor.

FIGUR 42

Antal ambulante besøg for retspsykiatriske patienter, 2001-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Omfatter alle retspsykiatriske patienter uanset om de behandles i dedikeret retspsykiatrisk afsnit eller i den almene voksenpsykiatri.

På tilsvarende vis som for behandlingen ved indlæggelse foregår en meget stor del af de ambulante besøg for retspsykiatriske patienter i den almene voksenpsykiatri. Som det fremgår af tabellen nedenfor, er der tale om næsten to tredjedele af det samlede antal ambulante besøg, dog også med en meget betydelig variation mellem regionerne. Særligt i Region Hovedstaden og Region Sjælland varetages langt størstedelen af de ambulante besøg for retspsykiatriske patienter i den almene voksenpsykiatri. Region Syddanmark skiller sig på dette punkt ud fra de øvrige regioner ved, at ca. tre fjerdedele af de ambulante besøg udføres af de retspsykiatriske afdelinger.

TABEL 114

Ambulante besøg for retspsykiatriske patienter fordelt på retspsykiatriske afdelinger og almenpsykiatriske afdelinger, 2011

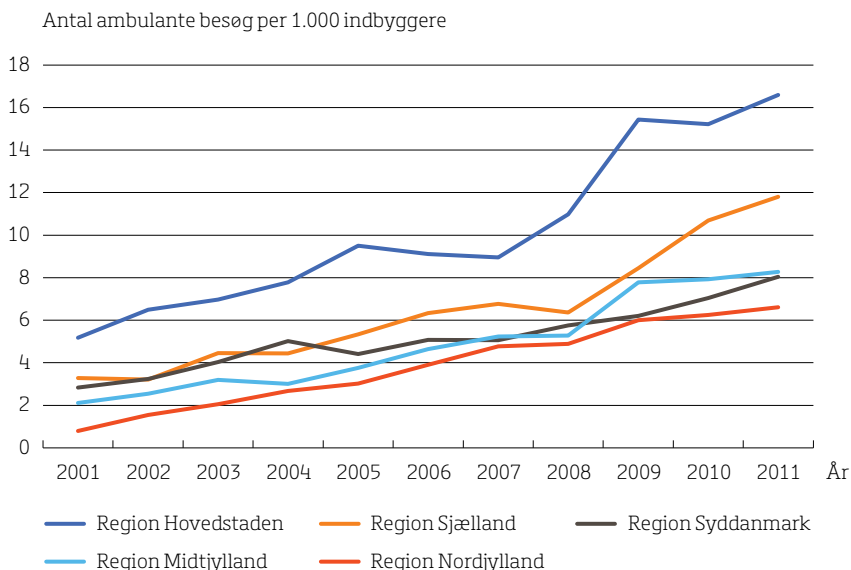
	Antal	Retspsykiatriske specialafdelinger (pct.)	Almenpsykiatriske afdelinger (pct.)
Region Hovedstaden	22.298	20	80
Region Sjælland	7.540	28	72
Region Syddanmark	7.525	75	25
Region Midtjylland	8.082	52	48
Region Nordjylland	3.013	41	59
Hele landet	48.458	36	64

Kilde: Landspatientregisteret.

Det er kendetegnende, at Region Hovedstaden igennem hele perioden har et betydeligt større antal besøg i forhold til befolkningsunderlaget, hvilket understøtter, at der er strukturelle forskelle i kriminalitetsbilledet på tværs af regionerne.

FIGUR 43

Antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere i retspsykiatrien fordelt på behandlerregion, 2001-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Omfatter alle retspsykiatriske patienter uanset om de behandles i dedikeret retspsykiatrisk afsnit eller i den almene voksenpsykiatri.

Ser man på antallet af ambulante besøg per patient, er der også her væsentlige forskelle mellem regionerne, som bidrager til at forklare forskellene i figuren ovenfor. Som det fremgår af tabellen nedenfor, yder Region Hovedstaden og Region Sjælland betydeligt flere ambulante besøg per unik patient end de øvrige regioner. Det kan ikke med sikkerhed vurderes, i hvilken udstrækning dette afspejler forskelle i faglig praksis eller om de retspsykiatriske patienter i de to regioner objektivt set er mere behandlingskrævende.

TABEL 115

Antal ambulante besøg per unik ambulant patient i retspsykiatrien, 2011

	Ambulante besøg	Unikke ambulante patienter	Besøg per unik patient
Region Hovedstaden	22.298	1.048	21,3
Region Sjælland	7.540	404	18,7
Region Syddanmark	7.525	811	9,3
Region Midtjylland	8.082	862	9,4
Region Nordjylland	3.013	352	8,6
Hele landet	48.458	3.477	13,9

Kilde: Landspatientregisteret.

Anmærkning: Opgørelsen er opdelt på behandler- og ikke bopælsregion. Omfatter alle retspsykiatriske patienter uanset om de behandles i dedikeret retspsykiatrisk afsnit eller i den almene voksenpsykiatri.

De psykiatriske skadestuer spiller en ganske begrænset rolle i forhold til de retspsykiatriske patienter og belyses derfor ikke nærmere.

TABEL 116

Nøgletalsoversigt for retspsykiatriske specialafdelinger, 2011

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Sikringen	Hele landet
Regionale tilbud							
Antal personer i behandling (unikke CPR-numre 1)	531	117	916	645	302	35	1.980
Indlagte patienter	232	44	113	159	57	35	511
Ambulante patienter	379	80	872	542	284	0	1.826
Udgifter 2)							
Udgifter per indbygger, kr.	215	96	88	207	105	175	183
Udgifter per patient, 1.000 kr.	544	522	90	314	159	3.193	401
Personale							
Årsværk i alt	366	69	133	274	73	108	1.022
Heraf læger	20	3	15	9	5	2	53
Heraf sundhedsfagligt personale	290	55	104	213	64	71	797
Stationær aktivitet							
Antal disponible senge	128	23	30	83	22	30	316
Antal påbegyndte indlæggelser	251	34	110	158	76	-	634
Sengedage per 1.000 indbyggere (+18 år)	73	30	32	77	24	-	54
Sengedage per stationært årsværk	365	453	335	395	193	-	330
Gennemsnitlig varighed af indlæggelser	229	208	99	395	112	747	237
Ambulante besøg							
Ambulante besøg	6.602	2.091	5.676	4.790	1.238	-	20.397
Ambulante besøg per 1.000 indbyggere (+18 år)	4,9	3,3	6,1	4,9	2,7	-	4,7
Ambulante besøg/sengedage (pct.)	6,8	10,9	19,3	6,4	11,2	-	8,6

Anmærkning: Tallene vedrører aktiviteten for alle patienter, der er behandlet i regionen, det vil sige også patienter fra andre regioner og for Region Midtjyllands vedkommende også grønlandske patienter, hvor udgiften finansieres af det grønlandske selvstyre.

1) Nogle patienter modtager både stationære og ambulante tilbud, og summen af indlagte og ambulante patienter er derfor større end det samlede antal patienter.

Antallet af unikke patienter er i tabellen opgjort særskilt for de enkelte regioner. En forholdsvis stor andel af patienterne modtog behandling i flere regioner i løbet af 2011. Det betyder, at summen af de unikke patienter i de enkelte regioner (2.546) er højere end det konsoliderede antal patienter for regionerne under ét. Dette tal er opgjort til 1.980, svarende til at 566 patienter har modtaget behandling i flere regioner.

2) Tilrettede udgifter.

Barrierer og muligheder for bedre kapacitetsudnyttelse

I dette afsnit gennemgås en række barrierer og muligheder for bedre kapacitetsudnyttelse. Nogle af barriererne er særlige for ét område, men de fleste er relevante i forhold til både børne-, voksen- og retspsykiatri.

6.5.1

Fokus på styring

Historisk har psykiatrien været præget af en decentral og delvist autonom styringskultur, hvor ledelserne i de enkelte afdelinger har haft en udstrakt frihed til at tilrettelægge opgavevaretagelsen selvstændigt, og hvor de enkelte læger i høj grad har været selvedende. Der har ikke på samme måde som i somatikken været tradition for aktivitets- og takststyring, men dette er i alle regionerne et forhold, der er under forandring.

Psykiatrien har desuden været – og er det fortsat – kendetegnet ved, at der blandt læger og på tværs af organisatoriske enheder kan være varierende opfattelser af, hvilken behandling der er den rette for sammenlignelige patienter. Der er en bred erkendelse blandt regionernes psykiatriledelser af, at manglende faglig konsensus i sammenhæng med en decentral styringskultur har medført, eller i hvert fald muliggjort, en stor variation i behandlingspraksis, der ikke har været tilsigtet.

Dette indebærer også, at der har været mulighed for tilsvarende forskelle i produktivitet og kapacitetsudnyttelse, jf. afsnittene om produktivitet i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. I tilknytning hertil viser kortlægningen, at regionernes administrative styringsgrundlag ikke – eller kun delvist – har været understøttende for at sikre transparens omkring sådanne forskelle i hverken planlægnings- eller opfølgningssammenhæng. Dette hænger snævert sammen med, at styringsgrundlaget ikke giver mulighed for at koble ressourceforbrug og aktivitet på detaljeret organisatorisk niveau.

Kortlægningen viser, at der i regionerne er igangsat en række initiativer for at styrke den faglige og økonomiske styring. Nogle af disse initiativer er allerede indført, mens andre er under indfasning eller planlægning. En række af de væsentligste initiativer omfatter:

- Aktivitetsstyring, der knytter ressourceanvendelse og aktivitet tættere sammen.
- Indførelse af pakkeforløb fra 1. januar 2013.
- Centralisering af visitationen.
- Større fokus på organisatorisk og faglig specialisering.
- Specialuddannelser for psykologer og sygeplejersker med henblik på opgaveglidning.
- Mulighed for, at regionerne kan disponere over dele af kapaciteten i speciallægepraksis.
- Tættere integration af de psykiatriske behandlingstilbud med de somatiske, herunder ikke mindst i tilknytning til de kommende års omfattende sygehusbyggerier.

Tilsammen indebærer disse initiativer en betydelig nyorientering af den faglige og økonomiske styring. Såfremt initiativerne realiseres, rummer de potentiale til et opbrud i den hidtidige styringspraksis inden for psykiatrien, i stil med det der har fundet sted i andre dele af sundhedsvæsenet.

Mulighederne for fremadrettet at forbedre kapacitetsudnyttelsen i psykiatrien skal således ses i sammenhæng med realiseringen af bl.a. de nævnte initiativer. Kortlægningen viser, at psykiatriledelserne i regionerne samstemmende har en forventning om, at bedre styring rummer et stort potentiale for faglig harmonisering og økonomisk effektivisering. Samtidig er der stor bevidsthed om, at de intentioner, der er indlejret i initiativerne, indeholder og forudsætter et opgør med den traditionelle styringskultur baseret på udstrakt decentralisering og selvstyring. Det er sandsynligt, at en sådan kulturforandring nogle steder vil møde modstand og/eller kræve en vedholdende ledelsesmæssig indsats over en længere årrække.

6.5.2

Anvendelse af personale

Interviewene i regionerne har, for så vidt angår personaleanvendelsen, især berørt to temaer, nemlig knaphed på lægerressourcer og arbejdsfordelingen mellem personalegrupperne.

Mangel på speciallæger fremhæves i alle regioner som en afgørende problemstilling. Det gælder både i børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og retspsykiatrien.

Interviewene viser generelt, at der blandt afdelingsledelserne er en udbredt forståelse af, at der i voksenpsykiatrien mangler speciallæger, og at dette er en afgørende barriere for at udnytte kapaciteten. Psykiatriledelserne deler delvist denne opfattelse, men fremhæver samtidig, at der er etableret en arbejdsdeling mellem faggrupperne, der sikrer, at opgavernes løses. Det er Deloitte's vurdering, at den udbredte opfattelse af speciallægemangel i nogen eller høj grad baserer sig på, at der har været en tradition for normeringsstyring (som dog nu generelt er afskaffet), og at der i mange afdelinger fortsat eksisterer en form for skyggenormering. I de cirkulerende tal for hvor mange speciallægestillinger der er ubesatte, er det typisk forskellen mellem tidligere normering og aktuel bemanning, der refereres til. Dermed kan den oplevelse af speciallægemangel, som præger voksenpsykiatrien, ikke negligeres, men dog nuanceres.

Sætter man antallet af overordnede læger⁶⁹ i forhold til antallet af patienter i voksenpsykiatrien fås en regional variation fra 162 i Region Hovedstaden til 287 i Region Nordjylland og 319 i Region Syddanmark. Speciallægekapaцитeten kan således vurderes at være mere rigelig – eller mindre knap – i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner, og sammenlignet med Region Nordjylland er der tale om en forholdsmæssig merkapacitet på ca. 50 pct.

Interviewene med regionerne understøtter ligeledes indtrykket af, at der også i de retspsykiatriske afdelinger er knaphed på læger, hvilket bl.a. giver sig udtryk i lange ventetider på udarbejdelse af mentalundersøgelser i flere af regionerne. Antallet af patienter per læge var 37 for regionerne under ét – med en meget stor variation fra

69 Personalegruppen "overordnede læger" er defineret ud fra FLD's grupperinger af overenskomster.

Overordnede læger består af følgende overenskomstgrupper: Afdelingslæger, lægelige chefer, overlæger og speciallægekonsulenter.

22 i Region Hovedstaden til 55 i Region Midtjylland. Indtrykket fra interviewene er, at oplevelsen af lægemangel i retspsykiatrien er forskellig på tværs af regionerne og formentlig stærkest i Region Midtjylland.

Interviewene viser i øvrigt, at regionerne har betydeligt fokus på rekruttering og uddannelse som redskaber til at sikre tilstrækkelig kapacitet og kvalificeret arbejdskraft. Særligt regionerne vest for Storebælt synes at anvende mange ressourcer og meget energi på rekruttering og fastholdelse af speciallæger, herunder rekruttering fra andre lande. Disse regioner har i interviewene givet udtryk for, at de har vanskeligt ved at opnå stabilitet i speciallægegruppen. Det skal dog understreges, dels at disse forhold ikke er afdækket systematisk, dels at der også internt i de enkelte regioner er meget betydelige forskelle i kapacitetssituationen på speciallægeområdet.

På uddannelsessiden retter indsatsen sig ifølge interviewene bl.a. imod at få uddannet flere specialpsykologer og specialsygeplejersker med henblik på, at disse grupper fremadrettet vil kunne substituere lægerne, i højere grad end det er tilfældet i dag.

Det har ikke været muligt at finde tal for hvor stor en andel af sygeplejerskerne i psykiatrien, der har en specialuddannelse. I tabellen nedenfor fremgår imidlertid hvor mange sygeplejersker, der pt. deltager i uddannelsesforløbene. Antallet af sygeplejersker i uddannelse varierer fra 5 i Region Sjælland til 21 i Region Syddanmark. Der er ikke pt. uddannelsessøgende fra kommunerne, og uddannelsesstederne har ledig kapacitet.

TABEL 117

Antal sygeplejersker, der deltager i specialuddannelsen i psykiatri

	Antal
Region Hovedstaden	15 uddannelsesforløb årligt
Region Sjælland	5 sygeplejersker i 2012
Region Syddanmark	21 per 1. marts 2012
Region Midtjylland	7 sygeplejersker per 1. september 2012
Region Nordjylland	7 sygeplejersker i 2012/2013

Kilde: Opgørelser fra regionerne.

Antallet af godkendte specialpsykologer var per 1. september 2012 18 i børne- og ungdomspsykiatrien og 28 i voksenpsykiatrien, jf. Tabel 8. Hertil kan oplyses, at den årlige dimensionering af specialpsykologuddannelsen, dvs. hvor mange forløb der skal opslås, er 15 i børne- og ungdomspsykiatri og 30 i voksenpsykiatri.

TABEL 118

Antal godkendte specialpsykologer, per 1. september 2012

	Børne- og ungdomspsykiatri	Voksenpsykiatri
Region Hovedstaden	4	10
Region Sjælland	2	1
Region Syddanmark	4	6
Region Midtjylland	7	8
Region Nordjylland	1	3
I alt	18	28

Kilde: Regionerne.

Det er i forbindelse med interviewene søgt belyst, hvad regionerne har gjort for at optimere arbejdsdelingen mellem faggrupper – i betydningen at søge opgaver flyttet fra lægerne til andre grupper. Det er Deloittes vurdering, at der igennem årene er sket en udvikling i arbejdsdelingen, og at dette har været en forudsætning for at kunne håndtere flere patienter, besøg og indlæggelser. Rekrutteringsudfordringer har flere steder tvunget – fremskyndet – regionerne til at overveje og gennemføre opgaveglidning mellem faggrupper. Hovedindtrykket fra interviewene er imidlertid, at de konkrete bagvedliggende initiativer fortrinsvist er taget på afdelingsniveau og i et vist omfang er overladt til den enkelte behandlingsansvarlige læge.

Af konkrete eksempler på opgaveflytninger, som nogle afdelinger har nævnt i interviewene, kan nævnes afrusning af patienter, skrivning af basisoplysninger og anamnese i journalføringen og medicinopfølgning. Registreringsopgaver skubbes generelt nedad i systemet.

Det er ligeledes i stigende grad praksis, at psykologer eller specialuddannede sygeplejersker varetager visitation og første patientmøde med reference til den behandlingsansvarlige læge. Særligt Region Midtjylland har satset målrettet på opgaveflytning til psykologerne og har ansat relativt flere i denne gruppe. I 2011 var der således flere psykologer end læger i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland, mens der eksempelvis i Region Hovedstaden anvendes markant flere lægeressourcer end psykologer.

Den varierende opgavefordeling mellem personalegrupper i regionerne indikerer, at lægemangel ikke nødvendigvis er en barriere for øget produktion i den regionale psykiatri. Det understreges også, at det har vist sig, at der reelt ikke eksisterer en faglig konsensus om normeringen af læger til en given kapacitet i hverken den stationære eller ambulante behandlingsdel. Der er en grænse for, hvor meget opgaveglidning der kan gennemføres, bl.a. under hensyn til at noget virksomhed er forbeholdt læger og under hensyn til kvaliteten i behandlingen. Det har ikke været muligt i denne sammenhæng at få belyst, hvor denne grænse går.

6.5.3

Optimering af arbejdsprocesser

De gennemførte interview har afdækket et betydeligt fokus på en generel optimering af arbejdsprocesser, såvel dem, der er knyttet til selve behandlingsforløbene, som dem, der er knyttet til omkringliggende arbejdsopgaver. Disse initiativer er i overvejende grad knyttet til en indarbejdelse af lean-tankegangen som en integreret del af de enkelte enheders arbejdsform med sigte på at understøtte en vedvarende fokusering på forbedring – og ikke blot på enkeltstående projektbaserede initiativer. Flere af de interviewede personer har berettet om gode resultater herved, samtidig med at de har henledt opmærksomheden på, at det vil kræve en varig indsats at fastholde de opnåede resultater og opnå yderligere resultater.

I sammenhæng hermed er der i et par af regionerne peget på praktiske it-mæssige barrierer i forhold til realisering af mere effektive arbejdsprocesser på området, herunder bl.a. knyttet til tværgående kalenderstyring og til individuelle kalendere, som har betydning for planlægningen af forløb, samt understøttelse af daglig planlægning for medarbejdere, der er mobile, og som derfor ikke har adgang til fast kontorarbejdsplads.

I forbindelse med interviewene er det endvidere nævnt, at omfanget af aflysninger i de ambulante aftaler er stort. Et omfang på 25 pct. er nævnt i flere regioner. Det faktiske omfang af aflysninger har ikke kunnet belyses kvantitativt i nærværende kortlægning. Med en fortsat omlægning til ambulante behandling er en reduktion i omfanget af aflysninger imidlertid en oplagt mulighed for at forbedre kapacitetsudnyttelsen.

6.5.4

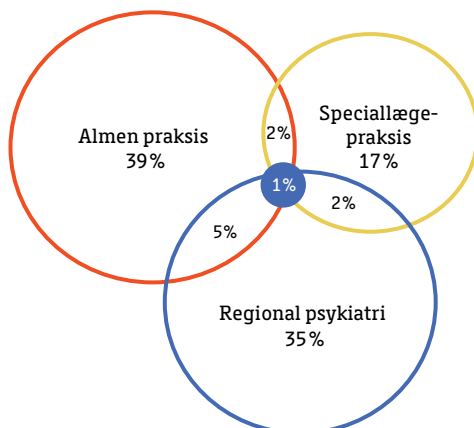
Samarbejde mellem den sygehusbaserede regionale psykiatri og praksissektoren

Det er kendetegnende for det psykiatriske område, at delsektorerne fungerer som overvejende parallelle systemer. Det gælder ikke mindst den regionale psykiatri og speciallægepraksis, hvor der stort set ikke har været noget samspil hidtil. Fordelingen af unikke patienter på tværs af sektorerne viser, at der kun er små overlap (fællesmængder) mellem sektorerne inden for et kalenderår, jf. figuren nedenfor⁷⁰. Hvorvidt dette er et billede på manglende koordinering og sammenhæng mellem sektorerne eller er udtryk for en arbejdsdeling baseret på patienttyngden er ikke afdækket.

⁷⁰ Graden af overlap opdelt på voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri samt forskellen mellem regionerne fremgår af kapitel 4 og 5.

FIGUR 44

Fordeling af unikke patienter på regional psykiatri, speciallægepraksis (psykiatere) og almen praksis (samtaletterapi-ydelser), 2011



Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Ifølge overenskomst om speciallægehjælp skal regionerne foretage en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning og udnyttelse af kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren. Det har betydning for sammenhæng og kvalitet i den enkelte patients forløb, men også for udnyttelsen af den samlede ambulante kapacitet.

Regionerne har ikke hidtil øvet indflydelse på aktiviteten i speciallægepraksis ud over beslutning vedrørende antallet af ydernumre. Kortlægningen viser, at der ikke mellem regionerne og speciallægerne på psykiatriområdet er etableret samarbejds- eller koordinationsfora. Henvielse af patienter til speciallægepraksis sker via de praktiserende læger, og der foretages ikke nogen registrering af diagnoser eller henvisningsårsager. Internt i regionerne varetages relationen til speciallægerne primært via sundhedsafdelingerne. På den baggrund er det for de regionale psykiatrilædelser – ifølge deres egne udsagn i de gennemførte interviews – dårligt belyst, hvilken aktivitet der finder sted i speciallægepraksis.

I den seneste overenskomstfornyelse med speciallægerne har regionerne taget et skridt i retningen mod at sikre en samlet planlægning af kapaciteten på tværs af sektorer. I overenskomsten er der åbnet mulighed for, at regionerne fremadrettet kan disponere over op til 20 pct. af kapaciteten i speciallægepraksis til levering af sygehusydelser. Det er en mulighed, som alle regioner synes indstillet på at benytte, og det er under overvejelse, hvordan det bedst kan ske.

Endvidere er det relevant at nævne, at en potentiel barriere for større grad af udveksling af patienter til de praktiserende speciallæger er, at de ofte har lange ventetider.

6.5.5

Samarbejde om færdigbehandlede patienter

En del af sengekapaleten i den regionale psykiatri optages af patienter, der ikke længere har behov for behandling under indlæggelse, men som ikke kan udskrives, fordi der mangler passende tilbud i den kommunale socialpsykiatri. Kommunerne betaler en takst per sengedøgn (1.834 kr. i 2011) for færdigbehandlede patienter. De samlede kommunale udgifter fremgår for perioden 2007-2011 af tabellen nedenfor for voksenpsykiatrien. Supplerende hertil kan oplyses, at færdigbehandlede patienter i børne- og ungdomspsykiatrien og retspsykiatrien henholdsvis står for 3,1 og 1,8 pct. af sengedagsforbruget.

Udgifterne har i voksenpsykiatrien frem til 2009 ligget tæt på 80 mio. kr. årligt (i løbende priser), svarende til en årlig sengebelægning på ca. 120-130 senge med de gældende takster i de pågældende år. Efter stabile fald i årene 2007-2009 er der sket mere omfattende fald i 2010 og 2011, idet kommunernes samlede betalinger er reduceret til knap 44 mio. kr. i 2011. Det svarer til 65 fuldt belagte sengepladser, hvilket udgør 3,3 pct. af den disponible sengekapalet. Kapacitetsbindingen fra færdigbehandlede patienter er således blevet mindre de seneste par år. Det har dermed frigjort kapalet (omend i begrænset omfang) til, at regionerne har kunnet behandle flere patienter og påbegynde relativt flere indlæggelsesforløb.

Trods markante fald i Region Hovedstaden er det fortsat denne region, der har det største omfang af færdigbehandlede patienter både absolut og set i forhold til regionens størrelse.

TABEL 119

Kommunernes udgifter til færdigbehandlede patienter i voksenpsykiatrien, mio. kr., 2007-2011 (løbende priser)

Region	2007	2008	2009	2010	2011
Hovedstaden	48,5	46,8	46,1	34,2	25,2
Sjælland	9,1	8,3	8,4	3,7	3,3
Syddanmark	6,3	6,7	7,6	9,8	5,6
Midtjylland	11,1	10,4	10,3	5,9	5,1
Nordjylland	3,6	5,6	4,7	4,5	4,7
Hele landet	78,7	77,8	77,1	58,1	43,8
Takst per færdigbehandlet dag, kr.	1.650	1.701	1.771	1.819	1.834

Kilde: Dataudtræk fra statens informationssystem for regioner og kommuner omkring kommunal medfinansiering og kommunal finansiering.

Anmærkning: Voksenpsykiatrien er her afgrænset til hele voksenpsykiatrien, eksklusiv de dedikerede retspsykiatriske afdelinger/afsnit, men inklusive retspsykiatriske patienter, der er indlagt på almene voksenpsykiatriske sengeafsnit.

Det er indtrykket blandt flere interviewede respondenter i regionerne, at sengedagstaksten, som kommunerne betaler, er lavere end regionernes faktiske omkostninger. Ved interviewene er det endvidere blevet påpeget, at kommunerne ikke i alle tilfælde har kompetencen til at løse de opgaver, som har fulgt med udviklingen i den regionale psykiatri. Det stiller sig indimellem i vejen for udskrivninger af psykiatriske patienter, som burde kunne håndteres i samspil mellem almen praksis og de kommunale tilbud. Arbejdsgruppen påpeger, at der ligeledes er tilfælde, hvor psykiatere ikke udskriver patienter, fordi de mangler kendskab til kommunernes tilbud.

6.5.6

Særligt om retspsykiatri

Arbejdsdelingen mellem de retspsykiatriske specialafdelinger og den almene voksenpsykiatri fremstår ganske forskellig på tværs af regionerne, for så vidt angår både de stationære og de ambulante patienter. På baggrund af interviewene er det Deloitte's vurdering, at der ikke foreligger et overblik over enhedsudgifterne til de mest ressourcekrævende patienter, der i dag behandles i de almene voksenpsykiatriske afdelinger. Det kan ikke udelukkes, at disse er højere end, hvad patienterne ville kunne behandles for, såfremt de var placeret i en specialafdeling, hvis der var kapacitet hertil. På den baggrund synes det usikkert, om fordelingen af kapacitet mellem de retspsykiatriske specialafdelinger og de almene afdelinger er optimal. Det er endvidere hovedindtrykket fra interviewene, at de almenpsykiatriske afdelinger i et vist omfang er nødt til at anvende sengekapaцитet til retspsykiatriske patienter, som formentlig – og i hvert fald efter afdelingernes egen opfattelse – mere hensigtsmæssigt kunne være indlagt på en retspsykiatrisk specialafdeling.

Interviewene viser desuden ret samstemmende, at der er en særlig problemstilling omkring varetægtssurrogatfængslede, der hovedsageligt eller i vid udstrækning placeres på almenpsykiatriske afdelinger, fordi der ikke er kapacitet på de specialiserede afdelinger. Der synes overvejende at være enighed om, at denne praksis er mindre hensigtsmæssig.

Endvidere har flere regioner peget på, at der er patienter, der af regionerne indstilles til ophævelse af den retslige foranstaltning, men som ikke – eller først efter lang sagsbehandlingstid – imødekommes af domstolene. Dette må forventes at have betydning for kapacitetsudnyttelsen.

Ligeledes kan det nævnes, at stigende efterspørgsel på mentalundersøgelser og knaphed af speciallæger har øget ventetiden på udarbejdelse af mentalundersøgelser generelt med undtagelse af Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik. Organiseringen af mentalundersøgelser kan have betydning for kapacitetsudnyttelsen, hvilket er beskrevet i afrapporteringen fra Arbejdsgruppen om mentalundersøgelser under Justitsministeriet fra 12. november 2012.

Bilag 1

Arbejdsgruppe 1's sammensætning

Repræsentant	Organisation
Kontorchef Helle Schnedler	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Formand)
Næstformand Thomas Middelboe	Dansk Psykiatrisk Selskab
Formand Jan Jørgensen	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Formand Kristen Kistrup	Dansk Selskab for Distriktspsykiatri
Formand Mogens Seider	Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering
Kontorchef Tommy Kjelsgaard	Danske Regioner
Vicekontorchef Kurt Hjortsø Kristensen	KL
Medlem af hovedbestyrelsen Karen Thomsen	Landsforeningen SIND
Chefpsykolog Birgitte Bechgaard / Sektionsleder Lotte Fensbo	Dansk Psykologforening
Sektorformand Karen Stæhr / Chefkonsulent Mie Andersen	FOA
Speciallæge i psykiatri Niels Siebuhr	Lægeforeningen
Professionschef Tine Lyngholm	Dansk Sygeplejeråd

Repræsentant	Organisation
Cheflæge Per Jørgensen	Faglig repræsentant fra regionerne
Social- og Sundhedsdirektør Yvonne Barnholdt	Faglig repræsentant fra kommunerne
Chefkonsulent Bjørn West / Fuldmægtig Pernille Skafte	Social- og Integrationsministeriet*
Specialkonsulent Ulla Skall	Ministeriet for Børn og Undervisning**
Kontorchef Jens Erik Zebis	Beskæftigelsesministeriet***
Chefkonsulent Charlotte Hougaard Møller / Chefkonsulent Anders Møller Jacobsen / Kontorchef Søren Varder	Finansministeriet
Chefkonsulent Charlotte Hosbond	Sundhedsstyrelsen
Specialkonsulent Anders Jørgen Jensen	Statens Serum Institut
Fuldmægtig Helle Strunge / Konsulent Joan Hansen	Socialstyrelsen
Projektchef Charlotte Bredahl Jacobsen	KORA
Seniorforsker Steen Bengtsson	SFI

* Senere ændret til Social-, Børne- og Integrationsministeriet

** Senere ændret til Undervisningsministeriet

*** Repræsentant fra Arbejdsmarkedsstyrelsen

Dansk Selskab for Almen Medicin var inviteret, men var ikke repræsenteret.

Bilag 2

Supplerende tabeller for beskæftigelsesindsatsen – hhv. for perioden 2009-2011 og første halvår 2012

Nedenfor ses de samme målinger, som fremgår af kapitel 4. Tidsperioden er blot ændret, således at der i det første sæt af tabeller ses på perioden 2009-2011 og der i det andet sæt af tabeller ses på første halvår 2012.

Beskæftigelsesindsats og kontakt til psykiatrien for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser de seneste tre år (2009-2011)

Tabellerne nedenfor viser forsørgelsesstatus og beskæftigelsesindsats de seneste tre år for personer med psykiske lidelser, som modtog offentlige ydelser den 1. januar 2012, samt det gennemsnitlige antal gange disse personer har været i kontakt med psykiatrien i løbet af de seneste tre år.

TABEL 1
**Beskæftigelsesindsats mv. for ydelsesmodtagere
med psykiske lidelser de seneste tre år**

	Ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	Alle ydelsesmodtagere
Gennemsnitlig selv- forsørgelsesgrad, pct.	23,1	27,2
Antal samtaler pr. fuldtids- ledig i løbet af 3 år	6,6	5,5
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	0,9	0,6
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	11,3	11,5
heraf virksomhedsrettet	3,2	4,1

	Ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	Alle ydelsesmodtagere
heraf vejledning/ opkvalificering	8,1	7,4
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 3 år	20,5	3,1
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 3 år	24,6	4,1

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

TABEL 2
Beskæftigelsesindsats mv. for dagpengemodtagere med psykiske lidelser de seneste tre år

	Dagpengemodtagere med psykiske lidelser	Alle dagpengemodtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	50,6	56,9
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	15	13,8
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	0,3	0,2
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	23,1	25,5
heraf virksomhedsrettet	11,4	13,6
heraf vejledning/ opkvalificering	11,7	11,9
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 3 år	2,9	0,2
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 3 år	13,7	1,1

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

TABEL 3
Beskæftigelsesindsats mv. for kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser de seneste tre år

	Kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser	Alle kontanthjælpsmodtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	24,9	29
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	11,3	10,9
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	2,2	1,8

	Kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser	Alle kontanthjælpsmodtagere
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	23,3	29,7
heraf virksomhedsrettet	4,9	7,4
heraf vejledning/ opkvalificering	18,4	22,3
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 3 år	15,6	3,6
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 3 år	23,3	5,8

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Anmærkning: Kontanthjælp er inkl. revalideringsydelse.

TABEL 4

Beskæftigelsesindsats mv. for sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser de seneste tre år

	Sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser	Alle sygedagpengemodtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	58,5	65,2
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	16,3	15,6
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	0,8	0,4
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	15,4	14,3
heraf virksomhedsrettet	6,5	6,3
heraf vejledning/ opkvalificering	8,9	8
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 3 år	7,2	1,6
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 3 år	14,4	3,4

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

TABEL 5

Beskæftigelsesindsats mv. for personer i fleksjob med psykiske lidelser de seneste tre år

	Personer med fleksjob med psykiske lidelser	Alle personer i fleksjob
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	6,9	5
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	5,6	3
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	1,8	1,2
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	10,6	6,5
heraf virksomhedsrettet	4,6	2,8
heraf vejledning/ opkvalificering	6	3,7
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 3 år	5,9	0,7
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 3 år	24,8	3,2

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.
Anmærkning: Fleksjob er inkl. ledighedsydelse.

TABEL 6

Beskæftigelsesindsats mv. for førtidspensionister med psykiske lidelser de seneste tre år

	Førtidspensionister med psykiske lidelser	Alle førtidspensionister
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	2,5	2
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	1,1	0,6
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 3 år	0,1	0
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	1,7	1,1
heraf virksomhedsrettet	0,3	0,2
heraf vejledning/ opkvalificering	1,4	0,9
Antal indlæggelsesdage pr. person i løbet af 3 år	37,1	5,8
Antal ambulante besøg pr. person i løbet af 3 år	32,7	5,5

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Beskæftigelsesindsatsen for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser, 1. halvår 2012

Tabellerne nedenfor viser forsørgelsesstatus og beskæftigelsesindsats et halvt år frem for personer med psykiske lidelser, som modtog offentlige ydelser den 1. januar 2012.

TABEL 7

Beskæftigelsesindsats mv. for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser et halvt år frem

	Ydelsesmodtagere med psykiske lidelser	Alle ydelsesmodtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	6,4	11,4
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	1,6	1,4
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	0,9	0,5
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	11,3	13,3
heraf virksomhedsrettet	4,6	6,4
heraf vejledning/ opkvalificering	6,7	6,9

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

TABEL 8

Beskæftigelsesindsats mv. for dagpengemodtagere med psykiske lidelser et halvt år frem

	Dagpengemodtagere med psykiske lidelser	Alle dagpengemodtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	22,9	28,2
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	2,8	2,7
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	0,1	0,1
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	28,7	30
heraf virksomhedsrettet	17,5	18,5
heraf vejledning/ opkvalificering	11,2	11,5

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

TABEL 9

Beskæftigelsesindsats mv. for kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser et halvt år frem

	Kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser	Alle kontanthjælpsmodtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	3,8	6,9
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	2,4	2,4
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	2,4	1,7
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	21,3	29,2
heraf virksomhedsrettet	6,8	10,6
heraf vejledning/ opkvalificering	14,5	18,6

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Anmærkning: Kontanthjælp er inkl. revalideringsydelse.

TABEL 10

Beskæftigelsesindsats mv. for sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser et halvt år frem

	Sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser	Alle sygedagpengemodtagere
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	17,4	26,3
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	3,8	3,8
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	0,4	0,2
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	14,9	12,1
heraf virksomhedsrettet	7,3	5,9
heraf vejledning/ opkvalificering	7,6	6,2

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

TABEL 11

Beskæftigelsesindsats mv. for personer i fleksjob med psykiske lidelser et halvt år frem

	Personer i fleksjob med psykiske lidelser	Alle personer i fleksjob
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	1,2	1,3
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	1,1	0,6
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	1	0,5
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	7,4	4,3
heraf virksomhedsrettet	3,2	2
heraf vejledning/opkvalificering	4,2	2,3

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Anmærkning: Fleksjob er inkl. ledighedsydelse.

TABEL 12

Beskæftigelsesindsats mv. for førtidspensionister med psykiske lidelser et halvt år frem

	Førtidspensionister med psykiske lidelser	Alle førtidspensionister
Gennemsnitlig selvforsørgelsesgrad, pct.	0,9	1,6
Antal samtaler pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	0	0
Antal mentortimer pr. fuldtidsledig i løbet af 6 mdr.	0	0
Gennemsnitlig aktiveringsgrad, pct.	0	0
heraf virksomhedsrettet	0	0
heraf vejledning/opkvalificering	0	0

Kilde: Arbejdsmarkedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Rapporten er udarbejdet på baggrund af følgende rapporter, der fremgår af hjemmesiden for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (www.sum.dk):

Konsulentrapport

Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom

Udarbejdet af COWI, december 2012.

Konsulentrapport

Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder

Udarbejdet af Rambøll, januar 2013.

Bilagsrapport til konsulentrapport

Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder

Udarbejdet af Rambøll, januar 2013.

Konsulentrapport

Analyse af kapaciteten i psykiatrien

Udarbejdet af Deloitte, december 2012.

Kortlægning
af sammenhæng
i indsatsen
for mennesker
med psykiske
lidelser

Indhold

1	Opsummering – kortlægning af samarbejde og barrierer	253
2	Indledning	261
3	Hvorfor er der behov for sammenhæng i indsatsen?	263
3.1	Udviklingen i psykiatrien	263
3.2	Den faglige indsats for mennesker med psykiske lidelser	264
3.3	Differentieret behov og variation i patientforløb	267
3.4	Hvilke fordele er der ved sammenhængende forløb?	269
4	Samarbejdsmodeller og evidens for integration	271
4.1	Teoretiske samarbejdsmodeller	271
4.2	Evidens for integrerede indsatser	275
4.2.1	Home Treatment	276
4.2.2	Assertive Outreach/Assertive Community Treatment	276
4.2.3	Care Management/Case management	277
4.2.4	Shared Care/Collaborative Care	278
4.2.5	Dobbelt diagnoser	279
4.2.6	Housing First/Supportive housing	279
5	Kortlægning af indsatsen i Danmark	281
5.1	Iværksatte projekter	282
5.2	Introduktion til samarbejdsmodellerne	287
5.2.1	Den serielle model og uafhængige samarbejdsmodel	287
5.2.2	Den parallelle samarbejdsmodel	288
5.2.3	Mere integrerede indsatser	292
5.3	ACT – den danske model	297
5.3.1	Opsøgende teams	297
5.3.2	OPUS	298

5.4	Handleplaner for borgeren/patienten	298
5.4.1	Udskrivningsaftaler og koordinationsplan	299
5.4.2	Handleplaner i den sociale indsats i kommunen	300
5.4.3	Øvrige handleplaner	300
5.5	Kontaktpersonsordninger, tovholdere m.m.	301
5.5.1	Kontaktpersoner i den regionale psykiatri	301
5.5.2	Kontaktpersoner i kommunalt regi	301
6	Internationale erfaringer med integration og nye tendenser	305
6.1	Åben dialog	305
6.2	Erfaringer fra Sverige	306
6.2.1	Södertäljemodelen	306
6.2.2	Tio Hundra – Norrtäljemodelen	307
6.2.3	Personligt ombud	308
6.3	Trieste	309
6.4	Psykiatriske sygeplejersker i den kommunale psykiatri	309
6.5	Brug af ekspertsygeplejersker til koordination	310
6.6	Partnerskaber	310
6.6.1	Community Health Partnerskaber	311
6.7	Integrated Care Pathways	311
7	Identifikation af barrierer for sammenhæng	313
7.1	Organisation og uklar arbejdsdeling	314
7.2	Informationsudveksling og IT	317
7.3	Finansiering	318
7.4	Ledelse	318
7.5	Kultur, værdier og personlige relationer	319
8	Anvendte kilder	321
Bilag 1	Arbejdsgruppe 1's sammensætning	324
Bilag 2	Oversigt over samarbejdsmodeller og projekter i regioner, kommuner og praksissektor	326
	Samarbejdsprojekter, eksempler i regioner og kommuner	326

Figurer

Figur 1	Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser	265
Figur 2	Patientforløb i den regionale psykiatri	266
Figur 3	Grafisk og numerisk fremstilling af patientforløb	268
Figur 4	Den uafhængige samarbejdsmodel	272
Figur 5	Den parallelle samarbejdsmodel	273
Figur 6	Den serielle samarbejdsmodel	274
Figur 7	Den integrerede samarbejdsmodel	274
Figur 8	Brug af forskellige terminologier og metoder i sektorer	319

Tabeller

Tabel 1	Antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indberettet til Sundhedsstyrelsen	299
Tabel 2	Udviklingen i brugen af SKP-ordningen	302
Tabel 3	Udviklingen i brugen af bostøtte efter § 85 til mennesker med psykiske lidelser	303
Tabel 4	Eksempler på forskellige kontaktpersonordninger	304

Bokse

Boks 1	Oversigt over projekter iværksat fra centralt hold	283
Boks 2	Projekt om telepsykiatriske udskrivningskonferencer	289
Boks 3	Projekt udskrivningskoordinatorer i Aalborg Kommune	290
Boks 4	PSP samarbejde	292
Boks 5	Psykiatriens hus	294
Boks 6	Integreret tilbud – dobbelt diagnosticerede	295
Boks 7	Halfway houses	297

1

Opsummering – kortlægning af samarbejde og barrierer

Indledning og baggrund

Regeringen har nedsat et udvalg om psykiatri, som har til opgave at komme med forslag til, hvordan indsatsen for mennesker med psykiske lidelser tilrettelægges bedst muligt. Psykiatriudvalget nedsatte i maj 2012 en arbejdsgruppe, som fik til opgave at afdække kapacitet, struktur og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Arbejdsgruppen har afleveret til psykiatri-udvalget i forbindelse med evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet.

Denne rapport udgør arbejdsgruppens aflevering til psykiatriudvalget om kortlægning og vurdering af indsatser for sammenhæng i patientforløb i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, der går på tværs af myndigheder, sektorer og forskellige forvaltninger. Derudover har arbejdsgruppen identificeret barrierer i forhold til at sikre sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser.

Arbejdsgruppen finder anledning til at bemærke, at rapporten skal ses i tæt sammenhæng med psykiatriudvalgets aflevering i forhold til evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet. Her er der identificeret fire målgrupper og fokusområder med særlige snitfladeproblematikker. Det er i forhold til: 1) sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats 2) samarbejde og sammenhæng mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatri 3) samarbejde om patienter med psykiske lidelser og samtidigt misbrug og 4) samarbejde vedrørende beskæftigelsesindsatser for mennesker med psykiske lidelser.

I nærværende rapport er fokus på at kortlægge tiltag/samarbejdsmodeller til at forbedre sammenhængen i borgerens/patientens forløb bl.a. sammenhængen mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats. I den sammenhæng skal det bemærkes, at udvalget i afleveringen om evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet har forholdt sig til sundhedsaftalerne og de kommunale rammetaler.

Derfor er der i denne afrapportering ikke foretaget en nærmere analyse heraf, men der henvises til, at psykiatriudvalget har konkluderet, at sundhedsaftalerne og de kommunale rammeaftaler overordnet set sætter en god ramme for samarbejde og koordinering af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Det vurderes imidlertid, at der fortsat udfordringer med at få intentionerne i sundhedsaftalerne implementeret fuldt ud på det udførende niveau, og der er en række udviklingspunkter, der skal arbejdes videre med.

Udvalget har endvidere bemærket, at det særligt er vigtigt, at der arbejdes videre med, hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på en styrkelse af samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Disse konklusioner skal således også tages i betragtning i forhold til vurdering af indsatsen til at skabe sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

Derudover skal rapporten ses i sammenhæng med arbejdsgruppens afrapportering om kapacitet og arbejdsgruppe 2's afrapportering om den faglige udvikling i indsatsen for psykiske lidelser. Begge rapporter understreger behovet for en sammenhængende indsats både hvad angår effektiv kapacitetsudnyttelse og i forhold til kvaliteten af indsatsen for borgere/patienter med psykiske lidelser.

Overordnede betragtninger om sammenhæng

Arbejdsgruppen finder overordnet, at sammenhæng i borgeres/patienters forløb er et centralt fokusområde i forhold til at forbedre indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan have en række sundhedsmæssige, sociale og beskæftigelsesmæssige konsekvenser for den enkelte, hvor der er behov for en bred og tidlig indsats på tværs af fagområder og sektorer. F.eks. viser en større undersøgelse, at personer med skizofreni mister tilknytningen til arbejdsmarkedet 6 år før diagnosen stilles.

Arbejdsgruppen vurderer, at udviklingen i psykiatrien, herunder specialisering, øget ambulant behandling og øget fokus på rehabilitering af borgere med psykiske lidelser, har øget behovet for samarbejde mellem den regionale psykiatri, praksissektoren og kommunen og inden for de enkelte sektorer, herunder imellem faggrupper (læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere, hjemmehjælper, pædagoger mv.).

Arbejdsgruppen finder det vigtigt at pointere, at der i et forløb med behov for flere indsatsen ofte vil være behov for samtidige og parallelle indsatser mellem fagområder og sektorer frem for indsatser i forlængelse af hinanden. Det er derfor vigtigt, at der ikke kun er fokus på overgange, men at der sker koordinering og samarbejde under hele borgerens/patientens forløb. Derudover vil der i mere komplekse forløb være behov for en egentlig integreret indsats, hvor f.eks. et tværfagligt team samarbejder om en helhedsorienteret indsats.

Arbejdsgruppen finder anledning til at præcisere, at der er mange variationer af patientforløb – afhængig af bl.a. lidelsens kompleksitet, borgerens funktionsniveau og borgerens sociale problemstillinger – der giver forskel i koordinationsbehovet. Der findes ikke opgørelser for, hvor mange borgere/patienter med psykiske lidelser, der vil have behov for flere samtidige indsatser. Arbejdsgruppen vurderer dog, at for en stor gruppe af borgere/patienter med lettere psykiske lidelser og uden sociale problemstillinger, vil der ikke være et stort koordinationsbehov. Mange af disse patienter vil følges og afsluttes

i praksissektoren. En dansk auditundersøgelse, har vist, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig hos deres praktiserende læge med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter.

For borgere med sværere psykiske lidelser vil der ofte være behov for indsatser fra både den regionale psykiatri, den kommunale sociale indsats og den kommunale beskæftigelsesindsats. Det estimeres i et større forskningsstudium, at ca. 1,6 pct. af befolkningen har en svær og behandlingskrævende psykisk lidelse (89.000). I kortlægningen af kapaciteten på psykiatriområdet fremgår det, at ca. 21.800 børn og unge i 2011 var tilknyttet børne- og ungdomspsykiatri, ca. 93.000 var tilknyttet voksenpsykiatrien i 2011. Der foreligger pt. ikke opgørelser for, hvor mange af disse, der samtidigt modtager støtte i den kommunale indsats.

Arbejdsgruppen finder anledning til at betone, at der også i høj grad er behov for koordinering internt i kommunerne og internt i den regionale psykiatri og i mellem sektorerne. I voksenpsykiatrien er der stort behov for intern koordinering på det regionale niveau, da der i halvdelen af forløbene indgår både ambulante indsatser og indlæggelse. I børne- og ungdomspsykiatrien er koordinationsbehovet internt på regionniveau ikke så stort, da over 90 pct. af patientforløbene alene er ambulante.

Over halvdelen af patienterne i voksenpsykiatrien afsluttes til videre behandling i almen praksis. Derfor er det vigtigt, at der er et godt samarbejde mellem den regionale psykiatri og praksissektoren.

På børne- og ungeområdet er der behov for sammenhæng mellem den regionale psykiatri og især den kommunale sociale og undervisningsmæssige indsats.

Arbejdsgruppen finder endvidere anledning til at påpege, at der ikke kun bør sikres sammenhæng i forhold til indsatsen relateret til den psykiske lidelse. Borgeren/patienten kan have en samtidig somatisk problemstilling, der også skal behandles. Arbejdsgruppe 2 har kortlagt sammenhæng mellem den psykiatriske behandling og den somatiske behandling.

Kortlægning af indsatser for sammenhæng i forløb

Arbejdsgruppen har kortlagt samarbejdsmodeller og tiltag med formål at forbedre sammenhængen i borgerens/patientens forløb i Danmark. Derudover har arbejdsgruppen afdækket internationale erfaringer med forskellige organisationsmodeller.

Arbejdsgruppen har, med henblik på at kunne vurdere de forskellige indsatser for sammenhæng, taget udgangspunkt i en teoretisk model for tværsektorielt og tværfagligt samarbejde. Graden af samarbejde og koordination kan teoretisk betragtes i et kontinuum, hvor integration er den højeste grad af samarbejde. Integration er når to eller flere behandlere samvirker om én behandling eller indsats. Der kan skelnes mellem integration på indsatsområder og integration på fagområder. Integration på indsatsområder handler om, hvem der har ansvaret for lovgivning, organisation, finansiering, tilbud, behandlingssted. Integration på fagområder handler om hvilken faglighed og viden der anvendes i behandlingen, dvs. om behandlingsmetoder, personale, uddannelse.

I den serielle og uafhængige samarbejdsmodel arbejdes der med en lav grad af integration, hvor opgaverne er horisontalt specialiserede, og hver faggruppe arbejder

med hver deres opgaver uafhængigt af hinanden. I den parallelle og integrerede samarbejdsmodel arbejdes der med vertikal specialisering. I disse modeller arbejdes i højere grad med fælles mål for indsatsen og tæt tværfagligt samarbejde med høj grad af kommunikation.

Der er i en gennemgang af forskningslitteraturen på området fundet dokumentation for, at større grad af integration af psykiatrisk behandling og social indsats for patienter med sværere psykiske lidelser er bedre end indsats med mindre grad af samordning. Dette gælder i forhold til nedbringelse af genindlæggelser, reduktion af lidelsessymptomer, reduktion af samtidigt stofmisbrug, øget tilknytning til behandlingen og øget tilfredshed med behandlingen. Der er også evidens for, at pårørende til mennesker med psykiske lidelser i integrerede indsætter føler sig mindre belastet, og er signifikant mere tilfredse med behandlingen, end pårørende til mennesker med psykiske lidelser i standardbehandling.

Der er i udlandet afprøvet forskellige organisatoriske modeller for integrerede indsætter. Der er fundet evidens for, at ACT teams med brugen af tværfaglighed (Assertive Community Treatment) og Home Treatment er effektivt i behandlingen af mennesker med svære psykiske lidelser. Shared care og collaborative care har i international sammenhæng vist effekt i behandlingen af mennesker med ikke-psykotiske lidelser som angst og depression. Der er i en international sammenhæng fundet evidens for, at Housing First, hvor der stilles bolig til rådighed som en del af indsatsen, har effekt i forhold til mennesker med svære psykiske lidelser. Der er ikke fundet evidens for, at en integreret indsats for borgere med dobbeltdiagnoser er bedre end en parallel indsats. Det væsentlige er, at behandle borgerens lidelser samtidig.

Hovedfund i kortlægningen i Danmark

- Arbejdsgruppen finder overordnet, at der er igangsat mange tiltag og samarbejdsprojekter i kommuner og regioner, der skal forbedre sammenhængen mellem den regionale psykiatri og den kommunale indsats, og internt i den regionale psykiatri og kommunen. Der er i kortlægningen identificeret over 80 samarbejdsprojekter mellem regioner og kommuner. Der er flere projekter, som har fokus på børn og unge, dobbeltdiagnosticerede og sygemeldte borgere med psykiske lidelser. Udviklingen er både initieret fra centralt hold bl.a. gennem satspuljen og fra lokalt hold.
- Der er indført og igangsat en række forskellige modeller for samarbejde bl.a. tværfagligt teamsamarbejde, shared care, fremskudt visitation og mobile teams, men udbredelsen varierer. Der er variation i projekterne i forhold til formål, metoder og organiseringsmodeller. Flere af projekterne er fortsat under afprøvning, hvor andre er mere udbredt, herunder f.eks. udskrivningskonferencer. Der vil inden for de næste år foreligge evalueringer for mange af de igangsatte samarbejdsmodeller, som vil kunne give mere viden om samarbejdsmodellernes effekt i forhold til at sikre sammenhæng i forløbet, kvalitet, nedbringelse af genindlæggelser, bruger-/patienttilfredshed mv.
- Kortlægningen viser, at der er indført mange forskellige koordinationsredskaber som f.eks. koordinationsplaner og sociale handleplaner for mennesker med psykiske lidelser. Flere af disse planer er lovbundne. Der afprøves i enkelte regioner og kommuner forsøg med anvendelsen af en fælles lokal rehabiliteringsplan.

- Derudover viser kortlægningen, at der er indført mange forskellige modeller for "tovholdere" eller "støttepersoner" i borgerens/patientens forløb både i den regionale psykiatri og i den kommunale indsats. Nogle af kontaktpersonsordningerne er lovbundne, herunder f.eks. bostøtte og støttekontaktperson-ordningen (SKP-ordning), hvor andre er indført efter lokale beslutninger, herunder f.eks. udskrivningskoordinatore. De senere år er der sket en markant stigning i antallet af borgere, der ydes bostøtte til. En analyse af bostøtten har vist, at 98 pct. af borgerne var tilfredse med støtten til at holde kontakt med offentlige myndigheder, og at 97 pct. var tilfredse med støtten til at holde kontakt med praktiserende læge og regional psykiatri.
- Kortlægningen viser, at den serielle og uafhængige samarbejdsmodel med lavere grad af integration er udbredt i forhold til koordineringen internt mellem sygehusafdelinger og distriktspsykiatri og mellem sektorer i patientens forløb. Fokus er i høj grad på overgange og aftalte instrukser f.eks. ved henvisning og udskrivning. Samarbejdet er bl.a. en del af sundhedsaftalerne. Derudover er der pr. 1. januar 2013 i alle regioner implementeret pakkeforløb inden for 9 psykiske lidelser med fokus på den sundhedsfaglige indsats inden for den regionale psykiatri herunder intern koordinering. Kortlægningen viser, at tværsektorielle forløbsprogrammer, der fastlægger arbejdsdelingen mellem sektorerne ikke er udbredt inden for psykiske lidelser.
- Kortlægningen viser også, at der forsøges med højere grad af samarbejde og integration mellem den regionale psykiatri og den sociale kommunale indsats gennem øget kommunikation, tættere ledelsesmæssigt samarbejde mellem faggrupper og sektorer f.eks. ved brug af udskrivningskonferencer, etablering af fælles teams, fremskudt visitation, og brug af fælles planer f.eks. rehabiliteringsplan.
- Kortlægningen viser, at der er indført ACT gennem opsøgende psykoseteams og OPUS i alle regioner, som er et eksempel på en model, der indeholder høj grad af integration. Teamsene er forankret i den regionale psykiatri, især distriktspsykiatrien. Den danske ACT model indeholder dog mindre grad af integration mellem et sundhedsfagligt og socialfagligt team, end i den oprindelige ACT model. Forskningslitteraturen viser imidlertid, at det i høj grad er integrationen af det socialfaglige perspektiv, der giver god effekt.
- Kortlægningen viser, at der er i Danmark er igangsat projekter med shared care, herunder collaborative care i større skala i forhold til patienter med ikke-psykotiske lidelser. Shared care organiseringen er mellem almen praksis og den regionale psykiatri. Praktiserende psykiatere og praktiserende psykologer er derimod i begrænset omfang tænkt ind i samarbejdsmodellerne. Praktiserende psykologer og praktiserende psykiatere er imidlertid en faggruppe som ser en stor del af patienterne med ikke-psykotiske lidelser.
- Kortlægningen viser, at der som led i satspuljeregi er etableret socialfaglige akuttilbud med henblik på at forebygge bl.a. genindlæggelser og sikre et bedre samarbejde mellem den kommunale sociale indsats og den regionale psykiatri. Derudover er igangsat forsøg med CTI metoden og housing first særligt i forhold til hjemløse. Desuden er enkelte regioner i gang med at udvikle såkaldte halfway houses, som er tværfaglige boformer til stabilisering af psykotiske borgere. Projekterne er på udviklingsstadiet.
- Kortlægningen viser, at der er etableret et landsdækkende myndighedssamarbejde mellem politi, sociale myndigheder og den regionale psykiatri (PSP) som led

i indsatsen for udsatte personer. En evaluering viser, at PSP-samarbejde giver bedre koordinering mellem myndigheder, og kan medvirke til forebyggelse af kriminalitet og social deroute.

- Der er i kortlægningen identificeret flere projekter, der søger at integrere en sundhedsindsats med en beskæftigelsesindsats for borgere/patienter med psykiske lidelser bl.a. som led i Beskæftigelsesministeriets indsats Tilbage til Arbejde (TTA). Der er endvidere opstartet et stort randomiseret forsøg, der skal undersøge effekten af to målrettede beskæftigelsesindsatser, hvor der anvendes IPS (Individuelt Planlagt job med Støtte) og Sherpa. I modellen tilknyttes borgeren en konsulent, der skal sikre integration mellem den behandlingsmæssige indsats og den beskæftigelsesrettede indsats.
- Der er i kortlægningen af Danmark ikke fundet eksempler på en fuldkommen integreret samarbejdsmodel, hvor man har samordnet den psykiatriske behandling og de sociale støtteforanstaltninger gennem en fælles ledelsesmodel og fælles budgetter. Der er heller ikke identificeret eksempler på fælles ledelse og budgetter mellem den regionale psykiatri og praksissektoren.

Hovedfund i kortlægningen af udenlandske erfaringer

- Arbejdsgruppens kortlægning af udenlandske erfaringer viser, at samarbejdsproblematikker ikke er en særkende i den danske psykiatri, men er udtalt i andre vestlige lande. Der er i udlandet gode erfaringer med indførelse af organisatoriske samarbejdsmodeller, der har et mere integrerende sigte mellem regional psykiatri og den sociale indsats f.eks. gennem partnerskaber mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats f.eks. den svenske Tio Hundra – Norrtälje modellen. Initiativerne må vurderes i forhold til danske forhold.
- Der er gode erfaringer med større inddragelse af patienten og netværket som en metode til en mere sammenhængende indsats. Studier viser, at brugen af Åben Dialog bl.a. medvirker til færre sengedage, færre psykotiske symptomer og ned-sættelse af brugen af antipsykotisk medicin, samt flere i arbejde, mens evidensen for Åben Dialog er begrænset.
- Der er i Sverige gode erfaringer med etablering af et personligt ombud for personer med svære psykiske lidelser og svære sociale problemer. Hovedopgaven for personligt ombud er at medvirke til at forskellige myndigheders indsatser bliver samordnet i forhold til den enkelte bruger. Derudover skal det personlige ombud have en mægler og advokatrolle for borgere. På den måde adskiller det personlige ombud sig fra SKP-ordningen ved, at der i høj grad er fokus på sikring af borgerens/patientens rettigheder.
- Der er endvidere i udlandet erfaringer med tværsektorielle forløbsprogrammer. Forløbsprogrammer har vist sig fordelagtige til forbedring af behandlingssamarbejder på tværs af sektorer og faggrupper, fordi der skabes formelle rammer for kommunikation og informationsdeling.
- Der er i andre vestlige lande bl.a. USA, Storbritannien og Holland erfaringer med at anvende eksperpsygeplejersker til at koordinere borgerens/patientens forløb og skabe sammenhæng i indsatserne.

Identifikation af barrierer

Arbejdsgruppen har bl.a. på baggrund af KORA's litteraturstudium af tværsektorielt samarbejde i Danmark og i udlandet, og evalueringen af sundhedsaftalerne, identificeret 5 fokusområder for barrierer i forhold til at opnå mere sammenhængende forløb for borgere/patienter med psykiske lidelser. En del af de konstaterede barrierer er formentligt generelle for hele sundhedsvæsenet og ikke psykiatrien alene. Arbejdsgruppen finder udover de 5 fokusområder anledning til at bemærke, at mangel på personale-mæssig kapacitet kan udgøre en barriere for sammenhængende forløb i psykiatrien.

1) Organisering og uklar arbejdsdeling

- Arbejdsgruppen finder, at udviklingen i psykiatrien med øget centralisering og samling på færre enheder, og den samtidige decentralisering af socialområdet og beskæftigelsesområdet, udfordrer samarbejdet mellem den regionale psykiatri og kommunerne. Den regionale psykiatri oplever, at de har flere samarbejdspartnere, mens kommunerne oplever, at afstanden er større.
- Arbejdsgruppen finder, at forskellige organisatoriske grænsedragninger og usikkerhed i forhold til, hvem der tager sig af hvilke patientgrupper, kan udgøre en barriere for samarbejdet mellem sektorerne. Dette gælder:
 - I forhold til arbejdsdelingen mellem almen praksis, speciallægepraksis, den ambulante psykiatri særligt i distriktpspsykiatrien og kommunale tilbud som f.eks. bostøtte.
 - I forhold til arbejdsdelingen mellem regionale kontaktpersoner og kommunale kontaktpersoner. Det kan ikke udelukkes, at de mange forskellige kontaktpersonsordninger, der er etableret i regionalt og kommunalt regi, kan skabe uklarhed om, hvem der har ansvaret for koordineringen af borgerens/patientens forløb. Endvidere kan de mange kontaktpersoner betyde, at borgeren/patienten og involverede fagfolk skal forholde sig til mange forskellige tovholdere og koordinatore.
- Arbejdsgruppen finder, at det muligvis kan udgøre en barriere, at sundhedsaftalerne kun i begrænset omfang indeholder aftaler vedrørende koordineringen af indsatsen for sygemeldte/ledige borgere med psykiske lidelser. Fremadrettet vil alle kommuner fra 1. januar 2013 have rehabiliteringsteams. Formålet med teamet er at sikre en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder med fokus på, at borgeren ikke mister fodfæstet på arbejdsmarkedet. Arbejdsgruppen vurderer, at dette vil understøtte, at der iværksættes en koordineret indsats på tværs af forvaltninger og et struktureret samarbejde med det regionale sundhedsvæsen, men at indsatsen kun vil vedrøre mennesker, som i dag ville kandidere til en førtidspension, altså den gruppe med de sværeste problemer.

2) Informationsudveksling og IT

- Arbejdsgruppen finder, at mangel på *it-understøttet kommunikation og standardisering* på tværs af praksissektoren, sygehuse og kommuner udgør en væsentlig barriere for sammenhæng i indsatsen. Oplevede problematikker blandt fagpersoner er bl.a. manglende oplysninger om medicin ved indlæggelse og udskrivning f.eks. til botilbud, manglende udsendelse af advis, og begrænset viden om den indlagte borgers funktionsniveau.

3) Finansiering

- Arbejdsgruppen finder, at finansieringsmodellerne inden for den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats kan være en barriere for koordination i forløbet. Arbejdsgruppen anser det som et problem, at ydelsesstrukturen i den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats ikke i tilstrækkelig grad understøtter koordination som aktivitet. Der kan således være en mulig konflikt mellem krav om produktivitet og indsatsen for sammenhæng. Regeringen har nedsat et kulegravningsudvalg, der skal analysere strukturerne og incitamenterne i sundhedsvæsenet.
- Arbejdsgruppen finder endvidere, at en mulig barriere for sammenhængende forløb er, at der i overenskomsten på praksisområderne, herunder alment praktiserende læger, ikke er tilstrækkelig grad af incitament til at samarbejde mellem sektorer.

4) Ledelse

- Arbejdsgruppen finder, at det kræver stor ledelsesmæssig opmærksomhed at skabe rammerne for sammenhængende forløb. Manglende ledelsesmæssig prioritering, og manglende samarbejdsstrukturer på tværs af enhederne/forvaltningerne og sektorer, kan udgøre en barriere for en sammenhængende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Mål i egne organisationer kan være i konflikt med at sikre sammenhæng på tværs af sektorer.
- Arbejdsgruppen finder endvidere, at det kan udgøre en barriere, såfremt der ikke mellem de forskellige ledelser i henholdsvis den regionale psykiatri, praksissektoren og kommunerne er samarbejde om arbejdsdeling og fælles mål for indsatsen er etableret samarbejdsfora herfor.

5) Kultur, værdier og personlige relationer

- Arbejdsgruppen finder, at kulturelle barrierer og manglende personkendskab til samarbejdspartnere er et meget væsentligt indsatsområde med henblik på at skabe en helhedsorienteret og sammenhængende indsats for borgeren/patienten. Det kan udgøre en barriere for samarbejdet mellem faggrupper, sektorer og myndigheder at:
 - Der er forskel i opfattelse og mål for indsatsen mellem faggrupper, sektorer og myndigheder.
 - Kendskabet til hinandens rammebetingelser og kompetencer generelt er begrænsede, og at der ofte ikke er enighed om, hvordan centrale begreber anvendes. Det kan f.eks. være begreber som behandling, pleje og rehabilitering.
 - De konkrete medarbejdere ikke har kendskab til hinanden og ikke har nogen personlige relationer.

2

Indledning

Med afsæt i evalueringen i kommunalreformen på psykiatriområdet, kortlægges og vurderes i det følgende indsats for sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af myndigheder, sektorer og forskellige forvaltninger. Arbejdsgruppen kortlægger indsatsen i Danmark, men giver også eksempler på modeller anvendt i udlandet med henblik på at opnå større sammenhæng. I rapporten vurderes udviklingen, herunder hvor langt vi er kommet i Danmark i forhold til at arbejde med integrerede indsatser. Derudover identificeres barrierer i forhold til sammenhængende forløb. Der er i evalueringen af kommunalreformen identificeret flere barrierer for sammenhæng.

Psykiatriudvalget har i evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet konkluderet følgende:

- Den generelle udvikling i psykiatrien med kortere intensive indlæggelser med opfølgning i ambulant regi, og fokus på rehabilitering af den enkelte borger i eget nærmiljø, øger kravene til regioner og kommuner om samarbejde på området.
- Sundhedsaftalerne og de kommunale rammeaftaler sætter overordnet set en god ramme for samarbejde og koordinering af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Der er imidlertid fortsat udfordringer med at få intentionerne i sundhedsaftalerne implementeret fuldt ud, på det udførende niveau, og der er en række udviklingspunkter, der skal arbejdes videre med.
- Det er særligt vigtigt, at der arbejdes videre med, hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende om sundhedsaftalerne, med henblik på en styrkelse af samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.
- Den interne organisering i regioner og kommuner, med opdeling i enheder og faglige 'søjler', og manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af 'søjlerne', kan udgøre en barriere for en sammenhængende indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Psykiatriudvalget har identificeret fire målgrupper og fokusområder med særlige snitfladeproblematikker. Det er i forhold til følgende:

1. *Sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats.* Samarbejdet mellem den regionale psykiatri dvs. stationære og ambulante enheder og den kommunale sociale indsats fungerer ikke altid tilfredsstillende, og borgere/patienter oplever, at forløbene ikke altid er koordineret. Den manglende sammenhæng i indsatserne kan resultere i uhensigtsmæssige forløb med hyppige behandlingsbrud, unødige (gen)indlæggelser og ressourcespild.
2. *Samarbejde mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatri.* Der henvises stadig flere børn til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Mange henvisninger afvises i den regionale psykiatri på grund af manglede dokumentation eller fordi henvisningen vurderes ubegrundet. Bedre samarbejde om henvisninger vil formentlig kunne reducere unødigt ventetid, ressourcespild samt give mere sammenhængende forløb for den enkelte. Herudover er det væsentligt, at børn og unge får den rette støtte og vejledning fra egen læge og ikke mindst fra kommunen, mens de venter på undersøgelse og behandling. En kvalificeret kommunal indsats kræver ofte koordinering på tværs af forvaltninger og fagområder i kommunerne.
3. *Samarbejde om indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og misbrug.* Psykiatriudvalget konstaterer flere snitfladeproblematikker relateret til behandlingen af de dobbelt diagnosticerede, der har en psykisk lidelse og et misbrug. Der peges bl.a. på mangel på samarbejde og kommunikation mellem den regionale psykiatri og kommunale misbrugsenheder. Dette kan resultere i uhensigtsmæssige og afbrudte forløb, og i at patienten/borgeren ikke modtager den relevante behandling.
4. *Samarbejde vedrørende beskæftigelsesindsatser for mennesker med psykiske lidelser.* Psykiatriudvalget konstaterer snitfladeproblemer i forhold til de kommunale jobcentre og den regionale psykiatri om udredning og behandling. Hertil kommer at ventetid til udredning og behandling kan udgøre en udfordring i forhold til at få sygemeldte hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet. Koordinationen mellem praktiserende læge og kommune, om indsatsen for sygemeldte, er ikke altid velfungerende. Dette kan have betydning for patientens mulighed for at bevare tilknytning til arbejdsmarkedet. Endelig kan den interne organisering i sektorer i kommunerne, med en opdeling i faglige 'søjler' og manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af 'søjlerne', udgøre en barriere for indsatsen.

Læsevejledning

I afsnit 3 beskrives, hvorfor der er behov for sammenhæng i indsatsen.

I afsnit 4 beskrives, hvordan man teoretisk kan betragte graden af samarbejde og integration, samt evidensgrundlaget for forskellige samarbejds-/ integrationsmodeller.

I det efterfølgende afsnit 5 kortlægges, hvilke tiltag og projekter regioner og kommuner har iværksat med henblik på at øge det tværsektorielle samarbejde og det interne samarbejde inden for egen organisation. Den generelle udvikling vurderes i forhold til graden af samarbejde og integration i de identificerede samarbejdsprojekter/modeller.

I afsnit 6 kortlægges internationale erfaringer med samarbejdsmodeller, og der gives eksempler på nye tendenser.

I afsnit 7 identificeres mulige barrierer for gode patientforløb og sammenhæng i indsatsen.

3

Hvorfor er der behov for sammenhæng i indsatsen?

Psykiske lidelser kan have konsekvenser for evnen til at strukturere hverdagen, samvær med andre mennesker og muligheden for at passe et arbejde. Derfor kan mennesker med psykiske lidelser have brug for flere former for indsatser. Der kan være brug for indsatser, der kan reducere symptomer, støtte til at strukturere hverdagen, støtte i boligen og evt. i familien, hjælp til at genvinde sociale kompetencer, genvinde arbejds- evnen og til forsørgelse. I de tilfælde hvor mennesker med psykiske lidelser har et misbrug, vil der også være et behov for hjælp til afvænnning.

3.1

Udviklingen i psykiatrien

Tidligere blev psykiske lidelser behandlet gennem langvarige indlæggelser, men i takt med udviklingen i den medikamentelle behandling, er der udviklet forskellige sociale indsatser for mennesker med psykiske lidelser. Med denne udvikling væk fra måneds- eller årelange indlæggelser, til flere og kortere indlæggelser og flere ambulante forløb, opstod samtidig et behov for en øget social indsats og støtteforanstaltninger. Amter og kommuner fik i 1980'erne, i takt med nedlæggelsen af heldøgnsengepladser, stigende ansvar for at støtte borgere med psykiske lidelser i at blive inkluderet i samfundet, herunder ansvar for at tilbyde boliger, aktiviteter og beskæftigelse samt ansvar for at støtte dem i at skabe en god hverdag. Fra 1980'erne begyndte opbygningen af distriktspsykiatrien.

Indtil kommunalreformen i 2007 var det primært amterne, der havde ansvaret for tilbud til de sværest psykisk syge. Amternes tilbud bestod udover diagnostik og behandling af bl.a. særlige botilbud, misbrugsbehandling og beskæftigelsestilbud.

Med kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne det samlede myndigheds- og finansieringsansvar for sociale indsatser til mennesker med psykiske lidelser – og desuden ansvaret for specialundervisningen, beskæftigelse og misbrugsbehandling.

Regionerne har ansvaret for sygehusvæsenet, praktiserende speciallæger, almen praksis, praktiserede psykologer m.fl. Der er de senere år sket en stadig større specialisering af den regionale psykiatri med henblik på at løfte kvaliteten. Dette er bl.a. sket som følge af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

Udviklingen i psykiatrien, herunder kortere indlæggelser, mere ambulante behandling, øget specialisering og øget fokus på at rehabiliter borgere med psykiske lidelser har således øget behovet for samarbejde såvel mellem sektorer som i sektorer.

3.2

Den faglige indsats for mennesker med psykiske lidelser

Indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser består af både en sundhedsfaglig og en socialfaglig indsats, og er som følge heraf kompleks med mange aktører, overgange og tilbud. Den sundhedsfaglige indsats foregår både i primærsektor og i sekundærsektor. Meget psykiatrisk behandling sker i primærsektoren hos praktiserende læger, psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri. Særligt patienter med ikke – psykotiske lidelser behandles i praksissektoren. Sekundærsektoren består af sygehuse med akut modtagelser, åbne og lukkede psykiatriske afdelinger, distriktskykiatri, ambulante behandling og udgående teams. Patientforløbene varetages af flere faggrupper, der samarbejder med patienten om en målrettet og effektiv behandling.

Kommunerne har ansvaret for den socialfaglige indsats. Den socialfaglige indsats kan opdeles i en tidlig indsats med forebyggelse og tidlig opsporing, en indsats mod begyndende psykiske vanskeligheder og en senere indsats med social støtte til borgere med psykiske lidelser.

Den socialfaglige indsats er organiseret forskelligt i kommunerne. I nogle kommuner er indsatsområdet for mennesker med psykiske vanskeligheder en selvstændig enhed, mens det i andre kommuner ligger sammen med det øvrige sundheds-, handicap- eller socialområde.

Målgruppen for den socialfaglige indsats er bred og omfatter både borgere med komplekse og svære problemstillinger, som følge af en psykisk lidelse, såvel som borgere, der er i risiko for at udvikle en psykisk lidelse. Borgernes funktionsniveau er udgangspunktet for at tildele ydelser. Den kommunale støtte relaterer sig også til beskæftigelse og uddannelse, som også kan være indsatser i en rehabiliteringsindsats.

Kommunerne har igennem de senere år haft stigende fokus på at støtte frivilligt socialt arbejde og samarbejde med frivillige organisationer. Således inddrager godt en tredjedel af kommunerne frivillige sociale organisationer og foreninger i den kommunale politikudvikling. Samarbejdet mellem kommuner og frivillige organisationer om indsatser har udviklet sig de senere år mod en mere formaliseret og forpligtende karakter, f.eks. i form af partnerskaber.

Nedenstående figur illustrerer de forskellige sektorer, enheder og fagområder, der kan levere indsatser i borgerens/patientens forløb.

FIGUR 1

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser



Kilde: Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget (2012). Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder

Ovenstående figur skitserer, at der både er behov for samarbejde **mellem** sektorerne men også i sektorerne.

Samarbejde mellem sektorer:

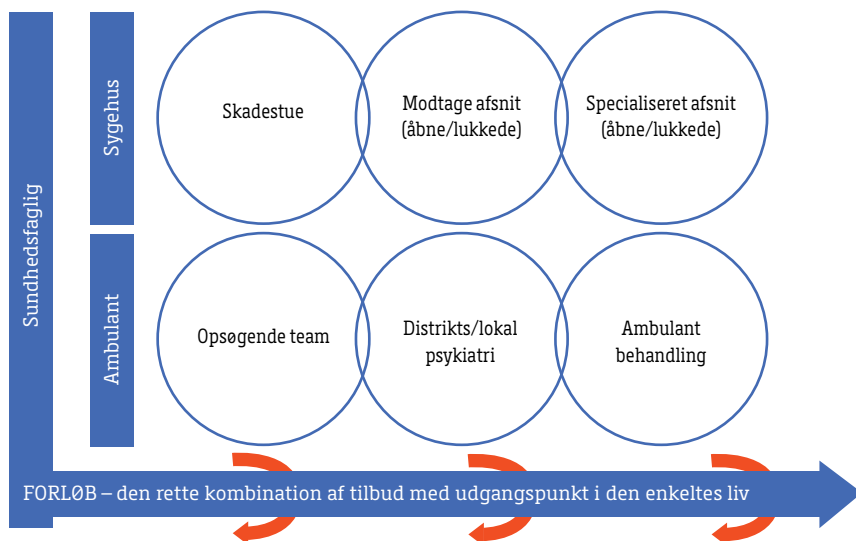
Her kan være en række kombinationer af tværsektorielt samarbejde. F.eks. samarbejdet mellem distriktspsykiatri og den kommunale sektor, mellem praksissektor og børne- og ungdomspsykiatri eller mellem den kommunale pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR) og børne- og ungdomspsykiatri, eller mellem kriminalforsorgen og den regionale psykiatri.

Samarbejde i sektorer:

Her kan samarbejdet foregå mellem f.eks. psykiatriske sengeafsnit og distriktspsykiatri eller mellem kommunale forvaltninger f.eks. den sociale indsats, jobcentrene, børne- og ungeområdet, misbrugsområdet mv.

FIGUR 2

Patientforløb i den regionale psykiatri



Kilde: Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget (2012). Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder

Den interne koordination er mindst ligeså vigtig som koordinationen mellem sektorer. Et patientforløb kan således bestå af flere forskellige regionale tilbud. Tendensen i psykiatrien går mod stadig flere tilbud målrettet særlige patientgrupper og mere specialisering, der derved øger behovet for samarbejde.

Ovenstående viser endvidere, at der er behov for samarbejde mellem fagområder og indsatser, dvs. den behandlingsmæssige del, den socialfaglige del og den beskæftigelsesrettede del. Fagområderne varetages af forskelligt personale med forskel i brug af metoder, uddannelse og træning.

Differentieret behov og variation i patientforløb

Mennesker med psykiske lidelser kan have mange forskellige karakteristika, problemstillinger og behov. Der er stor variation også inden for de enkelte diagnosegrupper. Behovet, sværhedsgraden og kompleksiteten afhænger ikke alene af diagnosen men også af f.eks. funktionsevnen og tilstedeværelsen af sociale problemer.

Det samlede forløb kan derfor se forskelligt ud afhængigt af den enkeltes lidelse, ønsker, ressourcer og behov. I de enkelte forløb kan indgå en række forskellige behandlingsmæssige og sociale tilbud med forskellige kombinationer og intensitet. Nogle borgere/patienter benytter relativt mange af disse tilbud, mens andre benytter meget få. Nogle stopper relativt tidligt i forløbet behandlings- og støttetilluddene, fordi de genvinder evnen til at tage vare på egen tilværelse, mens andre indgår i meget langvarige forløb.

Der findes ikke opgørelser over, hvor mange borgere/patienter med psykiske lidelser, der vil have behov for flere samtidige indsatser¹. Arbejdsgruppen vurderer dog, at der for en stor gruppe af borgere/patienter med lettere psykiske lidelser og uden sociale problemstillinger, ikke vil være et stort koordinationsbehov. Mange af disse patienter vil følges og afsluttes i praksissektoren. En dansk auditundersøgelse har vist, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig hos deres praktiserende læge med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter².

Ifølge Goldberg³ behandles mere end 90 pct. af voksne patienter med psykiske lidelser udelukkende i almen praksis.

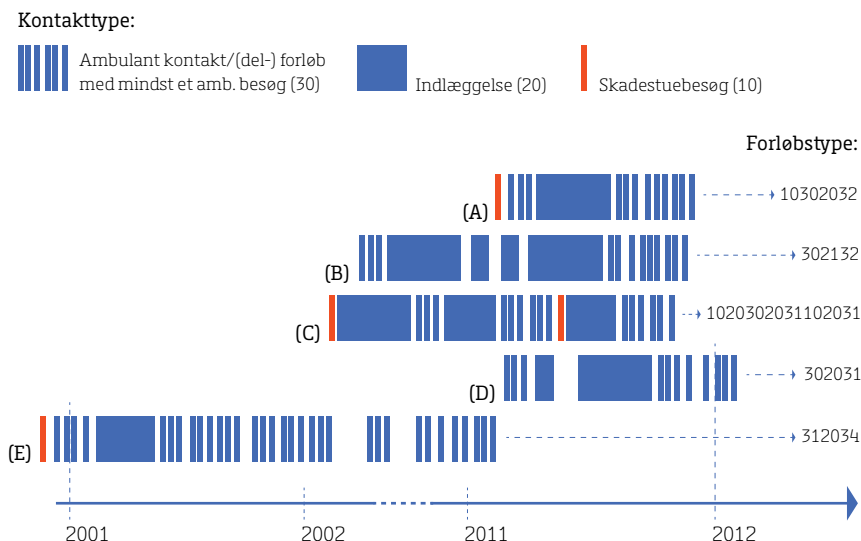
Rockwool Fonden har i december 2012 udgivet en analyse af levevilkårene for svært sindslidende, dvs. patienter der har kontakt med psykiatrien i mere end to år⁴. Her fremgår det, at ca. 1,6 pct. af befolkningen har en svær og behandlingskrævende psykisk lidelse (89.000). Det er en gruppe af borgere, der oftest har behov for en tværgående indsats, dvs. behandlingsindsats samtidig med kommunal støtte f.eks. bostøtte, støtte-kontaktperson, beskæftigelsesindsats mm. Rockwool Fondens analyse viser bl.a., at i forhold til mennesker med skizofreni vil 4 ud af 5 patienter ved første indlæggelse stå uden for arbejdsmarkedet. Derfor er der et særligt behov for samarbejde mellem sektorerne om indsatser i forhold til både opsporing, behandling, social indsats og beskæftigelsesrettet indsats.

Deloitte har gennemført en analyse af patientforløb inden for den regionale psykiatri⁵. Analysen illustrerer, hvor forskelligt forløb der kan ses fra patient til patient, herunder i forhold til kombinationen af stationær og ambulant behandling samt intensiteten i behandlingen. Nedenstående figur er en grafisk fremstilling.

-
- 1 Socialministeriets analyse af kapaciteten på socialområdet vil afdække patienter med psykiske lidelsers forbrug af sociale ydelser.
 - 2 Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin (2004). *Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*.
 - 3 Goldberg D (1995;17(1): *Epidemiology of Mental-Disorders in Primary-Care Settings. Epidemiologic Reviews*
 - 4 Goldberg D, Goodyer I.(2005) *The Origins and Course of common Mental Disorders. East Sussex: Routeledge*;
 - 4 Greve et al (2012) *Det levede liv i periferien: Levevilkår, behandling, samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*.
 - 5 Deloitte (2012): *Analyse af kapaciteten i psykiatrien*.

FIGUR 3

Grafisk og numerisk fremstilling af patientforløb



Kilde: Deloitte (2012): Analyse af kapaciteten i psykiatrien.

Deloitte's analyse viser, at ud af det samlede antal patientforløb i voksenpsykiatrien i 2011 indgår der skadestuebesøg i ca. 46.000 forløb, svarende til 49 pct.. Der indgår indlæggelser i ca. 47 pct. af forløbene og ambulante besøg i ca. 87 pct. I næsten 38.000 forløb indgår både indlæggelser og ambulante besøg.

Samlet set har næsten 9 ud af 10 aktive patienter i 2011 haft et ambulant besøg i den regionale psykiatri i løbet af deres forløb, og næsten halvdelen har haft både en indlæggelse og et ambulant besøg. Mere end hver fjerde af de patienter, der var i behandling i regionalt regi i 2011, har inden for de seneste 10 år også fået behandling i speciallægepraksis. Desuden viser analysen, at op imod 10 pct. af patienterne har været i psykiatrisk behandling i hvert af de seneste 10 år.

De fleste patienter afsluttes hos almen praksis (54 pct.), og derefter følger 15 pct., der afsluttes uden videre behandling.

Deloitte's analyse viser således, at der i høj grad vil være behov for koordination internt i den regionale psykiatri i forhold til patientforløb i voksenpsykiatrien, dvs. mellem sengeafsnit og ambulant psykiatri. Derudover at der skal sikres god overgang ved afslutning til almen praksis, da over halvdelen af patienterne udskrives hertil.

Deloitte's analyse viser i forhold til børne- og ungdomspsykiatrien, at den hyppigst forekommende type patientforløb er et rent ambulant forløb. Procenten varierer på tværs af regionerne fra 75 pct. i Region Hovedstaden til 89 pct. i Region Midtjylland. Ca. 13 pct. af forløbene har haft et skadestuebesøg, ca. 9 pct. har haft en indlæggelse, og ca. 8 pct. har haft både en indlæggelse og et ambulant besøg. Ca. 38 pct. af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien udskrives til almen praksis. En femtedel af patienterne afsluttes til videre behandling.

Børne – og ungdomspsykiatrien er således i høj grad kendetegnet ved høj ambulans aktivitet, og i forhold til voksenpsykiatrien er der langt færre patientforløb, der går på tværs af sengeafsnit og skadestue i den regionale psykiatri. Koordinationsbehovet internt i den regionale børne- og ungdomspsykiatri er således mindre end i voksenpsykiatrien. En stor del af patienterne udskrives til almen praksis, hvorfor der er behov for koordination mellem den ambulante psykiatri og almen praksis.

Derudover kan patienter have en somatisk lidelse, der også giver behov for samarbejde mellem psykiatrien og somatikken. Arbejdsgruppe 2's kortlægning viser, at mennesker med psykiske lidelser har en øget forekomst af somatiske lidelser. Det ser ud til, at somatiske lidelser underdiagnosticeres og underbehandles hos mennesker med psykiske lidelser, og at sundhedsprofessionelle i kommuner, praksissektor, og i sygehussektor ikke i fornødent omfang er opmærksomme på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser. Det vurderes, at samarbejdet mellem somatik og psykiatri i regioner og kommuner er utilstrækkeligt.

3.4

Hvilke fordele er der ved sammenhængende forløb?

Sammenhæng i indsatsen har en række fordele for kvaliteten af patientens forløb, borgerens/patientens oplevelse og for så vidt angår ressourceudnyttelse. Nedenfor skitseres de fordele som sammenhæng i indsatsen giver. Sammenhæng i indsatsen er således ikke et mål i sig selv, men et middel til mere kvalitet og effektivitet i forløbene.

(Sundheds-) faglig kvalitet:

En sammenhængende indsats giver højere faglig kvalitet og større patientsikkerhed. En ukoordineret indsats kan medføre unødvendige genindlæggelser, medicineringsfejl og i sidste ende lidelsesforværring hos patienten. I evalueringen af kommunalreformen på psykiatrimrådet⁶ fandt man bl.a., at personer med dobbeltdiagnose, havde en højere genindlæggelsesfrekvens end andre patientgrupper⁷. Derudover kan en sammenhængende indsats sikre, at borgeren kan være i et behandlingsforløb samtidig med f.eks. et uddannelsesforløb. Evalueringen af kommunalreformen på psykiatrimrådet viser, at et manglende samarbejde om patientens beskæftigelsesindsats øger risikoen for, at borgeren/patienten mister tilknytning til arbejdsmarkedet.

Patientoplevelt/brugeroplevelt kvalitet:

Et sammenhængende patientforløb kan øge patient-/brugertilfredsheden og skabe bedre muligheder for patient-/brugerinddragelse. Det er velkendt, at en usammenhængende indsats har konsekvenser for borgerens/patientens oplevelser af forløbet. Som skitseret i evalueringen af kommunalreformen på psykiatrimrådet, viser de landsdækkende tilfredshedsundersøgelser i psykiatrien, at særligt i børne- og ungdomspsykiatrien oplever patienter og pårørende mangel på sammenhæng mellem den regionale psykiatri og den kommunale, sociale indsats.

6 Der henvises til psykiatri-udvalgets evaluering af kommunalreformen på psykiatrimrådet fra efteråret 2012.

7 Danske Regioners Benchmark af psykiatrien fra 2009 viser, at for patienter med misbrugsbetinget psykiatriske lidelser, er en stor andel af indlæggelserne genindlæggelser (21 pct.).

Organisatorisk kvalitet/ressourceudnyttelse:

Et sammenhængende forløb giver bedre ressourceudnyttelse, mindre ventetid og færre forsinkelser. Evalueringen af kommunalreformen på psykiatrimrådet viser bl.a. at mangel på samarbejde og aftaler om henvisningskriterier kan medføre ineffektivitet i form af bl.a. et stort antal afviste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Kapacitetsanalysen på psykiatrimrådet viser også, at manglende samarbejde mellem sektorerne er en barriere for effektiv kapacitetsudnyttelse.

4

Samarbejdsmodeller og evidens for integration

I det følgende beskrives hvordan samarbejde og koordination teoretisk kan betragtes, herunder evidens for organisatoriske samarbejds- og integrationsmodeller. Formålet hermed er at præsentere en begrebsramme til brug for vurdering af udviklingen i samarbejdsmodeller i Danmark.

4.1

Teoretiske samarbejdsmodeller

Graden af samarbejde og koordination med henblik på at skabe sammenhængende forløb kan betragtes i et kontinuum fra lav grad af samarbejde til høj grad af samarbejde eller integration. Der kan teoretisk opstilles fire grundlæggende modeller for, hvorledes det tværdisciplinære samarbejde fungerer på forskellig vis og med en forskellig grad af interaktion i samarbejdet. I modellerne er det integreret, hvilken konsekvens modellernes samarbejdsform har for det tværsektorielle samarbejde⁸.

Modellerne er:

- Fælles samarbejdsmodel – den uafhængige samarbejdsform.
- Fælles samarbejdsmodel – den parallelle samarbejdsform.
- Seriel samarbejdsmodel (*sequential*).
- Gensidig afhængig samarbejdsmodel/ integreret samarbejdsmodel (*reciprocal*).

Modellerne er arketyperiske modeller, hvor der kan forekomme blandingsformer.

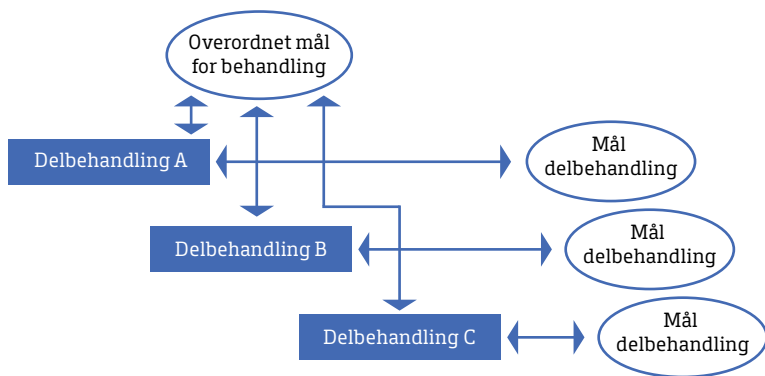
8 Modellerne er teoretisk beskrevet i Sundhedsstyrelsens MTV for tværfagligt samarbejde i rygbehandlingen (2010) og inspireret af Lene Epløvs præsentation på psykiatriudvalgets debatmøde den 27. november 2012.

Fælles samarbejdsmodel – den uafhængige samarbejdsmodel

Den fælles samarbejdsmodel – den uafhængige samarbejdsmodel, beskriver en situation, hvor opgaverne er horisontalt specialiserede. Praktiserende læge udreder en patient inden for gældende overordnede retningslinjer. Praktiserende læge sender patienten videre til udredning på en given afdeling på et hospital. Inden for rammerne af retningslinjerne for udredning af denne patientdiagnose, udfører faggrupperne på hospitalet hver deres behandlingsopgaver i forhold til patienten. Der er ingen bestemt rækkefølge, og handlingerne udføres uafhængigt af hinanden. Det, som kitter samarbejdsmodellen sammen, er den overordnede målsætning og de enkelte faggruppers standardisering af egen opgave og mål med egen behandlingsopgave. Samarbejdsmodellen forekommer sandsynligvis ofte i en tværsektoriel kontekst.

FIGUR 4

Den uafhængige samarbejdsmodel



Modellen forudsætter ikke kontakt med andre faggrupper i behandlingsforløbet. Kommunikation mellem faggrupperne er begrænset, og hvis den forekommer, vil den være bagudrettet. Det gør det nemt og håndterbart i samarbejdet over sektorgrænser.

For patienten er der en risiko for, at den uafhængige samarbejdsmodel kan opfattes som usammenhængende. Fagpersonernes fokus på afgrænsede dele og ikke hele behandlingsforløbet kan betyde, at selve patientflowet ikke er tilrettelagt til gavn for patienten.

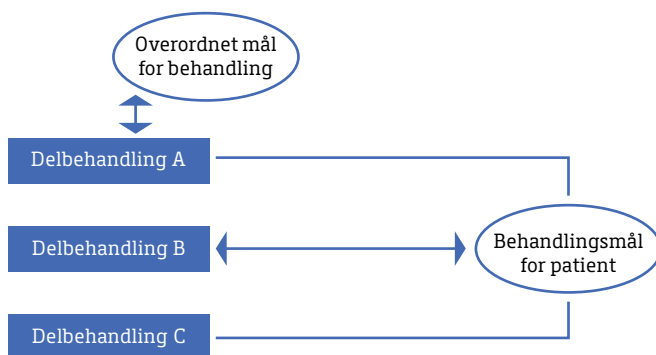
Appliceret på psykiatrien kan det f.eks. være når den praktiserende læge henviser til børne- og ungdomspsykiatrien, og hvor der er aftalt retningslinjer for indikation for henvisning.

Fælles samarbejdsmodel – parallel samarbejdsmodel

I den parallelle samarbejdsmodel kan det tværsektorielle samarbejde forløbe som beskrevet ovenfor i forbindelse med den uafhængige samarbejdsmodel, dog med den afvigelse, at der på et givent tidspunkt i forløbet er behov for at skifte fra en horisontal specialisering til en vertikal specialisering. Det sker ved, at fagpersonerne sammen vurderer situationen og behandlingsbehovet for den enkelte patient. Samarbejdet koordineres ved planer.

FIGUR 5

Den parallelle samarbejdsmodel



I denne samarbejdsform kan mere uhomogene patienter håndteres end i den uafhængige model. Den parallelle samarbejdsmodel forudsætter en eller anden form for teknologisk løsning, hvis den skal kunne håndteres over sektorgrænser. På hospitalet vil faggrupperne kunne sætte sig sammen fysisk til f.eks. en teamkonference. Det er vanskeligt at praktisere, når de involverede faggrupper ikke sidder fysisk sammen. En tilgang kunne være telefon- eller videokonference.

Appliceret på psykiatrien kunne det f.eks. være afholdelse af tværfaglige udskrivningskonferencer eller fælles planer for indsatsen.

Seriel samarbejdsmodel

Den serielle samarbejdsmodel arbejder med den horisontale specialisering, hvilket vil sige opdeling af arbejdsopgaverne i bredden. De enkelte delbehandlinger følger hinanden i en kæde, hvor det, som den ene faggruppe gør, får indflydelse på det, den næste faggruppe gør. Koordination af opgaverne i processen er afgørende. I en tværsæktoriel kontekst betyder det, at den praktiserende læge aktivt og fremadrettet skal overlevere patienten til f.eks. hospitalet eller omvendt, når forløbet går den anden vej. Samarbejdsformen forudsætter afklaret rolle- og ansvarsfordeling mellem faggrupperne.

En ulempe ved modellen er imidlertid, at faggrupper primært har fokus på egen delbehandling og dermed begrænset udsyn og overblik over hele forløbet. Samarbejdsformen er skrøbelig. Én fejl i rækkefølgen kan få konsekvenser for hele behandlingsforløbet.

Overgangene fra en delopgave til den næste er en udfordring, hvor den "afsendende" fagperson skal foretage en handling, som sikrer overgangen, men som vedkommende måske ikke selv får noget ud af.

FIGUR 6

Den serielle samarbejdsmodel



Den serielle samarbejdsmodel vil ikke egne sig til patienter med komplicerede behandlingsmæssige problemstillinger, hvor det kan være nødvendigt at ændre på rækkefølge og indhold af behandlingen. Med homogene patienttyper derimod er der mulighed for at standardisere delopgaverne i behandlingsforløbet. For disse patienter vil denne tilgang, med gode standarder for overgange, kunne opretholde et godt serielt behandlingsforløb.

I en tværsektoriel kontekst er det givet, at overgangene er en udfordring. Det skal ligge implicit i forløbet, hvem der har ansvaret for at sikre overgangen, f.eks. fra sygehuset til den praktiserende læge eller til kommunen. Kommunikationen skal være fremadrettet. Hvis det giver faglig mening, er det vigtigt, at alle parter anses som en del af kæden, som udgør det serielle forløb, uanset om samarbejdet strækker sig over faggrænser. Hvis det serielle forløb, f.eks. internt på et sygehus, er lykkedes ved hurtig eventuel mundtlig information fra den ene part til den anden, skal samme forekomme fra den sidste part i kæden på sygehuset til f.eks. almen praktiserende læge og/eller kommune. Måske er den store udfordring tænkningen om, hvor det serielle forløb starter og slutter, og herefter at oparbejde en adfærd som passer dertil.

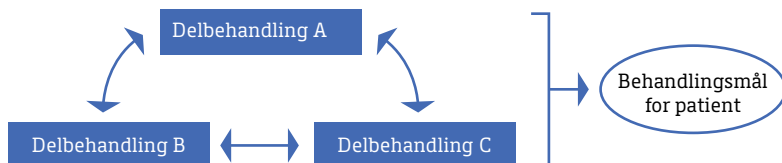
Appliceret på psykiatrien kunne aftalte udskrivningsprocedurer eller overleveringsprocedurer være et eksempel på en seriel organisering.

Den gensidige afhængige samarbejdsmodel/ den integrerede model

Den gensidige afhængige samarbejdsmodel er yderst integreret. Den enes delopgave i behandlingsforløbet får direkte betydning for indholdet og udførelsen af den næste delopgave og omvendt. Alle delopgaverne skal være foretaget, for at et fælles mål med behandlingen er opfyldt: der er dermed gensidig afhængighed i relationen mellem delopgaverne i behandlingsforløbet. Sådant en samarbejdsform forudsætter et indgående kendskab til hinanden og stort fokus på en fælles tilgang, sprog og kommunikation. Samarbejdsformen forudsætter endvidere, at nærhedsprincippet overholdes.

FIGUR 7

Den integrerede samarbejdsmodel



Det kan skabe problemer i det tværsektorielle samarbejde, hvor det kan være vanskeligt at opbygge de tætte samarbejdsrelationer, som denne model foreskriver. Et tiltag der kan hjælpe i den tværsektorielle kontekst er at forsøge at skabe et fælles sprog for alle involverede sektorer og løse afstandsproblematikken med forskellige teknologiske løsninger.

Alle fire modeller er udtryk for tværdisciplinært samarbejde i varierende grad. I den første model er samarbejdet begrænset, og i den sidste model er samarbejdet fuldt integreret. Modellerne skal anvendes til de opgaver og patienter, som modellen mest hensigtsmæssigt kan håndtere.

Der er forskellige udfordringer i det tværsektorielle samarbejde inden for de fire modeller. I den uafhængige og den serielle samarbejdsmodel, handler det om, at samarbejdspartnere over sektorgrænser skal tænkes ind i forløbet, og overgangene skal styrkes. I den parallelle og den gensidige afhængige samarbejdsmodel, er samarbejdet meget integreret. I en integreret model er der tale om én behandling/indsats, som flere fagpersoner tager del i.

Modellerne anvendes i nedenstående afsnit som referenceramme, i forhold til at karakterisere, hvor vi i Danmark befinder os i forhold til graden af samarbejde/integration i de indførte samarbejdsmodeller.

4.2

Evidens for integrerede indsatser

Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) har i november 2012 udarbejdet en kort forskningsoversigt over integrerede indsatser i forhold til mennesker med psykiske lidelser⁹.

Samarbejde sker mellem flere behandlinger eller indsatser. Integration er ensbetydende med at to eller flere behandlere samvirker om én behandling eller indsats.

SFI skelner mellem forskellige dimensioner af integration; henholdsvis integration på indsatsområder og integration på fagområder. Integration på indsatsområder handler om, hvem der har ansvaret for lovgivning, organisation, finansiering, tilbud og behandlingssted. Integration på fagområder handler om, hvilken faglighed og viden der anvendes i behandlingen, dvs. ansvar for behandlingsmetoder, personale og uddannelse.

Der vil således være begrænset integration i at lægge funktioner sammen under samme organisation, såfremt det ikke afspejles i tværfagligt samarbejde.

SFI konkluderer, at ser man på forskningslitteraturen om integration af psykiatrisk og social indsats, siger forskningen på de fleste punkter ganske entydigt, at en integreret indsats er bedre end indsats efter de svagere grader af samordning. Evidensen for integrationsmodellerne er i forhold til bestemte målgrupper.

SFI finder, at der især er evidens for ACT (også kaldet AO) teams med ægte tværfaglighed, hvor alle teammedlemmer er ansvarlige for alle borgere, og hvor socialarbejderen indgår i teamet, og de sociale ydelser derfor indgår i behandlingen. Der er også gode, om end stadig ikke så mange, erfaringer med collaborative care. Erfaringerne med metoden case management (care management) er derimod mere blandede.

9 SFI (2012): *Integreret indsats i forhold til mennesker med psykiske lidelser*.

Meget tyder på, at det i en proces, hvor borgeren kommer sig fra en psykisk lidelse, er vigtigt, at den sociale indsats er til stede i det øjeblik, der er brug for den, og ikke først når den er søgt, og dage, uger eller måneder gået med sagsbehandling. Specielt er manglen af en bolig eller af forsørgelse en afgørende hindring for effektiv behandling. Derimod er der ikke klar evidens for, at også misbrugsbehandling skal være integreret, når blot der er sikkerhed for, at den er med i "pakken" af behandling, i de tilfælde hvor der også er tale om misbrug.

Ifølge effektmål identificerer SFI, at der i litteraturen er evidens for, at integrerede indsatser i forhold til standard behandling (på engelsk: "care as usual" eller "standard treatment") har positiv indvirkning på lidelsessymptomer, på samtidigt stofmisbrug, på tilknytning til behandlingen og på tilfredshed med behandlingen. Der er også fundet evidens for, at pårørende til mennesker med psykiske lidelser i integrerede indsatser føler sig mindre belastet og er signifikant mere tilfredse med behandlingen, end pårørende til mennesker med psykiske lidelser i standard behandling. Yderligere henviser SFI til et dansk randomiseret studie, der har undersøgt, om integreret behandling reducerer antallet af magtanvendelser i behandlingen af mennesker med psykiske lidelser i forhold til standard behandling, men studiet fandt ikke evidens herfor.

En række undersøgelser viser endvidere, at integreret behandling reducerer antal og omfang af indlæggelser.

SFI finder endelig, at selvom systemerne for tilbud til mennesker med psykiske lidelser er meget forskellige fra land til land, er det et generelt problem at integrere indsatser fra forskellige dele af systemet til en samlet indsats. Det problem opstår, såvel når de sociale tilbud administreres af den samme myndighed som de behandlingsmæssige, som når de administreres af en anden myndighed. Der skal under alle omstændigheder visiteres, og forskelligt personale skal kommunikere indbyrdes.

Nedenfor gennemgås kort evidens for forskellige samarbejdsmodeller, som SFI har kortlagt.

4.2.1

Home Treatment

Home treatment indsatserne omfatter ofte multidisciplinære teams, inklusiv en psykiater. De indeholder både en behandlingsmæssig og en social side, og de har et lille antal sager pr. medarbejder. Selv om der er stor forskellighed, er der en tendens til, at disse egenskaber følges ad. En metaanalyse viser, at patienter der har modtaget Home Treatment har færre sengedage, i forhold til hvor kontrolgruppen, der har fået sygehusbehandling. Anvendelsen af regelmæssige hjemmebesøg og inddragelsen af social indsats betyder færre efterfølgende sengedage. Reduktionen af sengedage er i øvrigt lidt større i de amerikanske end i de europæiske studier.

4.2.2

Assertive Outreach/Assertive Community Treatment

ACT – som i Europa ofte betegnes AO – er den ekstreme model for integration.

ACT beskrives som en teambaseret og helhedsorienteret indsats, der er designet til at yde omfattende, psykiatrisk behandling, rehabilitering og støtte til personer med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser.

Indsatsen ydes af et lille hold, der rummer alle de nødvendige fagpersoner, og som har myndighed til at tage beslutninger på alle relevante områder. I den mest integrerede udgave, som i øvrigt ser ud til at fungere bedst, er alle medlemmer ansvarlige for behandlingen af alle de tilknyttede borgere, og arbejdet er ægte tværfagligt – dvs., at behandlingen af den enkelte borger regelmæssigt bliver drøftet mellem teammedlemmer af forskelligt fag.

Det afgørende er dog, at medarbejderne ikke kun udreder borgeren i forhold til afklaring af støtte- og indsatsbehov samt koordinerer borgerens indsats, men at teamet som udgangspunkt leverer den samlede indsats for borgeren, og at alle medarbejdere arbejder med alle tilknyttede borgere. For at kunne yde den optimale indsats for borgeren, anbefales det, at hver fuldtids ACT-medarbejder ikke har tilknyttet mere end 10 borgere.

Blandt de tjenester, ACT-teamet yder, er: løbende opfølgning på borgerens tilstand, sagsbehandling, psykolog/psykiatrisk-, sundheds- og misbrugshjælp, hjælp med henblik på uddannelse, beskæftigelse, at blive i egen bolig, familiestøtte og træning af sociale kompetencer. I mange tilfælde er også case management leveret af det tværfaglige team.

Tom Burns et al. har undersøgt, hvilke elementer der er særligt vigtige for ACT virkning på baggrund af en metaregression, der bygger på 60 enkelte undersøgelser. De to vigtigste egenskaber er, 1) at der i ACT-teamet er en socialarbejder, som ikke blot er en kontakt til socialforvaltningen, men har selvstændig myndighed, og 2) at teamet kommer ud til borgeren, og ikke kræver, at denne kommer ind på et sygehus eller en klinik. Andre vigtige punkter er, at der er en psykiater i teamet, som ikke blot fungerer som baggrundsekspert, men som er med i den løbende indsats.

SFI finder, at der er evidens for, at ACT kan reducere antallet af hospitalsindlæggelser hos personer med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser, fastholde mennesker med psykiske lidelser i behandling, øge deres funktionsdygtighed, forbedre deres livskvalitet og aflaste de pårørende.

4.2.3

Care Management/Case management

Care Management (CM) er overordnet en metode til at forbedre kvaliteten og koordineringen af de tilbud, der gives til mennesker med psykiske lidelser. Den enkelte borger tilknyttes en kontaktperson (en care manager), hvis hovedopgave herefter er at skabe overblik og sammenhæng i den samlede støtte- og behandlingsmæssige indsats, som borgeren modtager. Care manageren har en tovholder funktion, og skal løbende holde kontakt med borgeren og støtte denne i kontakten til øvrige støtte- og behandlingstilbud. Der er tale om en individuelt tilpasset indsats for mennesker med psykiske lidelser, som har svært ved at navigere i det komplekse system. Målgruppen for CM er personer med komplekse problemer og langvarigt behov for mangeartede indsatser. Dvs., at care managerfunktionen ikke kun anvendes i forhold til mennesker med psykiske lidelser, men eksempelvis også til stofmisbrugere og hjemløse.

De funktioner, der traditionelt ligger i care managerfunktionen, er at være ansvarlig for opbygning og vedligeholdelse af samarbejdet med det offentlige system, at optræde som en stabil identifikationsfigur og rollemodel for borgeren, og at sikre, at en række opgaver varetages bedst muligt. Det drejer sig om at medvirke til at strukturere borgerens dagligdag, sikre fastholdelse af kontakten, afklare behovet for støttende terapi-

former til borgeren, afklare behovet for psykoedukation og anden indsats for pårørende, sikre opmærksomheden på den medicinske behandling og løbende forstå ved vurdering og kortlægning af borgerens problemer og behov. Dette gøres gennem udfærdigelse og regelmæssig vurdering af en psykiatrisk behandlingsplan og en handleplan. Endelig er det care managerens ansvar at varetage samarbejdet med eksterne hjælpeforanstaltninger, offentlige myndigheder og borgerens øvrige personlige netværk med henblik på imødekomme af de kortlagte behov. Care manageren er også forpligtet til at opsøge og gen-oprette kontakt med borgeren, hvis denne af en eller anden grund, evt. på grund af forværring af sin psykiske tilstand, bryder behandlingskontakten.

Standard Care Management kan være organiseret i teams, også kaldet Care Management Teams (CMT). Egentlig er CMT det samme som nogle former for ACT, da disse teams er tværfaglige og oftest består af en leder, en psykiater, en økonomiansvarlig, en beskæftigelsesvejleder og en gruppe af personlige ydelses-koordinatorer, som hver især er ansvarlige for 15-20 mennesker med psykiske lidelser.

SFI finder, at i forhold til evidens for CM er resultaterne blandede. Litteraturgennemgangen viser, at CM virker bedst hos mennesker med psykiske lidelser, der tidligere har haft mange indlæggelsesdage. Når mennesker med psykiske lidelser har haft mange indlæggelsesdage, kan CM reducere disse, men CM er mindre succesfuld over for mennesker med psykiske lidelser, som ikke tidligere har haft mange indlæggelsesdage.

4.2.4

Shared Care/Collaborative Care

Collaborative care (CC) stammer fra Storbritannien, og er en variant af modellen "Shared care" (SC). I Danmark er der indført SC inden for flere fagområder, udover området for mennesker med psykiske lidelser, som eksempelvis omfatter astma-, diabetes- og demensområdet. Inden for psykiatriområdet kan SC beskrives som et samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien. Ligesom SC kan CC ikke karakteriseres som en model med høj grad af integration. Fokus er mere et tværfagligt samarbejde og samarbejde med borgeren end integrationen af indsatsen fra forskellige sektorer.

CC har fokus på præcis diagnosticering, overvågning af fremskridt, brug af tværfaglige behandlingsmetoder og samarbejde med borgeren, dennes familie og andre fagfolk i patientplejen. Ofte varetager en psykiater medicineringen, mens psykoterapi ydes af anden professionel, deraf navnet "collaborative". Det er oftest den praktiserende læge (eller en psykiater), der har ansvaret for CC og dermed også for koordineringen af indsatsen. Den praktiserende læge kan derfor, såfremt det vurderes at andres ekspertise er nødvendig for borgeren, overdrage ansvaret til andre behandlere og klinikere.

CC er især målrettet depressioner, som her opfattes som en kronisk lidelse. Indsatsen indeholder en række interventioner, herunder retningslinjer, behandlingsalgoritmer, uddannelse af personale, Care Management (kan eksempelvis være sygeplejersker med efteruddannelse i psykiatri og supervision ved en special-læge i psykiatrien), psykoedukation (borgere og pårørende undervises i psykiatriske lidelser), korttidsterapi, samt mulighed for fælleskonsultation med specialist mv. Yderligere kan interprofessionel uddannelse nævnes som en måde at styrke integrerede fremgangsmåder og "collaborative care" på.

CC er den Shared care-variant, der har vist de bedste resultater i udlandet. En af de afgørende faktorer er, om der i CC er tilknyttet en care manager, som fungerer som omsorgsperson i behandlingen. Care manageren skal hjælpe den praktiserende læge i behandlingen af den psykisk syge patient. Den praktiserende læge har det overordnede ansvar for behandlingen, og care manageren står for kontakten med patienten og for opfølgningssamtalerne. Dermed er care manageren med til at sikre sammenhæng i behandlingen.

SFI finder i litteraturgennemgangen, at CC er en effektiv behandlingsform med evidens for positiv langtidseffekt op til 5 år. Der foreligger flere undersøgelser af høj kvalitet, og samlet er der evidens for bedre behandlingsdeltagelse og -effekt ved 12 måneders efterundersøgelse. Samlet set viser undersøgelser fra reviewet, at CC kan give 36 færre dage med depression om året, der kan opnås lavere sygefravær, og 10-20 pct. flere kommer i arbejde. Yderligere har CC vist sig effektiv i behandlingen af angst og somatoforme tilstande.

SFI henviser endvidere til et randomiseret studie fra Holland, der har undersøgt effekten af CC sammenlignet med standard behandling for mennesker med vedvarende, medicinsk uforklarlige symptomer i almen praksis. Resultater fra studiet viser, at alle patienter led af somatiske lidelser, og 86 pct. af patienterne led af samtidige psykiske lidelser. Intensiteten af de største, medicinsk uforklarlige symptomer faldt med 58 pct. for patienter tilknyttet CC. Samtidigt blev deres sociale funktion forbedret. Derfor konkluderer studiet, at CC er mere effektiv i behandlingen af medicinsk uforklarlige symptomer end standard behandling.

4.2.5

Dobbeltdiagnoser

SFI konkluderer, at der trods en del forsøg og reviews gennem de sidste år, endnu ikke er nogen klar evidens for effekten af en integreret tilgang til behandling af misbrug og psykiske lidelser. Der er al mulig grund til at se behandlingen af de to ting i sammenhæng, og til at behandle begge former for lidelser hos borgere med dobbeltdiagnoser samtidig. Det kan imidlertid gøres på mange måder, og det er uklart hvilken organisationsmodel, der fungerer bedst.

4.2.6

Housing First/Supportive housing

SFIs forskningsoversigt viser, at en af de bedste måder til at integrere mennesker med svære psykiske lidelser i samfundet på, er at stille ordentlige, billige og stabile boligmuligheder til rådighed. Derfor findes der også mange forskellige metoder, hvor psykiatrisk behandling af mennesker med psykiske lidelser kombineres med det at have en bolig til rådighed. Boligerne tilkobles den nødvendige støtte, der giver mennesker med psykiske lidelser muligheden for at bo selvstændigt og samtidig modtage støtte efter eget valg og behov.

Housing First tilbyder selvstændige boliger, som ikke er betinget af deltagelse i behandling eller afholdenhed. Housing First lægger stor vægt på, at borgerne har mulighed for at vælge støttetjenester sideløbende med at blive huset, f.eks. behandling for misbrug og psykose, støtte til at komme i bedring og i arbejde, samt integration i lokalsamfundet og i samfundet generelt.

Housing First er en helhedsorienteret tilgang, der ved hjælp af ACT-teams forsøger at afhjælpe mange af borgernes problemer også ud over hjemløshed, psykisk helbred og afvænning. Den forsøger også at støtte borgerne i deres rehabilitering, forvaltning af økonomiske sager, reintegrationen i samfundet og retslige sager.

SFI finder, at forskning har vist, at mennesker med psykiske lidelser har højere livskvalitet, når de modtager lokal støtte, der har fokus på at øge medbestemmelsen og integrationen i lokalsamfundet. Undersøgelser viser også, at ambulante patienter har højere livskvalitet end indlagte patienter, også derfor kan boligen siges at spille en betydelig rolle.

5

Kortlægning af indsatsen i Danmark

Sammenhængsproblematikker har været en gennemgående udfordring de seneste 30 år, bl.a. i lyset af udviklingen i behandlingsteknologi, og den ønskede omlægning af psykiatrien, ved at denne i højere grad er baseret på ambulante behandling. Som det fremgår af evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet, var et af formålene med reformen at skabe grundlaget for en mere borgernær og sammenhængende indsats for borgeren, bl.a. ved at samle myndighedsansvaret for socialområdet i kommunerne.

Med kommunalreformen blev der indført en række koordinationsredskaber mellem kommune og regioner, hvor de væsentligste er sundhedsaftaler, koordinationsudvalg og årlige rammeaftaler mellem kommunerne og regionerne.

En konklusion i evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet er, at sundhedsaftalerne overordnet set vurderes at være en god ramme for samarbejde og koordinering af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Der er imidlertid fortsat udfordringer med at få intentionerne i sundhedsaftalerne implementeret fuldt ud på det udførende niveau, og der er en række udviklingspunkter, der skal arbejdes videre med. Derudover konkluderes det i evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet, at der fortsat er udfordringer i forhold til at få sammenhængende forløb, særligt for målgrupperne: Borgere/patienter med dobbeltdiagnoser, børn og unge og borgere uden beskæftigelse/sygemeldte.

I det følgende kortlægges samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller i regioner og kommuner, der har til formål at skabe sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser. Samarbejdsprojekterne vurderes, i forhold til de forskellige teoretiske samarbejdsmodeller, med henblik på at vurdere udviklingen.

Kortlægningen tager primært udgangspunkt i Danske Regioners oversigt over eksisterende samarbejdsprojekter mellem regioner og kommuner¹⁰. Derudover er der i forbindelse med arbejdsgruppe 2's kortlægning af udviklingen i behandlingsmuligheder foretaget en spørgeskemaundersøgelse i alle regioner, hvor der bl.a. er spurgt ind til samarbejdet mellem den regionale psykiatri, kommunerne og almen praksis. Derudover er der inddraget materiale fra Socialstyrelsen vedrørende igangsatte samarbejdsprojekter i regi af Socialstyrelsen, i forhold til at skabe sammenhængende forløb for borgere med psykiske lidelser.

5.1

Iværksatte projekter

Danske Regioners kortlægning og Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelser viser overordnet set, at der er rigtig mange projekter i gang i forhold til at skabe bedre samarbejde og sammenhæng i borgerens/patientens forløb. Der er identificeret over 80 forskellige samarbejdsprojekter i regioner og kommuner. Projekterne fremgår af oversigten i bilag 2.

Mange af projekterne er finansieret med puljemidler fra centralt hold. Som led i satspuljeaftalen for 2012-2015 er der igangsat endnu flere projekter i forhold til shared care og for dobbelt diagnosticerede. Derudover har Danske Regioner, KL og andre samarbejdspartnere været med til at igangsætte projekter, der har til formål at styrke den tværsektorielle og tværfaglige sammenhæng i forløbet. FOA, Sundhedskartellet, Socialpædagogernes Landsforening, KL og Danske Regioner gik i 2011 sammen om projektet "Psykiatri på Tværs", med den ambition af få den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats for at blive endnu bedre til at samarbejde på tværs af fag og sektorer. Der er afsat 3,2 mio. kr., og der er givet støtte til 33 samarbejdsprojekter¹¹. Dertil er der også flere af projekterne, som er iværksat som følge af lokale tiltag fra regionerne eller kommunerne.

Nedenstående tabel viser projekter igangsat fra centralt hold, der bl.a. har til formål at sikre bedre tværgående indsatser for sindslidende. Flere af projekterne er finansieret med satspuljemidler.

10 Danske Regioner, "Oversigt over eksisterende samarbejdsprojekter mellem regioner og kommuner", notat af 17. september 2012.

11 Der er i forbindelse med puljeprojekterne udarbejdet et magasin om psykiatri på tværs, der indeholder en kort beskrivelse af alle samarbejdsprojekterne. Projekterne er også præsenteret på konference om psykiatri på tværs afholdt 19. september 2012.

Overblik over projekter iværksat fra centralt hold

Projekter igangsat fra centralt hold	Fokusområde	Projektperiode	Forventet evaluering/opsamling
19 M puljen i regi af Socialstyrelsen	Bedre koordinering f.eks. udskrivningskoordinatorer Bedre udredning og koordinering for dobbeltdiagnosticerede Forebyggelse og tidlig indsats mhp. at undgå genindlæggelser.	2009-2012	November 2012
Akutte tilbud til sindslidende Satspulje 2008-2011 på det sociale område (130 mio. kr.)	Etablere akutte sociale tilbud til sindslidende, der kan yde en hurtig indsats og dermed afhjælpe en konkret opstået situation, og fokus på samspil mellem kommune og distriktpsychiatri.	2009-2012	primo 2013
TTA-projekterne i regi af Beskæftigelsesministeriet	Bedre koordinering og tidlig indsats for sygemeldte, herunder sygemeldte med psykiske lidelser.	2010-2012	Ultimo 2012
Satspulje 2010-2013: Den gode psykiatriske afdeling i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	Bla. til hensigt at sikre bedre samordning af behandlingsindsats og kommunale støtteforanstaltninger.	2010-2013	Maj 2014
Styrket indsats for sindslidende 2010-2013 i regi af Socialstyrelsen	Den gode udskrivning Integrerede forløb Fremskudt sagsbehandling.	2010-2012 2010-2013 2011-2013	Medio 2013 Ultimo 2013 Ultimo 2013
Psykiatraftalen 2011-2014 i regi af Socialstyrelsen	Sindslidende med misbrug: Integreret indsats.	2011-2014	Efterår 2014
Satspulje 2012-2015 Shared care i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	Shared care ml. den regionale psykiatri og almen praksis.	2012-2015	Forventet 2015
Satspulje 2012-2015 Dobbelt-diagnoser i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	Styrkelse af indsatsen for dobbeltdiagnosticerede med fokus på bl.a. det tværsektorielle arbejde.	2012-2015	Ikke planlagt evaluering

19M puljen

19M puljen er en 3-årig ansøgningspulje under Social- og Integrationsministeriet. Formålet med puljen var at adressere de udfordringer, der opstår som følge af, at den offentlige indsats for borgere med psykiske lidelser er delt mellem flere forskellige aktører i både regioner og kommuner.

Projekter med støtte fra puljen vedrører metodeudvikling på et eller flere af følgende områder:

- Bedre koordinering af indsatsen, f.eks. gennem kontaktpersoner, tovholdere eller teams, der sikrer overgang mellem kommunen og den regionale psykiatri.
- Bedre udredning og koordineret indsats for mennesker med dobbeltdiagnoser, herunder samarbejde og arbejdsdeling mellem kommunen og den regionale psykiatri.
- Forebyggelse og tidlig indsats i forhold til mennesker med psykiske lidelser, bl.a. for at undgå (gen)indlæggelser på psykiatriske afdelinger.

Der er 16 støttede projekter i puljen i denne periode. De 16 projekter ligger i Aalborg, Aarhus, Bornholm, Esbjerg, Frederikshavn, Gladsaxe, Halsnæs, Hvidovre, København, Næstved, Odense, Odsherred, Skanderborg, Skive, Vejle og Viborg kommune. Projektperiode er fra 1. april 2009 til 31. marts 2012.

Projekterne har i overvejende grad været forankret i kommunernes sociale forvaltning. Der er udarbejdet en central erfaringsopsamling¹² for projekterne ud fra et overvejende organisatorisk perspektiv. Evalueringen identificerer to overordnede modeller for koordinering og samarbejde, henholdsvis fællesteam og koordinerende funktion.

Inden for de to overordnede modeller har projekterne metodeudviklet konkrete redskaber, som kan være inspiration eller direkte overføres til andre kommuner og regioner, som ønsker at styrke deres koordinerende indsats i forhold til borgere med en sindslidelse.

Rambølls evaluering viser, at projekterne har styrket helhedstænkning, styrket fælles sprog og kultur, styrket koordinering og styrket medarbejdertilfredshed. En generel erfaring fra puljen er, at et styrket samarbejde mellem kommune og region som helhed forudsætter implementering af fælles indsats, hvor regioner og kommuner på lige fod er forpligtet i samarbejdet. Projektet er ikke evalueret i forhold til økonomiske konsekvenser, brugertilfredshed, genindlæggelser, forbrug af sociale- eller sundhedsydelse mv.

Socialfaglige akuttilbud

Satspuljepartierne afsatte i satspuljeaftalen for 2008-2011 130 mio. kr. til etablering af flere akutte tilbud til sindslidende.

Akutpuljens formål er at udvikle modeller, der støtter helheden og sammenhængen mellem den regionale psykiatri og kommunernes sociale indsats. På den måde nedsættes risikoen for genindlæggelser ved udskrivning, hvor skridtet fra indlæggelse til eget hjem kan være stort.

Akutpuljen udløber med udgangen af 2012, men allerede nu viser der sig et entydigt billede af tilbudsmodeller, der udviser bæredygtighed – også efter projektperiodens udløb. Der er to forklaringsfaktorer på konstrueringen af bæredygtige akuttilbud, der vurderes som de væsentligste: En samtænkning med de *øvrige socialpsykiatriske tilbud* i kommunen, især bostøtte efter § 85 og et formaliseret *samarbejde med den regionale psykiatri*. Det er således et afgørende element, at akuttilbuddene ikke ses som et isoleret tilbud frakoblet de øvrige tilbud, både i den kommunale sociale indsats og i den regionale psykiatri.

12 Rambøll (2012); *Evaluering og erfaringsopsamling: projekter med tilskud fra Puljen 19M 2009-2012*.

Særligt sammentænkningen mellem akuttilbud og den regionale psykiatri har vist sig at understøtte muligheden for at bo i egen bolig og samtidig minimere (gen-)indlæggelser. Fleksibiliteten og tilgængeligheden vurderes af både den regionale psykiatri, kommunerne og borgerne selv som en afgørende styrke. At akuttilbuddene hele døgnet kan imødekomme behovet for en hurtigt støttende indsats, er med til at minimere risikoen for en optrapning af situationen, og dermed kan (gen)indlæggelser i nogle situationer undgås. I andre situationer kan akuttilbuddene være støttende i den første kontakt med psykiatrien, hvis en indlæggelse er påkrævet.

Tilbage Til Arbejde projekterne (TTA-projekterne):

I 2009 blev der igangsat det store TTA- projekt i regi af Beskæftigelsesministeriet, som led i trepartsaftalen om nedbringelse af sygefravær. TTA-projektet har i høj grad relevans for mennesker med psykiske lidelser, da undersøgelser viser, at psykiske lidelser øger risikoen for sygemelding og for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. F.eks. viser Rockwool Fondens forskningsprojekt "Et liv i Periferien", at kun 28 pct. af mænd med svære psykiske lidelser er i job¹³.

TTA- projektet bygger på erfaringerne fra en række mindre danske og udenlandske TTA-forsøg. Særligt tre tiltag har erfaringsmæssigt vist at give effekt i forhold til at sikre en hurtigere tilbagevenden til arbejdet for sygemeldte. De tre tiltag er:

- En tværfaglig afklaring.
- En øget koordinering.
- En tidligere indsats.

TTA-Koordinatoreren er omdrejningspunktet for koordination mellem de relevante aktører, herunder arbejdsgiver, sundhedsvæsenet, herunder især den sygemeldtes praktiserende læge, fagforbund, a-kasser samt det såkaldte TTA-team og den kliniske enhed.

TTA-teamet skal mindst bestå af én psykolog samt én person, der har en baggrund og erfaring med arbejdsfysiologi og rehabilitering, f.eks. en fysioterapeut eller en ergoterapeut. Kommunen kan vælge at ansætte personer i det enkelte jobcenter til at indgå i TTA-team-funktionen. Den kliniske enhed skal kunne levere lægefaglig rådgivning og udredninger inden for følgende specialer: Psykiatri samt enten arbejdsmedicin, socialmedicin eller almen medicin. Kommunen skal indgå aftale med en "anden aktør", der skal levere disse kompetencer til projektet.

TTA-projektet har både inddraget borgere med somatiske og psykiske lidelser.

Der er offentliggjort en evaluering af TTA- projekterne i december 2012¹⁴. Evalueringen af TTA- projekterne viser, at hvis kommunen gennemfører TTA-projektet med succes, så fører det til en reduktion i sygefraværet på 2,6 uger. TTA-projekterne har også vist en positiv effekt på selvforsørgelse, dog i et mindre omfang sammenlignet med reduktionen i sygefraværet.

Evalueringen viser endvidere, at en af forudsætningerne for et velfungerende tværfagligt samarbejde synes at have været, at TTA-aktørerne har været parate til at indgå i arbejdssammenhænge, der til en vis grad kræver, at de redefinerer deres hidtidige roller.

13 Greve et al (2012) *Det levede liv i periferien: Levevilkår, behandling, samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser.*

14 Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2012): *Det store TTA-projekt, proces, effekt og økonomisk evaluering.*

Fra 1. januar 2013 skal alle kommuner, som led i ny lovgivning på førtidspensionsområdet, oprette et rehabiliteringsteam.

Projekt den gode udskrivning:

I forlængelse af Sundhedsstyrelsens nationale strategi for psykiatri fra 2009, og den efterfølgende handleplan fra 2009, er der endvidere igangsat et udviklingsprojekt om den gode udskrivning. Projektet skal udvikle konkrete metoder og samarbejdsmodeller, som kommuner og regioner efterfølgende kan benytte i arbejdet med at sikre gode sammenhængende udskrivningsforløb. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vil indgå som en integreret del af projektet. Formålet med projektet er at tilvejebringe den regionale psykiatri og den sociale indsats i kommunerne et operationelt grundlag – en køreplan – for velkoordinerede og helhedsorienterede udskrivningsforløb.

Projektet retter især fokus på den mest sårbare og udsatte gruppe af sindslidende, og dækker udskrivningsforløb for henholdsvis børn og unge (0 – 17 år inkl.) samt voksne (18 – 79 år inkl.).

Projektet er forankret i Socialstyrelsen og forventes afsluttet medio 2013.

Integrerede forløb:

I forlængelse af Sundhedsstyrelsens nationale strategi for psykiatri i 2009¹⁵ og handleplanen for psykiatri¹⁶ blev der igangsat udviklingsprojekter med henblik på i højere grad at arbejde med integrerede forløb, hvor der etableres en fremskudt social indsats på psykiatriske afdelinger. Den sociale indsats kan forberedes og opstartes, mens borgeren/patienten stadig er indlagt samt integrerede forløb, hvor selve den psykiatriske behandling kan fortsættes eller afsluttes efter, at den sindslidende er udskrevet.

SFI og konsulenthuset Implement gennemfører i samarbejde seks projekter i Region Midtjylland og Region Syddanmark, der skal afprøve nye modeller og metoder, der giver bedre forløb for brugerne, og et mere effektivt samarbejde for de professionelle. Målgrupperne er både børn, unge og voksne sindslidende, og blandt projekterne er driften af et fælles Psykiatriens Hus i Silkeborg, udvikling af hurtigere udredningsforløb i Randers og Kolding for børn, der mistænkes at have en psykisk lidelse, samt tiltag i Faaborg-Midtfyn til at mindske antallet af akutte indlæggelser på psykiatrisk afdeling. Der gennemføres en effektmåling af de forskellige modeller og metoder for at afgøre, hvilke der skaber bedre forløb for den sindslidende borger. Projekt Integrerede Forløb for Sindslidende varer i tre år, fra 2011 til 2013. Lige nu er modellerne under afprøvning og en evaluering vil foreligge 2013.

Der er således iværksat mange projekter, der inden for en kort årrække vil give mere viden om effekten af forskellige samarbejdsmodeller for tværsektorielle forløb for sindslidende.

¹⁵ Sundhedsstyrelsen (2009): *National strategi for psykiatri*.

¹⁶ Regeringen (2009): *Styrket indsats for sindslidende*.

5.2

Introduktion til samarbejdsmodellerne

Kortlægningen viser, at der er stor variation, i den måde projekterne arbejder med koordinering og integration på. Nogle projekter arbejder med fokus på direkte kontakt med og indsats for borgeren/patienten, mens andre særligt har haft fokus på det mere organisatoriske samarbejde mellem aktørerne på området. Andre har fokus på det tværfaglige samarbejde. Flere har kombineret de to fokusområder.

Man kan overordnet skelne mellem samarbejdsmodeller/tiltag, som er:

- Systemrettede samarbejdsmodeller, som har fokus på organisering og koordinering mellem aktørerne:
- Tværfagligt samarbejde f.eks. i fællesteam.
- Borgerrettede/patientrettede samarbejdsmodeller, dvs. tiltag som berører patienten direkte og handler om, at patienten tilknyttes en kontaktperson.

Der er forskel på graden af samarbejde og integration i de forskellige samarbejdsmodeller. Projekterne forsøger at adressere forskellige problemstillinger, herunder:

- Koordinering og kommunikation i overgange.
- Manglende helhed i indsatserne.
- Mangel på klare rolle- og ansvarsfordelinger i forhold til en helhedsindsats og manglende fælles retning for, hvad man arbejder hen imod.
- Manglende fælles forståelse af faglighed og beslutninger.

Derudover viser kortlægningen, at der i forhold til målgrupperne børn/unge, dobbelt-diagnosticerede og sygemeldte borgere er taget flere tiltag til at sikre bedre samarbejde. F.eks. er der identificeret 14 projekter i forhold til dobbeltdiagnosticerede.

I det følgende skitseres graden af samarbejde og integration, i de forskellige samarbejdsmodeller, ud fra de teoretiske modeller for samarbejde. De forskellige samarbejdsprojekter er kategoriseret ud fra en overordnet vurdering af, hvilke elementer der er mest fremtrædende.

5.2.1

Den serielle model og uafhængige samarbejdsmodel

Kortlægningen viser, at den serielle model og den uafhængige samarbejdsmodel er udbredt inden for den regionale psykiatri i forhold til at sikre koordinering internt og mellem sektorer, dvs. at man har velafgrænsede roller og arbejder relativt uafhængigt, og der sikres koordinering gennem instrukser og aftaler.

Inden for den regionale psykiatri er der udbredt brug af udskrivningsmanualer; instrukser ved overgange fra skadestue til sengeafsnit – f.eks. for selvmordstruede og-, overførsel til distriktpsykiatri. Dette er elementer i den serielle samarbejdsmodel.

I de regionale spørgeskemaer, til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg, spørges der til, om der findes skriftlige procedurer eller instrukser for samarbejdet mellem sygehus og lokal-/distriktpsykiatri. Kun Region Hovedstaden har svaret nej til spørgsmålet. Spørgeskemaundersøgelsen viser endvidere, at regionerne arbejder hen imod, at de ambulante tilbud og det sygehusbaserede tilbud tænkes sammen

under en fælles ledelse, dvs. bliver mere integrerede. Udfordringen kan være, at ambulante tilbud og sygehusbaserede tilbud mange steder er beliggende på forskellige matrikler. Herudover stiller den øgede specialisering nye krav til at sikre sammenhængende patientforløb.

Også i forhold til samarbejdet mellem sektorer er den serielle samarbejdsmodel og den uafhængige samarbejdsmodel udbredt. I forhold til udskrivning til kommunalt regi viser Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne¹⁷, at koordinations sikring hovedsageligt sker via forskellige kontaktpersonordninger kombineret med beskrevne varslingsperioder og behandlingsplaner.

Flere af regionerne har desuden udarbejdet forløbsbeskrivelser for mennesker med psykiske lidelser, hvor arbejdsdeling og koordinering mellem sygehusene, kommunerne og de praktiserende læger beskrives.

Derudover er der flere eksempler på formaliserede aftaler i forhold til distriktpsykiatrien og kommunale bosteder. Psykiatrisk Center Frederiksberg og Frederiksberg Kommune har indgået formaliserede aftaler med 4 bosteder i forbindelse med indlæggelse og udskrivning (projekt 3 i bilag 2).

Brug af nedskrevne aftaler, instrukser og fokus på overgange er således i høj grad udbredt i forhold til at koordinere indsatsen i og mellem sektorer.

5.2.2

Den parallelle samarbejdsmodel

I den parallelle samarbejdsmodel er der mere samarbejde om patientforløbene end i den serielle model. Der er en klar rolle- og ansvarsdeling, men der tages yderligere tiltag i retning af at sikre koordinering, f.eks. gennem fælles møder og planer. Derudover er fokus ikke kun på at sikre gode overgange, men også på at sikre, at der igangsættes samtidige indsatser, og at der arbejdes ud fra mere fælles mål.

Kortlægningen viser, at der er taget flere skridt til at arbejde mere teambaseret og ud fra fælles planer og tidlig indsats. Der er identificeret mange projekter, der anvender en teamorganisering som ramme for koordineringen. Dette gælder både i forhold til den tværsektorielle og tværfaglige koordinering. Der er variation i modellerne i forhold til patientens og pårørendes inddragelse.

¹⁷ Sundhedsstyrelsen (2011): *Evaluering af sundhedsaftalerne*.

Udskrivningskonferencer

Der ses en udbredt brug af udskrivningskonferencer mellem behandlere i psykiatrien i samarbejde med patienten og hans/hendes vigtige samarbejdspartnere, f.eks. sagsbehandler fra kommunen, repræsentant fra distriktpsychiatri team, fra værested eller støttecenter. Brug af udskrivningskonferencer er aftalt i sundhedsaftalerne.

Registrering af udskrivningskonferencer er frivillig i LPR, og den anvendes meget sjældent, hvorfor det ikke er muligt at beskrive udviklingen i antallet af udskrivningskonferencer ved brug af registerdata.

Der er eksempler på, at telepsykiatri anvendes i udskrivningskonferencerne. Region Midtjylland og Region Syddanmark har indført brug af videokonferencer i udskrivningskonferencer mellem psykiatrisk afdeling og distriktpsychiatri, og mellem distriktpsychiatri og kommuner f.eks. kommunale bosteder. DSI har gennemført et litteraturstudie af brug af videokonferencer i psykiatrien, som viser, at det ikke påvirker behandlingen negativt at anvende videokonference¹⁸. Brugen af telepsykiatri i koordinering af forløb, f.eks. udskrivningskonferencer mellem psykiatri og kommune, er under udbredelse på landsplan, bl.a. via den nationale handleplan for telemedicin¹⁹.

BOKS 2

Projekt om telepsykiatriske udskrivningskonferencer

Eksempel: Projekt om telepsykiatriske udskrivningskonferencer:

IT-afdelingen på Odense Universitetshospital gennemførte i perioden fra den 1. april 2010 til 30. november 2010 et pilotprojekt om telemedicinsk udskrivningskonference (udskrivningssamtale via videokonference) i samarbejde med Center for Kvalitet, Geriatrik afdeling G, Odense og Svendborg, Medicinsk Afdeling M, OUH Svendborg Sygehus, Kerteminde Kommune, Langeland Kommune og Faaborg-Midtfyns Kommune. Evalueringen viser, at udskrivningskonference via videokonference tilsyneladende er mere ressourceeffektivt i forhold til konventionel udskrivningskonference. Dette gælder både det administrative omkring udskrivningskonferencen og selve udskrivningskonferencen, som oftest har kunnet gennemføres på kortere tid, når der anvendes videokonference. I forhold til konventionel udskrivningskonference kan kommunerne spare transporttid, hvis de i stedet anvender videokonference.

Kilde: Odense Universitetshospital (2010): Evaluering af projekt vedrørende telemedicinsk udskrivningskonference – en mini-MTV.

18 DSI (2009): *Telepsykiatri i Danmark – Hvad ved vi fra udlandet?*

19 Regeringen, KL, Danske Regioner (2012): *National handleplan for udbredelse af telemedicin.*

Projekt udskrivningskoordinatorer i Aalborg Kommune

Eksempel: Projekt udskrivningskoordinatorer i Aalborg Kommune

Projekt Udskrivningskoordinator er et treårigt udviklingsprojekt, finansieret af puljemidler fra Socialministeriet i perioden fra den 1. august 2009-31. juli 2012.

Det overordnede formål med "Projekt Udskrivningskoordinator" har været at sikre patienten/borgeren kvalitet og sammenhæng i overgangen fra Aalborg Psykiatriske Sygehus til socialpsykiatrien i Aalborg Kommune samt skabe en mere forenket kontaktmulighed i borgerens overgang fra et regionstilbud til det kommunale tilbud.

Udskrivningskoordinatoren er typisk tilkøbt borgeren i en periode på 3-4 uger efter udskrivelsen. Borgeren tilbydes et hjemmebesøg 1-2 uger efter udskrivning for at tilse, om de indgåede aftaler fungerer hensigtsmæssigt.

Der er foretaget en erfaringsopsamling af det knap 3-årige projekt. Projektrapporten kan bl.a. på baggrund af interviews med samarbejdspartnere samt borgere konkludere, at der har været stor tilfredshed med den psykiatriske udskrivningskoordinatorfunktion samt en dokumenteret bruttobesparelse i Aalborg Kommune på knap 1,7 mio. kr. på færdigbehandlingsdage fra 2010 til 2011, hvilket svarer til en reduktion på 38 pct.

Kilde: Aalborg Kommune (2012): Projekt udskrivningskoordinatorer – et brobygningsprojekt mellem Aalborg Kommune og Region Nordjylland.

Fremskudt visitation

Der er flere regioner og kommuner, der har opstartet projekter med fremskudt visitation i psykiatrien (projekter 77, 84 i bilag 2). Der er tale om en samarbejdsmodel, som også anvendes i somatikken, f.eks. for ældre medicinske patienter. Modellen går ud på, at kommunale visitatorer tidligt i forløbet kommer på sygehusafdelingerne for at planlægge, hvilke kommunale indsatser, der skal iværksættes sideløbende med behandlingen, og om der skal ske en opfølgende indsats, f.eks. i form af bostøtte ved udskrivning.

Samarbejdsmodellen på det psykiatriske område sker på projektplan, og det har ikke været muligt at identificere evalueringer af samarbejdsmodellen. Erfaringsgrundlaget for fremskudt visitation for sårbare ældre er imidlertid større. Her viser KORAs midtvejsevaluering af Region Sjællands Sundhedsaftale²⁰, at fremskudt kommunal visitation meget konsistent af aktørerne bliver fremhævet som en løsning, der forbedrer alle parternes oplevelse af udskrivningssamarbejdet. Dels på grund af muligheden for et mere målrettet samarbejde om de sårbare patienter, dels fordi de mere faste samarbejdsrelationer skaber grobund for gensidig forståelse og respekt for hinandens arbejdsvilkår og behov. De sygehusansatte oplever f.eks., at de får en offensiv og pålidelig medspiller, som hjælper med at identificere sårbare patienter på afdelingen, og sætter sig godt ind i, hvordan borgerens hjemlige situation og funktion er, og som altid vender tilbage som aftalt. Samtidig oplever de informanter, der har erfaring med fremskudt visitation, en mere enkel kommunikation, fordi visitatoren fungerer som koordinerende omdrejningspunkt for forløbet.

20 KORAs (2012): *Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland – Status på den foreløbige evaluering.*

Tværfaglig teamorganisering på børneområdet

I Region Nordjylland er der opstartet et projekt om fælles visitation mellem børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og Aalborg Kommune. Formålet er at kvalitetssikre udredningen. Målgruppen er unge henvist fra forvaltningen eller PPR. Her mødes således personale fra den regionale psykiatri og fra kommunen for at drøfte, om barnet opfylder kriterierne for henvisning.

Børne- og ungdomspsykiatrien og Kolding Kommune udvikler en ny samarbejdsmodel ved mistanke om en psykiatrisk problemstilling hos børn. Modellen introducerer bl.a. det tværsektorielle Barnets Team, der i samarbejde med forældrene, står for koordineret udredning og behandling.

Tværfaglig teamorganisering på beskæftigelsesområdet

Som det fremgår af afsnit 5.2.1. er der i regi af Beskæftigelsesministeriet igangsat en række projekter med henblik på at sikre mere tværfagligt samarbejde om sygemeldte. Dette er bl.a. sket ved at oprette tværfaglige enheder i kommunen med psykolog, fysioterapeut, sagsbehandler og arbejds-, social- eller almenmedicinere til at afklare den sygemeldtes ressourcer og barrierer samt fastlægge individuelle planer for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Evalueringen af TTA-projekterne viser gode effekter på patientens sygefraværsforløb. Evalueringen viser endvidere, at det har været en stor opgave at etablere et tværfagligt samarbejde mellem forskellige faggrupper, som er bærende af forskellige professionskulturer, lidelsesforståelser, arbejdserfaringer og sprog.

En af forudsætningerne for et velfungerende tværfagligt samarbejde synes at have været, at TTA-aktørerne har været parate til at indgå i arbejdssammenhænge, der til en vis grad kræver, at de redefinerer deres hidtidige roller.

PSP samarbejde

PSP-samarbejdet er et systematiseret myndighedssamarbejde mellem politi, sociale myndigheder og den regionale psykiatri, som led i indsatsen over for socialt udsatte personer. Formålet med PSP-samarbejdet er at koordinere politiets, de sociale myndigheders og psykiatriens indsats i forhold til socialt udsatte. Initiativet skal sikre, at disse borgere får bedst mulig hjælp. Samtidig skal PSP-samarbejdet forebygge, at de udsatte borgere udvikler eller fortsætter en kriminel adfærd. PSP-samarbejdet er derfor målrettet borgere, der har behov for hjælp, men som ikke falder klart ind under ét myndighedsområde som f.eks. lovovertrædere, patienter i psykiatrien eller brugere i socialsektoren.

PSP-samarbejdet er organiseret på et politisk, lokalt og operationelt niveau. PSP-samarbejdet skaber et forum, hvor myndighederne kan koordinere indsatsen generelt over for socialt udsatte borgere, der ofte er i berøring med én eller flere af de involverede myndigheder, samt drøfte løsninger i enkelt-sager. Folketinget besluttede med virkning fra 2009, at alle politikredse i Danmark skal etablere samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri. Indførelsen skete på baggrund af gode erfaringer fra projektet i Frederiksberg Kommune.

PSP samarbejde

SFIs kortlægning af PSP-samarbejde på Frederiksberg, i Odense, på Amager og i Esbjerg:

SFI udgav i 2011 en kvalitativ evaluering af PSP-samarbejdet i Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg. Undersøgelsen har fundet sted i 2008-2010.

Blandt konklusionerne er, at PSP-samarbejdet giver opmærksomhed på udsatte borger-grupper og medvirker til forebyggelse af social deroute og kriminalitet. Aktørerne oplever generelt, at samarbejdet har skabt positive forandringer i borgerservicen og har givet grundlag for væsentlige erfaringsudvekslinger og nye konstruktive samarbejdsrelationer myndighederne imellem. Det, at man i operativgruppen i PSP-Frederiksberg i fællesskab 'følger sager til dørs', skaber både koordinering og tilbagemelding.

Undersøgelsen viser også, at et vellykket PSP-samarbejde kræver, at ledelsen vedvarende giver samarbejdet opmærksomhed, og medvirker til, at give samarbejdet legitimitet, samt medvirker til at tage stilling til, hvordan man bedst indretter samarbejdet efter lokale forhold. Endelig fordrer et godt PSP-samarbejde, at man træffer klare valg i forhold til, hvor bred eller smal en definition af PSP-brugere man ønsker at målrette samarbejdet imod.

Kilde: SFI (2011): Kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg.

5.2.3

Mere integrerede indsatser

I den integrerede samarbejdsmodel arbejder faggrupperne og sektorerne om fælles mål for patienten. Der er fælles metodisk tilgang, sprog, kommunikation og ledelse. I samarbejdsmodellen kan der også være fælles budgetter og fælles organisation.

Som det fremgår af afsnit om evidens, er der fundet evidens i forhold til Home Treatment, Shared care, Casemanagement (dog kun for visse grupper) og ACT. Det er modeller, hvor der er en højere grad af integration.

Kortlægningen viser, at der i Danmark ikke er eksempler på den rene integrationsmodel, men der er igangsat flere projekter, der indeholder elementer fra den integrerede model, bl.a. projekter der har til formål at understøtte fælles sprog og fælles mål, casemanagement, shared care, og projekter, hvor der arbejdes mod en stærkere ledelsesmæssigt samarbejde. Derudover er der eksempler på, at fagpersonale "udstationeres" til andre sektorer med henblik på at sikre større integration i opgaveløsningen.

Shared care og collaborative care

Der er i regioner og kommuner taget forskellige initiativer til tværsektorielt samarbejde under en shared care organisering. Det er jf. afsnit 4.2.2. dokumenteret, at shared care har positiv effekt i forhold til personer med ikke-psykotiske lidelser som depression og angst²¹.

21 DSI (2012): *Behandling af mennesker med angst og depression – kortlægning af behandlingsfeltet og diskussion af perspektiverne ved indførelse af collaborative care.*

I Region Midtjylland og Region Syddanmark foregår shared care mellem almen praksis og psykiatrien gennem etablerede mobilteams. Yderligere har Region Sjælland gjort sig erfaringer med en SC-model, hvor personalet har været ansat i distriktspsykiatrien og ikke i almen praksis.

Der er foretaget en evaluering af det psykiatriske mobilteam i Horsens, der er målrettet voksne med moderat/svær depression. En evaluering²² af mobilteamet i Horsens viser, at patienternes funktionsevne bedres. De praktiserende læger er tilfredse med tilbuddet og vurderer, at mobilteamet kan forebygge genindlæggelser.

Derudover er der bl.a. i Region Midtjylland startet et projekt med shared care i almen praksis for patienter med ikke psykotiske lidelser, herunder primært depression og angst (projekt 64). 60 praktiserende læger fra Viborg, Skive og Århus Kommune deltager i projektet. Tiltaget er på projektstadiet og er ikke evalueret. Derudover er der gangsat et forsøg med collaborative care, hvor også den beskæftigelsesrettede indsats er indtænkt, og hvor der arbejdes med casemanagement.

Der er ikke identificeret shared care projekter, som inddrager speciallæger i praksis-sektoren eller praktiserende psykologer.

Der blev med aftalen om satspuljen på sundhedsområdet for 2012-2015 afsat 100 mio. kr. i perioden 2012-2015 til støtte af initiativer, som styrker samarbejdet mellem den regionale psykiatri og praksissektoren, om behandling af patienter med f.eks. ikke-psykotiske lidelser, inden for rammerne af shared care. Der vil således i de kommende år ske en større udbredelse af shared care modeller i indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser.

Samarbejde i en shared care organisering i psykiatrien er således under udvikling i Danmark. Indtrykket er dog, at operationaliseringen af sådanne samarbejdsformer er meget varierende, og der er forskel på graden af integration. Mobilteams har således ikke samme grad af integration som Collaborative Care-modellen, hvor der sker case-management, og den behandlingsmæssige indsats, den sociale indsats og beskæftigelsesindsatsen i højere grad søges integreret.

Fælles vidensdeling og kompetenceudvikling

Der er mange eksempler på, at kommuner og regioner har igangsat projekter med henblik på at understøtte en mere fælles referenceramme på tværs af sektorer og faggrænser.

Som det fremgår af oversigten over samarbejdsmodeller og projekter i regioner, kommuner og praksissektor i bilag 2 til denne kortlægning, er metoden hertil kompetenceudvikling og vidensdeling ved fælles læring mellem hospitaler, kommuner og den praktiserende læge, f.eks. Region Hovedstadens projekt "Det gode patientforløb i psykiatrien" (12) mellem Psykiatrisk Center og Frederiksberg Kommune, "Projekt de gode historier" (24), "Fælles skolebænk" (28), "Projekt psykiatri på tværs" (42). "Faglige kurser om ADHD (82), "Uddannelse og Kompetenceforum (88).

Der er generelt gode erfaringer med fælles undervisning, som samtidig i sig selv kan medvirke til at skabe bedre overgange og sammenhænge, fordi de forskellige sundhedsaktører opnår et større kendskab til hinanden, herunder hinandens sprog, metoder og mål for indsatsen.

22. DSI (2012): *Behandling af mennesker med angst og depression – kortlægning af behandlingsfeltet og diskussion af perspektiverne ved indførelse af collaborative care.*

I Region Hovedstadens psykiatri og i Frederiksberg Kommune har man den 1. oktober 2011 opstartet projekt "Ledelse af det tværsektorielle samarbejde omkring den psykiatriske patient". Projektet er iværksat for at styrke tværsektorielle overgange for borgere/patienter. I projektet indgår et litteraturstudie, en kvalitativ og kvantitativ undersøgelse og en fotoworkshop. Undersøgelsesresultaterne skal bidrage til at identificere centrale fokusområder i det tværsektorielle samarbejde.

mellem Frederiksberg Kommune og Psykiatrisk Center Frederiksberg. Fokusområderne danner baggrund for det videre arbejde, der har til hensigt at udvikle handlemuligheder, der kan styrke det tværsektorielle samarbejde og borgere/patienters oplevelse af sammenhæng i sektorovergange.

Sundhedshuse

Regionerne er i samarbejde med kommuner og praksissektor inden for somatikken i gang med at udvikle og etablere sundheds- og akuthuse – også kaldet sundhedshuse eller sundhedscentre – over hele landet. Formålet med sundhedshusene er at tilvejebringe og samle et sundhedstilbud til borgerne i nærområdet, og sikre en bedre behandling for patienterne gennem et organisatorisk og fagligt samarbejde på tværs af sektorer, tilbud og faggrupper.

Inden for psykiatrien er der opstartet enkelte projekter i forhold til at etablere fælles fysiske rammer for det tværsektorielle samarbejde. Region Midtjylland og Silkeborg Kommune har etableret et psykiatrisk sundhedshus, der rummer regionale specialiserede psykiatrifunktioner og kommunale tilbud.

I Region Syddanmark er der etableret et "husfællesskab" mellem den regionale lokalpsykiatri og den kommunale socialforvaltning i Fredericia Kommune med henblik på at styrke samarbejdet mellem de to sektorer. I Haderslev Kommune arbejdes der ligeledes på at få etableret fælles fysiske rammer med lokal psykiatrien (40). jf. oversigten over samarbejdsmodeller og projekter i regioner, kommuner og praksissektor i bilag 2 til denne kortlægning.

I Psykiatriens hus i Silkeborg har man samlet den regionale psykiatri, den sociale indsats og den beskæftigelsesrettede kommunale indsats under samme tag. Der er ikke etableret en fælles ledelse, men der arbejdes på et tættere ledelsesmæssigt samarbejde mellem sektorerne. Organiseringen har vist gode resultater jf. boksen nedenfor.

BOKS 5

Psykiatriens hus

Eksempel: Psykiatriens hus i Silkeborg

Silkeborg Kommune og Region Midt har etableret Psykiatriens Hus i Silkeborg med såvel seks regionale som seks kommunale akutpladser. Formålet med samlingen af tilbud er at reducere forekomsten af uheldsmæssige indlæggelser. Det understøttes af daglig koordinering mellem regionale og kommunale tilbud, støttepersoner og hjemmebehandlingsteams. De foreløbige resultater er, at antallet af indlæggelser er faldet med 21 pct. i perioden fra 2007-2010, og gen-indlæggelser er faldet med 17 pct.

Kilde: Danske Regioner, Samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller mellem kommuner og regioner, 2012.

Integrerede tilbud til dobbeltdiagnosticerede

Kortlægningen viser, at regioner og kommuner har igangsat mange projekter med henblik på at forbedre forløbene for dobbeltdiagnosticerede. Der er identificeret 14 projekter. Projekterne varierer i forhold til, hvor høj graden af integrationen er. Nogle har fokus på udredning og den opsøgende indsats, f.eks. gennem teamorganisering og screening. Andre har fokus på iværksættelse af samtidige indsatser gennem en konsulentfunktion, der koordinerer indsatsen. Nogle har fokus på fælles kompetenceudvikling. Der er flere projekter, der er specifikt målrettet borgere med ADHD og samtidigt misbrug (projekt 15,87). Derudover er der eksempler på arbejde med en højere grad af integration, f.eks. at der i misbrugsbehandlingen integreres psykiatrisk behandling jf. behandlingstilbuddet Vista Balboa. Der er dog ikke fundet nogen klar evidens i forskningslitteraturen, jf. afsnit 4.2., for effekten af en integreret tilgang til behandling af misbrug og psykiske lidelser. Det er uklart, om en integreret tilgang er bedre end en parallel tilgang.

BOKS 6

Integreret tilbud – dobbeltdiagnosticerede

Eksempel: Integreret tilbud reducerer genindlæggelser og misbrug

Vista Balboa i Odense Kommune er et helhedsorienteret, integreret tilbud til borgere med svære sindslidelser og et misbrug. I tilbuddet ydes koordineret social støtte, psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling for at fremme, at målgruppen bliver mere selvhjulpne og får en bedre livskvalitet. Vista Balboa har siden 2001 kvalitetsovervåget indsatsen i tilbuddet ved hjælp af Den Danske Kvalitetsmodel med standarder, audit og opgørelser fra det såkaldte ASI (Addiction Severity Index). Herigennem er det bl.a. konstateret, at tilbuddet fastholder kontakten til så godt som 100 pct. af de indvisiterede brugere, nedbringer de psykiatriske indlæggelser med 54 pct. og reducerer hash-misbrug og blandingsmisbrug med henholdsvis 40 pct. og 60 pct. Senest har tilbuddet gennemført et alkoholprojekt, der har medført markant reduktion i alkoholforbruget.

Kilde: Arbejdsrapport udarbejdet af Socialstyrelsen og KL til brug for arbejdsgruppe 2.

Inklusion: IPS og Sherpamodellen

Der er i 2011 opstartet et forsøg med at undersøge effekten af to målrettede beskæftigelsesindsatser – IPS (Individuelt Planlagt job med Støtte) og Sherpa – i et randomiseret design. Projektet hedder Inklusion. Formålet er dels at forbedre beskæftigelsesindsatsen over for en bred gruppe af mennesker med psykiske problemer, dels at sikre at samfundet får gavn af de arbejdsmæssige ressourcer, som disse mennesker besidder.

I IPS-modellen får den enkelte borger tilknyttet én IPS-konsulent. IPS-konsulenten følger borgeren fra første kontakt indtil borgeren er i mål. Målsætningen er, ved brug af IPS-termer, at være kommet i arbejde eller i uddannelse, og derved ikke længere have brug for støtte.

IPS konsulenten er tilknyttet jobcentret samtidig med, at denne deltager i behandlingskonferencer i det psykiatriske behandlingstilbud, hvor borgeren er tilknyttet. På denne måde sikres fuld indsigt og integration mellem den psykiatriske viden og de beskæftigelsesmæssige forpligtelser.

Allerede på det første møde vil IPS-konsulenten spørge ind til borgeres jobkompetencer og jobmål, for herefter straks at foretage en aktiv søgning i det lokale erhvervsliv for at finde en sådan position. Når denne position er fundet og accepteret af borgeren, vil borgeren få aktiv støtte fra IPS konsulenten.

En gennemsnitsberegning på tværs af alle internationale studier viser, at der blandt de personer, der modtager IPS og psykiatrisk behandling, er 61 pct. som på et tidspunkt i opfølgingsperioden er i arbejde. Det tilsvarende tal i almindelig behandling er 23 pct.

IPS-projektet gennemføres i perioden fra 1. januar 2012 til 30. juni 2017.

Sherpaprojektet er målrettet mennesker med affektive psykiske lidelser eller angstlidelser, og målsætningen er tilbagevendelse på arbejde eller i uddannelse, så tidligt i lidelsesforløbet som muligt. Grundantagelsen bag Sherpa er som nævnt, at hjælpe disse mennesker til at få både deres hverdagsliv og arbejdsliv til at fungere. Sherpa tilbyder at varetage koordinatorrollen over for alle involverede. Det kan for eksempel være over for behandlere i det psykiatriske system, sagsbehandlere og arbejdsgivere.

Sherpa tilbyder følgende indsatser:

- Individualiseret mentorstøtte baseret på psykiatrisk viden, hvor hver mentor maksimalt har tilknyttet 20 brugere ad gangen.
- Koordinering ved Sherpa-mentor internt i Sherpa og eksternt over for andre aktører.
- Karriererådgivning målrettet mennesker med psykiske lidelser.
- Uvildig hjælp til afklaring af privatøkonomien.
- Virksomhedsrettet indsats for at understøtte den enkeltes mulighed for at komme i arbejde og beholde arbejde.

Sherpa afprøves i perioden 1. juni 2011 – 31. marts 2016.

Housing First og CTI-Metoden

Borgere med svære psykiske lidelser er mere udsatte for hjemløshed. Der er evidens for at stabilisering af boligforhold har stor betydning for patientens forløb.

CTI metoden er en case management-metode, som anvendes for at sikre en vellykket overgang for den enkelte borger, når denne går fra at have en institutionslignende bolig (herberg, hospital, fængsel eller lign.) til egen bolig. Der er tale om en intensiv og tidsbegrænset indsats.

Målgruppen for CTI er således borgere i overgang fra en institutionslignende bolig til egen bolig, hvor det vurderes, at borgeren som følge af CTI indsatsen vil blive i stand til at profitere af og gøre brug af eksisterende tilbud til målgruppen og/eller tilbud, som er forankret i lokalsamfundet. Borgeren visiteres til indsatsen, som følge af en udredning der viser, at borgeren hører under denne målgruppe, dvs. at borgeren er i stand til at klare sig med en CTI indsats for en afgrænset periode.

Formålet med CTI indsatsen er at øge borgerens muligheder for at fastholde egen bolig ved at:

- Styrke borgerens sociale kompetencer og ressourcer.
- Styrke borgerens sociale og familiære netværk.
- Styrke borgerens integration i lokalsamfundet.

CTI metoden afprøves i en række kommuner, som en del af Hjemløsestrategien²³. Det overordnede princip for arbejdet i Hjemløsestrategien er Housing First. I Housing First tilgangen ses tidlig stabilisering af den hjemløses boligsituation kombineret med individuel social støtte som værende et vigtigt element i en recovery-proces. Der vil blandt disse borgere være borgere med svære psykiske lidelser.

Derudover er der både i Region Hovedstaden og Region Nordjylland opstartet udviklingsprojekter, hvor tværfaglige boformer til stabilisering af psykotiske borgere etableres – såkaldte Halfway Houses. Projekterne er på udviklingsstadiet og er ikke igangsat.

BOKS 7

Halfway houses

Eksempel: Halfway House

Der arbejdes på et udviklingsprojekt – såkaldt Halfway House- i Region Nordjylland, som er målrettet svært syge psykiatriske patienter, der er færdigbehandlede i psykiatrisk indlæggelsesregi. Det er et samarbejdsprojekt mellem den regionale psykiatri og samtlige kommuner, og formålet er, at hjælpe borgere med helt særlige og meget svære sociale og psykiatriske problemstillinger fra en tilværelse som indlagt til borger i samfundet. Projektet er ikke igangsat. Der skal tages politisk stilling til behovet og igangsættelse, herunder i hvilken form.

Kilde: Danske Regioner, Samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller mellem kommuner og regioner, 2012.

5.3

ACT – den danske model

Som det fremgår af afsnit 4.2.1. er der fundet evidens for, at opsøgende teams (ACT) modellen er effektiv bl.a. i forhold til nedbringelse af genindlæggelser og fastholdelse af patienten i behandlingen. Modellen er baseret på et tværfagligt team, der yder en tværfaglig indsats, dvs. både en behandlingsindsats og en social indsats i patientens nærmiljø.

5.3.1

Opsøgende teams

Kortlægningen viser, at der i Danmark er størst erfaring med ACT-modellen gennem de såkaldte OP-teams eller OPUS-teams ("Opsøgende Psykoseteams" og "Tidlig opsporing og behandling af unge voksne med psykose"). Spørgeskemaundersøgelsen i regionerne viser, at der ikke er nogen entydig terminologi på området, og man taler eksempelvis om opsøgende teams, akutte teams, mobile teams osv. De opsøgende teams er målrettede specifikke patientgrupper. I langt de fleste regioner er der oligofreni-teams, retspsykiatriske teams, opsøgende psykoseteams og gerontopsykiatriske teams. Herudover er der i flere regioner forskellige akutteams og affektive teams, og der er eksempler på teams målrettet misbrug, organiske lidelser, depression og post-traumatisk stress syndrom (PTSD).

23 Der henvises til Socialstyrelsens Hjemløsestrategi 2009-2012, som er udarbejdet som led i satspuljeaftale på socialområdet.

Omfanget af udgående teams for voksne er størst i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark, og de forskellige teams er således også mest målrettet specifikke patientgrupper i disse tre regioner.

De opsøgende teams er forankret i distriktspsykiatrien og består af sundhedsprofessionelle, der yder en behandlingsindsats i borgerens eget hjem. Fokus er i høj grad på at sikre en sammenhængende behandlingsindsats. Der er således i den danske model mindre fokus på den sociale indsats, og personalet i de danske OPteams er i høj grad sundhedsprofessionelle. I litteraturen er det ellers integration af både den behandlingsmæssige og sociale indsats i ACT teamet, som er væsentlig for effekten af indsatsen.

I øjeblikket anvendes ACT-modellen dog også inden for hjemløseområdet, hvor den anvendes som en metode til at reducere hjemløshed blandt de mest udsatte borgere, og til at mindske disses psykiske og sociale problemer. I denne model indgår den sociale indsats som en integreret del af teamet og er derfor tættere på den oprindelige ACT model²⁴.

5.3.2

OPUS

Der er inden for de sidste år sket en udbredt brug af opsøgende psykoseteams for unge med skizofreni (OPUS).

OPUS er et intensivt 2-årigt behandlingsprogram til unge med førstegangpsykose. Behandlingen integrerer de farmakologiske, psykosociale og psykoterapeutiske elementer af behandlingen. Der ydes bl.a. kognitiv terapi, psykoedukativ flerfamiliegruppe og social færdighedstræning.

Der er i et dansk klinisk randomiseret forsøg fundet, at behandling af mennesker med debuterende psykoser i henhold til OPUS forbedrede kliniske outcomes, også ved follow-up 1 og 2 år efter afslutningen af behandlingen²⁵.

Et andet dansk studie viser, at ca. 40 pct. af de patienter, der har modtaget behandling i OPUS, er i uddannelse, arbejde eller revalidering, mens tallet for patienter, der ikke har været i OPUS-forløb, kun er 32 pct.²⁶.

Brug af OPUS-teams er udbredt i hele landet. I Region Midtjylland har man opstartet et pilotprojekt med brug af Ipads i patientbehandlingen, hvor patienten kan kontakte OPUS-teamet ved videokonference. Projektet er et pilotprojekt og er endnu ikke evalueret.

5.4

Handleplaner for borgeren/patienten

Der anvendes i psykiatrien og i den sociale indsats forskellige planer til at planlægge indsatsen for borgeren/patienten, hvilke er væsentlige redskaber til at sikre en koordineret indsats.

24 SFI (2012): *Forskningsoversigt: Integreret indsats i forhold til mennesker med psykiske lidelser.*

25 SFI (2012): *Forskningsoversigt: Integreret indsats i forhold til mennesker med psykiske lidelser.*

26 Danske Regioner (2007): *Opsøgende indsætter for behandling af psykotiske unge.*

5.4.1

Udskrivningsaftaler og koordinationsplan

I psykiatrien anvendes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er et lovligt opfølgingsredskab til brug for de patienter, som efter udskrivning ikke selv søger den nødvendige behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patienten.

For disse patienter har overlægen pligt til at sikre, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling, samt de sociale myndigheder og andre relevante myndigheder. Vil patienten ikke medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, skal overlægen sikre, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, praktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Som det fremgår af evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet, er regionerne adskillige gange blevet indskærpet pligten til at anvende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, og der ses også en stigning i anvendelsen særligt fra 2009 til 2011 fra 267 til 661. Flere regioner har i 2011 haft anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som et særligt fokusområde, herunder i sundhedsaftalerne. Det er overlægen i den regionale psykiatri, der vurderer, om der er behov for en udskrivnings- og koordinationsplan. I SFI's kortlægning af bostøtten mener 44 pct. af kommunerne, at regionen sjældent eller aldrig udarbejder udskrivnings- og koordineringsaftaler ved udskrivning af en borger fra psykiatrisk afdeling. 12 pct. oplever, at regionen altid eller næsten altid udarbejder de nødvendige udskrivningsaftaler og koordineringsaftaler²⁷.

TABEL 1

Antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indberettet til Sundhedsstyrelsen

	Udskrivningsaftaler	Koordinationsplaner	I alt
1999	uoplyst	uoplyst	251
2000	142	51	193
2001	90	45	135
2002	86	42	128
2003	54	35	89
2004	101	57	158
2005	127	52	179
2006	100	29	129
2007*	158	49	207
2008	180	64	244
2009	204	63	267
2010	386	152	538
2011	456	205	661

Antallet af indberettede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på de psykiatriske afdelinger.

* Elektronisk indberetning fra 2007 Kilde: Sundhedsstyrelsen.

27 Bengtsson og Røgeskov (2012): *Et liv i egen bolig*. Baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt alle kommuner. (66 kommuner besvarede spørgeskemaet).

5.4.2

Handleplaner i den sociale indsats i kommunen

Serviceovens § 141 foreskriver, at kommunalbestyrelsen, som led i den sociale indsats skal skønne, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde at udarbejde en handleplan for indsatsen. Dog skal kommunalbestyrelsen tilbyde at udarbejde en handleplan til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, eller borgere med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.

Handleplanen skal så vidt muligt udarbejdes i samarbejde med borgeren og omfatter følgende:

1. Formålet med den indsats, der iværksættes.
2. Hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet.
3. Den forventede varighed af indsatsen.
4. Andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, sociale relationer mv.

Handleplanen er med andre ord den plan, der sætter retning på støttens formål, prioriterer de forskellige dele af støtten på et givent tidspunkt, og sikrer, at forskellige medarbejdere og pårørende 'trækker i samme retning'. Handleplanen skal dermed styrke den helhedsorienterede indsats, så sagsbehandlere og personale i amter og kommuner bedre kan koordinere og samarbejde om den enkelte bruger.

Som delelement i den sociale handleplan kan udarbejdes faglige handleplaner f.eks. i form af pædagogiske handleplaner. Den pædagogiske handleplan bliver nogle steder kaldt den individuelle plan eller samarbejdsaftalen. Den er overskriften på et forløb, hvor borgeren og hans hjælpepersoner skal afklare, hvad der konkret skal være indholdet i det daglige samarbejde.

Hvor § 141-handleplanen på et overordnet plan afklarer, hvad der skal ydes hjælp til, afklarer den pædagogiske plan, hvordan hjælpen skal tilrettelægges. Den pædagogiske handleplan er et delelement i § 141-handleplanen, på samme måde som en jobplan kan være et delelement for de borgere, der har et jobtilbud.

5.4.3

Øvrige handleplaner

Derudover findes der inden for beskæftigelsesområdet en jobplan, som er en skriftlig aftale mellem den ledige og jobcenteret. Denne skal sikre, at den ledige hurtigst muligt kommer tilbage i arbejde. På misbrugsområdet udarbejdes der ofte behandlingsplaner for borgere i behandling.

Endelig er der regioner og kommuner, der afprøver og udvikler planer til lokalt brug. F.eks. har Psykiatrisk Afdeling Kolding (det opsøgende psykoseteam) og Fredericia Kommune udarbejdet, og forsøger at arbejde ud fra, en fælles rehabiliteringsplan (projekt 52). En fælles rehabiliteringsplan kan betragtes som et forsøg på at skabe større samordning i indsatsen ud fra en fælles målsætning.

Der er i kortlægningen ikke identificeret undersøgelser, der har undersøgt, om handleplaner giver bedre sammenhæng i patientens forløb.

5.5

Kontaktpersonsordninger, tovholdere m.m.

I det følgende beskrives forskellige kontaktpersonsordninger i psykiatrien og i kommunerne, der har et borgerrettet sigte og skal sikre kontinuiteten i borgerens/patientens behandling og kommunale støtte.

5.5.1

Kontaktpersoner i den regionale psykiatri

Det er fastlagt i alle sundhedsaftaler at patienten ved indlæggelse i psykiatrien tildeles en kontaktperson eller primær behandler, som er ansvarlig for sammenhæng og støtte i behandlingsforløbet.

KORAs Midtvejsevaluering af sundhedsaftaler for 2010-2014 i Region Sjælland viser imidlertid, at det ikke er de kommunale medarbejders oplevelse, at de psykiatriske patienter har en gennemgående kontaktperson på sygehuset, som de kan koordinere med.

Derudover tilknyttes patienten en kontaktperson i opsøgende psykoseteams.

5.5.2

Kontaktpersoner i kommunalt regi

Kontaktpersoner i komplekse sager

I flere sundhedsaftaler er det aftalt, at der skal være en kommunal tovholder for borgeren, hvis borgeren vurderes at have komplekse problemstillinger og derfor skal have flere ydelser fra kommunen. Tovholderen har et koordinerende ansvar for sagen og sikrer, at borgeren og samarbejdspartnere har én indgang til kommunen.

KORAs Midtvejsevaluering af Region Sjællands sundhedsaftale²⁸ viser imidlertid, at distriktpsychiatrien ikke oplever, at der er kommunale tovholdere, der varetager helheden om borgerens/patientens problemstillinger.

Støtte- og kontaktpersonordningen

Kommunerne skal yde tilbud om støtte- og kontaktperson (SKP) til personer med psykiske lidelser. Siden 2006 har SKP-ordningen – udover sindslidende – også omfattet personer med stof- eller alkoholmisbrug og personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opretholde egen bolig (jf. servicelovens § 99).

SKP-støtten er en uvisiteret, opsøgende indsats, som ydes til nogle af de mest udsatte voksne, evt. som et supplement til anden støtte. I praksis vil der dog ofte være tale om borgere, som har brug for støtte til netop at indgå i mere etablerede tilbud. Tilbuddet om SKP skal gives i dialog med og på borgerens præmisser, og borgeren har krav på anonymitet, modsat hvad der er tilfældet i andre tilbud efter serviceloven.

28 KORAs (2012): *Midtvejsevaluering af sundhedsaftaler 2010-2014 i Region Sjælland*

Støtten kan igangsættes på baggrund af en konkret henvendelse fra borgerens nærmiljø, fra en samarbejdspartner til kommunen eller på baggrund af en opsøgende indsats i lokalmiljøet. I nogle tilfælde varer støtten i uger eller måneder, andre gange kan den strække sig over flere år (et gennemsnitligt forløb varer ca. 130 dage).

En tidligere evaluering af SKP-støtten konkluderer²⁹, at både administratorer, SKP'ere samt brugere af ordningen generelt er tilfredse med ordningen, bl.a. fordi flere borgere beholder deres egen bolig ved hjælp af ordningen. SKP-støtten kan således bidrage til, at borgeren fastholder en selvstændig tilværelse.

SKP'erne fungerer som individuelle støtte- og kontaktpersoner. De har typisk en relevant social og/eller sundhedsfaglig uddannelse samt har erfaring med at arbejde med målgruppen af udsatte borgere.

SKP-arbejdet baserer sig på socialfaglige metoder. Ligesom på andre områder inden for det socialfaglige felt, er der i de senere år sket en udvikling i det metodiske grundlag for at yde SKP-støtte.

Fra 2007 til 2011 har Socialstyrelsen i samspil med tre store kommuner udviklet faglige metoder ift. de mest isolerede sindslidende, som bor i egen bolig (Isbryderprojektet). Det har medført, at der er sket en udvikling i det opsøgende, kontaktskabende og tværgående samarbejde om borgerne, samt sket en systematisering af nogle af de anvendte metoder.

I 2009 var antallet af ansatte i SKP-ordningen 440 (opgjort i årsværk). Der er i gennemsnit 15 borgere pr årsværk. 60 pct. af brugerne er mænd, 40 pct. er kvinder, og ca. halvdelen af brugerne er mellem 36-55 år. Blandt de afsluttede forløb er 39 pct. afsluttet med succes, i den forstand at borgeren har opnået kontakt til andre dele af det offentlige tilbud, eksempelvis sagsbehandler eller bostøtte.

TABEL 2

Udviklingen i brugen af SKP-ordningen

Tilbud	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Antal personer med en støtte-/kontakt-person-ordning (SEL § 99)	4.915	5.095	5.055	5.331	5.645	4.213 ³⁰	4.798	5.221	5.638	5.043

Kilde: Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget (2012). Rapport om psykiatriområdet til brug for evaluering af kommunalreformen.

Bostøtteordning

Bostøtte er et tilbud om socialpædagogisk støtte, som ydes efter § 85 i serviceloven. Støtten ydes som hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller

29 Socialt Udviklingscenter og Videnscenter for Socialpsykiatri (2004): *Evaluering af SKP-ordningen i mindre kommuner*.
30 Fra 2007 og frem omfatter ordningen også hjemløse, stof- og alkoholmisbrugere

psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Sigtet med støtten er at sætte borgeren i stand til – på sigt – at leve et selvstændigt liv uden støtte.

De senere år er der sket en markant stigning i antallet af borgere, der modtager socialpædagogisk støtte til. Hvor der tidligere var tradition for at yde bostøtte i form af individuel støtte i borgerens eget hjem, er der i stigende grad tendens til, at kommunerne sammensætter forskellige typer af forløb af varierende periode og intensitet. Støtten anvendes til:

- Borgere der vurderes at have et støttebehov, men som ikke har behov for den omfattende støtte, som et botilbud tilbyder.
- En del af en strategisk omlægning af støtten for borgere i døgntilbud.
- I overgangen fra indlæggelse til et liv i egen bolig.

En analyse af bostøtte efter servicelovens § 85 til mennesker med psykiske lidelser, som SFI udgav i 2012, viser, at 97 pct. af brugerne var tilfredse med støtten til at håndtere psykiske problemer, 98 pct. var tilfredse med støtten til at holde kontakt med offentlige myndigheder, og 97 pct. var tilfredse med støtten til at holde kontakt med praktiserende læge og den regionale psykiatri³¹.

TABEL 3

Udviklingen i brugen af bostøtte efter § 85 til mennesker med psykiske lidelser

Tilbud	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Antal personer, som modtager støtte efter § 85 (socialpædagogisk støtte)	3.799	4.230	5.137	5.399	5.790	7.614	9.719	11.934	13.501	14.732

Kilde: Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget (2012). Rapport om psykiatriområdet til brug for evaluering af kommunalreformen.

Endelig kan der gives praktisk hjælp i eget hjem efter servicelovens § 83. Støtten kan gives alene eller sammen med bostøtte efter § 85. Den kommunale hjemmepleje er den interne samarbejdspartner, som socialforvaltningen samarbejder mest med. I nogle kommuner er der etableret "hjemmehjælperkorps", som f.eks. i Odense Kommune, der udelukkende har med sindslidende at gøre, og som fungerer som almindelig hjemmehjælp, hvor man får hjælp til at holde sit hjem.

Nedenstående tabel viser en oversigt over kontaktpersonsordninger i psykiatrien og i kommunerne. Dertil kommer, at patientens/borgerens praktiserende læge også kan betragtes som patientens faste tovholder i forhold til generelle helbredsproblemer og patientens sundhedstilstand.

31 SFI (2012): *Et liv i egen bolig – Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser*.

TABEL 4

Eksempler på forskellige kontaktpersonordninger

Kontaktpersonordninger	Målgruppe	Regi
Kontaktpersoner på sygehuset	Alle indlagte	Sygehus/psykiatrisk afdeling
OP-team	Patienter med psykoser	distriktspsykiatri
OPUS-team	Unge med skizofreni	distriktspsykiatri
Lokale tiltag f.eks. følge-hjemordning eller udskrivningskoordinator	Patienter uden opfølgende tiltag	Sygehus
Kommunal tovholder	Komplekse sager	Kommune
Støtte og kontaktperson (SKP)	Borgere med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne	Kommune
Bostøtte	Borgere med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne	Kommune
Alment praktiserende læge	alle	Praksissektoren
Privat praktiserende psykiater	Henviste pt.	Praksissektoren

6

Internationale erfaringer med integration og nye tendenser

I det følgende fremgår en række internationale eksempler på organisatoriske modeller med fokus på tværfaglighed og tværsektorielt samarbejde. Eksemplerne er udtaget bl.a. på baggrund af KORAs videns- og erfaringsopsamling for tværsektorielt samarbejde i psykiatrien³², SFIs forskningsoversigt for integrerede indsatser³³ og Implement's kortlægning af internationale erfaringer³⁴.

6.1

Åben dialog

Åben dialog er udviklet i Finland i årene omkring 1990, og modellen er en netværksbaseret tilgang, hvor fokus er at gøre patienten selv-handlende. Derudover er der fokus på inddragelse af pårørende. Modellen har været inspirationskilde flere steder i Skandinavien, men der er ikke fundet publikationer om metoden uden for Finland.

Åben dialog modellen indeholder 7 hovedelementer:

1. Umiddelbar hjælp: Der er en 24-timers kriseservice (dvs. adgang til skadestue), og det første regulære møde i en behandling finder sted højst 24 timer efter henvendelse.
2. Et socialt netværks perspektiv: Borgeren, familien og andre nøglepersoner i det sociale netværk bliver inviteret til de første møder. Endvidere inddrages arbejdsgiver, evt. jobcenter og de sociale myndigheder.
3. Flexibilitet og mobilitet: Indsats tilrettelægges fleksibelt og tilpasses specifikke/foranderlige behov, herunder bl.a. hvor behandlingen ønskes at finde sted.

32 KORA (2012): *Tværasektorielt samarbejde i psykiatrien – Videns og Erfaringsopsamling.*

33 SFI (2012): *Integreret indsats i forhold til mennesker med psykiske lidelser.*

34 Implement (2012): Præsentation på psykiatri-udvalgets debat 27. november 2012.

4. Ansvar: Den i teamet, der har den indledende kontakt til patienten, har ansvaret for at få igangsat det videre behandlingsforløb.
5. Psykologisk kontinuitet: Teamet er ansvarlig for behandling på sygehus såvel som udenfor og engagerer sig samtidig i at skabe mening for borger og pårørende.
6. Tolerance over for usikkerhed: Dialog er grundlag for at opbygge tillid, og terapeutiske kontrakter sluttet ikke i krisefaser. Ligeledes tages der f.eks. ikke stilling til, om der skal bruges antipsykotisk medicin ved indledende møde; dette spørgsmål bruges der mindst tre møder til at afgøre.
7. Dialogen: Der benyttes intet fast tilrettelagt skema, men der gøres brug af familiens måde at *tale* på. Der opbygges i fællesskab en ny social realitet, som giver borgeren et alternativ til psykosen.

Åben Dialog modellen er udviklet på baggrund af psykodynamisk metode, som længe har været anvendt i psykiatrien. Modellen er dog især præget af systemisk familierapi, hvorfor der tages udgangspunkt i en socialkonstruktivistisk anskuelse af dialogen: Den sociale virkelighed er noget, mennesker skaber sammen gennem interaktion.

Inddragelsen af familie og netværk forbliver afgørende i behandlingen. Til trods for, at jobcenter og sociale myndigheder kun befinder sig på sidelinjen under behandlingsforløbet, lægges der i modellen vægt på sammenhæng i behandlingen – mellem døgnbehandling og behandling ude i samfundet, mellem psykiatrisk behandling og social indsats, mellem behandlingsaktiviteten og borgerens sociale omgivelser, i den mening som borgeren konstruerer i sin tilværelse.

SFI finder i deres litteraturgennemgang på området, at studier viser, at brugen af Åben dialog bl.a. medvirker til færre sengedage, færre psykotiske symptomer og nedsættelse i brugen af antipsykotisk medicin, samt flere i arbejde, men evidensen for åben dialog er alt andet end stærk.

Åben dialogmetoden påkalder sig stor interesse i Danmark.

I skotsk kontekst er *Talking Points. Personal Outcomes Approach* interessant, idet den er rettet mod at sikre fælles metoder til inddragelse af patient og pårørende i behandlingsforløb. Modellen repræsenterer en tankegang der fokuserer mere på den enkeltes interesser, anvendelse af egne ressourcer og behov for støtte end på standardiserede leverancer og services³⁵.

6.2

Erfaringer fra Sverige

Der er i Sverige igangsat flere forsøg på bl.a. psykiatri- og misbrugsområdet med etablering af forpligtende samarbejder mellem landsting/regioner og kommuner.

6.2.1

Södertäljemodelen

I svensk kontekst er der i Södertälje realiseret en samarbejdsmodel, hvor etablering af en fælles organisation og indsatsmodel mellem landsting og kommuner har nedbrudt

³⁵ Implement (2011): *Vision og strategi for det nære sundhedsvæsen. Internationalt inspirationsnotat.*

barriererne mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats³⁶. I Södertälje indgik 3 kommuner (Södertälje, Nykvarn og Salem) i den sydlige del af Stockholms Län en samarbejdsaftale med Stockholms Läns Landsting om udviklingen af indsatsen for borgere med psykiske lidelser og varige psykiske lidelser³⁷.

Samarbejdsmodellen i Södertälje går ud på, at landsting og de involverede kommuner fortsat har ansvar for hver deres budget, men der etableres desuden en ny og fælles udviklet tilbudsvifte, omfattende såvel regional psykiatri som kommunal, social indsats- og med en række koordinerede, sammenhængende forløbstyper, hvor behandlings- psykiatriske og sociale indsatsformer er integreret.

Der udføres en fysisk sammenflytning af kapacitet, hvor regionale og kommunale indsats udføres som led i sammenhængende forløb. Virksomheden omfatter personale- mæssigt såvel læger og sygeplejersker som fysio- og ergoterapeuter, sagsbehandlere, hjemmevejledere og socialrådgivere. Herudover arbejdes der med "delt ledelse", dvs. en leder fra landstinget og en leder fra kommunen, der sammen og på samme niveau udgør ledelsen for den overordnede modelorganisation. Organisatorisk og styrings- mæssigt afviges der ikke fra henholdsvis kommunernes og landstingets budget- og aktivitetsplanlægning, men medarbejdere og ledere "sidder sammen".

6.2.2

Tio Hundra – Norrtäljemodellen

Ligeledes i svensk kontekst er pilotprojektet TioHundra implementeret i Stockholms Län, som en model, der gensidigt forpligter samarbejdet mellem Norrtälje Kommune og Stockholm Läns Landsting.

I modellen lægger kommune og län (region) deres budgetter, til alle former for sundhedsindsatser og sociale indsats sammen, dvs. denne samarbejdsmodel er mere vidtrækkende end psykiatrien. Län og kommune fungerer i fællesskab som bestiller-myndighed, som agerer over for en samlet driftsorganisation; TioHundra AB er den drifts- og leverancevirksomhed der står for at sikre de aktiviteter, indsats og resultater der er givet penge til. Modellen er karakteriseret ved korte beslutningsveje, og igangsættelse af aktiviteter følger anerkendte nationale retningslinjer og regionale plejepro- grammer, hvor den enkelte patient og dennes pårørende er i centrum.

TioHundra modellen bliver evalueret i 2011 af Karolinska Institutet³⁸, som værende perspektivrig i den forstand, at modellen letter forløbs- og koordinationsmekanismer mellem kommunale sundhedsindsatser og sygehusindsatser. Der ses dog i særdeles- hed potentielle fordele ved koordinationen inden for de behandlingsområder, der opstiller klare mål for bedre pleje af deres patienter og klienter.

Inden for psykiatriens område konkluderes følgende:

- Reduktion i døgnbehandling.
- reduktion i suicidalt niveau.
- øget inddragelse af brugere i behandlings- og rehabiliteringsplaner.

36 Implement (2011) ("Södertäljemodellen" – samverkan so startade med psykiatireformen" 2010).

37 Som led i Psykiatireformen, der trådte i kraft januar 1995.

38 Karolinska Institutet (2011) ("Från Två till TioHundra – Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall").

- realisering af overordnet vision om, at ingen "falder mellem to stole".
- flere unikke former for sundhedsindsatser etableret, herunder "Beroende Rådgivningen" (almen og specialiseret enhed for misbrug og dobbeltdiagnoser), "Unga Vuxna-mottagningen" og "Psykiatrisk kort-tidsverksamhet".

Af evalueringen fremgår det, at de samlede udgifter til sundhed og ældrepleje i Norrtälje i projektperioden har fulgt udviklingen i andre sammenlignelige norske områder. Når det er sagt, så fremgår det, at omkostningerne inden for specifikke områder er faldet, mens omkostningerne inden for bl.a. psykiatriens område er steget. Denne stigning skal dog ses ift. en parallel og ikke ubetydelig stigning i antal ambulante patienter over projektperioden, samt en stigning i antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien, hvilket er en konsekvens af forbedret tilgængelighed.

Der kan argumenteres for, at TioHundra modelkonstruktionen udgør et styringsredskab, idet implementering af modellen i dansk kontekst ville svare til, at alle indsatser for et mindre dansk sygehus og alle sundhedsaktiviteter i kommunerne i optageområdet planlægges og styres samlet. Herved har samme organisatoriske enhed ansvaret for alle former for kommunale sundhedsindsatser og almene sygehusindsatser for borgerne i de involverede kommuner.

6.2.3

Personligt ombud

I Sverige eksisterer en ordning med personligt ombud, der er en personlig fortaler for brugeren. Det personlige ombud er en blanding af samordner, mægler og fortaler for brugeren. Koordineringen sker med udgangspunkt i brugerens behov.

Tilbuddet er i Sverige målrettet personer med psykiske lidelser med et omfattende og langvarigt psykosocialt handicap, der indebærer store vanskeligheder for at opretholde et rimeligt hverdagsliv. Det personlige ombuds arbejde tager derfor udgangspunkt i brugerens behov og fokuserer på brugernes ressourcer. Arbejdet handler desuden om at styrke den enkelte bruger, så denne får magt og kontrol over egne beslutninger.

Det fremgår af Årsrapport fra Rådet for Socialt Udsatte³⁹, at evalueringen af Skåne-modellen for personligt ombud viser, at det personlige ombud gradvist kan erstatte passiv hjælp med mere rehabiliterende hjælp. Dermed blev brugerne i stand til at udnytte samfundets tilbud bedre og til at få opbygget et større selvværd. De positive effekter i forhold til sociale relationer og psykiske symptomer var tydeligst efter en lidt længere årrække.

De svenske erfaringer viser, at antallet af indlæggelser allerede faldt fra ordningens etablering. De offentlige udgifter steg i den første periode, men efter seks år var udgifterne væsentligt mindre end blandt de personer med langvarige psykosociale handicap, der ikke havde tilknyttet et personligt ombud.

39 Rådet for Socialt Udsatte (2012) *Årsrapport 2012*.

6.3

Trieste

I Trieste har man gennem 30 år har opbygget og udviklet lokalsamfunds-baseret psykiatri som alternativ til sengepsykiatri⁴⁰. Aktuelt er der i Trieste fire distriktspsykiatriske centre, der hver har ansvaret for ¼ af indbyggerne i området (60.000). Hvert center har otte senge, der er åbne og som ikke modtager tvangsindlæggelser. Herudover er der en psykiatrisk universitetsklinik med fire senge. Tvangsindlæggelser og akutte indlæggelser foregår på en særlig afdeling med otte senge, der er tilknyttet det lokale somatiske sygehus. Ved indlæggelse modtages patienterne af lægerne ansat på sygehuset. Læger og sygeplejersker fra distriktspsykiatrien tilser og vurderer patienten den efterfølgende formiddag. Indlæggelsestiden er i gennemsnit 12-14 dage.

Hvert center har kontakt til ca. 50 praktiserende læger i området. Disse varetager dog kun i begrænset omfang selvstændigt den psykiatriske behandling af patienter med langvarig sygdom. Det formodes, at disse læger i mere eller mindre grad varetager behandlingen af patienter med depressioner, angst og alvorlige personlighedsforstyrrelser.

Der er 28 psykiatere, otte psykologer og 155 sygeplejersker ansat i de fire psykiatriske centre. Herudover er der en enhed, der administrerer rehabiliteringsprogrammer. Der er blevet oprettet kooperativer, der driver hoteller, havearbejde, rengøringsarbejde etc. I dag har disse kooperativer ca. 600 ansatte, heraf 300, der er eller tidligere har været behandlet for en psykisk lidelse. Rehabiliteringsvarigheden ved ansættelse i kooperativerne er op til 2 år og der udbetales løn.

Ifølge en regional lov i Trieste, skal ca. 10 pct. af alle kommunale boliger bruges til sociale formål, dvs. til funktionshæmmede og mennesker med psykiske problemer.

I Trieste by er der en regel om, at der er et eget sundhedsbudget, der følger den enkelte patient/bruger. Beløbet er beregnet til aktiviteter – ikke til bolig og mad. Data fra Trieste er begrænset. En rapport fra 1995 (Dell'Acqua) viste et fald i antallet af tvangsindlæggelser fra 117 i 1978 til 11 om året i gennemsnit i de senere år. I 1977 blev 15 personer fra Trieste flyttet til retspsykiatrisk hospital sammenlignet med 25 personer i perioden 1978 – 1994. Desuden var udgifterne faldet til såvel medicinbudget som til det tidligere sindssygehospital. Der foreligger ikke data fra Trieste for de sidste 14 år.

6.4

Psykiatriske sygeplejersker i den kommunale psykiatri

I Norge er iværksat en model, hvor det primære behandlingsansvar for mennesker med psykiske lidelser placeres hos psykiatriske sygeplejersker i den kommunale psykiatri. Det er i vid udstrækning denne gruppe af sygeplejersker, der står for samarbejdet med de mere specialiserede afdelinger i hospitalsvæsenet.

Det tværsektorielle samarbejde omkring patienten og faglig sparring på tværs vurderes at have afgørende betydning for, at modellen kan lykkes. Sygeplejerskernes oplevelse af samarbejdet afspejler, at der kan opstå situationer, hvor det er vanskeligt at overbevise hospitalet om akutte indlæggelser. På trods af, at den lokale sygeplejerske tit og ofte kender patienten bedst, har hospitalet tendens til at fastholde, at indlæggelser er deres

40 Sundhedsstyrelsen (2009): *Tvangsforanstaltninger i psykiatrien*.

eksklusive beslutninger. Der peges på flere forbehold i form af nødvendige behov der skal opfyldes, hvis der skal skabes en fælles forståelse for patientforløb: 1) Oprettelse af tværfaglige teams i kommunal socialforvaltning, 2) Samarbejds møder mellem de forskellige instanser på tværs, 3) Formalisering af samarbejdet.⁴¹

6.5

Brug af ekspertsygeplejersker til koordination

Derudover har en række lande, heriblandt USA, Storbritannien, Irland, Canada, Singapore og Holland, systematisk arbejdet med at skabe bedre sammenhæng i patientforløbene i psykiatrien ved brug af ekspertsygeplejersker der bl.a. står for at koordinere borgerens/patientens forløb og skabe sammenhæng i indsatserne⁴².

Ud over koordinering af de komplekse forløb, har ekspertsygeplejersken uddannelse i og faglig ekspertise til at varetage patientnære komplekse opgaver som læring/uddannelse til patienter i mestring af egen sygdom og liv, udføre pleje, behandling, procedurer, kontrolmålinger, funktionsmålinger og vurderinger. Sparring og supervision af andre faggrupper vil ofte være aktuelt.

6.6

Partnerskaber

I Canada blev partnerskabstankegangen sat på dagsordenen i forbindelse med, at det i Quebec i Canada i midten 1980'erne blev besluttet at gennemføre en betydelig reformproces på det psykiatriske område. *Partnerskab* defineres i denne sammenhæng som en anerkendelse af forskelligartede tilgange, åbne kommunikationsveje og enighed om målsætninger, hvor den konkrete patient og dennes behov er i centrum. De tiltag, som blev indført i Quebec, var dels udarbejdelse af individuelle behandlingsplaner, dels etablering af regionale koordineringskomiteer med inddragelse af patient, lokale organisationer, den regionale psykiatri og repræsentanter fra regionen generelt. Disse komiteer var fora for det sektorielle samarbejde, og formålet med dem var at skabe en større tværfaglighed og effektivitet i indsatser⁴³.

Målsætningen med partnerskaber er ekstensiv snarere end intensiv service og pleje, at opnå bedre koordination mellem sektorer og mellem tilbud, at mindske dobbeltarbejde, at sikre større ansvarlighed, større bevægelighed mellem tilbud og mindske organisatoriske barrierer.

41 KORA (2012): *Tværsæktorielt samarbejde i psykiatrien – Videns og Erfaringsopsamling*.

42 Nancy P. Hanrahan et al. (2011): *Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based*.

Advanced Practice Psychiatric Nurse Intervention, CHRS (2012); *Better Care: An Analysis of Nursing and Healthcare System Outcomes*.

43 KORA (2012): *Tværsæktorielt samarbejde i psykiatrien – Videns og Erfaringsopsamling*.

Alt tyder på, at indførelse af partnerskaber som model og tankegang har en givtig effekt, såfremt der sker en fornuftig håndtering af de magtkampe, der måtte opstå mellem de regionale partnere. Dog peges der på, at en forudsætning for modellens succes er, at systemet ikke forankres mere, end at mindre lokale tilbud om behandling har mulighed for at vinde indpas, og derved opfange grupper af mennesker med psykiske lidelser, som undviger de etablerede behandlingshenvisningsgange. Desuden bør det tillægges opmærksomhed, at såvel regional psykiatri og den kommunal indsats vedbliver med at være institutioner for behandlingsadgang.

6.6.1

Community Health Partnerskaber

I Skotland er der anlagt et National Health Service (NHS) system, bestående af 14 NHS distrikter, der står for alle former for sygehusaktivitet. I 2004 blev der gennemført en ordning der foreskrev *Community Health Partnerships* (CHP), med formål at styrke samarbejdet mellem NHS distrikter og kommuner ("councils")⁴⁴.

Modellen går ud på, at hvert enkelt NHS distrikt (de ansvarlige NHS bestyrelser) etablerer forskellige sundhedspartnerskaber for at sikre forbedret integration mellem NHS sundhedsindsatserne og sundhedsaktiviteterne via Councils. De omhandlede partnerskaber etableres samtidig for at sikre koordineret opgave-varetagelse på tværs af sundhedsområdet og det sociale område. Sundhedspartnerskabernes kapacitet er oftest udformet som "distriktscentre", hvor tilbud inden for sundheds- og socialområdet, herunder bl.a. praktiserende læger, praksis-sygeplejersker, terapeuter, apotek, øjen-klinik, skadeklinik, psykiatere og psykologer samt ambulatorier er samlet. Andre former for aktiviteter (f.eks. borgerservice, bibliotek, boligformidling osv.) kan ligeledes være dele af sådanne centre.

Ledelsesmæssigt omfatter partnerskabernes bestyrelser repræsentanter fra NHS bestyrelserne, de relevante kommuners politiske udvalg og praksissektoren, mens også frivillige socialområder og lokale offentligt-private partnerskaber (Public Private Partnership Forum) er repræsenteret.

Selvom der løbende arbejdes med homogenisering af standarder og serviceniveauer for CHP'erne, er der fortsat store regionale variationer i forhold til disse enheders opgave- og ansvarsvareragelse. Det er samtidig en vurderet barriere for CHP'erne, at de konstant, i deres planlægning og beslutningstagen er afhængige af, at bestyrelses-medlemmerne (fra NHS og fra kommuner mv.) skal tilbage i "eget regi" for at sikre opbakning.

6.7

Integrated Care Pathways

Integrated Care Pathways er en model, der skal ses i forlængelse af brugen af *Community Mental Health Teams*, som bl.a. i Skotland gør sig gældende som den primære behandlingsmetode for mennesker med psykiske lidelser; Disse lokale teams repræsenteres af personale fra både det sociale og det psykiatriske behandlingssystem. Brugen af Integrated Care Pathways afhjælper de samarbejdskonflikter, der måtte opstå professionerne imellem og den eventuelle usikkerhed, som rollefordelingen inden for

⁴⁴ Implement (2011): *Vision og strategi for det nære sundhedsvæsen. Internationalt inspirationsnotat.*

teamet måtte medføre. Ideen er, at der sker en kortlægning af kliniske og administrative kriterier for det succesfulde behandlingsforløb⁴⁵. Tilgangen er primært blevet brugt til etablering af tværsektorielt samarbejde omkring homogene patientgrupper med ens og/eller forudsigelige lidelser med klare behandlingsanbefalinger, men har dog også vist sig brugbare over for patienter med skizofreni.⁴⁶

Modellen har vist sig fordelagtig til forbedring af behandlingssamarbejder på tværs af sektorer og faggrupper, fordi der skabes formelle rammer for kommunikation og informationsdeling. Alligevel anerkendes det, at brugen af modellen forudsætter, at alle parter i samarbejdet bliver anerkendt. Eksempelvis har det til dels vist sig vanskeligt at omgå faggruppers ideologiske forskelle ved implementering af modellen i Skotland.

45 Modellen har en vis lighed med Allianceprogrammet i dansk kontekst, som udgør et patientforløbsprogram med deltagelse af hospitalspsykiatrien, distriktpsykiatrien og socialpsykiatrien.

46 KORA (2012): *Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien – Videns og Erfaringsopsamling*.

7

Identifikation af barrierer for sammenhæng

Det konstateres i evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet, at den generelle udvikling inden for psykiatrien har forøget behovet for koordinering mellem den regionale psykiatri, kommuner og praksissektoren. Som beskrevet identificeres en række snitfladeproblematikker mellem den regionale psykiatri, praksissektoren og den sociale indsats i kommunerne.

I det følgende kortlægges og identificeres barrierer, som kan være årsag til den manglende eller utilstrækkelig sammenhæng i borgerens/patientens forløb. Kortlægningen af barriererne er primært baseret på KORAs videns- og erfaringsopsamling for tværsektorielt samarbejde i psykiatrien⁴⁷, evalueringer af sundhedsaftalerne⁴⁸ og Deloitte's analyse af kapaciteten i psykiatrien⁴⁹.

KORA konkluderer i sin erfaringsopsamling, baseret på en litteraturgennemgang af danske og internationale erfaringer med tværsektorielt samarbejde omkring borgere med alvorlige psykiske lidelser, at de primære barrierer for samarbejdet mellem den regionale psykiatri og den kommunale socialpsykiatri er forskellige professionelle identiteter, forskelle i synet på psykiske lidelser og behandling samt manglende ledelsesmæssigt fokus på samarbejdet.

I KORAs evaluering af sundhedsaftalen i Region Sjælland identificeres 3 overordnede barrierer for implementering af sundhedsaftalen på det udførende niveau: 1) Mangel på rettidig og målrettet udveksling af relevant information 2) Problemer med tilgængelighed og mangel på tovholdere 3) Samarbejdet er sårbart og svingende, da det bæres af personlige relationer.

47 KORA (2012): *Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien – Videns og Erfaringsopsamling.*

48 KORA (2012): *Midtvejs-evaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland.*

49 Deloitte (2012): *Analyse af kapaciteten i psykiatrien.*

Arbejdsgruppen har drøftet mulige barrierer og finder fem fokusområder:

- Organisering og uklar arbejdsdeling.
- Informationsudveksling og IT.
- Finansiering.
- Ledelse.
- Kultur, værdier og personlige relationer.

Arbejdsgruppen konstaterer, at nogle af barriererne i forhold til at skabe sammenhængende forløb også ses inden for somatikken. Barrierer som også er identificeret i andre lande, vi normalt sammenligner os med.

7.1

Organisation og uklar arbejdsdeling

Den regionale psykiatri er organiseret på henholdsvis afdelinger, ambulatorier og distriktpspsykiatri. I praksissektoren har både den praktiserende læge, praktiserende psykologer og praktiserende psykiatere behandlingsopgaver relateret til patienter/ borgere med psykiske lidelser. Kommuner er ofte opdelt i mange forskellige forvaltninger, der hver især har opgaver i forhold til forskellige indsats og støtteforanstaltninger f.eks. beskæftigelse, social støtte eller specialundervisning.

Med sundhedsaftalerne har man fået et redskab til at fastlægge en klar arbejdsdeling mellem aktørerne, men som skitseret i evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet, er sundhedsaftalerne endnu ikke blevet fuldt implementeret på det udførende led, og der er identificeret en række snitfladeproblematikker.

Nedenfor skitseres mulige organisatoriske barrierer for sammenhængende forløb herunder tværsektorielle forløb og forløb internt i organisationerne.

Centralisering og decentralisering

Med kommunalreformen blev den regionale psykiatri i højere grad centraliseret og samlet på færre enheder. Kommunerne overtog myndighedsansvaret for en række opgaver, der førhen var placeret i amtslig regi eller statslig regi f.eks. misbrugsbehandlingen, sociale tilbud og beskæftigelsesområdet, altså en decentralisering.

Kommunerne oplever, at udviklingen i den regionale psykiatri med færre enheder og specialisering af enhederne, gør samarbejdet vanskeligere, da de regionale enheder dels kommer længere væk fra den kommunale verden og dels medfører flere kommuner i optageområdet og flere samarbejdspartnere. Kommunerne oplever endvidere øget opgaver på området som følge af reformen⁵⁰.

KORAs Midtvejsevaluering af Region Sjællands sundhedsaftale⁵¹ viser, at de interviewede aktører i undersøgelsen oplever, at en afledt konsekvens af centraliseringen og specialiseringen er, at samarbejdet er i risiko for at blive mere upersonligt, fordi det bliver sværere at kende hinanden på tværs. Dette anses for at være et stort problem, fordi det koordinationsystem man benytter sig af, i høj grad er afhængigt af det

50 DSI (2011): *Opgaveudviklingen på psykiatriområdet*.

51 KORAs (2012): *Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland*.

personlige ansvar og det personlige kendskab. Det påpeges endvidere, at en barriere for at afholde udskrivningskonferencer er den geografiske afstand mellem distriktspsykiatrien og kommunen.

En problemstilling der peges på bl.a. fra den regionale psykiatri er, at misbrugsbehandling efter kommunalreformen er blevet spredt på mange flere enheder, der gør det svært for sygehuset at koordinere⁵².

Centraliseringen af psykiatrien og decentraliseringen af misbrugsbehandlingen er således én af udfordringerne i samarbejdet mellem den regionale psykiatri og kommunerne.

Forskellige organisatoriske grænsedragninger:

Forskellige organisatoriske grænsedragninger og manglende viden om, hvem der tager sig af hvilke patientgrupper, udgør en barriere for samarbejdet mellem sektorerne.

Deloitte's kapacitetsanalyse⁵³ viser, at regionerne har generelt begrænset indsigt i aktiviteten hos speciallægepraksis, og graden af samarbejde om patienter er meget lav. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at blot 2 pct. af det samlede antal behandlede patienter (på tværs af sektorer) er gengangere i både regionerne og speciallægepraksis. Det kan tolkes som, at der er en klar rollefordeling mellem sektorer og velfagrænsede snitflader, men det kan også tolkes som, at der er potentiale for større grad af patientudveksling mellem sektorerne over et behandlingsforløb. Derudover varierer andelen af patienter i psykiatrien, der behandles i speciallægepraksis mellem 9 pct. i en region og til 21 pct. i en anden region. Inden for børne- og ungeområdet eksisterer der for nogle patientgrupper – eksempelvis børn og unge med ADHD – muligheder for, at praksissektoren (særligt speciallæger) kan overtage behandlingen af patienter efter et vist trin i udrednings- og behandlingsforløbet. Det forudsætter et velfungerende samarbejdsgrundlag med praksissektoren, hvor en potentiel barriere eksempelvis er, at de praktiserende speciallæger kan have lange ventetider. Det reducerer mulighederne for udveksling af patienter til de praktiserende speciallæger.

I forhold til samarbejdet mellem den regionale psykiatri og kommunerne kan forskellige organisatoriske grænsedragninger i forhold til, hvilke koordinationsopgaver regionale kontaktpersoner og kommunale kontaktpersoner varetager, udgøre en barriere for sammenhæng i forløbet. Som det fremgår af kortlægningen, er der indført mange forskellige kontaktpersonordninger og støtteordninger både i regionalt regi og kommunalt regi. Det fremgår af KORAs litteraturgennemgang, at en undersøgelse udarbejdet af SFI og Videnscenter for Socialpsykiatri peger på, at der er en række konkurrerende funktioner i regioner og kommuner, der kan skabe usikkerhed om, hvem der har ansvar og kompetence i den konkrete situation. Det gælder særligt for kontaktpersonen i det opsøgende psykose team og støtte-kontaktperson ordningen⁵⁴. En undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde i Frederiksberg Kommune og Region Hovedstaden psykiatri viser, at borgere oplever at skulle forholde sig til flere forskellige sagsbehandlere på samme tid. Mere end halvdelen af de borgere/patienter som har medvirket i undersøgelsen, giver dog udtryk for, at de er glade for det samarbejde deres kontaktperson og behandlere har⁵⁵.

52 Danske Regioner (2012): *Et menneske – to diagnoser*.

53 Deloitte (2012): *Analyse af kapaciteten i psykiatrien*.

54 KORA (2012): *Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien – Videns og Erfaringsopsamling*

55 Rådgivende sociologer (2012): *Tværsektorielle overgange i psykiatrien*. Baseret på en spørgeskemaundersøgelse, hvor 179 borgere svarede.

Derudover viser Deloittes kapacitetsanalyse, at flere regioner har peget på, at der ikke er en entydig arbejdsdeling mellem en række af de ambulante aktiviteter særligt i distriktpsykiatrien og kommunale tilbud som f.eks. bostøtte.

Praksissektoren er ikke tilstrækkeligt integreret:

Som påpeget i evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet er der potentiale for højere grad af integration af praksissektoren herunder alment praktiserende læger i samarbejdet mellem den regionale psykiatri og kommunerne. Det understøtter også Deloittes kapacitetsanalyse jf. ovenstående afsnit.

En mulig barriere for sammenhængende forløb er, at praksissektoren ikke i tilstrækkelig grad er blevet forpligtet til at understøtte sammenhængende patientforløb gennem overenskomsten og i sundhedsaftalerne. Dette er en problemstilling, som også kendes inden for somatikken⁵⁶.

F.eks. oplever praktiserende læger, at det er et problem, når praktiserende psykologer ikke udarbejder en epikrise til den praktiserende læge ved afsluttet behandling⁵⁷. Det udgør en barriere i forhold til de sammenhængende forløb, da informationsudveksling om patienten ikke finder sted.

Deloittes kapacitetsanalyse viser endvidere, at der imellem regionerne og speciallægerne ikke er etableret samarbejds- eller koordinationsfora. Henvielse af patienter til speciallægepraksis sker via de praktiserende læger, og der foretages ikke nogen registrering af diagnoser eller henvisningsårsager. Internt i regionerne varetages relationen til speciallægerne primært via regionens sundhedsafdeling. På den baggrund er det for de regionale psykiatrilædelser – ifølge deres egne udsagn i de gennemførte interview – dårligt belyst, hvilken aktivitet der finder sted i speciallægepraksis.

Derudover viser Deloittes kapacitetsanalyse, at regionernes manglende mulighed for at disponere over aktiviteten i speciallægepraksis, ud over beslutning vedrørende antallet af ydernumre, udgør en barriere for at integrere speciallægerne i højere grad. Ved den seneste overenskomstfornyelse med speciallægerne er der åbnet mulighed for, at regionerne fremadrettet kan disponere op til 20 pct. af kapaciteten i speciallægepraksis.

Som beskrevet i afsnit 5.2.2, er der iværksat en række shared care projekter mellem den regionale psykiatri og almen praksis, men disse inkluderer sjældent praktiserende psykiatere eller psykologer, der ellers varetager behandlingen for en stor del af patienterne med ikke-psykotiske lidelser.

Internt samarbejde i kommunen:

COWI offentliggjorde i 2010 rapporten: "Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner"⁵⁸. I rapporten fremgår det, at COWIs interview med medarbejdere fra syv kommuner bl.a. viser, at den interne organisering i sektorer i kommunerne med en opdeling i faglige 'søjler', manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af 'søjlerne' i kommunen og undertiden den geografiske afstand mellem enhederne i kommunen, udgør en barriere for effektiv koordination af indsatsen.

56 Rigsrevisionen (2012); *notat til statsrevisorerne om beretning om sammenhængende forløb*.

57 Forskningsenheden for almen praksis (2012). "Evaluering af psykologordningen for depression".

58 COWI (2010); *Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner*.

KORAs midtvejsevaluering af Region Sjællands sundhedsaftale viser, at mange kommunale aktører og manglende tilgængelighed udgør en barriere for samarbejdet internt i kommunen og for samarbejdspartnere. Samarbejdspartnere oplever, at de forskellige afdelinger i kommunen (f.eks. sygedagpengeafdelingen, pensionsafdelingen, familieafdelingen eller jobcentret) har eksempelvis forskellige telefontider. Også aktørerne for socialområdet i kommunerne påpeger, at de finder det svært at komme i kontakt med kommunens forskellige afdelinger.

Derudover påpeges det i KORAs midtvejsevaluering, at det kan udgøre en barriere, at sundhedsaftalerne anvendes relativt snævert til at aftale arbejdsdelingen mellem sygehus og kommunal myndighedsafdeling og ikke knyttes til de forløb, som involverer andre forvaltninger i kommunen. Sundhedsaftalerne indeholder kun i begrænset omfang aftaler i forhold til koordineringen af indsatsen for sygemeldte/ledige borgere med psykiske lidelser på trods af, at man med sundhedsloven er forpligtet til som region og kommune at indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af de regionale og kommunale opgaver på sundhedsområdet, herunder også indsatsen for sammenhæng og samarbejde mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer, f.eks. socialsektoren, undervisningssektoren, beskæftigelsessektoren mv.

7.2

Informationsudveksling og IT

Informationsudveksling om borgeren/patienten er afgørende for, at den anden instans kan følge op, og man kan tilrettelægge et sammenhængende forløb. Det er arbejdsgruppens vurdering, om det udgør en væsentlig barriere for sammenhæng i forløbet, at kommunikationen på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner endnu ikke er it-understøttet og standardiseret inden for psykiatrien.

KORAs Midtvejsevaluering af Region Sjællands sundhedsaftale viser, at blandt de specifikke problemer som de fagprofessionelle oplever er: Manglende oplysninger om medicin ved indlæggelse, manglende udsendelse af indlæggelses- og udskrivningsadvis, manglende viden om den indlagte patients funktionsniveau, uoverensstemmelser i medicinen samt misforståelser og dobbeltarbejde i forbindelse med udskrivning.

KORAs Midtvejsevaluering viser endvidere, at meget af kontakten mellem den regionale psykiatri og kommunerne foregår via mails mellem samarbejdspartnere, hvilket gør systemet sårbart, hvis en medarbejder er syg.

En undersøgelse af tværsektorielle overgange i Region Hovedstadens Psykiatri og Frederiksberg Kommune viser, at ca. 50 pct. af de ansatte i region og kommune er enige eller meget enige i, at forskellige lovgivninger kan stå i vejen for at indhente vigtige informationer om borgere/patienter. Manglende kendskab til den anden sektors lovgivning kan skabe tvivl om, hvilke informationer om borgere/patienter der må formidles videre. Et udvidet kendskab til lovgivning på tværs af sektorer kan imødegå de samarbejds-mæssige udfordringer som eksisterer⁵⁹.

59 Rådgivende sociologer (2012): *Tværsektorielle overgange i psykiatrien*.

Finansiering

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at finansieringsmodellerne i sektorernes styring kan udgøre en barriere for koordinering af patientforløbene.

Danske Regioner påpeger f.eks., at finansieringsreglerne ”vender den forkerte vej”⁶⁰. I stedet for at understøtte, at behandlingen foregår ud fra mindstemiddelprincippet, er det typisk billigere for kommunerne, at en psykiatrisk patient er indlagt frem for at være i ambulant behandling med kommunal støtte. KL påpeger, at der kan være økonomisk incitament for den regionale psykiatri til at specialisere sig i flere enheder således, at borgeren kan henvises til flere regionale tilbud.

KORAs Midtvejsevaluering af Region Sjællands sundhedsaftaler viser også, at aktørerne både i den regionale psykiatri og i kommunerne anser det som et problem, at ydelsesstrukturen ikke understøtter koordinering som aktivitet. Det betyder, at medarbejderne føler sig presset til at have flere ansigt-til-ansigt møder med de sindslidende, selvom de på denne vis når færre sindslidende på en dag i forhold til f.eks. at anvende telefonisk kontakt. Det betyder også, at medarbejdere oplever, at det at koordinere er at ”begå civil ulydighed”, fordi der ikke er en ydelseskode herfor. Dermed straffes deres arbejdssted (distriktpsychiatrien og de psykiatriske afdelinger) økonomisk, når de varetager en lang række koordinationsopgaver. Der kan således være en mulig konflikt mellem krav om produktivitet og krav om sammenhæng.

Arbejdsgruppen anser det endvidere som en barriere, at praksissektoren og den kommunale socialindsats ikke i tilstrækkelig grad understøtter koordinering som aktivitet.

Regeringen har nedsat et kulegravningsudvalg, der skal analysere strukturerne og incitamenterne i sundhedsvæsenet. Udvalget har bl.a. til opgave at vurdere behovet for at justere incitamentsstrukturen, så den i øget omfang understøtter sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb, herunder via patienters egenbehandling og anvendelse af telemedicinske løsninger.

Ledelse

Manglende ledelsesmæssig prioritering af tværsektorielt samarbejde kan udgøre en barriere for samarbejdet. KORAs litteraturgennemgang af tværsektorielt samarbejde i psykiatrien viser, at litteraturen stort set ikke beskæftiger sig med ledelse og ledelsens rolle i forhold til det tværsektorielle samarbejde. En stor del af litteraturen peger dog samme sted hen, når der skal søges en mulig forklaring på de fortsatte udfordringer, nemlig på manglende ledelse eller opbakning fra ledelsen. KORA anfører i forlængelse heraf, at hvis man ser på et af de store initiativer inden for sundhedsvæsenet, hvor man i de senere år har fået gennemført større behandlingsmæssige og organisatoriske ændringer – nemlig kræftpakkerne – har de i høj grad været kendetegnet ved, at man også har taget ledelses- og standardiseringsredskaberne i brug.

KORAs Midtvejsevalueringen af Region Sjællands sundhedsaftale viser også, at utilstrækkeligt ledelsesmæssigt fokus på implementering af sundhedsaftalen er en barriere for implementering på det udførende niveau. Årsagen der peges på er,

⁶⁰ Danske Regioner (2012): oplæg om snitfladeproblematikker på psykiatrimrådet

at implementering af sundhedsaftalen kan være ét tiltag ud af mange. Derudover udgør det en barriere, hvis der ikke er planer for, hvordan ledere af frontlinjemedarbejdere skal bibringe deres medarbejdere "fortællingen om sundhedsaftalen" eller en forståelse for, hvordan den realistisk kan omsættes til hverdagspraksis.

7.5

Kultur, værdier og personlige relationer

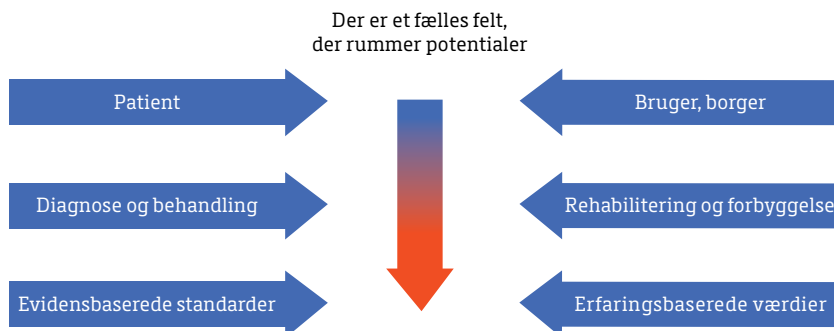
KORA litteraturgennemgang af tværsektorielt samarbejde viser, at der i den danske litteratur peges på, at de centrale barrierer er kulturelle snarere end strukturelle. Dvs., at de handler om professionel identitet og om forskellige opfattelser af lidelse og behandling snarere end om organisatoriske og lovmæssige barrierer.

KORA påpeger, at hvis samarbejdet mellem de to sektorer skal styrkes, så peger videns- og erfaringsopsamlingen på, at det kræver dels et konkret samarbejde mellem sektorerne, hvor kendskab til og respekt for hinandens arbejdsområder styrkes, og negative stereotyper aflæres og dels en stærk ledelsesmæssig fokusering, hvor det tværsektorielle samarbejde prioriteres ressourcemæssigt (opmærksomhed, økonomi m.m.) og ikke kun overlades til de konkrete frontmedarbejdere.

Implement skitserer forskellene i terminologier, mål og arbejdsmetoder mellem den regionale psykiatri og kommunerne i nedenstående figur.

FIGUR 8

Brug af forskellige terminologier og metoder i sektorer Tættere tværgående samarbejde. Mulig løsning – men med indbyggede udfordringer.



Kilde: Implement (2012): Oplæg til konference om samarbejde på tværs den september 2012.

KORAs Midtvejsevaluering af Region Sjællands sundhedsaftale viser, at den regionale psykiatri udarbejder behandlingsplaner og kommunerne udarbejder sociale handleplaner, men de kender ikke hinandens planer, og de koordineres således ikke.

KORAs Midtvejsevaluering viser også, at det gode samarbejde ofte er baseret på gode personlige relationer, samt at forudsætningerne for et godt samarbejde ofte varierer, alt efter hvilke personer det omfatter. Oplevelsen er, at koordinationsarbejdet er meget personafhængigt og, at det ofte er uformelle relationer, som danner grundlag for sammenhæng.

En undersøgelse af det tværesektorielle samarbejde mellem Frederiksberg Kommune og Region Hovedstadens psykiatri viser, at 41 pct. af kommunens ansatte i nogen eller høj grad mener, at regionens ansatte har tilstrækkelig kendskab til det arbejde de udfører. 59 pct. oplever, at dette ikke er tilfældet. 38 pct. af regionens ansatte mener, at ansatte i Frederiksberg Kommune i nogen eller høj grad har tilstrækkeligt viden om det arbejde, de udfører. 68 pct. mener ikke, at ansatte i Frederiksberg Kommune har tilstrækkeligt kendskab til Psykiatrisk Center Frederiksbergs⁶¹.

Evalueringen af TTA-projekterne viser også, at det har været en stor opgave at etablere et tværfagligt samarbejde mellem forskellige faggrupper, som er bærere af forskellige professionskulturer, lidelsesforståelser, arbejds erfaringer og sprog.

For nogle af lægerne fra Klinisk Enhed har det også været en udfordring, at de ikke skulle fokusere på behandling. For andre har det været en udfordring at fralægge sig en lægekonsulentrolle, hvor de tidligere primært har vurderet de sygemeldtes helbreds situation på baggrund af andres skriftlige vurderinger. Også TTA-koordinatorerne har været nødt til at løsrive sig fra fremgangsmåder i den hidtidige sædvanlige sagsbehandling.

Procesevalueringen viser, at det kræver en betydelig indsats og ofte en længerevarende læringsproces at nå frem til et tværfagligt samarbejde, hvor alle aktører accepterer og bruger de nye roller konstruktivt i forhold til TTA-projektets arbejdsmarkedsrettede målsætning.

61 Rådgivende sociologer (2012): *Tværesektorielle overgange i psykiatrien*

8

Anvendte kilder

Aalborg Kommune (2012): Projekt udskrivningskoordinatorer – et brobygningsprojekt mellem Aalborg Kommune og Region Nordjylland

CHRS (2012); Better Care: An Analysis of Nursing and Healthcare System Outcomes

COWI (2010): Bedre koordination mellem sundheds og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner

Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin (2004). Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter

Danske Regioner (2012), "Oversigt over eksisterende samarbejdsprojekter mellem regioner og kommuner", notat af 17. september 2012

Danske Regioner (2012): Samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller mellem kommuner og regioner

Danske Regioner (2012): Et menneske – to diagnoser

Danske Regioner (2012): oplæg om snitfladeproblematikker på psykiatriområdet

Danske Regioner (2009): Benchmark af psykiatrien

Danske Regioner (2007): Opsøgende indsatser for behandling af psykotiske unge

Deloitte (2012): Analyse af kapaciteten i psykiatrien

Danske Regioner: Diverse landspatienttilfredshedsundersøgelser for psykiatri: distrikt, børn/unge, sengeafsnit

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2012): Det store TTA-projekt, proces, effekt og økonomisk evaluering

DSI (2009): Telepsykiatri i Danmark – Hvad ved vi fra udlandet?

DSI (2011): Opgaveudviklingen på psykiatriområdet

DSI (2012): Behandling af mennesker med angst og depression – kortlægning af behandlingsfeltet og diskussion af perspektiverne ved indførelse af collaborative care

Goldberg D (1995).17(1): Epidemiology of Mental-Disorders in Primary-Care Settings. Epidemiologic Reviews

Goldberg D, Goodyer I. (2005) The Origins and Course of common Mental Disorders. East Sussex: Routeledge

Greve et al (2012) Det levede liv i periferien: Levevilkår, behandling, samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser

Implement (2012): Tværsektorielt samarbejde: udvalgte internationale tendenser og initiativer, (slides til Danske Regioners konference om samarbejde på tværs)

Karolinska Institutet, (2011). ”Från Två till TioHundra – Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall”

KORA(2012): Midtvejsevaluering af sundhedsaftalen 2010-2014 i Region Sjælland

KORA (2012): Tværsektoriel samarbejde i psykiatrien

KL og Socialstyrelsen: Arbejdsrapport til brug for arbejdsgruppe 2

Nancy P. Hanrahan et al (2011): Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Advanced Practice Psychiatric Nurse Intervention,

Rambøll (2012); Evaluering og erfaringsopsamling: projekter med tilskud fra Puljen 19 M 2009-2012

Regeringen, KL, Danske Regioner (2012): National handleplan for udbredelse af telemedicin

Regeringen (2009): Styrket indsats for sindslidende

Rigsrevisionen (2012): notat til statsrevisorerne om beretning om sammenhængende forløb

Rådet for Socialt Udsatte (2012) Årsrapport 2012

Rådgivende sociologer (2012): Tværsektorielle overgange i psykiatrien

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2012): Et liv i egen bolig – Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser

SFI – Bengtsson S; Gregersen S, (2012). Integreret indsats i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Udkast til en kort forskningsoversigt

Socialt Udviklingscenter og Videnscenter for Socialpsykiatri (2004): Evaluering af SKP-ordningen i mindre kommuner

Sundhedsstyrelsen (2009): National strategi for psykiatri

Sundhedsstyrelsen (2009): Tvangsforanstaltninger i psykiatrien

Sundhedsstyrelsen (2011): Evaluering af sundhedsaftalerne

Sundhedsstyrelsen (2012) MTV for tværfagligt samarbejde i rygbehandlingen

Sundhedsstyrelsens(2012): Regeringens psykiatriudvalg, udviklingen i diagnoser og behandlingsmuligheder i psykiatrien

"Södertäljemodelen" – samverkan som startade med psykiatireformen" 2010

http://www.sodertalje.se/mainupload/dokument/Omsorg%20och%20social%20service/Psykiatri/Sodertaljemodellen_2010_web.pdf

Bilag 1

Arbejdsgruppe 1's sammensætning

Repræsentant	Organisation
Kontorchef Helle Schnedler	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Formand)
Næstformand Thomas Middelboe	Dansk Psykiatrisk Selskab
Formand Jan Jørgensen	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Formand Kristen Kistrup	Dansk Selskab for Distriktspsykiatri
Formand Mogens Seider	Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering
Kontorchef Tommy Kjelsgaard	Danske Regioner
Vicekontorchef Kurt Hjortsø Kristensen	KL
Medlem af hovedbestyrelsen Karen Thomsen	Landsforeningen SIND
Chefpsykolog Birgitte Bechgaard / Sektionsleder Lotte Fensbo	Dansk Psykologforening

Repræsentant	Organisation	Fortsat
Sektorformand Karen Stæhr / Chefkonsulent Mie Andersen	FOA	
Speciallæge i psykiatri Niels Siebuhr	Lægeforeningen	
Professionschef Tine Lyngholm	Dansk Sygeplejeråd	
Cheflæge Per Jørgensen	Faglig repræsentant fra regionerne	
Social- og Sundhedsdirektør Yvonne Barnholdt	Faglig repræsentant fra kommunerne	
Chefkonsulent Bjørn West / Fuldmægtig Pernille Skaftø	Social- og Integrationsministeriet*	
Specialkonsulent Ulla Skall	Ministeriet for Børn og Undervisning**	
Kontorchef Jens Erik Zebis	Beskæftigelsesministeriet***	
Chefkonsulent Charlotte Hougaard Møller / Chefkonsulent Anders Møller Jacobsen / Kontorchef Søren Varder	Finansministeriet	
Chefkonsulent Charlotte Hosbond	Sundhedsstyrelsen	
Specialkonsulent Anders Jørgen Jensen	Statens Serum Institut	
Fuldmægtig Helle Strunge / Konsulent Joan Hansen	Socialstyrelsen	
Projektchef Charlotte Bredahl Jacobsen	KORA	
Seniorforsker Steen Bengtsson	SFI	

* Senere ændret til Social-, Børne- og Integrationsministeriet

** Senere ændret til Undervisningsministeriet

*** Repræsentant fra Arbejdsmarkedsstyrelsen

Dansk Selskab for Almen Medicin var inviteret, men var ikke repræsenteret.

Bilag 2

Oversigt over samarbejdsmodeller og projekter i regioner, kommuner og praksissektor

Samarbejdsprojekter, eksempler i regioner og kommuner

Region Hovedstaden

1. **"Sindslidende med misbrug – integreret indsats"**: Er et samarbejdsprojekt mellem PC Ballerup og Herlev og Ballerup kommuner. Projektets formål er at styrke den psykiatriske udredning af borgere, der både har en sindslidelse og et misbrug. Projektet forankres i det lokale samordningsudvalg, der i aftaleperioden beskriver og igangsætter projektet.
2. **"Gadeplansteam"**: Mellem RHP og Københavns Kommune samt projekter i forhold til at styrke samarbejdet i forhold til dobbeltdiagnosepatienter og patienter med mistanke om alvorlig ADHD. Dertil kommer et projekt med fokus på behovet for at etablere særlige botilbud/samarbejdsformer i forhold til særligt vanskelige psykisk syge med ophold på botilbud.
3. **"Projekt velfærdsledelse"**: Igangsat af PC Frederiksberg og Frederiksberg Kommune, som skal styrke det tværsektorielle ledelsessamarbejde mellem region og kommune, således at borgerne oplever et godt møde med det offentlige i de tværsektorielle overgange. Der er lavet formaliserede aftaler om kvartalsvise møder mellem Psykiatrisk Center Glostrup og de syv kommuner i optageområdet børne- og familieafdelinger. Der er desuden lavet formaliserede aftaler med fire bocentre om samarbejde i forbindelse med indlæggelse, under indlæggelse samt ved udskrivning.
4. **"Projekt BRISK"**: Mellem Psykiatrisk Center Bornholm og Bornholms Regionskommune, som er en partnerskabsaftale, der har til formål at fremme de sindslidendes aktive deltagelse i alle beslutninger om deres egen udviklingsproces. BRISK sigter mod at forbedre koordineringen af samarbejdet mellem den enkelte borger og det professionelle system på tværs af fag og sektorer.

5. **"Forpligtende og sammenhængende samarbejde om borgere med svære sindslidelser og komplekse sociale problemstillinger i Københavns Kommune"**: Er et samarbejdsprojekt mellem Psykiatrisk Center Amager og Københavns Kommune. Psykiatrisk Center Amager har desuden et aktuelt projekt "Den gode psykiatriske afdeling", der har fokus på sammenhængende patientforløb og inddrager i den forbindelse kommunerne i optageområdet.
6. **"Følge-op-ordning"**: Etableret af Psykiatrisk Center København, der er målrettet patienter, som efter indlæggelse ikke er dækket af et opfølgende tilbud. Ordningen kan hjælpe særligt sårbare patienter i gang med dagligdagen efter en indlæggelse. Tilbuddet indebærer:
 - 1 afklarende samtale under indlæggelsen
 - 1 følgeskab til f.eks. egen læge, offentlig instans eller lign. tilbud
 - Tæt telefonisk kontakt de efterfølgende to uger efter udskrivelse
 - 1 afsluttende telefonisk kontakt fire uger efter udskrivelse.
7. **"Shared care"**: RHP ansøger om satspuljemidler til et projekt, der skal gennemføre samt tilvejebringe evidens for, om shared care i form af collaborative care i forhold til patienter med depression og angst kan anvendes med effekt i en dansk kontekst.
8. **"Udviklingsprojekt vedrørende udredning og behandling af borgere med sindslidelse og misbrug"**: Mellem RHP – PC Ballerup, Furesø, Ballerup, Egedal, Gladsaxe og Herlev Kommune. Projektets formål er at styrke den psykiatriske udredning af borgere, der både har en sindslidelse og et misbrug. Projektet forankres i det lokale samordningsudvalg, der i aftaleperioden beskriver og igangsætter projektet.
9. **"Samarbejde om børn og unge med psykiatriske problemer"**: Mellem RHP BUC Glostrup og/eller BUC Hillerød (fremgår ikke om, det er det ene eller det andet center, der deltager i opgaven), Rudersdal, Lyngby-Taarbæk og Gentofte Kommune. Projektets formål er at udvikle samarbejdet mellem kommune, region og praktiserende læger i forhold til børn og unge med psykisk lidelse. Projektet skal bl.a. afdække behov og muligheder for en øget videndeling mellem region og kommuner samt de samarbejds-mæssige konsekvenser af udrednings- og behandlingsretten i børne- og ungdomspsykiatrien. Projektet forankres i det lokale samordningsudvalg.
10. **"Indsats for psykiatriske patienter, der kræver særforanstaltning"**: Mellem RHP – PC Ballerup, Gentofte Kommune og Lyngby-Taarbæk Kommune. Projektet skal afklare, hvilke forhold der er væsentlige for at sikre gode patientforløb og et smidigt samarbejde mellem parterne omkring borgere med særligt komplekse problemstillinger (f.eks. psykisk syge, der jævnlig ind- og udskrives fra psykiatrisk afdeling evt. med misbrug og som ikke ønsker at tage imod tilbud fra kommunen om støtte eller bolig). Målet for projektet er at skabe grundlag for justeringer af samarbejdsformer og forretningsgange med henblik på at sikre så optimale patientforløb som muligt. Projektet forankres i det lokale samordningsudvalg for psykiatri.
11. **"Samarbejde om udviklingshæmmede sindslidende i botilbud"**: Mellem RHP – PC Ballerup og Gentofte Kommune. Gentofte Kommune ønsker udvikling af sammenhængende og hensigtsmæssige samarbejdsrelationer mellem RHP og kommunes botilbud for udviklingshæmmede med sindslidelse. Parterne er enige om at udarbejde en beskrivelse af opgavefordelingen og samarbejdet mellem kommune og region i forhold til den psykiatriske behandling af udviklingshæmmede

med sindslidelser. Formålet er at sikre en kvalificeret psykiatrisk behandling af beboere, som tager afsæt i den enkelte beboer/patients behandlingsbehov, at sikre sammenhængende forløb for beboere og at udvikle et smidigt samarbejde mellem kommunens botilbud og de relevante behandlingssteder. Arbejdet forankres i det lokale samordningsudvalg. PC Ballerup vil sikre den nødvendige inddragelse af specialfunktionen vedrørende oligofreni.

12. **”Det gode patientforløb i psykiatrien”**: Mellem RHP – PC Frederiksberg og Frederiksberg Kommune. Projektet skal have fokus på sektoransvarligheden og borgernes oplevelse af sammenhæng i indsatsen op tværs af sektorerne, når der foregår indlæggelser og udskrivninger til PC Frederiksberg. Formålet med projektet er at beskrive kritiske overgange mellem psykiatrien og socialpsykiatrien/ eget hjem eller andre tilbud og afdelinger i kommunen. Der vil blive etableret fælles undervisning for ansatte i de berørte sektorer med inddragelse af brugerorganisationer, og der vil blive udarbejdet retningslinjer for håndtering af gode indlæggelses- og udskrivningsforløb. Forankres i samordningsudvalget mellem PC Frederiksberg og Frederiksberg Kommune.
13. **”Opsøgende psykiatrisk team (OP-team)”**: Rødovre Kommune ønsker, at der etableres et opsøgende psykiatrisk team i Rødovre Kommune. Kommunen dækkes af OP-team under PC Glostrup.
14. **”Komplekse udredninger”**: Mellem RHP – PC Bornholm, Bornholms Hospital og Bornholms Regionskommune. Der skal etableres et samarbejde om optimering af udredning og behandling af borgere med komplekse lidelsesforløb. Det gælder både i forhold til komplekse somatiske lidelser og komplekse psykiatriske lidelser, hvor optimering af udredning og behandling kan forkorte lidelsesperioder. Bornholms Regionskommune vil med udgangs-punkt i rapport fra DSI ”Sygedagpenge – modtagernes forbrug af sundhedsydelse, fokus på hurtig udredning og behandling af personer med komplekse problemstillinger” og konkrete eksempler fra kommunens hverdag identificere et antal komplekse forløb, der kan danne grundlag for en af tale om, hvordan udredning og behandling kan optimeres både tidsmæssige og kvalitativt. Formålet er at få fastlagt en samarbejdsmodel for sådanne forløb. Projektet forankres i samordningsudvalgene for Bornholms Hospital og PC Bornholm.
15. **”Udredning og behandling af voksne misbrugere og hjemløse med ikke-psykotiske lidelser, herunder ADHD”**: Det er aftalt, at Københavns Kommune og RHP igangsætter et udviklingsprojekt, som har til formål at forbedre samarbejdet mellem kommune, almen praksis og psykiatrien i forhold til udredning og behandling af ikke-psykotiske psykiatriske lidelser blandt hjemløse og aktive misbrugere i kommunen.
16. **”Etablering af midlertidige og tværfaglige boformer til stabilisering af svært psykotiske borgere (Halfway Houses)”**: Det er aftalt, at Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri undersøger behovet og mulighederne for at udvikle en midlertidig og tværfaglig boform til stabilisering af svært psykotiske borgere for at undgå indlæggelser.

17. **"Optimering af udskrivningsforløb for voksne med sindslidelse i København"**: Det er aftalt, at Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri i 2011 sætter fokus på at optimere udskrivningsforløbene for:
- Borgere med behov for en koordineret indsats fra flere af kommunens forvaltninger
 - Færdigbehandlede patienter som skal udskrives til socialpsykiatriske botilbud.
18. **"Konsensus om indlæggelser og udskrivelser"**: mellem Fredensborg kommune og Region Hovedstaden. Projektet skal skabe større sammenhæng i indlæggelses- og udskrivelsesforløb for beboere på Johannes Hages Hus med henblik på at undgå forekomsten af utilsigtede hændelser samt skabe højere tilfredshed blandt beboerne. Derudover skal projektet etablere større vidensdeling på tværs af sektorerne og større forståelse, respekt og ansvarlighed hos medarbejderne. Projektet består af to fælles fyraftensmøder. Derudover nedsættes to arbejdsgrupper; én som bl.a. skal udarbejde et fælles oplæg til konkretisering af samarbejdsaftalen og én med medicinalpersoner, som skal sikre kendskab til medicinvejledninger og konkretisere procedure ved sektorovergangene. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
19. **"Borgeren i centrum i eget liv"**: mellem Herlev Kommune og Region Hovedstaden. Projektet går ud på, at personalet på tværs af sektorer og afdelinger i samarbejde med Herlevborgere med psykiske lidelser og pårørende får øget kendskabet til hinanden for, igennem et fælles arbejde, at få forbedret samarbejdet til glæde for patienten/brugeren. Konkret skal dette foregå igennem afholdelse af en fælles temadag og derpå en række møder (fem gange) i mindre erfa-grupper, der er tværsektorielt sammensat med patient/bruger- og pårørenderepræsentation. Erfa-gruppernes respektive forslag skal fremlægges og opsamles ved en fællesdag. På baggrund af det samlede antal produkter udvælges/udarbejdes den færdige model, der skal danne grundlag for et praksisforløb. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
20. **"Kropsterapi på tværs"**: Fysioterapeuterne på Psykiatrisk Center Nordsjælland i Hillerød og Orion ønsker at udvikle et samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder, der kan bidrage borgerne med kropsterapeutisk behandling samt skabe kontinuitet, overblik, opfølgning og evaluering af samme. Det skal ligeledes bidrage til videndeling og vidensudveksling mellem faggrupper og sektorer. Projektet tager udgangspunkt i metoder og teknikker, der benyttes af fysioterapeutisk enhed i behandlingspsykiatrien på Hillerød Hospital, herunder Body Awareness Therapy. Konkret arrangeres visionsdag med det primært involverede personale, hvor visioner, forventninger, muligheder og begrænsninger udvikles og bearbejdes hen imod en mere konkret målsætning. Derudover afholdes undervisningsdage, udviklingsdage samt udviklings- og implementeringsdage. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
21. **"Opsøgende arbejde på tværs"**: Mellem Hørsholm Kommune og Region Hovedstaden. Projektet tager udgangspunkt i oprettelse af et formaliseret samarbejde omkring det opsøgende arbejde i forhold til sindslidende. Samarbejdet tager udgangspunkt i en fælles oplysende indsats for nøglepersoner i lokalmiljøet i form af oplysningsmøder med f.eks. lægelavet i Hørsholm, boligforeninger, Bedre Psykiatris lokalafdeling, de lokale præster. Desuden udarbejdes fælles skriftligt materiale (piecer) med oplysninger om de muligheder for hjælp, der er i lokal-

området, og hvor man som borger kan henvende sig, hvis man har kendskab til en sindslidende person, der har brug for hjælp. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".

22. **"Mødet i mellemrummet"**: Mellem Gentofte Kommune og Region Hovedstaden. Psykiatrisk Center Ballerup har med både Lyngby-Taarbæk Kommune og Gentofte Kommune indgået samarbejdsaftaler om mennesker med sindslidelser. Aftalerne følges, men i de forløb, hvor sindslidende med komplekse problemstillinger har mange fagprofessionelle inddraget, kan det være svært at sikre den bedst mulige koordinerede indsats. Projektet ønsker at synliggøre de forskellige dilemmaer hos de forskellige fagprofessionelle og derved forbedre både forståelsen for, kendskabet til og tilliden til andre handlemuligheder. Konkret interviewes relevante medarbejdere. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
23. **"Sammen kan vi mere"**: Mellem Hvidovre Kommune og Region Hovedstaden. På Psykiatrisk center Hvidovre har vi erfaret, at en grundig beskrivelse af funktions- evne er af stor værdi i et forløb, hvor der skal vurderes, hvilke tilbud socialpsykiatrien skal tilbyde den enkelte borger. Projektet ønsker at udvikle og afprøve et redskab, som kan udfyldes i fællesskab i et tværfagligt team med henblik på at få så mange nuancer af patientens funktioner samt behov og ønsker frem som overhovedet muligt. Tanken er at redskabet også skal kunne anvendes i socialpsykiatrien og følge borgeren i en eventuel indlæggelse. Gennem projektet styrkes kendskabet til samarbejdspartnere og muligheder i de 2 sektorer, og dermed også grundlaget for en mere målrettet og sammenhængende rehabiliteringsplan. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
24. **"De gode historier"**: Mellem Halsnæs Kommune, Helsingør Kommune, Hillerød Kommune og Region Hovedstaden. Projektets omdrejningspunkt er synliggørelsen og fortællingen om "de gode historier og samarbejdet". Kommunikation ses både som midlet og målet i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Det skal imidlertid ikke blive ved retorikken, men personalets og patienters/brugeres stemme skal faciliteres til inspiration for behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien og tilhørende samarbejdspartnere. Konkret vil projektet afholde en dialog- og inspirationsdag om den gode historie. På baggrund af dagen nedsættes en række grupper med tovholdere. Arbejdsprocessen kan foregå i lokale eller tværgående grupper afhængig af hvilke temaer eller metoder, der prioriteres at arbejde videre med. Produkter fra arbejdsprocessen skal indsamles af tovholderne i september 2012. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
25. **"Akutpsykiatri på tværs"**: Mellem Hvidovre Kommune og Region Hovedstaden. Projektet skal udvikle en fælles forståelse behandlingsstederne imellem for hvilken hjælp, der kan etableres til den akutte patient for derigennem at tilbyde patienten den relevante hjælp. Desuden skal der udvikles kommunikationsveje, der enkelt kan tilgodese behandlernes behov for at komme i kontakt med hinanden. Sidst skal der udvikles redskaber til at sikre, at de data, der er relevante for de forskellige behandlingseenheder, er til stede. Konkret gennemgår medarbejdere fra de to sektorer i fællesskab forskellige cases for at afdække behovet for akut hjælp, afdække de tre parter forståelse af, hvilken hjælp der er relevant, afklare kommunikationsveje samt udarbejde skabelon til registrering af informationer, der skal bruges mellem de tre parter. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".

26. **"Nye muligheder for unge med lidelser inden for psykoseområdet"**: Mellem Allerød Kommune, Helsingør Kommune, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune og Region Hovedstaden. Vi ved i dag, at flere unge med lidelser inden for psykoseområdet er i særlig risiko for at ende på varig offentlig forsørgelse. Projektet ønsker at styrke samarbejdet mellem de forskellige parter, som den unge kommer i berøring med, så de får øget kendskab og viden om hinandens praksis, og dermed kan rådgive den unge til at få hjælp det rette sted. Konkret afholdes et opstarts-seminar med fokus på deltagernes nuværende praksis omkring de unge og de tværgående samarbejder, der allerede eksisterer. Derudover uddannes 'netværks-agenter' inden for de forskellige samarbejdspartnere og særlige tilbud afprøves. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
27. **"Den enkeltes bedste på Nørrebro"**: Mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden. Det er et fælles ønske at få en større viden om, hvilke forbedringer af overgangen mellem Center Nørrebro og Psykiatrisk Center København ved indlæggelse og udskrivelse, der kan give beboeren en oplevelse af et ubesværet og sammenhængende forløb – og hvordan de implementeres. Projektet vil med afholdelse af en temadag med opfølgning ikke blot styrke samarbejdet mellem Psykiatrisk Center København og Center Nørrebro, men også styrke samarbejdet med såvel beboer som dennes pårørende. Efter temadagen nedsættes en arbejds-gruppe, som konkretiserer forslag fra temadagen. Resultaterne fremlægges og debatteres på et møde for ledere og beboerrepræsentanter fra Center Nørrebro og Psykiatrisk Center København, hvorefter der træffes beslutning om, hvad der iværksættes. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
28. **"Fælles skolebænk"**: Mellem Ballerup Kommune og Region Hovedstaden. En af de store udfordringer for familiernes oplevelse af sammenhæng i børne- og ungdoms-psykiatrien er, at de enkelte tilbud i henholdsvis primær og sekundær sektor ikke kender hinandens udfordringer og arbejdsfelter. Projektet vil på den baggrund sætte medarbejdere fra de forskellige instanser på fælles skolebænk. Gennem fire faglige undervisningssessioner er målet at skabe fælles forståelse og netværk mellem fagprofessionelle i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og i de kommunale tilbud til familier med børn med psykiske lidelser. På sigt er det målet, at den fælles skolebænk skal kapitalisere sig i skabelsen af behandlernetværk på tværs af sektorerne, som kan benytte hinanden både i forhold til enkelte familieforbøb og i forhold til det løbende arbejde med at forbedre indsatsen og samarbejdet. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
29. **"Shared care på tværs"**: Mellem Albertslund, Brøndby, Glostrup, Hvidovre, Høje Taastrup, Ishøj og Vallensbæk Kommune og Region Hovedstaden. Det er veldokumenteret, at psykiatriske patienter har en overdødelighed og øget lidelsesrisiko af KOL og Type 2 DM. På den baggrund ønsker projektet at sikre borgere med psykiatrisk lidelse og samtidig KOL og/eller Type 2DM (eller risiko for udvikling heraf) tilknyttet et Distriktspsykiatrisk Center, optimal diagnostik, behandling og rehabilitering af de to lidelser ved at beskrive en forpligtigende shared care-model for almen praksis, distriktspsykiatri og socialpsykiatrien på Vestegnen. Konkret vil projektet følge 30 patienters behandlingsforløb og på den baggrund på fælles workshops udvikle en model for shared care. Modellen skal herefter formidles og implementeres, og der uddannes udvalgte støttekontaktpersoner som opfølgning. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".

30. **"Psykisk helbred hos danske skolebørn"**: Mellem Rødovre Kommune, Ballerup Kommune, Høje Taastrup Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune og Region Hovedstaden. Der er behov for højere grad af samarbejde mellem medarbejdere i primær- og sekundærsektoren om psykisk mistrivsel hos børn og unge. Projektet ønsker at opbygge et netværk mellem skolesundhedsplejersker og læger/psykologer/forskere fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) Glostrup, der løbende kan understøtte videndeling og initiere konkrete samarbejdsprojekter om tidlig indsats for psykisk mistrivsel hos børn og unge. Medlemmerne i netværket skal i samarbejde afholde en række temaaftener til formidling af konkret viden om psykiske helbredsproblemer blandt børn og unge. De aktuelle temaaftener afholdes på skoler med det formål at informere om psykiske helbredsproblemer hos danske skolebørn. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
31. **"Styrket samarbejde mellem psykiatri og hjemmepleje"**: Mellem Frederiksberg Kommune og Region Hovedstaden. Borgere med psykiske lidelser, som bor i eget hjem og som modtager hjælp fra hjemmeplejen, modtager ofte hjælp af personale, som ikke har stor viden og erfaring inden for det psykiatriske fagområde. Det kan påvirke den faglige indsats. Ved at inddrage socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien som nye og naturlige samarbejdspartnere for personalet i hjemmeplejen, kan der opnås en større sammenhæng i samarbejdet omkring borgere med psykiske lidelser. Konkret vil projektet arbejde med at udvikle en samarbejdsform, hvor socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien kan tilbyde supervision og videndeling til personalet fra hjemmeplejen. Projektet har fået tildelt midler af projektet "Psykiatri på tværs".
32. "Telefonrådgivninger til praksissektor vedrørende patienter med spiseforstyrrelser, dobbeltdiagnose": Inden udgangen af 2012 etableres der en telefonrådgivning vedrørende psykisk syge gravide.

Region Sjælland

33. **"Opsøgende distriktssygeplejersker"**: Formålet er at forebygge tvangsindlæggelser i psykiatrien, og målgruppen er patienter med gentagne tvangsindlæggelser bag sig. Det er en patientgruppe, som har brug for særlig tæt opfølgning efter udskrivning mhp. at bevare en god behandlingsalliance. Målgruppen er de vanskeligste almenpsykiatriske patienter med skizofrenidiagnoser og patienter med bipolar lidelse, der samtidig har dårlig behandlingscompliance. Projektet henvender sig til patienter uden dom. Der er både tale om en behandlingsmæssig men også forebyggende indsats, der skal medvirke til at anvendelsen af ambulans tvang minimeres samt minimere risikoen for misbrug og kriminalitet. Patienterne visiteres til projektet ved udskrivning fra sengeafsnit. Der er ansat seks medarbejdere i projektet i regionen. Det tværsektorielle samarbejde prioriteres højt, og de gode erfaringer med den koordinerende handleplan fra Retspsykiatrisk kompetencecenter anvendes i projektet.
34. **"Vanskelige anbringelser"**: Voksne indlagte patienter med en psykisk lidelse. Har efter udskrivning behov for tilbud på det kommunale specialiserede socialområde. Fokus på de særligt ressourcetunge personer.
35. **"Dobeltdiagnoser"**: Voksne indlagte patienter med dobbeltdiagnose (psykiatrisk diagnose og samtidigt misbrug). Satspuljeprosjekt 2012-15.

36. **"Udviklingsprojekt med Slagelse Kommune"**: Udviklingsprojekt med Slagelse kommune om bl.a. dobbeltdiagnosticerede patienter og fysisk aktivitet for psykisk syge.
37. **"Psykiatrien Syd/Næstved og Vordingborg Kommuner"**: Samarbejdsaftale om dobbeltdiagnosticerede patienter.
38. **"Samarbejde med praktiserende læger om overtagelse af ADHD patienter"**
39. **"Samarbejdsprojekt i Holbæk mellem børne- og ungdomspsykiatri, praktiserende læger og kommunen"**: Et samarbejdsprojekt mellem børne- og ungdomspsykiatrien og kommunen samt de praktiserende læger om en hurtigere og koordineret udredning af børn og unge under 18 år.

Derudover planer om:

40. **"Shared care satspulje" (afhænger af satspuljemidler)**: Shared care ordningens formål vil være at skærpe opmærksomheden på behandling af ikke-psykotiske lidelser og højne kvaliteten af arbejdet inden for dette område i almen praksis samt styrke samarbejdet mellem psykiatrien og almen praksis.

Region Syddanmark

41. **"Projekt: Lokalpsykiatrien og kommunale sundhedshuse"**: I Region Syddanmark er der etableret "husfællesskab" mellem Lokalpsykiatrien og den kommunale socialpsykiatri i Fredericia Kommune med henblik på at styrke koordineringen og samarbejdet mellem de to sektorer. Sammen med Haderslev Kommune arbejdes der ligeledes på at etablere et fælles sundhedshus rummende lokalpsykiatri og kommunal socialpsykiatri.
42. **"Projekt: Psykiatri på Tværs"**: FOA, Sundhedskartellet, Socialpædagogernes Landsforbund, KL og Danske Regioner er gået sammen om bl.a. at styrke samarbejdet på tværs af sektorer.
43. **"Humørhjælp nu"**: Lokalpsykiatri Fredericia og Fredericia Kommune: Samarbejdet omkring ældre depressive patienter.
44. **"Vejen til bedre observation og behandling"**: Lokalpsykiatri Fredericia og Kolding Kommune: Undervisning til plejepersonalet omkring borgere med svær og udad-reagerende demens.
45. **"Borgere med misbrug og sindslidelser"**: Psykiatrisk Afdeling Vejle og Vejle Kommune: Samarbejdet mellem misbrugs-, social- og behandlingspsykiatrien.
46. **"Unge i feltet mellem misbrug og psykiatri"**: Børne- og Ungdomspsykiatri Augustenborg og Haderslev, Sønderborg, Aabenraa og Tønder Kommune: Samarbejdet med og om unge i feltet mellem misbrug og psykiatri.
47. **"Pilotprojekt om samarbejde mellem psykiatrien og jobcentrene i Vejen og Esbjerg Kommuner"**: Formålet med projektet var at give de kommunale medarbejdere i jobcentrene øget kendskab til psykiske lidelser, så de bedre kan rådgive ledige med sindslidelser. I efteråret 2010 deltog 40 medarbejdere fra Psykiatrien i Region Syddanmark i et pilotprojekt sammen med 40 ansatte fra jobcentrene i Esbjerg og Vejen Kommuner. Derudover skulle projektet give sygehusets medarbejdere bedre kendskab til arbejdsmarkedslovgivningen og til

jobcentermedarbejdernes arbejdsvilkår. Projektet følges op af lokal dialog om bedre tilrettelæggelse af samarbejdet mellem psykiatrien og jobcentrene. Budget: Selve projektet blev finansieret af midler fra Social- og Indenrigsministeriet, Det Europæiske år for bekæmpelse af fattigdom og social udstødelse.

48. **"Projekt: På Sporet af en løsning"**: Samarbejde mellem Faaborg-Midtfyn Kommune og Psykiatrisk Afdeling Svendborg. Formål: formålet er at forebygge psykisk lidelse, (gen)indlæggelse, langvarige sygemeldinger og – forløb. Målgruppen er borgere i alderen 18-70 år, som har – eller har tegn på – belastningsreaktioner eller let til moderat depression. Tilbuddet skal gøre det lettere at få psykiatrisk og social hjælp på et tidligt tidspunkt. Tidshorisont: 2012-2013. Budget: Projektet er finansieret af satspuljemidler.
49. **"Den Integrative Psykiatriske Afdeling (DIPA)"**: Forskningsprojekt mellem psykiatrien i Region Syddanmark og Odense Kommune. Formål:
- At forbedre samarbejdet mellem regional og kommunal psykiatri.
 - At inddrage pårørende i behandlingen.
 - At sikre evidensbaseret praksis (bruge viden fra forskning i behandlingen).
 - At formidle viden og erfaringer fra projektet til alle psykiatriske afdelinger i Psykiatrien i Region Syddanmark.
 - DIPA er forankret på Psykiatrisk Afdeling Odense, men skal løbende udbredes til alle afdelinger i psykiatrisygehuset.
- Målgruppe: Projektet involverer patienter med skizofreni, affektive lidelser, svære personlighedsforstyrrelser og ge-rontopsykiatriske patienter. Tidsperspektiv: 2012-2013. Budget: Dels fondsfinansieret, dels finansieret af psykiatrien i Region Syddanmark og Odense Kommune.
50. **"Den gode udskrivning"**: Psykiatrisk Afdeling Esbjerg (Lokalpsykiatri Brørup) og Billund Kommune: Samarbejdsmodel og procedurer for udskrivning.
51. **"Afpsykiatisering"**: Psykiatrisk Afdeling Svendborg og Faaborg-Midtfyn Kommune: Samarbejde om fremskudt psykiatri- og socialfaglig støtte til at håndtere egen livssituation inden en aktuel situation fører til længere ambulante forløb eller indlæggelse.
52. **"Fælles rehabiliteringsplan"**: Psykiatrisk Afdeling Kolding (Lokalpsykiatri Fredericia, det opsøgende psykoseteam – OPT) og Fredericia Kommune (socialpsykiatrien): Fælles rehabiliteringsplan og tilgang for brugere af OPT.
53. **"Kompetenceudvikling ift. selvmordstruede"**: Psykiatrisk Afdeling Odense og Børne- og Ungdomspsykiatri Odense: Efteruddannelse af nøglepersoner i psykiatrisygehusets afdelinger. Disse skal sidenhen samarbejde med kommunerne og uddanne frontpersonalet, så de lettere kan spotte og hjælpe selvmordstruede.
54. **"Den Trygge Vej"**: Børne- og Ungdomspsykiatri Kolding og Kolding Kommune: Ny samarbejdsmodel ved mistanke om psykiatrisk problemstilling hos børn. Modellen introducerer bl.a. det tværsektorielle Barnets Team, der – i samarbejde med forældrene – står for en koordineret udredning og behandling. Tidsperspektiv: 2010-2014. Budget: Satspuljemidler.

55. **”Projekt: Børn på Tværs af Grænser”**: Styrke faglige og personlige kompetencer hos fagpersoner, der arbejder med tosprogede børn i Odense Kommune (Vollsmose) og Varde Kommune for derved at lave en tidlig forebyggelsesindsats over for børn i alderen 0-6 år, der vokser op i hjem, der er præget af oplevelser relateret til krigs- og torturtraumer. Projektet omfatter ansatte på børneområdet i Vollsmose og Varde Kommune. Forventede resultater for projektet er at øge viden om traumer, at højne og kvalificere opmærksomheden i forhold til problemer, der relaterer til traumer, at styrke faglighed, kommunikation og metode i forhold til sekundært traumatiserede småbørn samt at forankre dette via forbedret forældresamarbejde, tværfaglighed og aktiv inddragelse. Projektet evalueres derfor løbende af Teori & Meto-decentret, Professionshøj-skolen UCC, Hillerød. Budget: Finansieret af Integrationsministeriet. Pulje: Særlig indsats for traumatiserede flygtninge og deres familier.
56. **”Projektets titel: PTSD på arbejdsmarkedet i Kolding Kommune”**: formålet med projektet er, at øge opmærksomhed, viden og kompetencer for de medarbejdere og jobfunktioner, der i deres daglige arbejde er i kontakt med borgere, der lider af alvorlige traumer. Dertil kommer øget viden efterfølgende, der skal kunne anvendes praktisk i en tidligere, mere koordineret, målrettet og effektiv indsats for de borgere, der f.eks. skal behandles i forbindelse med sygdommeldinger. Undervisningen retter sig mod de følgende tre målgrupper:
- Medarbejdere i Jobcentre.
 - Interesserede virksomheder.
 - Praktiserende læger.
- Tidsperspektiv: 1/1 2010 – 31/3 2011. Budget: Finansieret af det lokale beskæftigelsesråd og Jobcenter Kolding.
57. **”Projekt: PSP-samarbejdet”**: Formålet med projektet er at sikre en hurtig, effektiv og koordineret indsats og dermed at forebygge at udsatte borgere udvikler eller fortsætter en kriminel adfærd. Siden december 2009 har politiet, Kriminalforsorgen, de sociale myndigheder og Psykiatrien i Region Syddanmark arbejdet tæt sammen om at hjælpe udsatte borgere med misbrugsproblemer, psykiske lidelser eller sociale problemer. Tidsperspektiv: 2009 –.

Region Midtjylland

58. **”Mobilteam”**: (intensiv behandling) Er udbredt i hele regionen. Den udgående funktion tager sig af de patienter, der er mere akutte. Patienten kan få besøg i eget hjem eller møde op i daghospitalet, hvor der tilbydes støttende samtaler. Formålet er at forebygge eller afkorte en indlæggelse. Den udgående funktion har i øvrigt samarbejde med de praktiserende læger (shared care). Den praktiserende læge henviser direkte til den udgående funktion og er behandlingsansvarlig. Primært patienter med affektive lidelser (F30-F39), men behandler i princippet alle målgrupper (alle ICD 10).
59. **”Team for Misbrug og Psykiatri”**: (dækker både Vest-klyngen og Viborg-Skive klyngen) Team for Misbrug og Psykiatri (TMP) beskæftiger sig hovedsageligt med koordination mellem de forskellige instanser, som den enkelte patient er involveret i. En samlet indsats for patienten medfører en langt bedre prognose. Målgruppen er

dobbeltdiagnosepatienter. De forskellige samarbejdende instanser kan være såvel den regionale psykiatri som somatik, men der kan også være flere forskellige kommunale afdelinger involveret i det enkelte forløb. TMP fungerer som en konsulentfunktion for misbrugs- og psykiatrimrådet samt det kommunale område i forhold til koordinering af en fælles indsats. TMP informerer om behandlingsmuligheder og gennemfører korte forløb med patienter. TMP afholder samtaler med henblik på motivation og vurdering af behandlingsbehovet inden for psykiatri og misbrug. TMP varetager formidling om psykiatriske lidelser og misbrug til målgruppens netværk.

60. **"Projekt Integreerede forløb for mennesker med sindslidelser":** Silkeborg Kommune og Regionspsykiatrien Silkeborg: Projekt Integreerede Forløb for Sindslidende kører i Psykiatriens Hus fra 1. april 2012 og vil være til udgangen af 2013. Målgruppe: Hjælpe personer med psykiske lidelser tilbage på arbejdsmarkedet. Støttet af midler fra Socialstyrelsen.
- Holstebro Kommune og Regionspsykiatrien Vest: Unge mellem 18 og 25 år. På start- eller kontanthjælp. Det er unge på tværs af diagnoser, som er, eller burde være, i kontakt med den regionale psykiatri og jobcenteret og/eller socialpsykiatrien.
61. **"Projekt den gode udskrivning":** Herning Kommune og Regionspsykiatrien Vest: Kendte borgere, dvs. borgere der indlægges på døgnafsnit E2 i Regionspsykiatrien Vest, som modtager tilbud fra socialpsykiatrien i Herning Kommune, og hvor der i forbindelse med indlæggelsen skal undersøges om tilbuddet fra socialpsykiatrien skal ændres. Ukendte borger, dvs. borgere der indlægges på døgnafsnit E2 i Regionspsykiatrien Vest, som ikke i forvejen modtager tilbud fra socialpsykiatrien i Herning kommune, og hvor der i forbindelsen med indlæggelsen skal undersøges om borgere har brug for et tilbud.
- Favrskov Kommune og Afd. P, AUH Risskov: Voksne borgere (over 18 år) inden for psykoseområdet (F20-diagnose) med komplekse sociale vanskeligheder, som i forbindelse med udskrivning fra Aarhus Universitetshospital, Risskov, Afd. P, er eller bliver tilknyttet botilbud eller bostøtte i Favrskov Kommune.
62. **"Fælles Team i regionspsykiatrien for dobbeltdiagnosepatienter":** Patienter, som både har en behandlingskrævende psykisk lidelse af en vis sværhedsgrad og et behandlingskrævende misbrugsproblem (dobbeltdiagnosepatienter). Regionspsykiatrien har ansvaret for den psykiatriske behandlingsindsats, mens kommunen har ansvaret for behandlingen af alkoholmisbrug og den lægelige behandling af stofmisbrug.
63. **"Afrøvnning Collaborativ Care-modellen ift. patienter med angst og depression":** 60 praktiserende læger fra Viborg, Skive og Aarhus Kommune er med i projektet. Region Midtjylland afprøver collaborative-modellen i samarbejde med de øvrige regioner. Målgruppen er personer, der har en ikke-psykotisk lidelse, dvs. primært patienter med depression og angst. Målgruppen kan omfatte personer med lette til svære lidelser.
64. **"Shared care samarbejde med almen praksis":** Regionspsykiatrien Silkeborg giver rådgivning og vejledning til de praktiserende læger i Silkeborg Kommune vedrørende patienter, de praktiserende læger er i tvivl om.

65. **"Lokalpsykiatriens udrykningsteam, Aarhus (LUT)":** Sindslidende eller andre borgere i Aarhus Kommune i akut krise. Alle diagnosegrupper.
66. **"Psykiatriens hus i Silkeborg":** Samarbejde mellem Silkeborg kommune og Regionspsykiatrien Silkeborg om borgere med psykisk lidelse.
67. **Projekt "Dobbeltdiagnose/Integreret indsats for sindslidende med misbrug":** Satspuljeprojekt under Socialstyrelsen med Deloitte som projektledelse. **Lokalpsykiatrien Djursland (Regionspsykiatrien Randers) og Syddjurs Kommune:** Projektet retter sig mod borgere med svære psykiske lidelser og samtidigt alkohol- eller stofsafhængighed. Der kan også forekomme borgere, som endnu ikke er diagnosticeret, hvilket i nogle tilfælde kan skyldes manglende kontakt mellem det etablerede system og borgeren. **Hedensted Kommune og lokalpsykiatri Hedensted (Regionspsykiatrien Horsens):** Den primære målgruppe for projektet er voksne borgere (over 18 år) med dels svær psykisk lidelse (personlighedsforstyrrelse (DF6) eller psykoser (DF2)), der samtidig har et misbrug (hash, alkohol, stoffer) fra Hedensted Kommune. Sekundært vil også borgere med anden psykisk lidelse (f.eks. ADHD, depression, angst mv.), der samtidig har et misbrug, indgå i projektet. Borgerne kan enten være kendte i misbrugscenteret og/eller Regionspsykiatrien eller ukendte.
68. **"PSP-samarbejde"** (Politi-Social-Psykiatri): i hele regionen.
69. **"Pilotprojekt med en it-baseret fælles handleplan for voksne med ADHD":** Mellem Regionspsykiatrien Vest og Ringkøbing-Skjern Kommune. Mennesker der lider af ADHD og er bosiddende i Ringkøbing-Skjern Kommune. Behandlere i ADHD teamet i Regionspsykiatri Vest og medarbejdere i Ringkøbing-Skjern Kommune.
70. **"Opsøgende Retspsykiatrisk Team":** Det opsøgende team tilknyttet retspsykiatrisk ambulatorium Risskov har som kerneopgave at sikre at særlig problematiske ambulante retspsykiatriske patienter fastholdes i behandling og understøttes i forebyggelse af fornyet kriminalitet. Ligeledes er teamet rådgivende og vejledende ift. kommunale bostøtter og samarbejder med almenpsykiatriens behandlere. Den koordinerende indsats ift. de mange samarbejdspartnere omkring patienten varetages af det opsøgende team.
71. **"Pilotprojekt med videokonference og vejledning ift. henviste beboere på 3 plejehjem i tre kommuner"**
72. **"Pilotprojekt om fælles konference mellem affektivt team og et lægehus"**
73. **"Netværksmøder med kommunale samarbejdspartnere samt barnet/den unges netværk"** – enten i institution, kommune eller på BUC.
74. **"OPUS":** Videokonversationer med f.eks. unge på efterskole. Planer om udvidet brug af IT (I-pads) til konsultationer med den unge i hjemmet i efteråret 2012.
75. **"Indsats på tværs – psykiatrisk screening af kontanthjælpsmodtagere":** samarbejdsprojekt mellem Skive Kommune og Regionspsykiatrien Viborg-Skive.
76. **"Samarbejde vedrørende borgere på forsorgsinstitutioner med psykiske problemer"**
77. **"Fremskudt visitation for udsatte borger i risiko for socialderoute":** Puljeprojekt.

Region Nordjylland

79. **"Halfway House"**: Der arbejdes pt. på at etablere et Halfway House i Region Nordjylland. Målgruppen er svært syge psykiatriske patienter, der er færdigbehandlede i psykiatrisk indlæggelsesregi. Involverede parter: Behandlingspsykiatrien og samtlige Nordjyske kommuner. Formålet er, at hjælpe borgere med helt særlige og meget svære sociale og psykiske problemstillinger videre fra en tilværelse som indlagt psykiatrisk patient til en tilværelse som borger i det civile samfund.
79. **"Fællesvisitation"**: Mellem Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og Aalborg Kommune: Målgruppen er henviste patienter til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling fra forvaltningen eller PPR i Aalborg Kommune. Formål: Optimere anvendelsen af ressourcer for både Aalborg Kommune og Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Sikre kvaliteten i arbejdet med børn og unge med sindslidelser ved at intensivere og udvikle samarbejdet vedrørende visitation til udredning og behandling.
80. **"Aftale om samarbejde på ledelsesniveau og hotlineopkald i særlige akutte situationer"**: Målgruppe: Akutte sager vedrørende børn og unge, hvor det ledelsesmæssigt vurderes, at der ikke kan tilkommes en tilstrækkelig indsats efter akut varetagelse af sagen i henhold til normal procedure. Involverede parter: Specifikke navngivne chefer i Aalborg Kommune og ledelsen i Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Formål: Sikker ledelsesmæssig afklaring af handlemuligheder i særligt akutte situationer, hvor der er tale om en anormal kritisk situation.
81. **"Dobbelt diagnoseuddannelsen ved Psykiatrien i Region Nordjylland"**: Målgruppe: Behandlingspersonale, der arbejder med dobbelt diagnosepatienter ved Psykiatrien i Region Nordjylland. Ansatte uden for Psykiatriorganisationen med faglig interesse i emnet. Involverede parter: Behandlingspsykiatrien og samtlige Nordjyske Kommuner. Formål: Øge faglige kompetencer i forhold til behandlingsarbejdet med dobbelt diagnosepatienter, sikre bedre betingelser for integreret behandling for de implicerede på området samt at medvirke til en organisatorisk kulturændring på de enkelte arbejdspladser.
82. **"Faglige kurser vedrørende Kognitiv adfærdsterapi ved ADHD"**: Målgruppe: Tværfaglige medarbejdere, der arbejder med unge/voksne med diagnosen ADHD. Involverede parter: Behandlingspsykiatrien og samtlige Nordjyske kommuner. Formål: Give et grundlæggende kendskab til, hvorledes kognitiv adfærdsterapi kan anvendes i behandlingen af unge/voksne med ADHD.
83. **"PSP-samarbejde"**: Målgruppe: PSP-samarbejdet er et systematiseret myndigheds-samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og behandlingspsykiatrien som led i indsatsen over for socialt udsatte personer. Involverede parter: Der er etableret en lokal styregruppe med deltagere fra politi, kommune, kriminalforsorgen og psykiatrien. De operationelle grupper tilknyttes de enkelte lokalstationer i politikredsen. Psykiatrien i Region Nordjylland deltager således i fem PSP-samarbejdsfora under Nordjyllands Politi og Vestjyllands Politi (lokalpolitiet i Thisted). Formål: Det primære formål er at sikre udsatte borgere den rette støtte og reducere kriminaliteten begået af psykisk syge.
84. **"Projekt Fremskudt visitation"**: Målgruppe: Voksne borgere fra Hjørring Kommune, hvor Brønderslev Psykiatriske Sygehus vurderer, at der efter udskrivning vil være et behov for visitation til særlig social støtte for at kunne klare hverdagen i selvstændig bolig, midlertidig eller længerevarende botilbud, personlig pleje og/eller praktisk hjælp, justering i nuværende hjælp efter Serviceloven eller anden hjælp, f.eks. misbrugsbehandling. Involverede parter: Samarbejde mellem Sundheds-

Ældre- og Handicapforvaltningen i Hjørring Kommune og afdelingsledelsen på Brønderslev Psykiatriske Sygehus. Formål: Understøtte og sikre effektive og sammenhængende patientforløb for voksne borgere med sindslidelse i Hjørring Kommune, der både har behov for psykiatrisk behandlingstilbud og et socialt tilbud samt styrkelse af samarbejdet mellem Hjørring Kommune og Brønderslev Psykiatriske Sygehus. Pilotprojektet kører fra juni 2011 og evalueres i juni 2012.

85. **"Etablering af fælles køkken mellem Region Nordjylland og Brønderslev Kommune"**: Målgruppe: Psykiatriske patienter indlagt i Region Nordjylland og beboere på plejecentre i Brønderslev Kommune. Involverede parter: Der nedsættes en bestyrelse bestående af administrative repræsentanter fra såvel region som kommune, bestyrelsen ansætter en daglig leder af selskabet. Etableringen af selskabet er principgodkendt i Sundhedsministeriet. Formål: Med virkning fra 1. november 2012 planlægges det at oprettet et fælles selskab i form af et interessentskab til produktion af mad til psykiatriske patienter indlagt i Region Nordjylland og beboere på plejecentre i Brønderslev Kommune. De nuværende medarbejdere i de to parter køkkenfunktioner virksomhedsoverdrages til det nye selskab.
86. **"Nøglepersonsundervisning i forbindelse med satspuljeprosjekt vedrørende forebyggelse af selvmord blandt unge og ældre"**: Målgruppe: Kommunale medarbejdere. Involverede parter: Psykiatrien og kommunerne i Region Nordjylland. Formål: Tilbud om nøglepersonsundervisning af kommunale medarbejdere, der har kontakt med unge og ældre med selvmordsadfærd, selvmordsforsøg og vedvarende selvmordstanker. Hertil kommer afholdelse af årlige netværksmøder for personale, der har gennemgået kursusforløb målrettet forebyggelse af unges og ældres selvmordsadfærd.
87. **"Psykiatri på tværs – misbrug og ADHD"**: Målgruppe: Ledere og medarbejdere i behandlingspsykiatrien og kommunerne i Region Nordjylland. Involverede parter: Psykiatriens Sektor-MED-udvalg og kontaktudvalg inden for det voksenpsykiatriske område. Formål: Involvere Psykiatriens Sektor-MED-udvalg og kontaktudvalg vedrørende sundhedsaftaler i en fælles indsats, der sigter på at styrke faglighed og vidensdeling mellem behandlingspsykiatri og kommuner. Projektet indebærer afholdelse af 3 temadage med fokus på mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug og to temadage vedrørende ADHD.
88. **"Uddannelses- og Kompetenceforum"**: Målgruppe: Uddannelses- og kompetenceforummet har særlig fokus på styrkelse af kompetenceudvikling hos relevante medarbejdere i kommune og region i forhold til patienter med dobbelt diagnose samt børn og unge med sindslidelse. Involverede parter: Repræsentanter fra behandlingspsykiatrien, praktiserende læger og kommunerne i Region Nordjylland. Formål: Styrke samarbejdet mellem praksissektoren, kommunerne og behandlingspsykiatrien og dels at styrke fagligheden mellem patienternes indlæggelser og udskrivelser.
- Derudover:** Der er aktuelt igangsat et samarbejde vedrørende følgende samarbejdsprojekter, hvor etablering og gennemførelse af hænger af, hvorvidt der tildeles puljemidler:
89. **"Satspuljeprosjekt vedrørende styrkelse af den nære psykiatri"**: I et samarbejde mellem Thisted Kommune og Psykiatrien i Thy/Mors. Projekt vedrørende arbejdsmarkedet og sårbare unge. Arbejdsgruppe vedrørende samarbejdsrelationer vedrørende arbejdet med psykisk sårbare unge, herunder evt. etablering af et projekt i samarbejde mellem behandlingspsykiatrien, Region Nordjylland og relevante kommuner.

Rapport om
psykiatriområdet
til brug for
evaluering af
kommunalreformen

Indhold

1	Indledning	345
2	Kommunalreformen og det psykiatriske område	347
2.1	Overordnet opgave- og ansvarsfordeling	347
2.2	Redskaber til koordination og samarbejde indført med kommunalreformen	350
2.2.1	Sundhedsaftaler for mennesker med sindslidelser	351
2.2.2	Rammeaftaler på det sociale område, VISO og Tilbudsportal	352
2.2.3	Rammeaftaler på børne- og undervisningsområdet	354
3	Problemidentifikation	355
3.1	Den generelle udvikling	356
3.1.1	Erfaringerne med brug af sundhedsaftalerne på det psykiatriske område	361
3.1.2	Erfaringerne med brug af rammeaftalerne	365
3.1.3	Patienters oplevelser	365
3.1.4	Erfaringer i det udførende niveau	365
3.2	Problembeskrivelse	366
3.2.1	Snitfladeproblematikker mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatrien	366
3.2.2	Snitfladeproblemer i forhold til børne- og ungeområdet	372
3.2.3	Snitfladeproblematikker for dobbelt diagnosticerede	375
3.2.4	Snitfladeproblematikker i forløb for sygemeldte med psykisk sygdom	380
3.3	Opsummering – identificerede snitfladeproblematikker	382
3.3.1	Anvendte kilder	383
3.3.2	Oversigt over identificerede problemfelter	384

Figurer

Figur 1	Aktører i forløb for mennesker med psykiske sygdomme	356
Figur 2	Udviklingen i den gennemsnitlige liggetid i psykiatrien	357
Figur 3	Udviklingen i antallet af patienter i den samlede psykiatri, indeks (2007=100)	360
Figur 4	Tilkendelse af førtidspensioner fordelt på årsager i perioden 2006-2010 i pct.	381

Tabeller

Tabel 1	Antal normerede senge i almenpsykiatrien pr. 31. december 2011, 2002-2011	357
Tabel 2	Ambulante besøg i voksenpsykiatrien	358
Tabel 3	Ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatrien	358
Tabel 4	Udvikling i antal sociale tilbud til sindslidende	358
Tabel 5	Antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indberettet til Sundhedsstyrelsen	369
Tabel 6	Genindlæggelser inden for 30 dage i voksenpsykiatri i 2010, opdelt på bopælsregion	371
Tabel 7	Ventetid til psykiatrisk sygehusbehandling, 2007-2010, opgjort i dage	374
Tabel 8	Unikke personer registreret med dobbeltdiagnose på psykiatriske sygehuse, 2002-2011	376
Tabel 9	Misbrugere med psykiske problemer, der modtager psykologisk eller psykiatrisk hjælp	377
Tabel 10	Brugere, der oplever at have fået afslag på behandling i psykiatri pga. misbrug	378
Tabel 11	Problemfelter på psykiatriområdet	385

Bokse

Boks 1	Regionale opgaver efter kommunalreformen relateret til psykiatri	349
Boks 2	Kommunale opgaver efter kommunalreformen relateret til psykiatri	349
Boks 3	Redskaber til koordination og samarbejde indført med kommunalreformen	350
Boks 4	Krav til sundhedsaftale for indsatsen for mennesker med en sindslidelse	352
Boks 5	Den generelle udvikling inden for psykiatrien	361
Boks 6	Fælles for sundhedsaftalerne	363
Boks 7	Hovedindhold og fokusområde i regionernes sundhedsaftaler	364

1

Indledning

Regeringen har, jf. regeringsgrundlaget, besluttet at iværksætte en evaluering af kommunalreformen med særlig fokus på bl.a. sundhedsområdet.

Det fremgår af kommissoriet for underudvalgsarbejdsgruppen for evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet, at evalueringen tager udgangspunkt i en række fokusområder, hvor patienter krydser sektor- eller myndighedsgrænser. Et af fire fokusområder for evalueringen er snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner på det psykiatriske område.

Det fremgår af kommissoriet for evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet, at dette emne analyseres i det psykiatriudvalg, som regeringen har nedsat om indsatsen for personer med psykiske sygdomme.

På den baggrund har arbejdsgruppe 1 – nedsat under udvalget om psykiatri – udarbejdet nærværende analyse om psykiatriområdet.

Arbejdsgruppe 1 består af repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Formand), Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Distriktpsychiatri, Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, Danske Regioner, KL, SIND, Dansk Psykologforening, FOA, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Faglig repræsentant fra regionerne, Faglig repræsentant fra kommunerne, Social- og Integrationsministeriet, Ministeriet for Børn og Undervisning, Beskæftigelsesministeriet, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut, Socialstyrelsen, Dansk Sundhedsinstitut (DSI), Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI).

Indledningsvis i analysens afsnit 2 beskrives den overordnede opgave- og ansvarsfordeling i forhold til personer med psykisk sygdom, som den blev fastlagt med kommunalreformen, samt intentionerne med den. Herefter beskrives de redskaber til samarbejde og koordinering af indsatsen på tværs af regioner og kommuner, som blev indført i forbindelse med kommunalreformen.

Indledningsvis i det efterfølgende afsnit 2 om problemidentifikation ses på erfaringerne med de redskaber til samarbejde og koordinering af indsatsen på tværs af regioner og kommuner, som blev indført i forbindelse med kommunalreformen. Selve problembeskrivelsen i afsnit 2 er struktureret efter følgende skabelon, som er aftalt i henhold til den overordnede evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet:

- Overordnet beskrivelse: Hvori består problemet/problemfeltet?
- Overgange/snitflader: Hvor i patientforløbet opstår problemet?
- Objekt: Hvem oplever problemet?
- Væsentlighedskriterium: Hvad er omfanget af problemet?
- Konsekvenser: Hvordan opleves problemet, og hvad er konsekvenserne?
- Årsag: Hvad skyldes problemet?

Arbejdsgruppen konkluderer i forhold til identificerede snitfaldeproblematikker på psykiatriområdet, men peger ikke på specifikke løsningsforslag i forhold til de identificerede problemer.

2

Kommunalreformen og det psykiatriske område

2.1

Overordnet opgave- og ansvarsfordeling

Med kommunalreformen overtog de nye regioner ansvaret for den behandlende psykiatri, dvs. sygehus- og distriktskykiatrien, fra amterne. Som på det somatiske område var intentionen med reformen, at en samling af ansvaret på færre, mere bæredygtige enheder ville skabe rammerne for specialisering og styrkelse af kvaliteten i den psykiatriske behandling. Som en del af reformen på sundhedsområdet blev specialeplanlægningen styrket, og Sundhedsstyrelsen fik øgede beføjelser på området, herunder til at fastsætte krav og godkende placeringen af specialfunktioner på regionale og private sygehuse. Sundhedsstyrelsen har inden for psykiatrien udarbejdet specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatrien¹ og specialevejledning for voksenpsykiatrien², der fastsætter krav og placerer de enkelte specialfunktioner.

Kernen i den regionale psykiatri er udredning, diagnostik og behandling af mere komplekse psykiatriske lidelser, som kan foregå i ambulante regi f.eks. distriktskykiatrien eller under indlæggelse.

Regionerne fik også ansvaret for praksissektoren. Her spiller særligt alment praktiserende læger, praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere og praktiserende psykologer en stor rolle i forhold til opsporing, diagnostik og behandling af psykiatriske lidelser, ikke mindst lettere ikke-psykotiske lidelser.

Kommunerne havde før kommunalreformen forskellige tilbud til borgere med sindslidelse. Med kommunalreformen overtog kommunerne det samlede myndigheds-, forsynings- og finanseringsansvar på det sociale område. Det betød, at kommunerne overtog det samlede ansvar for den sociale indsats for mennesker med sindslidelse. Kommunerne har således i dag det samlede ansvar for den nødvendige sociale indsats, som varetages før, under og efter den regionale psykiatriske behandling.

1 Sundhedsstyrelsen, specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri af 15. juni 2011.

2 Sundhedsstyrelsen, specialevejledning for psykiatri af 15. juni 2011.

Formålet med denne ændring var at skabe en klar og entydig ansvarsfordeling med én indgang for borgeren i kommunen samtidig med, at de sociale opgaver i højere grad løses i nærmiljøet og i tæt samspil med kommunens øvrige tilbud.

Kommunerne fik ansvaret for al rådgivning af borgeren og ansvaret for at træffe afgørelse om og finansiere tilbud og ydelser efter serviceloven f.eks. bostøtte, støttekontaktpersonordning, botilbud og aktivitets- og samværstilbud som f.eks. væresteder. Kommunerne fik tillige tillagt forsyningsansvaret på det socialpsykiatriske område i forhold til borgeren og kan vælge selv at oprette og drive tilbud eller indgå aftaler om brug af andre kommuners tilbud samt regionale eller private tilbud.

I forbindelse med kommunalreformen blev der indført årlige rammeaftaler mellem kommunerne og regionerne, hvor regionerne efter aftale med kommunerne fik pligt til at levere en række sociale tilbud. Kommunerne overtog dog langt de fleste af de socialpsykiatriske tilbud ved kommunalreformen. Kommunerne overtog således pr. 1. januar 2007 80 pct. af de sociale tilbud, der før blev drevet af amterne.

Kommunerne fik endvidere ansvaret for andre opgaver, som eksempelvis misbrugsbehandling, specialundervisning, forsorgshjem og beskæftigelse som er tæt relaterede indsatsområder til socialpsykiatrien.

På misbrugsområdet fik kommunerne med kommunalreformen myndighedsansvaret for alkoholbehandling og for stofmisbrugsbehandling, herunder ansvar for visitation af stofmisbrugere til sundhedsfaglig og socialfaglig behandling. Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på alkohol- og stofmisbrugsområdet. Kommunen har valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser, træffe aftale med region/en anden kommune eller træffe aftale med private udbydere af behandlingstilbud.

Der gennemføres som led i evaluering af kommunalreformen på det sociale område en kortlægning af den specialiserede viden på det sociale område, herunder bl.a. af viden om sociale indsatser for personer med sindslidelser kombineret med misbrug og/eller problemskabende adfærd herunder sindslidende i særforanstaltninger.

På specialundervisningsområdet fik kommunerne ansvaret for at træffe afgørelser om og finansiere den vidtgående specialundervisning, specialpædagogisk bistand til småbørn, og specialundervisningen til voksne.

På specialundervisningsområdet blev der etableret en ordning svarende til socialområdet, idet regionerne dog fik ansvaret for at videreføre og udvikle de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud for børn og voksne.

Efter ændring af folkeskoleloven i 2007 blev kommunerne forpligtede til at sørge for specialundervisning af de elever, der har været henvist til amtskommunernes skole- og undervisningsvæsen. Samtidig overtog kommunerne det fulde finansieringsansvar for udgifterne ved de regionale undervisningstilbud, der bliver drevet i henhold til folkeskoleloven og lov om specialundervisning for voksne.

Der er i alt fem regionale lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud og to landsdelsdækkende undervisningstilbud i Københavns Kommune.

På beskæftigelsesområdet blev der etableret et enstrengt beskæftigelsessystem, hvor kommunerne fik ansvaret for både forsikrede og ikke-forsikrede ledige. Der blev etableret kommunale jobcentre, hvis formål er at hjælpe arbejdsledige borgere til beskæftigelse og selvforsørgelse, herunder støtte til personer med begrænsninger i arbejdsevnen. Der er ikke i beskæftigelseslovgivningen defineret særlige opgaver

i forhold til borgere med psykiatriske problemstillinger, men det er blevet indskærpet i lovgivningen at, at alle ledige og sygedagpengemodtagere skal udarbejde en jobplan i samarbejde med jobcentrene, hvis de vil bevare retten til dagpenge eller kontanthjælp. Det er endvidere en central del af lovgivningen på beskæftigelsesområdet, at den beskæftigelsesrettede indsats altid skal være tilpasset den enkeltes forudsætninger og behov.

BOKS 1

Regionale opgaver efter kommunalreformen relateret til psykiatri

Med kommunalreformen fik regionerne:

- Ansvar for behandlingspsykiatrien dvs. stationær behandling (sygehuse herunder skadestue og psykiatriske sengeafsnit) og ambulante behandling (klinikker, ambulatorier, opsøgende teams, mobil teams, distriktspsykiatri etc).
- Ansvar for praksisområdet dvs. praktiserende læger, speciallæger og psykologer.
- Efter aftale med kommunerne leverandørpligt af tilbud til udsatte grupper og grupper med særlige behov på social- og undervisningsområdet.

BOKS 2

Kommunale opgaver efter kommunalreformen relateret til psykiatri

Med kommunalreformen fik kommunerne:

- Det samlede finansierings-, forsynings- og myndighedsansvar for socialpsykiatrien f.eks. bostøtte, væresteder, bosteder, støttekontaktpersonordning.
- Ansvar for udvalgte opgaver på sundhedsområdet, herunder myndighedsansvar for behandling af alkohol- og stofmisbrug og den borgerrettede forbyggelse og sundhedsfremme og delt ansvar i forhold til den patientrettede forebyggelse.
- Ansvar for specialundervisning til børn og voksne.
- Ansvar for beskæftigelsesindsats for alle arbejdsledige.

Med kommunalreformen blev der indført kommunal medfinansiering af regionernes sundhedsydelser. Sammen med kommunernes nye sundhedsopgaver (forebyggelse, pleje og genoptræning) gav medfinansieringen kommunerne en større rolle på sundhedsområdet. Formålet med og det politiske ønske bag indførelsen af kommunal medfinansiering, var at give kommunerne et incitament til at etablere forebyggende og substituerende tilbud, som kan reducere behovet for især sygehusbehandling.

Det aktivitetsafhængige bidrag afhænger af borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet. Det vil primært afspejle antallet af indlæggelser og ambulante behandling på sygehusene og antallet af ydelser fra praksissektoren.

Regeringen har nedsat et kulegravningsudvalg, der skal analysere strukturerne og incitamenterne i sundhedsvæsenet. Udvalget har bl.a. til opgave at vurdere behovet for at justere incitamentsstrukturen, så den i øget omfang understøtter sammenhængende

og omkostningseffektive patientforløb, herunder via patienters egenbehandling og anvendelse af telemedicinske løsninger. Udvalget afreporterer i foråret 2013.

2.2

Redskaber til koordination og samarbejde indført med kommunalreformen

Med kommunalreformen blev der indført en række samordnings- og koordineringsværktøjer med henblik på at fastlægge arbejdsdelingen mellem de forskellige aktører og sikre en sammenhængende service for borgeren. For at styrke samarbejdet og koordineringen på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet blev det som en del af sundhedsloven fastlagt, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen skal nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg. Det blev samtidig fastlagt, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen i hver valgperiode skal indgå aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet, såkaldte sundhedsaftaler, som skal indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse. På det sociale område blev der indført årlige rammeaftaler mellem kommune og regioner og man etablerede VISO og Tilbudsportalen.

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal desuden årligt indgå en rammeaftale om de regionale undervisningstilbud. Rammeaftalen fastlægger regionsrådets forpligtelse til at stille et antal pladser til rådighed og taksterne for brug af disse pladser. Rammeaftalen skal efter en lovændring i 2012, der forenkler proceduren ved indgåelse af rammeaftaler, indeholde en faglig udviklingsdel og en kapacitets- og økonomistyringsdel.

BOKS 3

Redskaber til koordination og samarbejde indført med kommunalreformen

Med kommunalreformen blev der indført:

- Sundhedskoordinationsudvalg.
- Obligatoriske sundhedsaftaler på 6 obligatoriske områder herunder indsatsen for personer med psykiske sygdomme.
- Rammeaftaler.
- VISO.
- Tilbudsportal.

Udover de samordnings og koordineringsværktøjer, der blev indført i forbindelse med kommunalreformen, findes en række andre redskaber til at sikre sammenhæng i indsatsen for personer med psykiske sygdomme, f.eks. de lovpligtige koordinationsplaner og udskrivningsaftaler.

2.2.1

Sundhedsaftaler for mennesker med sindslidelser

Indsatsen for mennesker med sindslidelser blev defineret som et obligatorisk indsatsområde i sundhedsaftaler med henblik på at sikre sammenhæng i patientens forløb i den regionale psykiatri og socialpsykiatrien.

Sundhedsaftalerne skal sætte den overordnede ramme for indsatsen og sikre effektive og sammenhængende patientforløb for de mennesker med sindslidelser, som både har behov for et psykiatrisk behandlingstilbud (herunder også tilbud fra praksissektoren) og for kommunale tilbud, som kan være sundhedsfaglige, sociale, beskæftigelses- og undervisningsmæssige tilbud, botilbud samt fritidstilbud mv.

For at opfylde formålet skal sundhedsaftalen således medvirke til at sikre klarhed over de enkelte aktørers rolle og opgaver, samt de samarbejdsflader, der findes mellem de regionale aktører i sygehusvæsenet og praksissektoren og de kommunale aktører i de forskellige forvaltningsområder.

Sundhedsloven forpligter dermed regioner og kommuner til at indgå aftaler, som bl.a. beskriver arbejdsdelingen og koordinationen mellem sektorerne, hvordan det sikres at relevant information formidles mellem parterne, og at der ved udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov.

Særligt skal aftalen omfatte børn og unge, samt mennesker med kendt sindslidelse, som tillige har et misbrug (dobbeltdiagnosepatienter).

Krav til sundhedsaftale for indsatsen for mennesker med en sindslidelse

Aftalen skal beskrive følgende:

1. Arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser, herunder på børne- og ungeområdet samt for mennesker med en kendt sindslidelse som tillige har et misbrug (dobbeltdiagnosepatienter).
2. Hvordan parterne sikrer koordinering mellem den sundhedsfaglige indsats og den socialt faglige indsats, herunder fastlægger hvem, der i en given situation er ansvarlig for at tage et initiativ.
3. Hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles til patienten og mellem sygehus, almen praksis og kommunen i forbindelse med indlæggelse og udskrivning fra sygehus, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.
4. Hvordan parterne sikrer, at der i forbindelse med udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov sammen med patienten og relevante aktører, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.
5. Hvordan parterne sikrer, at der foretages en vurdering af behov for indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse, samt at ansvaret for varetagelse af disse behov fastlægges.
6. Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser.
7. Hvordan parterne følger op på aftalen.

2.2.2

Rammeaftaler på det sociale område, VISO og Tilbudsportal

Rammeaftaler

Rammeaftalen var tænkt som et planlægnings- og udviklingsværktøj for de tilbud, som blev varetaget af de tidligere amter, og som regionerne efter kommunalreformen har en forsynings- og udviklingspligt for. Rammeaftalerne skulle således dels sikre planlægning og udvikling af de regionale tilbud, dels regulere forholdet mellem kommunernes efterspørgsel og behov på den ene side og regionernes forsyningspligt over for kommunerne på den anden side.

Reglerne om rammeaftaler blev udformet ud fra den forudsætning, at regionerne overtog en stor del af de tidligere amtslige tilbud og skulle sælge pladser til kommunerne. Udviklingen har dog vist, at kommunerne i langt højere grad end forventet har overtaget tidligere amtslige eller regionale tilbud, og at de også i højere grad end forventet selv har oprettet nye tilbud, som ikke er omfattet af rammeaftalerne.

Allerede få år efter kommunalreformen viste der sig derfor behov for at nytænke rammeaftalerne, så de forholder sig til denne udvikling, og i højere grad bliver et redskab for kommunalbestyrelserne i regionerne på tværs til at styre faglig udvikling, kapacitet og økonomi – herunder takstudvikling.

I foråret 2011 blev der derfor indført nye bestemmelser om rammeaftaler på det sociale område og det almene ældreboligområde. De centrale punkter i de nye bestemmelser, som trådte i kraft medio marts 2011, er:

- At rammeaftalerne forenkles, og at koordineringen flyttes til kommunerne.
- At rammeaftalerne fremover indgås mellem kommunalbestyrelserne i regionen og med regionsrådet, for så vidt angår de regionale tilbud.
- At lovgivningen sætter nogle overordnede rammer for rammeaftalerne, som udfyldes af de deltagende kommunalbestyrelser og regionsråd.
- At rammeaftalerne opdeles i en udviklingsstrategi og en styringsaftale, som skal ses i sammenhæng, men som ligger tidsmæssigt forskudt. Udviklingsdelen skal foreligge senest 1. juni og styringsaftalen senest den 15. oktober.
- At rammeaftalerne styrkes som redskab for kommunerne i rollen som køber af pladser.
- At rammeaftalerne skal bidrage til at skabe beslutningsgrundlag for den enkelte kommunalbestyrelses tilrettelæggelse af det sociale område og det almene ældreboligområde.

Sammenfattende skal den samlede rammeaftale være med til:

- At sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene på tværs af kommunegrænser, så alle kommuner til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer.
- At skabe synlighed og gennemskuelse om kapacitet, behov for pladser samt takst- og udgiftsudvikling.
- At sikre koordinering og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer, så ekspertise og ressourcer på særlige områder anvendes hensigtsmæssigt.

I forbindelse med fastlæggelsen af udviklingsstrategien skal kommunalbestyrelser og regionsråd sikre indbyrdes koordinering regionerne imellem om de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud, dvs. de tilbud, som er omfattet af bestemmelserne om objektiv finansiering. Formålet er at sikre, at der til stadighed er det nødvendige antal pladser på landsplan.

Endelig giver de nye bestemmelser om rammeaftaler mulighed for, at social- og integrationsministeren senest den 1. januar hvert år kan udmelde særlige temaer eller typer af tilbud, som skal behandles i rammeaftalerne.

VISO

Med kommunalreformen fik kommunerne bl.a. ansvaret for al rådgivning af borgerne – både den almindelige og den specialiserede. Som et supplement hertil oprettedes en national videns- og specialrådgivningsorganisation – VISO, jf. lov om social service § 13.

Formålet med VISO er:

- At bevare og udvikle den meget specielle viden og ekspertise.
- At være en stærk støttefunktion for kommunerne i de mest vanskelige enkeltsager.
- At sikre borgeren adgang til den bedste ekspertise, uanset hvor i landet den findes.

VISO rådgiver kommuner, borgere, institutioner og tilbud – når kommunen har behov for supplerende ekspertise, viden og erfaring. VISO's rådgivning er landsdækkende og skal bidrage til, at den specialiserede viden kommer til gavn, hvor behovet er. VISO rådgiver i sager om:

- Udsatte børn, unge og voksne, herunder mennesker med sindslidelser.
- Børn, unge og voksne med handicap.

Pædagogisk pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR) kan desuden indhente vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager fra VISO til brug for sin rådgivning af skoler, forældre m.fl. Tilsvarende kan kommunen få vejledende bistand fra VISO til kommunens udredning i de mest specialiserede og komplicerede enkelt-sager, hvor den fornødne ekspertise ikke kan forventes at være til stede i den enkelte kommune eller i regionens undervisningstilbud.

Tilbudsportal

Tilbudsportalen blev lanceret den 1. januar 2007 i forbindelse med kommunalreformen. Tilbudsportalen rummer viden om leverandører på det specialiserede socialområde og ældreområdet.

Kommunerne må kun benytte tilbud, der er registreret i Tilbudsportalen. Rammerne og reglerne for Tilbudsportalen er beskrevet i Bekendtgørelse om Tilbudsportalen. Her fastslås bl.a. hvilke tilbud, der skal indberettes til Tilbudsportalen, og hvem der har ansvaret for, at indberetningerne er korrekte. Tilbudsportalen indeholder oplysninger om ca. 4.100 tilbud og 7.000 ydelser.

2.2.3

Rammeaftaler på børne- og undervisningsområdet

Regionsrådet har efter folkeskoleloven ansvaret for at tilpasse kapaciteten på og sammensætningen af regionens undervisningstilbud, herunder oprettelse af nye lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud.

Kommunalbestyrelserne i regionen er endvidere forpligtet til at samarbejde om at tilvejebringe de nødvendige tilbud inden for specialundervisningsområdet. Den årlige rammeaftale skal indeholde en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Udviklingsstrategien skal indeholde en række elementer som ønske- og løsningsmuligheder i forhold til den faglige udvikling af undervisningstilbuddene, mulighederne for en fleksibel anvendelse af tilbuddene og et skøn over behovet for udvikling af nye tilbud.

3

Problemidentifikation

Kommunalreformen medførte nye opgaver til kommunerne som fik det samlede myndighedsansvar for socialpsykiatrien og overtog ansvaret for misbrugsbehandlingen, beskæftigelsesindsatsen og specialundervisningen. Formålet med at samle opgaverne i kommunerne var bl.a. at sikre én indgang for borgeren, en indsats i borgerens lokalmiljø og at give bedre mulighed for at velfærdsydelser på tværs af lovgivninger produceres og leveres til borgerne i sammenhæng.

Nedenfor er skitseret de forskellige aktører, som kan indgå i tværgående forløb for mennesker med psykiske sygdomme og de forskellige aktørers ansvarsområder. Som det ses, kan der være mange aktører og instanser involveret i borgerens/ patientens forløb. Der kan overordnet skelnes mellem den regionale psykiatri, praksissektoren og kommunen. Den regionale psykiatri består af sygehuse herunder skadestue og psykiatriske sengeafsnit samt ambulante behandlingstilbud i form af klinikker, ambulatorier, opsøgende teams, mobil teams, distriktspsykiatri etc.

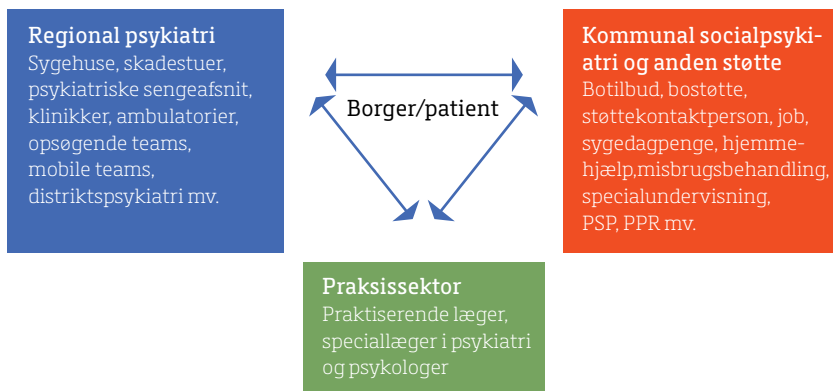
I kommunerne er socialpsykiatrien, jobcentrene, børne- og ungeområdet, misbrugsområdet mv. vigtige områder i relation til borgere med psykiske lidelser. Almen praksis er som borgerens indgang til sundhedsvæsenet en væsentlig aktør og er i berøring med mange patienter med psykisk sygdom og varetager behandlingen af især de ikke-psykotiske lidelser og vil ofte fungere som gatekeeper til den regionale psykiatri herunder den øvrige praksissektor f.eks. speciallæger eller psykologer.

Borgeren med psykiske problemstillinger kan derfor være i kontakt med op til flere aktører i den regionale psykiatri og i kommunen og samtidig være i kontakt med sin praktiserende læge. For retspsykiatriske patienter kan Kriminalforsorgen endvidere være en aktør, som er i kontakt med borgeren.

Det stiller store krav til samarbejde og koordinering af indsatsen på tværs af sektorer, men også inden for de enkelte sektorer at få tilrettelagt en sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Derfor blev der jf. afsnit 2.2 indført redskaber med henblik på at sikre koordinationen af indsatsen på tværs af myndigheder gennem et formaliseret aftalesystem, sundhedsaftalerne.

FIGUR 1

Aktører i forløb for mennesker med psykiske sygdomme



I det følgende beskrives de områder, som arbejdsgruppen vurderer fortsat giver anledning til problematikker vedrørende snitflader, sammenhæng og kvalitet på trods af reformens intention om en sammenhængende indsats. I den forbindelse finder arbejdsgruppen det vigtigt at påpege, at den generelle udvikling inden for psykiatrien udgør en væsentlig faktor og rammebetingelse, som efter kommunalreformen har øget behovet for samarbejdet væsentligt. Denne udvikling skitseres i det følgende, ligesom der redegøres for erfaringerne med brugen af sundhedsaftaler.

3.1

Den generelle udvikling

Der er over en længere årrække sket et skift i behandlingsparadigmet for psykiatriske patienter. Psykiatrien er gået fra et behandlingsregime baseret på langvarige indlæggelser til kortere intensive indlæggelser med opfølgning i ambulant regi. Det betyder, at mange af patienterne ved udskrivning ofte ikke er færdige med behandling, men typisk fortsat skal have behandling – ambulant, i distriktpsychiatrien eller hos egen læge evt. i kombination med en kommunal indsats. Dette øger behovet for samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Også inden for socialpsykiatrien har man set et paradigmeskift med fokus på den recoveryorienterede tilgang. Psykiske lidelser betragtes som en midlertidig situation frem for en kronisk tilstand. I de situationer hvor borgeren har brug for en længerevarende indsats, er det muligt at støtte borgeren i at mestre sin psykiske lidelse. En central del af den recoveryorienterede tilgang er, at den sociale indsats sker i borgerens eget nærmiljø, typisk i egen bolig og inddragelse af borgerens netværk i støtten. Dette bidrager til at øge behovet for samarbejde og koordinering af indsatsen internt i kommunen.

Tabel 1 viser udviklingen i antallet af senge i almenpsykiatrien i perioden 2002-2011. Det ses af tabellen, at udviklingen i antallet af senge i perioden har været forskellig for børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Mens antallet af senge er steget med godt 5 pct. i børne- og ungdomspsykiatrien, er antallet af senge faldet med godt

23 pct. i voksenpsykiatrien i perioden 2002-2011. Samlet set har der været et fald i antal senge på 22 pct.

Fra centralt hold er der med de senere års satspuljeaftaler afsat ekstra midler til udvidelse af kapaciteten i psykiatrien, herunder sengekapacitet. Senest blev der med satspuljeaftalen for 2012-2015 afsat 140 mio. kr. ekstra over fire år til etablering af nye sengepladser i almen psykiatri. Efter 2015 vil midlerne blive tilført regionerne som en permanent bevilling.

TABEL 1

Antal normerede senge i almenpsykiatrien pr. 31. december 2011, 2002-2011

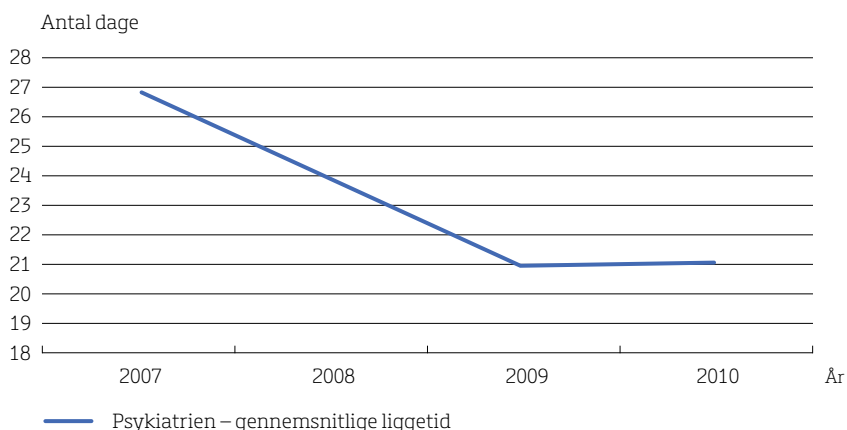
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	Udvikling 2002-2011 i pct.
Børne- og ungdomspsykiatrien	221	238	226	227	219	208	201	203	203	233*	5,4
Voksenpsykiatrien	3.690	3.550	3.368	3.246	3.129	3.089	3.011	2.981	2.961	2.814*	-23,7
I alt	3.911	3.788	3.594	3.473	3.348	3.297	3.212	3.184	3.164	3.047*	-22,1

Kilde: Statens Serum Institut, Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning.

* Tallene for 2011 er foreløbige.

FIGUR 2

Udviklingen i den gennemsnitlige liggetid i psykiatrien



Kilde: KL problemidentifikationspapir.

Kilde: Baseret på DRG-data – esundhed.

I takt med at den stationære kapacitet er reduceret, er der sket en udbygning af den ambulante aktivitet. Udbygningen har medført en vækst i antallet af patienter, der tilbydes psykiatrisk behandling såvel som en stigning i antallet af ambulante ydelser.

Således er antallet af ambulante ydelser vokset med 15 pct. i voksenpsykiatrien og med mere end 30 pct. i børne- og ungdomspsykiatrien og i perioden 2007-2011.

TABEL 2

Ambulante besøg i voksenpsykiatrien

2007	2008	2009	2010	2011
732.950	718.694	744.448	808.756	842.711

Kilde: Danske Regioners nøgletal. Fra 2010 Landspatientregistret.
 Anm.: Voksenpsykiatrien er defineret som patienter i alderen fra 18 år og opefter.

TABEL 3

Ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatrien

2007	2008	2009	2010	2011
95.703	98.686	102.436	113.765	125.400

Kilde: Danske Regioners nøgletal. Fra 2010 Landspatientregistret.
 Anm.: Børne- og ungdomspsykiatrien er defineret som patienter i alderen til og med 17 år.
 Anm.: Ambulante besøg inkluderer ambulante besøg og (ude besøg).

Udviklingen i antallet af sociale tilbud til sindslidende kan aflæses i tabel 4. Heraf fremgår bl.a., at antallet af sindslidende, som modtager bostøtte i eget hjem efter servicelovens § 85 er steget med 93 pct. fra 2007 til 2011. Det ses desuden af tabellen, at antallet af sindslidende, som bor i botilbud efter servicelovens §§ 107-108 har fundet et nyt og højere niveau efter kommunalreformen. Samlet set er aktivitetsniveauet i socialpsykiatrien, forstået som indsatser til sindslidende efter serviceloven, steget efter kommunalreformen.

TABEL 4

Udvikling i antal sociale tilbud til sindslidende

Tilbud	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Antal beboere i botilbud efter §§ 107-108 (belægning)¹	3.481	3.646	3.629	3.606	3.636	–	–	4.886 ²	5.512	4.960
Antal personer, som modtager støtte efter § 85 (socialpædagogisk støtte)³	3.799	4.230	5.137	5.399	5.790	7.614	9.719	11.934	13.501	14.732

Tilbud	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Antal personer, som modtager tilbud efter servicelovens § 102 (tilbud af behandlingsmæssig karakter)	217	169	29	101	78	100	23	66	64	59
Antal personer med en støtte-/kontakt-personordning (SEL § 99)	4.915	5.095	5.055	5.331	5.645	4.213 ⁴	4.798	5.221	5.638	5.043
Antal sindslidende i aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	7.942	7.435	7.454	6.953	7.090	7.048	7.065	7.672	9.375	8.077
Antal sindslidende i beskyttet beskæftigelse (§ 103)	1.286	1.419	1.551	1.678	1.780	1.557	1.208	1.727	1.649	2.180

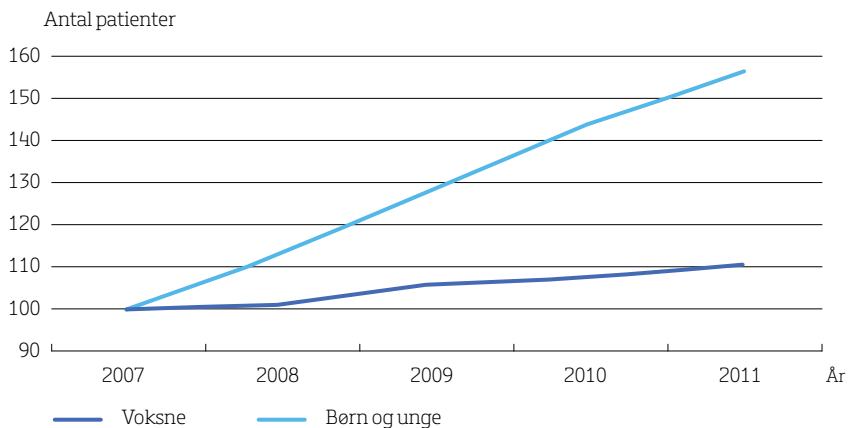
1 Tallet omfatter sindslidende og personer med sociale problemer.

2 Tallet for 2009 er ikke direkte sammenligneligt med tidligere år pga. manglende indberetning.

3 Tallene er usikre, da der ikke er ensartet registreringspraksis. Der skal især tages forbehold ved sammenligning før og efter kommunalreformen.

4 Fra 2007 og frem omfatter ordningen også hjemløse, stof- og alkoholmisbrugere.

Samtidigt med udviklingen i behandlings- og socialpsykiatrien er der inden for de sidste ti år sket en stigning antallet af diagnosticerede patienter med psykisk sygdom. Inden for børne- og ungdomspsykiatrien er der sket en mærkbar stigning. Her ses f.eks. en markant stigning i antallet af børn, der bliver behandlet for opmærksomhedsforstyrrelser herunder primært ADHD. Der ses også en stigning i antallet af mennesker med ikke-psykotiske sygdomme som angst, depression og nervøse stresstilstande. Tilstande som bl.a. kan være årsag til højt sygefravær og førtidspension. Denne udvikling er med til at øge efterspørgslen efter ydelser i kommuner, praksissektoren og psykiatrien.

FIGUR 3**Udviklingen i antallet af patienter i den samlede psykiatri, indeks (2007=100)**

Kilde: Landspatientregistret

Anm.: Voksenpsykiatrien er defineret som patienter i alderen fra 18 år og opefter.

Anm: Patienter i børne- og ungdomspsykiatrien defineres som patienter i aldersgruppen 0 til og med 17 år.

Også inden for retspsykiatrien ses et øget antal patienter. Antallet af retspsykiatriske patienter er 4-doblet på 20 år. En tværsnitsundersøgelse fra 2003 opgjorde antallet af retspsykiatriske patienter til 1.527. En ny tværsnitsundersøgelse for november 2010 viste, at antallet af retspsykiatriske patienter er stedet til 2.638 patienter³.

Kommunerne har også oplevet aktivitets- og udgiftsstigninger på specialundervisningsområdet både før og efter kommunalreformen. En analyse af folkeskolens specialundervisning fra 2010 viste, at ca. 84.000 elever modtog specialundervisning i skoleåret 2008/2009. Heraf modtog ca. 33.000 elever specialundervisning i specialskoler og specialklasser, svarende til 5,6 pct. af folkeskolens elever. Udgifterne til specialundervisning udgjorde ca. 30 pct. af folkeskolens samlede udgifter.

3 Danske Regioner (2011): *Retspsykiatri – Kvalitet og sikkerhed*.

Den generelle udvikling inden for psykiatrien

Den generelle udvikling inden for psykiatrien:

- Fra stationær behandling til ambulante behandling.
- Fra længerevarende indlæggelser til korte intensive forløb med opfølgning i ambulante regi.
- Mere fokus på rehabilitering og recovery og borgerens/patientens egen mestring.
- Fokus på, at borgeren får indsatsen i eget nærmiljø, typisk egen bolig.
- Flere diagnosticerede med en psykisk sygdom særligt børn og unge og personer med ikke-psykotiske lidelser og flere retspsykiatriske patienter.
- Indførelse af udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatri og udvidet behandlingsret i voksenpsykiatrien i 2008-2010.
- Flere elever modtager specialundervisning.

I analysen af snitfladeproblematikker spiller den generelle udvikling inden for psykiatrien således i høj grad en rolle i forhold til opgaveudviklingen på psykiatriområdet og snitfladeproblematikker må også ses i det lys og ikke kun relateret til den opgavefordeling, som blev fastlagt med kommunalreformen.

3.1.1

Erfaringerne med brug af sundhedsaftalerne på det psykiatriske område

Første generation af sundhedsaftaler blev godkendt af Sundhedsstyrelsen i 2008. I marts 2011 godkendte Sundhedsstyrelsen anden generation af sundhedsaftalerne for 2011-2014.

Sundhedsaftalen er både en politisk aftale, som beskriver rammerne og målsætningerne for samarbejdet mellem parterne på en række indsatsområder inden for sundhedsområdet, samt en administrativ aftale, som fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

Alle regioner har indgået sundhedsaftaler med kommunerne om indsatsen for mennesker med psykiske sygdomme. Samtlige aftaler har særskilt beskrevet arbejdsdelingen i forhold til indsatsen for børn, dobbelt diagnosticerede og børn til psykisk syge forældre. Nogle regioner har valgt at gøre det i en særskilt samarbejdsaftale, hvor andre har beskrevet indsatsområdet i en generel samarbejdsaftale for børn og unge og voksne. Nogle regioner har yderligere valgt, at udarbejde særskilte samarbejdsaftaler for flere målgrupper f.eks. demens og udviklingshæmmede med psykisk sygdomme (oligofreni).

De fleste regioner har desuden til grundaftalen udarbejdet en mere detaljeret samarbejdsaftale for børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, der konkretiserer snitflader og aftaler om samarbejde.

Samtlige aftaler indeholder fokus for fremadrettede udviklingsområder. Fælles kompetenceudvikling mellem sektorer er et fokusområde i alle aftaler og fremadrettet brug af elektronisk kommunikation.

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2010-2011 en evaluering af første generation og anden generation af sundhedsaftalerne med henblik på at fastslå sundhedsaftalernes virkning i praksis⁴. Sundhedsstyrelsen finder i forhold til sundhedsaftalerne relateret til indsatsen for sindslidende, at koordinering mellem den sundhedsfaglige og den sociale indsats – og mellem den regionale og den kommunale indsats – generelt er i højsædet i aftalerne. Koordinering søges generelt beskrevet gennem opstilling af kriterier og tjeklister med minimumskrav i forhold til optimale patientforløb. Der ses kriterier til brug henholdsvis før, under og efter indlæggelser, ligesom der beskrives initiativpligt og ansvarsfordeling til at sikre hensigtsmæssige forløb. I de fleste aftaler har den instans, som har den aktuelle kontakt til patienten, også forpligtelsen til at orientere, inddrage og samarbejde med andre aktører i forløbene.

Koordinering i de enkelte forløb sker endvidere ved udpegning af sagsledere (kontaktperson- eller koordinatorfunktioner) samt gennem sikring af højt informationsniveau for aktørerne. Aftalerne har i forhold til indlæggelser og udskrivninger en gennemgående koordinationssikring hovedsagelig via forskellige kontaktpersonordninger kombineret med beskrevne varslingsperioder og behandlingsplaner.

Flere af regionerne har desuden udarbejdet forløbsbeskrivelser for mennesker med sindslidelser til at beskrive arbejdsdeling og koordinering mellem sygehusene, kommunerne og de praktiserende læger.

Der er i alle aftaler angivet ansvaret for at vurdere og sikre, at der tages hånd om børn og unge, som er pårørende til psykisk syge. Generelt lægges der vægt på, at informationspligt og samarbejde skal i højsædet.

Samtlige aftaler har derudover sat fokus på, at behovet hos børn og unge med psykiske lidelser skal tilgodeses, og alle relevante samarbejdspartnere forpligtes til at orientere hinanden, så børn og unge samles op og evt. henvises til relevante samarbejdspartnere i behandlingssystemet eller i kommunen.

Dobbelt diagnosepatienter, hvor psykisk syge har et samtidigt misbrug, er ofte sete patienter, og generelt er der beskrevet et organisatorisk ansvar for, at dobbelt diagnosepatienter ikke tabes i behandlingssystemerne.

Almen praksis og også praktiserende speciallæger i psykiatri indgår kun i begrænset omfang som aktører i sundhedsaftalerne. Der er erfaring for, at nogle mennesker med psykiske lidelser ikke får (eller henvises til) den optimale udredning og behandling, og i en del tilfælde angiver såvel psykiatriske afdelinger som kommunale tilbud, at almen praksis kunne være den rette behandler.

4 Sundhedsstyrelsen (2011): *Evaluering af sundhedsaftalerne*.

Fælles for sundhedsaftalerne

Fælles for sundhedsaftalerne for indsatsen for mennesker med sindslidelse:

- Beskrivelse af arbejdsdeling under hele patientforløbet: før/under/udskrivning. Aftaler om det gode henvisningsforløb og udskrivningsforløb f.eks. tjeklister.
- Aftaler om information og initiativpligt.
- Aftaler om kontaktpersoner, koordinationsplaner, varsling og udskrivningskonferencer, definition af "færdigbehandlet patient".
- Særskilte beskrivelser af indsatsen for børn, dobbelt diagnosticerede og børn til psykisk syge forældre.
- Aftaler om fremadrettet brug af elektronisk kommunikation.
- Aftaler om udviklingsområder og projekter (her er forskel i initiativerne).
- Almen praksis indgår kun i begrænset omfang som aktør i sundhedsaftalerne.

Sundhedsstyrelsen konkluderer i sin evaluering af sundhedsaftalerne i forhold til indsatsen for sindslidende, at der i de kommende sundhedsaftaler bør være fokus på samarbejdet mellem kommunen og praksissektoren – evt. i shared care med de psykiatriske afdelinger.

Hovedindhold og fokusområde i regionernes sundhedsaftaler

Region	Indhold/fokusområder fremadrettet
Hovedstaden	<p>Består af grundaftale og en samarbejdsaftale for børne- og ungdomspsykiatri og en samarbejdsarbejdsaftale for voksenområdet. Beskrevet særskilt aftale om indsats for dobbeltdiagnosticerede, børn anbragt på sociale institutioner, børn til psykisk syg forælder og spiseforstyrrelser.</p> <p>Fokusområder/udvikling: udvikle samarbejde i ambulante forløb mellem psykiatriske centre og kommuner, det gode indlæggelses- og udskrivningsforløb, rehabilitering, medicinering, særligt udsatte grupper, beskæftigelsesindsats, tidlig opsporing, fælles videns- og kompetencedeling, fysisk sundhed, elektronisk kommunikation.</p>
Sjælland	<p>Består af en grundaftale og en værktøjskasse for samarbejde. Beskrevet særskilt aftale om indsats for dobbeltdiagnosticerede og børn til psykisk syg forælder.</p> <p>Fokusområder/udvikling: rehabilitering, tidlig udredning af børn, elektronisk kommunikation. Udviklingsprojekter om kompetenceudvikling, kronikerprojekt, PSP samarbejde, dobbeltdiagnosticerede og medicin.</p>
Syddanmark	<p>Består af grundaftale og samarbejdsaftale for børne- og ungdomspsykiatri og voksen-psykiatri herunder særskilte samarbejdsaftaler for specifikke målgrupper herunder dobbeltdiagnosticerede, børn og ungeområdet samt for patienter med demens.</p> <p>Fokusområder/udvikling: forebyggelse af u hensigtsmæssige genindlæggelser/ udvikling af brug af elektronisk kommunikation og brug af velfærdsteknologi.</p> <p>Fremadrettet samarbejdsaftaler for traumatiserede flygtninge, retspsykiatriske patienter og patienter med oligofreni. Aftale om at udvikle forløbsprogram for depression, kortlægge omfang af samtidig somatisk sygdom hos mennesker med psykisk sygdom, strategi for behandling af livsstilssygdomme.</p>
Midtjylland	<p>Består af en politisk og generel administrativ sundhedsaftale. Beskrevet særskilt aftale for dobbeltdiagnosticerede, børn til psykisk syg forælder, traumatiserede flygtninge, retspsykiatriske patienter, spiseforstyrrelser.</p> <p>Fokusområder/udvikling: kvalificere henvisningsforløb, genindlæggelser, øget patient-tilfredshed, flere psykisk syge i primær sektor, sammenhæng mellem regionspsykiatri og beskæftigelsesindsats.</p> <p>Fremadrettet samarbejdsaftaler med kommuner om oligofreni patienter og patienter med demens.</p>
Nordjylland	<p>Består af grundaftale og særskilte samarbejdsaftaler for voksenpsykiatriske patienter, retspsykiatriske patienter, børn og unge med sindslidelse, dobbeltdiagnosticerede, gerontopsykiatriske patienter, børn af psykisk syge forælder, og patienter med kronisk psykisk lidelse.</p> <p>Fokusområder/udvikling: fælles uddannelses og kompetenceaktiviteter på tværs af sektorer, fokus på udskrivnings- og koordinationsplaner mellem sektorer, valificering af henvisninger, udviklingsarbejde i forhold til dobbeltdiagnosticerede.</p>

3.1.2

Erfaringerne med brug af rammeaftalerne

Der er ikke lavet en central erfaringsopsamling vedrørende rammeaftalerne på det sociale område efter ændringerne, som blev indført i 2011. De første tilbagemeldinger fra kommunerne tyder på, at ændringerne har medført et kvalitativt løft i rammeaftalerne, hvor kommunerne føler et større ejerskab i forhold til indhold og udmøntning af aftalerne.

Der foreligger ikke undersøgelser eller lignende om erfaringerne med rammeaftalerne på børne- og undervisningsområdet.

3.1.3

Patienters oplevelser

De landsdækkende tilfredshedsundersøgelser i psykiatrien udarbejdet af Danske Regioner indikerer, særligt i børne- og ungdomspsykiatri, at patienterne oplever mangel på sammenhæng mellem den regionale psykiatri og kommunale psykosociale indsatser.

I den landsækkende undersøgelse for patientoplevelser for den ambulante børne- og ungdomspsykiatri fra 2011⁵ fremgår det, at kun 59 pct. af forældrene er tilfredse med samarbejdet mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatri. I patientundersøgelsen for børne- og ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit er forældretilfredsheden 57 pct.

I den landsækkende undersøgelse for patientoplevelser i distriktspsykiatrien fra 2010⁶, svarer 79 pct. af patienterne, at der er samarbejde mellem de forskellige steder, patienten er i kontakt med om sin sygdom. 50 pct. af patienterne, at de i høj grad er tilfreds med samarbejdet mellem de forskellige steder og 41 pct. svarer i nogen grad.

I den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse for indlagte patienter fra 2009⁷, svarer 73 pct. af patienterne, at der er lavet aftaler om forløbet efter udskrivning. 81 pct. svarer, at der er samarbejde mellem de steder, som patienten er i kontakt med om sygdommen. 46 pct. af patienterne, at de i høj grad er tilfreds med samarbejdet mellem de forskellige steder og 44. pct. svarer i nogen grad.

En analyse af bostøtte efter servicelovens § 85 til mennesker med sindslidelser, som SFI har udgivet i 2012, viser, at 97 pct. af brugerne var tilfredse med støtten til at håndtere psykiske problemer, 98 pct. var tilfredse med støtten til at holde kontakt med offentlige myndigheder og 97 pct. var tilfredse med støtten til at holde kontakt med praktiserende læge og behandlingspsykiatri⁸.

3.1.4

Erfaringer i det udførende niveau

Dansk Sundhedsinstitut har i juni 2012 offentliggjort en midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland. På det somatiske området konkluderes bl.a., at sundhedsaftalerne er en succes, og at der i udviklingen fra første til anden generation

5 Patienterne og deres forældre har ordet – undersøgelse på børne- og ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit 2010-2011.

6 Patienterne og pårørende har ordet – undersøgelse i distriktspsykiatrien Danmark 2010.

7 Patienterne og de pårørende har ordet – undersøgelse på de psykiatriske sengeafsnit 2009.

8 Et liv i egen bolig – Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2012.

er sket væsentlige forbedringer, der understøtter fleksibelt samarbejde og kortere indlæggelser til gavn for patienterne. På det psykiatriske område konkluderes, at det udførende niveau i mindre grad har taget sundhedsaftalerne til sig. Nogle af de adspurgte i undersøgelsen peger på, at sundhedsaftalerne her først tages i brug, hvor der opstår behov for problemløsning.

COWI offentliggjorde i 2010 rapporten "Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner"⁹. Af rapporten fremgår, at COWIs interview med medarbejdere fra syv kommuner bl.a. viser, at den interne organisering i sektorer i kommunerne med en opdeling i faglige 'søjler', manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af 'søjlerne' i kommunen og undertiden den geografiske afstand mellem enhederne i kommunen udgør en barriere for effektiv koordination af indsatsen. Herudover peges på vidensmæssige barrierer i form af manglende indsigt i øvrige aktørers opgaver, kompetencer og udfordringer, utilstrækkelig fælles sprog og for lille gensidig forståelse af hinandens rammebetingelser, begrænset adgang til et fælles elektronisk system samt begrænset adgang til sundhedsfaglig viden.

Blandt barrierer i forhold til samarbejdet med det regionale niveau peges på begrænset inddragelse af praktiserende læge, indirekte og usystematisk dialog med læger, speciallæger og sygehuse, manglende sammenhæng mellem speciallægeerklæringer og manglende fælles elektronisk kommunikationssystem samt for lille gensidig viden om hinanden.

3.2

Problembeskrivelse

I det følgende beskrives de specifikke målgrupper og fokusområder, hvor arbejdsgruppen finder, at der fortsat eksisterer snitfladeproblematikker:

1. Sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatrien.
2. Børn og unge – samarbejde mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatri.
3. Samarbejde om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom og misbrug (dobbeltdiagnosticerede).
4. Samarbejde om sygemeldte med psykisk sygdom.

3.2.1

Snitfladeproblematikker mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatrien

Overordnet beskrivelse af problemet:

Patienter med psykisk sygdom, der behandles i den regionale psykiatri kan have brug for sociale indsatser og andre støtteforanstaltninger fra kommunen. Det kan være før, under og efter indlæggelse.

9 COWI (2010): *Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner.*

Mennesker med komplekse psykiatriske lidelser og komplekse sociale problemer vil ofte have behov for et støttetilbud i kommunen f.eks. bostøtte eller opsøgende hjælp. Retspsykiatriske patienter er en gruppe som ofte har komplekse problemstillinger udover deres psykiske sygdom. Det drejer sig typisk om ustabile sociale og økonomiske forhold, samt misbrugsproblemer, hvor der er behov for et tæt samarbejde mellem den regionale psykiatri, kommunen og evt. kriminalforsorg.

Derudover er mennesker med psykiatrisk lidelse samtidigt med et misbrug en gruppe, der ofte har behov for sammenhængende og koordinerede indsatser fra den regionale psykiatri og socialpsykiatrien. Problemstillingen udfoldes nærmere i afsnit 3.2.2.

Samarbejdet mellem den regionale psykiatri dvs. de stationære og ambulante behandlingstilbud og den kommunale socialpsykiatri fungerer ikke altid tilfredsstillende og patienter oplever, at forløbene ikke altid er koordineret. Manglende sammenhæng i indsatserne kan resultere i forværring af sygdommen, funktionstab og i uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser.

Hvor i patientforløbet?

Før, under og efter behandling. Det kan være i forbindelse med, at borgere udskrives fra psykiatrisk afdeling og skal visiteres til kommunal opfølgning f.eks. bostøtte.

Snitfladeproblematikken kan også ses forhold til borgere, der modtager et socialpsykiatrisk tilbud f.eks. et botilbud og hvor der ikke er koordinering mellem de socialpsykiatriske indsatser og den ambulante behandlingsindsats.

Objekt: hvem oplever problemet?

Borgeren/patienten og pårørende oplever problemet gennem et usammenhængende forløb, med brud i behandlingen og involvering af mange forskellige aktører. Særligt borgere med komplekse psykiatriske lidelser og komplekse sociale problemer oplever problemet.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) gennemførte i 2010/2011 en interviewundersøgelse med læger sygeplejersker i både stationært og ambulante regi, ledere fra den kommunale socialpsykiatri og ledere af kommunale jobcentre vedrørende opgaveudviklingen på psykiatriområdet og oplevede udfordringer¹⁰. Undersøgelsen viste, at kommuner oplever, at borgere med svære problemstillinger udskrives på et tidspunkt, hvor patienten fortsat kan have behov for behandling under indlæggelse. Kommuner oplever endvidere, at den regionale psykiatri ikke varsler i tilstrækkelig omfang ved udskrivning af patienten samt tilfælde, hvor borgeren ikke ønsker at modtage den tilbudte socialpsykiatriske indsats, og derfor ikke ønsker at blive udskrevet fra hospitalet. Kommuner oplever tillige, at flere borgere skal have hjælp til den medicinske behandling efter udskrivning.

DSIs undersøgelse viste desuden, at den regionale psykiatri oplever, at patienter, hvor behandling under indlæggelse ikke længere er nødvendig, ikke kan udskrives, fordi kommunerne på udskrivningstidspunktet ikke har et socialpsykiatrisk tilbud parat. Den regionale psykiatri peger desuden på behovet for den nødvendige psykiatrifaglige viden og kompetence i kommunernes socialpsykiatriske indsats.

¹⁰ DSI (2011): *Opgaveudvikling på psykiatriområdet*.

Væsentlighedskriterium: hvad er omfanget af problemet?

Som det fremgår af afsnit 3.1.4 indikerer de landsdækkende tilfredshedsundersøgelser i psykiatrien udarbejdet af Danske Regioner særligt i børne- og ungdomspsykiatri, at patienterne oplever mangel på sammenhæng mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatri.

Patienter med skizofreni er en patientgruppe, der ofte har behov for indsatser i socialpsykiatrien. I det nationale indikatorprojekt for skizofreni¹¹ har man undersøgt, om patienter med skizofrene udredes for sociale støttebehov ved socialrådgiver.

Årsgørelsen fra 2012 for indikatorprojektet for skizofreni viser, at andelen af nydiagnosticerede patienter, som udredes for sociale støttebehov ved socialrådgiver (standard mindst 80 pct.) var 81 pct. i 2011 og dermed faldet en smule i forhold til 2010 og 2009, hvor andelen var henholdsvis 86 pct. og 85 pct.

Den Nationale skizofreni database for børn indeholder også en indikator for andelen af patienter med GAPD score ≥ 5 ved udskrivelse, som udskrives med botilbud eller social støtteforanstaltning i bolig (GADP er en skala for patientens funktionsniveau). Andelen lå i 2011 på 89 pct., hvor den i 2009 og 2010 lå på henholdsvis 96 og 93 pct. Det fremgår af den seneste årsrapport, at indikatoren knap er opfyldt på landsplan og i alle fem regioner. Der er nogen interregional variation, og en vigende tendens i standardopfyldelsen i tre regioner og på landsplan. Der skal være et helt nødvendigt fokus på at sikre, at de dårligst fungerende patienter udskrives til institution eller sikres støtte i boligen efter udskrivelse.

Med henblik på at sikre sammenhængende forløb for særligt udsatte patienter med sindslidende blev det i 1998 i psykiatriloven indført regler om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er et opfølgingsredskab til brug for de patienter, som efter udskrivning ikke selv søger den behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred.

For disse patienter har overlægen pligt til at sikre, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de sociale myndigheder og andre relevante myndigheder. Vil patienten ikke medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, skal overlægen sikre, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, praktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Regionerne er adskillige gange blevet indskærpet pligten til at anvende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, og der ses også en stigning i anvendelsen særligt fra 2009 og 2011 fra 267 til 661. Flere regioner har i 2011 haft anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som et særligt fokusområde herunder i sundhedsaftalerne, hvorfor der forventes en yderligere stigning i brugen heraf fremover.

11 Den nationale skizofreni database (2012): *Skizofreni voksne – national årsrapport 2012*.

TABEL 5

Antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indberettet til Sundhedsstyrelsen

	Udskrivningsaftaler	Koordinationsplaner	I alt
1999	uoplyst	uoplyst	251
2000	142	51	193
2001	90	45	135
2002	86	42	128
2003	54	35	89
2004	101	57	158
2005	127	52	179
2006	100	29	129
2007*	158	49	207
2008	180	64	244
2009	204	63	267
2010	386	152	538
2011	456	205	661

Antallet af indberettede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på de psykiatriske afdelinger.

* Elektronisk indberetning fra 2007.

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2011 en analyse af brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Sundhedsstyrelsen foretog en audit på 10 patientforløb i hver region, hvor patienten gentagne gange var blevet tvangsindlagt, men ikke havde fået udarbejdet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan¹². Sundhedsstyrelsen fandt frem til, at der i 65 pct. af tilfældene ikke var blevet udarbejdet udskrivningsplan eller koordinationsplan, da man i forvejen havde et godt og formaliseret samarbejde mellem sygehuset og socialpsykiatrien f.eks. botilbud. I ca. 33 pct. af de undersøgte patientforløb blev det umiddelbart vurderet, at der havde været behov for at indgå en udskrivningsaftale eller koordinationsplan i forløbet. I disse forløb finder Sundhedsstyrelsens at overlægerne burde have iværksat arbejde med indgåelse af en udskrivningsaftale eller koordinationsplan. Sundhedsstyrelsen anbefalede på baggrund af undersøgelsen, at de psykiatriske afdelinger udarbejder instrukser, der beskriver i hvilke tilfælde overlægen skal indgå udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner.

Som det fremgår af afsnit 3.1. er antallet af retspsykiatriske patienter steget de seneste 10 år. Sundhedsstyrelsen udgav i 2011 undersøgelsen "Psykisk syge kriminelles forløb 2005-2009"¹³. I undersøgelsen har Sundhedsstyrelsen i perioden 2005-2009 gennemgået 50 behandlingsforløb. Sundhedsstyrelsen konkluderer i undersøgelsen bl.a., at opgaven med opfølgning af alvorligt psykisk syge patienter er forbundet med en række vanskeligheder. Der er flere årsager hertil. En del patienter med alvorlig psykisk sygdom har ringe erkendelse af deres sygdom, hvilket kan føre til, at de ikke ønsker kontakt med behandlingssystemet eller de sociale myndigheder. En del af patienterne vil, som led i deres sygdom, isolere sig fra omverdenen og afvise forsøg på kontakt og støtte.

12 Sundhedsstyrelsen (2011): *Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien*.

13 Sundhedsstyrelsen (2011): *Psykisk syge kriminelles forløb 2005-2009*.

I mange situationer er der ikke lovmæssigt grundlag for tiltag, hvis patienten modsætter sig hjælp i form af støtte eller behandling. I mange af de undersøgte sager blev der vurderet at mangle opfølgning, som i et vist omfang var forårsaget af utilstrækkelig koordination mellem de involverede instanser. Dette skyldtes både manglende kendskab til andre myndigheders handlemuligheder, forskellige behandlerkulturer, manglende kendskab til den enkelte patients samlede situation samt manglende generel viden om psykiske sygdomme. Desuden var der en vis usikkerhed blandt de involverede instanser om, hvilke oplysninger der må videregives til andre og i hvilke situationer, da videregivelsen kan ske efter flere forskellige regelsæt afhængig af konteksten: retssikkerhedsloven, sundhedsloven, psykiatriloven og persondataloven. Desuden kan personalet i visse situationer være usikre over for, om relevante tiltag over for en patient kan blive betragtet som en tilsidesættelse af patientens selvbestemmelsesret.

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bør kommunerne og regionerne være opmærksomme på de i beretningen nævnte problemer med tilbud til psykisk syge patienter. Kommunerne skal særligt være opmærksomme på, at der bør ske en tilbagemelding til behandlingspsykiatrien, hvis patientens tilstand forværres, eller patienten ikke følger den planlagte behandling, således at der kan ske en ny vurdering med planlægning af en alternativ indsats. Sundhedsstyrelsen vurderer også, at det vil være af stor betydning for behandlingskontinuiteten, at ansvaret for patientens videre behandling afklares, f.eks. ved udskrivning. Regionerne bør derfor særligt have fokus på opfølgning af udskrevne patienter.

Konsekvenser: hvordan opleves problemet og hvad er konsekvenserne?

Konsekvensen af manglende samarbejde og koordination kan være u hensigtsmæssige forløb med hyppige behandlingsbrud, sygdomsforværring, u hensigtsmæssige (gen) indlæggelser og ressourcespild.

Nedenfor fremgår andelen af genindlæggelser af de samlede indlæggelser i 2010. Tabellen viser, at ca. 20 pct. af alle patienter i blev genindlagt inden for 30 dage. Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland viser, at genindlæggelser i somatikken er uændret, mens der ses en svag stigning i antallet af genindlæggelser i psykiatrien. Undersøgelsen viser desuden, at der er en betydelig variation i andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser på kommunalt niveau.

Tallene skal dog tolkes varsomt, da en genindlæggelse inden for 30 dage ikke i alle tilfælde er forebyggelige og dermed u hensigtsmæssige, men kan være en konsekvens af udviklingen i behandlingen med fokus på korte intensive forløb med henblik på at rehabilitere borgeren i borgerens nærmiljø.

TABEL 6

Genindlæggelser inden for 30 dage i voksenpsykiatri i 2010, opdelt på bopælsregion

	Antal genindlæggelser		Genindlæggelser per 1.000 indb. i 2010	Andel genindlæggelser af samlede indlæggelser i 2010
	2009	2010		
Hovedstaden	3.298	3.318	2,5	21,4 %
Sjælland	931	999	1,6	19,8 %
Syddanmark	1.388	1.513	1,6	18,4 %
Midtjylland	1.593	1.770	1,8	22,4 %
Nordjylland	297	375	0,8	14,0 %
Hele landet	7.507	7.975	1,8	20,2 %

Kilde: Landspatientregistret per 10. marts 2011.

Anm.: Genindlæggelser er defineret som en akut indlæggelse indefor 30 dage efter udskrivning.

Ifølge en opgørelse for Danske Regioner fra 2012 er genindlæggelser for børn og unge med spiseforstyrrelse steget med 173 pct. siden 2007. Danske Regioner oplyser, at psykiatrien oplever, at patienter udskrives til tilbud, der ikke har tilstrækkelig intensitet og ekspertise¹⁴.

Årsag: hvad skyldes problemet?

En større specialisering i den regionale psykiatri kombineret med kortere og mere intensive behandlingsforløb medfører behov for et styrket samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale socialpsykiatri.

Mangel på kommunikation mellem sektorer f.eks. ved udskrivning, kan resultere i manglende sammenhæng i patientens forløb. Der er ingen regioner, der på det psykiatriske område har fået indført brug af elektronisk kommunikation. Det er dog et aftaleområde i alle sundhedsaftaler.

Mangel på fælles opfattelse af, hvor patienten skal behandles og hvornår en patient er færdigbehandlet i stationært regi, manglende kendskab til hinandens rammebetingelser og kompetencer og manglende enighed om anvendelse af centrale terminologier som f.eks. behandling, pleje og rehabilitering kan udgøre barrierer for samarbejdet om patienten/borgeren. Fælles kompetenceudvikling er dog et fokusområde i de fleste sundhedsaftaler.

I sundhedsaftalerne er der fokus på samarbejde om indlagte patienter og aftaler om udskrivning f.eks. kontaktpersoner, varslingsregler, udskrivningskonferencer, fokus på brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, definition af "færdigbehandlet patient", men der er behov for, at det implementeres helt ud i det udførende led.

Dette konkluderes i Implements kortlægning medio 2010 for status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger, udført som led i Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne¹⁵. Kortlægningen baserer sig på 39 gruppeinterviews med i alt 139 personer fra regioner, kommuner og almen praksis i alle fem regioner og på tværs af alle indsatsområder.

14 Danske Regioner (2012): *Notat – snitfladeproblematikker i socialpsykiatrien – bidrag evaluering af kommunalreform.*

15 Sundhedsstyrelsen og Implement (2010): *Status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger.*

Implement konkluderer i rapporten, at der er indtrykket, at der er lagt et stort arbejde i at få en bedre dialog mellem parterne i psykiatrien. I forhold til omfanget af konkrete løsninger er regionerne og kommunerne kommet knapt så langt inden for dette indsatsområde som inden for somatikken. Derudover er der, ligesom inden for somatikken, fortsat et stort arbejde i forhold til at få implementeret de aftaler, der allerede er indgået. Der er stadig lang vej fra, at en samarbejdsmodel er beskrevet og politisk vedtaget, til den sidste frontlinjemedarbejder kender indholdet af aftalen og agerer herefter.

I forhold til aftale om samarbejde om retspsykiatriske patienter er det kun Region Midtjylland, der berører dette område i sundhedsaftalen. Dog er samarbejde om retspsykiatriske patienter bl.a. gennem PSP-samarbejde defineret som et udviklings-/fokusområde i sundhedsaftalen i Region Sjælland og i sundhedsaftalen for Region Syddanmark. PSP-samarbejdet er siden 2009 indført i hele landet med inddragelse af den kommunale socialforvaltning, den regionale psykiatri og politiet. Nogle steder indgår også Kriminalforsorgen i samarbejdet.

Derudover kan de økonomiske incitamenter være et område, der bør være genstand for en nærmere analyse. Danske Regioner påpeger f.eks., at finansieringsreglerne "vender den forkerte vej"¹⁶. Det kan være billigere for kommunerne, når psykiatriske patienter er indlagt, frem for i ambulant behandling med kommunal støtte. KL påpeger, at der kan være økonomisk incitament for regionalpsykiatrien til at specialisere sig i flere enheder, så borgeren kan henvises til flere regionale tilbud.

3.2.2

Snitfladeproblemer i forhold til børne- og ungeområdet

Overordnet beskrivelse af problemet:

Der henvises stadigt flere børn til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Mange henvisninger afvises i den regionale psykiatri på grund af manglende dokumentation, eller fordi henvisningen vurderes ubegrundet. Den fortsatte stigning i antallet af henvisninger, betyder at der til trods for kapacitetsudbygning fortsat er lang ventetid til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Det er samtidig væsentligt, at børn og unge får den rette støtte og vejledning, mens de venter på undersøgelse og behandling, fra egen læge og ikke mindst fra kommunen f.eks. fra PPR, sundhedsplejerske m.fl. En tidlig indsats forudsætter, at PPR har fokus på at understøtte inkluderende institutions- og undervisningsmiljøer, og at den specialiserede pædagogiske / psykologiske viden er til rådighed for lærere og pædagoger, som i det daglige er i kontakt med børnene.

En kvalificeret kommunal indsats kræver således ofte koordinering på tværs af forvaltninger og fagområder og institutioner i kommunerne. Noget der i Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland peges på kan forbedres¹⁷.

16 Danske Regioner (2012): *oplæg om snitfladeproblematikker på psykiatriområdet*.

17 Dansk Sundhedsinstitut (2012): *Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland – status på den foreløbige implementering*.

Hvor i patientforløbet?

Henvisning til udredning og behandling for psykisk sygdom i børne- og ungdomspsykiatrien sker primært via den praktiserende læge, praktiserende speciallæge, den sociale forvaltning eller pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR). Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien gennemført af Rambøll i 2008 viste, at i 2006 kom 52 pct. af henvisninger fra de praktiserende læger og 20 pct. fra PPR (16 pct.) og socialforvaltningen (4 pct.).

Objekt: hvem oplever problemet?

Børn og unge med en psykisk problemstilling samt deres pårørende. For patienten og de pårørende kan det betyde unødigt ventetid i forhold til iværksættelse af behandling eller kommunal støtte.

Kommunerne oplever, at ventetiderne til børne- og ungdomspsykiatrien er lange og at mange af kommunernes henvisninger bliver afvist¹⁸. Enten fordi sygehuset ikke vurderer henvisningen udfærdiget korrekt eller fordi den regionale psykiatri har øget fokus på kun at se patienter, der vurderes at have behov for udredning eller behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Kommunerne oplever, at psykiatrien som et led i udrednings- og behandlingsgarantien pålægger PPR at gennemføre opgaver som:

- Specifikke tests og udredninger af børn, som skal anvendes i den psykiatriske udredning, men ikke nødvendigvis er meningsfulde i en pædagogisk, psykologisk sammenhæng.
- Forskellige behandlings- og terapiformer til børn og unge der, som en del af udredningsgarantien, er blevet diagnosticeret med ADHD, OCD, Autisme, Asperger, Tourette mv.
- Foreslår en pædagogisk indsats i et specialtilbud, hvilket kan give forældrene en forventning om, at kommunerne skal yde et bestemt tilbud¹⁹.

Børne- og ungdomspsykiatrien oplever et øget antal henvisninger og manglende dokumentation og begrundelse i henvisningerne²⁰.

Væsentlighedskriterium: hvad er omfanget af problemet?

Antallet af henviste til børne- og ungdomspsykiatrien har været stigende år for år siden 1996. Af Sundhedsstyrelsens statusnotat om udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed 2007-2011 fremgår, at der i 2006 var 12.200 henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. I 2009 var antallet steget til 16.049 svarende til en stigning på ca. 33 pct.

Antallet af afviste henvisninger var i 2009 på landsplan 23 pct. Antallet af afviste varierer mellem regionerne. Region Midtjylland og Region Nordjylland har den højeste andel af afviste med 35-36 pct., mens Region Syddanmark har den laveste med 14 pct. Sundhedsstyrelsen vurderer i rapporten på baggrund af de mange afviste henvisninger, at der fortsat tegner sig et billede af, at der er diskrepans mellem henvisningerne og de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers opfattelse af behovet for specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling. Sundhedsstyrelsen

18 KL (2012): *Problemidentifikation på psykiatrimrådet.*

19 KL (2012): *Problemidentifikation på psykiatrimrådet.*

20 Danske Regioner (2012): *Oplæg om snitfladeproblematikker på psykiatrimrådet.*

bemærker, at stigningen i henvisninger og afviste henvisninger bør give anledning til fornyede lokale drøftelser af konkrete aftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis.

I regionernes publikation "Benchmark af Psykiatrien" fra 2010, fremgår det at antallet af afviste henvisninger på landsplan i 2010 er steget til 26,4 pct.

Samtidig ses der lange ventetider på udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Den gennemsnitlige ventetid var i 2008 på 71 dage, mens den i 2010 var 77 dage. I 2011 har ventetiden ligget på et niveau mellem 60 og 80 dage på landsplan.

TABEL 7

Ventetid til psykiatrisk sygehusbehandling, 2007-2010, opgjort i dage

	2008	2009	2010
Børn og unge	71	67	77

Kilde: landspatientregisteret

Ifølge Danske Regioners kvartalsvise ventelisteopgørelse stod 2.153 børn/ unge på venteliste til udredning/ behandling pr. 1. april 2012. Heraf havde 533 svarende 25 pct. ventet mere end 2 måneder.

Konsekvenser: hvordan opleves problemet og hvad er konsekvenserne?

Konsekvensen kan være unødigt lang ventetid for patienten på såvel sundhedsfaglig udredning og/eller behandling som kommunal støtteindsats.

Årsag: hvad skyldes problemet?

Uhensigtsmæssig kommunikation på tværs af sektorgrænser, forskelle i opfattelse af henvisningskriterier i forhold til børne- og ungdomspsykiatrien og manglende kommunal indsats begrundet i afventning af diagnose.

I anden generation af sundhedsaftalerne har flere regioner sat fokus på det gode henvisningsforløb til børne- og ungdomspsykiatrien og kvalificere henvisningerne fra kommunerne bl.a. gennem opstilling af målgrupper, tjeklister og procedurer for sagsforberedelse i kommunen. I Region Nordjylland har man i sundhedsaftalen aftalt mulighed for åben konsultation i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor samarbejds-partnere f.eks. PPR eller praktiserende læge kan få konsulentbistand i enkeltssager som forberedes henvist til børne- og ungdomspsykiatrien.

I Region Midtjylland er det aftalt, at der skal etableres procedurer i kommunerne, der skal sikre at alle relevante instanser er inddraget i sagsbehandlingen, før der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Derudover skal der arbejdes med en øget inddragelse af praktiserende læger f.eks. praksiskonsulenter til "klyngemøder"²¹ mellem kommuner og børne- og ungdomspsykiatrien. Regionen vil udarbejde modeller herfor f.eks. et fremskudt visitationsteam. På trods af de gode intentioner i sundhedsaftalerne er der indikationer på, det endnu ikke er implementeret på det udførende niveau. F.eks. peges der i Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland på behovet for

21 Kommunerne og praksislægerne i et sygehus' optageområde.

at konkrete implementeringsstrategier, som kan understøtte realiseringen af sundhedsaftalernes intentioner på det udførende niveau.

Problemet kan endvidere skyldes, det stigende antal unge med psykiske problemstillinger, der henvender sig til kommunerne og dermed øger presset på bl.a. PPR.

Det bemærkes i den forbindelse, at folkeskolelovgivningen alene indeholder regler om inddragelse af PPR ved henvisning til specialundervisning og i nogle nærmere angivne situationer. Mange kommuner benytter imidlertid PPR bredere til rådgivning, visitation m.m. i forhold til børn og unge med udviklingsmæssige, faglige, sociale og personlige vanskeligheder, herunder i forbindelse med henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

De regnskabsførte udgifter til PPR er i perioden fra 2001 steget fra 948 mio. kr. i 2001 til 1,238 mio.kr. i 2011 (2012 niveau).

En undersøgelse fra 2007, der blev gennemført af Pædagogiske Psykologers Forening, viste, at antallet af psykologer i landets kommuner varierer fra 0,83 til 4,71 pr. 10.000 indbyggere, og at antallet af traditionelle PPR medarbejdere (psykologer, konsulenter og talehørelærere) varierer fra 2,12 til 7,65 pr. 10.000 indbyggere.

3.2.3

Snitfladeproblematikker for dobbeltdiagnosticerede

Overordnet beskrivelse af problemet:

Kommunerne fik med kommunalreformen myndighedsansvaret for misbrugsbehandlingen dvs. visitation og behandling af alkoholmisbrug og stofmisbrug. Det gælder også efter udskrivning af en patient fra en psykiatrisk afdeling, hvor patienten efter udskrivning fortsætter behandling for sin psykiske sygdom i f.eks. ambulatorium, distriktpsykiatrien eller hos egen læge. Regionerne har imidlertid ansvaret for behandling af både den psykiske lidelse og misbruget, når patienter er indlagt. Påbegyndes behandling for misbruget under indlæggelse på sygehus, skal sygehuset etablere forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på at sikre videreførelse af behandlingen efter udskrivning fra sygehus. Netop samarbejdet om at sikre sammenhæng og kontinuitet i patientforløbene er afgørende for denne patientgruppe.

Retspsykiatriske patienter er en patientgruppe, der ofte har et kompliceret misbrug i form af misbrug af flere forskellige rusmidler, og en stor gruppe af disse patienter, har udført deres alvorlige personfarlige kriminalitet under påvirkning af stoffer.

Skal behandlingen af misbruget være effektiv, er det en forudsætning, at den regionale psykiatri og kommuner samarbejder og oplyser hinanden omkring udskrivning, indlæggelse og behandlingsplan vedrørende misbruget.

En undersøgelse fra SFI af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark²² viser, at der fortsat er udfordringer i forhold til at skabe en sammenhængende indsats for patienter med dobbeltdiagnoser og med at få implementeret en klar arbejdsdeling og et godt samarbejde. Det gælder f.eks. i forhold til at sikre, at patienter med misbrug får udredt det psykiatriske behandlingsbehov tilstrækkeligt.

Der kan endvidere konstateres snitfladeproblematikker vedrørende samarbejde om patienter, der modtager ambulant psykiatrisk behandling, samtidig med kommunal misbrugsbehandling, herunder i forhold til retspsykiatriske patienter med misbrug

22 SFI (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*.

Derudover er der eksempler på, at sygehuse ikke tilbyder relevant psykiatrisk behandling til patienter med den begrundelse, at patienten først skal i misbrugsbehandling før den psykiatriske lidelse kan behandles. Samme problematik er opleves af regionerne i forhold til den kommunale misbrugsbehandling, hvor patienter ikke tilbydes relevant misbrugsbehandling med den begrundelse, at de skal i psykiatrisk behandling først.

Hvor i patientforløbet?

I forbindelse med at patienten udskrives fra sengeafsnit til ambulans behandling og kommunen dermed overtager ansvaret for misbrugsbehandlingen. Eller i forbindelse med at patienten er i kommunal misbrugsbehandling og samtidig har behov for indsatser i den regionale psykiatri.

Objekt: hvem oplever problemet?

Patienten som ikke modtager relevant behandling.

Kommunerne oplever, at mangel på og for lange ventetider til psykiatrisk udredning og behandling forhindrer at misbrugsbehandlingen får effekt²³.

Den regionale psykiatri oplever, at der er mange forskellige kommunale misbrugsenheder, som gør det svært at koordinere indsatsen, og hvor der er store variationer i indsatsen herunder i den faglige kvalitet i tilbuddene.

Væsentlighedskriterium: hvad er omfanget af problemet?

Antallet af patienter registreret med en psykiatrisk lidelse samtidigt med et stofmisbrug er steget væsentligt de seneste år. Nedenstående tabel viser udviklingen for personer med registrerede dobbeltdiagnoser dvs. en kombination af en misbrugsdiagnose (alkohol- eller stofmisbrug) og en psykiatrisk diagnose.

I opgørelsen indgår de personer, der har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen og er blevet registreret med en dobbeltdiagnose (alkohol- eller stofmisbrug). Opgørelsen omfatter dermed ikke personer med diagnosticeret eller ikke-diagnosticeret dobbeltdiagnose, som ikke har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Desuden omfatter den ikke personer, som har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, men ikke er blevet registreret med en dobbeltdiagnose.

Det fremgår, at stigningen fra 2002-2011 er på i alt 23 pct., hvilket dækker over en stigning på 3 pct. for personer med en alkoholrelateret dobbeltdiagnose og 65 pct. for personer med en stofrelateret dobbeltdiagnose.

TABEL 8

Unikke personer registreret med dobbeltdiagnose på psykiatriske sygehuse, 2002-2011

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2002-2011 i pct.
Alkohol	6.225	6.210	6.345	6.141	6.172	6.135	7.120	6.874	6.774	6.438	3,4

23 KL (2012): *Problemidentifikation på psykiatriområdet*.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2002-2011 i pct.
Stoffer	3.443	3.523	3.718	3.705	4.018	4.206	5.280	5.070	5.168	5.687	65,2
I alt	8.819	8.844	9.165	8.909	9.167	9.293	11.095	10.713	10.671	10.853	23,1

Kilde: Det psykiatriske Centralregister, Center for Psykiatrisk Grundforskning i Region Midtjylland
Anm.: Opgørelsen omfatter personer med F10-F19 "Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer" som registreret hoved- og/eller bidiagnose, dog ekskl. F18 (tobak). "I alt" er ikke en summation, da en person kan have registreret mere end af en de nævnte diagnoser.

Det fremgår af Danske Regioners fra 2011 "Retspsykiatri – Kvalitet og sikkerhed" rapport, at over halvdelen af de retspsykiatriske patienter har et diagnosticeret misbrug. Rapporten viser, at kun 25 pct. er i behandling for deres misbrug.

SFI gennemførte i perioden 2007- 2009 en undersøgelse af den sociale stofmisbrugs-behandling i Danmark. Undersøgelsen belyser, hvilke former for social behandling brugere modtager. Undersøgelsen er bl.a. baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.013 brugere på 56 behandlingssteder i landet.

Undersøgelsen har afdækket omfanget af psykiske, fysiske og sociale problemer blandt brugerne, og om brugerne oplever at få hjælp til disse problemer. Af undersøgelsen fremgår det, 61 pct. af brugerne angiver, at de har psykiske problemer, og heraf oplever 47 pct. at de i mindre grad eller slet ikke får tilstrækkelig hjælp til deres psykiske problemer. Det er særligt misbrugere i substitutionsbehandling og med en lav intensitet i den sociale behandling, der ikke modtager psykologisk/psykiatrisk behandling, men andelen er også forholdsvis høj i de øvrige grupper af misbrugere (hashmisbrugere). Blandt dem, som får psykologisk/psykiatrisk behandling, er det karakteristisk, at denne behandling navnlig foregår i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen og kun i begrænset omfang foregår i det psykiatriske behandlingssystem.

TABEL 9

Misbrugere med psykiske problemer, der modtager psykologisk eller psykiatrisk hjælp

	Modtager psykologisk/ psykiatrisk behandling	Modtager ikke psykologisk/ psykiatrisk behandling	I alt pct.	I alt antal
Opiater	30	70	100	332
Opiater med blandingsmisbrug	33	67	100	139
Centralstimu- lerende stoffer	43	57	100	97
Hash	53	47	100	53
I alt	36	64	100	621

Anm.: $\chi^2=15$, $p=0,002$

Kilde: Bruger-surveyen.

Af rapporten fremgår det endvidere, at 26 pct. af behandlingsstederne angiver at have specialiserede tilbud til psykisk syge misbrugere. 44 pct. af døgntilbuddene angiver at have tilbud målrettet psykisk syge misbrugere.

Et projekt gennemført af Fredericia Kommunes Misbrugscenter og Aarhus Universitets Center for Rusmiddelforskning i 2009-10 viste, at over 80 pct. af misbrugerne mindst havde én psykiatrisk problemstilling, der kunne relateres til en diagnose – og at de fleste havde haft disse diagnosticerbare symptomer i flere år før deres misbrugsproblem opstod. Det mest udbredte var selvmordstanker, depression og angst, ligesom mange havde aggressiv adfærd. De var bare ikke blevet udredte for disse problemstillinger, og problemstillingerne indgik ikke i misbrugsbehandlingen.

En undersøgelse udarbejdet af Social Udviklingscenter SUS om kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug fra 2011²⁴ estimerer på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse i kommunerne, at 28 pct. af borgere med sindslidelse og misbrug ikke modtager behandling for den psykiatriske lidelse og 33 pct. ikke modtager misbrugsbehandling. 37 pct. af borgere med sindslidelse og misbrug skønnes at være i behandling i den regionale psykiatri. Størstedelen er borgere med sværere psykiske lidelser. SFIs undersøgelse viser endvidere, at en del brugere har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling i psykiatri med henvisning til deres misbrug.

TABEL 10

Brugere, der oplever at have fået afslag på behandling i psykiatri pga. misbrug

Bytype	Har oplevet at få afslag	Har ikke oplevet at få afslag	I alt pct.	I alt antal
Københavns Kommune	21	79	100	120
Københavns omegn	34	66	100	123
Århus, Aalborg, Odense og Esbjerg	22	78	100	167
>30.000 indbyggere	34	66	100	121
<30.000 indbyggere	34	66	100	91
I alt	28	72	100	622

Anm.: n=622, $\chi^2=12$, p=0,014.

Kilde: Bruger-surveyen.

Endelig har SFI undersøgelsen afdækket behandlingsstedernes oplevelse af samarbejdsrelationerne mellem øvrige sektorer/behandlingssteder. Her fremgår det, at den laveste grad af tilfredshed med samarbejdet er til den regionale psykiatri. 29 pct. af behandlingslederne vurderer samarbejdet med psykiatrien som meget godt eller godt, og 19 pct. karakteriserer samarbejdet som dårligt eller meget dårligt. 24 pct. af visitatorerne karakteriserer samarbejdet med psykiatrien som dårligt.

Konsekvenser: hvordan opleves problemet og hvad er konsekvenserne?

Mangel på samarbejde mellem den regionale psykiatri og de kommunale misbrugscentre om dobbeltdiagnosticerede, kan resultere i underbehandling af den psykiatriske lidelse eller af misbruget. Det kan betyde flere uhensigtsmæssige forløb med en høj genindlæggelsesfrekvens. Danske Regioners Benchmark af psykiatrien fra 2009 viser, at for patienter med misbrugsbetinget psykiatriske lidelser, er en stor andel af indlæggelserne genindlæggelser (21 pct.).

24 Social Udviklingscenter SUS (2011): *En tværfaglig udfordring – undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug.*

Årsag: hvad skyldes problemet?

Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen, og regionerne har ansvaret for behandling af psykiatriske lidelser. Den regionale psykiatri er ansvarlig for behandling af misbruget, når en patient er indlagt herunder i retspsykiatrien.

Årsagen er mangel på samarbejde og koordination i patientens forløb. På trods af, at sundhedsaftalerne har fokus på dobbeltdiagnosticerede, er der således fortsat behov for at få aftalerne implementeret på det udførende niveau og skabe koordination i patientens forløb f.eks. ved brug af udskrivningskonference, videregivelse af information til kommunen, når patienten udskrives, udarbejdelse af koordinationsplaner mv.

En problemstilling som peges på bl.a. fra den regionale psykiatri er, at misbrugsbehandling efter kommunalreformen er blevet spredt på mange flere enheder, der gør det svært for sygehuset at koordinere. Efter kommunalreformen er antallet af misbrugsenheder vokset fra under 20 behandlingssteder til over 60 misbrugsenheder²⁵. Derudover peges på, at der er stor variation i de kommunale tilbud herunder i forhold til kvalitet.

Lægeforeningens undersøgelse af alkoholbehandlingen fra 2009²⁶ viser, at kun halvdelen har ansat sundhedsfagligt personale i den kommunale alkoholbehandling. En SFI undersøgelse viser²⁷, at personalet i misbrugsbehandlingen i begrænset omfang er specialiserede i behandling af misbrugere med psykiske problemstillinger, og at en lav andel af personaletimerne anvendes på psykologer og psykiatere.

Kommunerne oplever, at udviklingen i den regionale psykiatri (såvel senge- som ambulante) med øget centralisering og specialisering af enhederne, gør samarbejdet vanskeligere, da de regionale enheder dels kommer længere væk fra den kommunale verden, og dels medfører flere kommuner i optageområdet og flere samarbejdspartnere.

Der er eksempler på, at kommuner har oprettet integrerede tilbud mellem misbrugsbehandling og psykiatriske tilbud f.eks. tilkøb af konsulentbistand fra den regionale psykiatri med henblik på at skabe mere integrerede forløb. Endvidere har flere regioner fastlagt en arbejdsdeling, hvor patienter i ambulante behandling med komplekse psykiatriske problemstillinger, men med et stabiliseret misbrug, bliver behandlet for begge lidelse i den regionale psykiatri. I Region Midtjylland har man i sundhedsaftalen, aftalt en organisering af fællesteam for dobbeltdiagnosticerede, der skal beskrive lokale procedurer og behandlingsmæssige tilbud og sociale tilbud for voksne med psykiatri.

Det fremgår af flere af de regionale sundhedsaftaler, at regioner og kommuner i samarbejde vil igangsætte udviklingsprojekter for dobbeltdiagnosticerede inden for aftaleperioden 2011-2015.

Regioner, regering og Folketing har også sat fokus på problemstillingen og senest er der med satspuljeaftalen for 2012-2015 afsat mere end 100 mio. kr. ekstra over de næste fire år til regioner og kommuner til styrkelse af indsatsen for dobbeltdiagnosticerede. Disse midler skal bidrage til såvel kapacitetsmæssig som kvalitativ udbygning af tilbuddene i sundhedsvæsenet med fokus på styrket samarbejde mellem kommuner og regioner om indsatsen.

25 Danske Regioner (2012): *Et menneske – to diagnoser*.

26 Lægeforeningens misbrugsudvalg, Ulrik Becker og Sverre Barfod (2009): *Alkoholbehandling i kommunerne*.

27 SFI (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*.

Snitfladeproblematikker i forløb for sygemeldte med psykisk sygdom

Overordnet beskrivelse af problemet:

Siden 2001 har stadig flere fået tilkendt førtidspension på grund af psykiske lidelser. I dag drejer det sig om knap halvdelen. I 2001 var det ca. hver tredje. Det er især unge, som i dag får tilkendt pension på grund af en psykisk lidelse. Blandt alle under 40 år er psykiske lidelser årsag til omkring syv ud af ti tilkendelser.

Mange tilkendelser af førtidspension sker på baggrund af en ikke-psykotisk lidelse som f.eks. depression og angst. Det er sygdomme, som ved tidlig opsporing kan behandles med god effekt. Hertil kommer, at mange langtidssygemeldes på grund af en psykisk sygdom.

Indsætter mod langvarig sygdom kræver en helhedsorienteret indsats, som typisk involverer beskæftigelsesområdet, sundhedsområdet (såvel den regionale psykiatri, almen praksis samt den kommunale), det sociale område og evt. uddannelsesområdet.

Arbejdsgruppen konstaterer bl.a. på baggrund af COWIs rapport "Bedre koordination mellem sundheds og beskæftigelses-området, at der er snitfladeproblemer i forhold til de kommunale jobcentre og den regionale psykiatri omkring udredning og behandling. Hertil kommer, at ventetid til udredning og behandling kan udgøre en udfordring i forhold til at få sygemeldte hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet. Endelig er koordinationen mellem praktiserende læge og kommune om indsatsen for sygemeldte ikke altid velfungerende.

Hvor i patientforløbet opstår problemet?

F.eks. når patienten sygemeldes eller når kommunen skal vurdere om patienten skal tilkendes førtidspension.

Objekt: Hvem oplever problemet?

Patienten som kan risikere at miste tilknytning til arbejdsmarkedet.

Kommunerne som oplever ventetid til udredning og behandling i den regionale psykiatri.

Væsentlighedskriterium: Hvad er omfanget af problemet?

Som nævnt er psykisk sygdom ofte årsag til langtidssygemeldinger og tilkendelser. F.eks. har andelen af tilkendelse af førtidspensioner pga. psykisk sygdom været stigende i perioden 2006-2010 44 pct. til 51 pct.

FIGUR 4

Tilkendelse af førtidspensioner fordelt på årsager i perioden 2006-2010 i pct.



Konsekvenser: Hvordan opleves problemet, og hvad er konsekvenserne?

Konsekvensen kan være unødigt forlængelse af sygefraværperiode eller i sidste ende førtidspensionering og dermed øgede offentlige udgifter.

Årsag: Hvad skyldes problemet?

Med sundhedsloven er regioner og kommuner forpligtet til at indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af de regionale og kommunale opgaver på sundhedsområdet, herunder om indsatsen for sammenhæng og samarbejde mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer, f.eks. socialektoren, undervisningssektoren, beskæftigelsessektoren mv. Det er dog i begrænset omfang, at sundhedsaftalerne indeholder aftaler i forhold til koordineringen af indsatsen for sygemeldte/ledige borgere med psykiske sygdomme.

Regeringen, Venstre, Liberal Alliance og de Konservative indgik den 30. juni 2012 politisk aftale om at lave en reform for førtidspensionering og fleksjobordning. Et af de centrale initiativer i aftalen er indførelse af rehabiliteringsteam i alle kommuner.

Teamet skal sikre, at borgere med komplekse problemer får en helhedsorienteret og tværfaglig indsats, og at indsatsen bliver koordineret på tværs af beskæftigelsesområdet, sundhedsområdet, socialområdet og undervisningsområdet. Desuden skal en klinisk funktion i regionen være repræsenteret i teamet ved en sundhedskordinator og indførelse af *Ressourceforløb for unge*. Personer under 40 år skal som udgangspunkt

ikke have førtidspension. De skal i stedet have et individuelt tilrettelagt ressourceforløb, der kan vare op til fem år ad gangen. Målet med ressourceforløbene er at give borgere – særligt unge – en tværfaglig og sammenhængende indsats, der kan hjælpe den enkelte videre i livet – og på sigt væk fra offentlig forsørgelse.

3.3

Opsummering – identificerede snitfladeproblematikker

- Arbejdsgruppen finder overordnet, at den generelle udvikling i psykiatrien med kortere intensive indlæggelser med opfølgning i ambulante regi og fokus på rehabilitering af den enkelte borger i eget nærmiljø øger kravene til regioner og kommuner om samarbejde på området.
- Arbejdsgruppen finder, at sundhedsaftalerne og de kommunale rammeaftaler overordnet set sætter en god ramme for samarbejde og koordinering af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Der er imidlertid fortsat udfordringer med at få intentionerne i sundhedsaftalerne implementeret fuldt ud på det udførende niveau, og der er en række udviklingspunkter, der skal arbejdes videre med.
- Arbejdsgruppen finder det særligt vigtigt, at der arbejdes videre med hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på en styrkelse af samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.

Herudover har arbejdsgruppen identificeret fire målgrupper og fokusområder med særlige snitfladeproblematikker. Det er i forhold til:

1. *Sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatrien.* Samarbejdet mellem den regionale psykiatri dvs. stationære og ambulante enheder og den kommunale socialpsykiatri fungerer ikke altid tilfredsstillende og borgere/patienter oplever, at forløbene ikke altid er koordineret. Den manglende sammenhæng i indsatserne kan resultere i uhensigtsmæssige forløb med hyppige behandlingsbrud, unødige (gen)indlæggelser og ressourcespild.
2. *Børn og unge – samarbejde mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatri.* Der henvises stadigt flere børn til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Mange henvisninger afvises i den regionale psykiatri på grund af manglende dokumentation eller fordi henvisningen vurderes ubegrundet. Bedre samarbejde om henvisninger vil formentlig kunne reduceres unødigt ventetid, ressourcepild samt give mere sammenhængende forløb for den enkelte. Herudover er det væsentligt, at børn og unge får den rette støtte og vejledning, mens de venter på undersøgelse og behandling, fra egen læge og ikke mindst fra kommunen. En kvalificeret kommunal indsats kræver ofte koordinering på tværs af forvaltninger og fagområder i kommunerne.
3. *Samarbejde om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom og misbrug (dobbeltdiagnosticerede).* Arbejdsgruppen konstaterer flere snitfladeproblematikker relateret til behandlingen af dobbeltdiagnosticerede. Der peges bl.a. på mangel på samarbejde og kommunikation mellem den regionale psykiatri og kommunale misbrugsenheder. Dette kan resultere i uhensigtsmæssige og afbrudte forløb og at patienten/borgeren ikke modtager den relevante behandling.

4. *Sygemeldte – samarbejde om sygemeldte med psykisk sygdom.* Arbejdsgruppen konstaterer snitfladeproblemer i forhold til de kommunale jobcentre og den regionale psykiatri omkring udredning og behandling. Hertil kommer, at ventetid til udredning og behandling kan udgøre en udfordring i forhold til at få sygemeldte hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet. Koordinationen mellem praktiserende læge og kommune om indsatsen for sygemeldte er ikke altid velfungerende. Dette kan have betydning for patienten mulighed for at bevare tilknytning til arbejdsmarkedet. Endelig kan den interne organisering i sektorer i kommunerne med en opdeling i faglige 'søjler' og manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af 'søjlerne' i kommunen udgøre en barriere for indsatsen.

Det bemærkes afslutningsvis, at psykiatriudvalget jf. kommissoriet bl.a. har til opgave at vurdere mulighederne for at sikre yderligere sammenhæng og kontinuitet i indsatsen for personer med psykiske sygdomme. Psykiatriudvalgets forslag vil bygge på det samlede analysearbejde under udvalget og specifikke forslag til at sikre ydre sammenhæng og kontinuitet i indsatsen for personer med psykiske sygdomme vil indgå i udvalgets endelige afrapportering medio 2013.

3.3.1

Anvendte kilder

COWI: *Bedre koordination mellem sundheds og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner, 2010*

Danske Regioner: *Benchmark af psykiatrien 2010*

Danske Regioner: *Et menneske, to diagnoser*

Danske Regioner: *Oplæg om snitfladeproblematikker på psykiatriområdet*

Diverse landspatienttilfredshedsundersøgelser for psykiatri: distrikt, børn/unge, sengeafsnit

DSI: *Opgaveudviklingen på psykiatriområdet*

DSI: *Status notat evaluering af Region Sjællands sundhedsaftale*

KL: *Papir om problemidentifikation på psykiatriområdet*

National Indikatorprojekt Skizofreni

Rambøll: *Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien, 2008*

Region Hovedstadens sundhedsaftale

Region Sjællands sundhedsaftale

Region Midtjyllands sundhedsaftale

Region Syddanmarks sundhedsaftale

Region Nordjyllandssundhedsaftale

Regeringens aftale for reform af førtidspension og fleksjobordning

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: *Et liv i egen bolig – Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser, 2012*

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: *Den sociale stofmisbrugs-behandling i DK*

Sundhedsstyrelsen: *udviklingen i den børne-ungdomspsykiatriske virksomhed 2007-2010*

Sundhedsstyrelsen: *Evaluering af sundhedsaftalerne*

Sundhedsstyrelsen: *Evaluering af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner*

Implement: *Status for sundhedsaftalerne og løsninger*

SUS: *En tværfaglig udfordring – en undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelser og misbrug*

3.3.2

Oversigt over identificerede problemfelter

Tabel 11 gengiver de mest centrale problemfelter i forhold til evaluering af kommunalreformen på det psykiatriske område jf. overfor:

TABEL 11

Problemfelter på psykiatriområdet

Problemfelt	Objekt	Overgange/snitflade	Væsentlighedskriterium	Konsekvenser	Årsag(er)
Overgang og samarbejde mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatri.	<p>Patienter og pårørende. Kommunerne.</p> <p>Den regionale psykiatri.</p>	<p>Samarbejde om patienter før og efter indlæggelse.</p> <p>Udskrivning af patienten fra sygehus til kommunale støtteforanstaltninger.</p>	<p>Indikation af problemet gennem patienttilfredshedsundersøgelser.</p>	<p>Uhensigtsmæssige forløb med hyppige behandlingsbrud, unødige (gen)indlæggelser og ressourcespild.</p>	<p>Mangelfuld kommunikation i overgangen fra sygehus til kommune, uhensigtsmæssige arbejds gange på sygehus og i kommune, forskelle i opfattelse af terminologier og mål for indsats, flere patienter med komplekse behov.</p> <p>Herudover manglende koordinering på tværs af forvaltninger og fagområder i kommunerne.</p>
Samarbejde om børn og unge.	<p>Patienter og pårørende. Kommunerne.</p> <p>Den regionale psykiatri.</p>	<p>Henvisning til udredning og behandling i psykiatrien.</p>	<p>Væsentligt. Mange henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien afvises.</p> <p>Unødig ventetid til udredning og behandling og til kommunale tilbud.</p>	<p>Uhensigtsmæssige patientforløb, unødig ventetid og ressourcespild. Manglende indsats.</p>	<p>Uklarheder og forskel i opfattelse af henvisningskriterier og opgavefordeling ml. kommune, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatri.</p> <p>Manglende inddragelse af praksissektoren.</p> <p>Manglende sammenhæng i kommunen.</p>
Samarbejde om dobbeltdiagnosticerede.	<p>Patienterne og pårørende. Kommunerne.</p> <p>Den regionale psykiatri.</p>	<p>Snitfalder mellem den regionale psykiatri, den kommunale misbrugsbehandling og almen praksis.</p>	<p>Meget væsentligt.</p> <p>Når patienter med dobbeltdiagnoser ikke modtager relevant behandling enten i den kommunale misbrugsbehandling eller i den regionale psykiatri.</p>	<p>Uhensigtsmæssige patientforløb.</p> <p>Underbehandling.</p>	<p>Mangel på samarbejde og kommunikation mellem den regionale psykiatri og kommunale misbrugsenheder.</p> <p>Mangel på tilbud der kan "rumme" patienterne.</p>
Samarbejde om sygemeldte med psykiske problemer.	<p>Patienterne og pårørende. Kommunerne.</p> <p>Den regionale psykiatri.</p>	<p>Snitflade mellem jobcentrene, almen praksis og den regionale psykiatri i forhold til indsatsen for sygemeldte.</p>	<p>Meget væsentligt.</p> <p>Halvdelen af alle der tilkendes førtidspension har en psykisk lidelse. Ofte ikke-psykotisk lidelse.</p>	<p>Førtidspensionering og sygefravær.</p> <p>Patienter mister tilknytning til arbejdsmarkedet.</p>	<p>Lang ventetid til udredning i den regionale psykiatri.</p> <p>Manglende fokus på psykiatriske lidelser i Jobcentre.</p> <p>Manglende inddragelse af almen praksis.</p> <p>Manglende samtænkning på tværs af sektorer og fagområder i kommunerne.</p>

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser
– kapacitet, sammenhæng og struktur.
Bilagsrapport 1

Regeringens udvalg om psykiatri, 2013.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen er elektronisk tilgængelig via hjemmesiden for
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: www.sum.dk

Publikationen kan bestilles hos
schultzboghandel.dk
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Tlf. 43 22 73 00
Fax 43 63 19 69
www.schultzboghandel.dk

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: Oktober 2013

Design: BGRAPHIC

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk

ISBN: 978-87-7601-346-2 (trykt udgave)
ISBN: 978-87-7601-347-9 (elektronisk udgave)

Regeringens udvalg om psykiatri har udarbejdet hovedrapporten 'En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser' med tilhørende to bilagsrapporter. Såvel hovedrapport som bilagsrapporter er at finde på hjemmesiden for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse – www.sum.dk