

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Att. Afdelingschef Charlotte Hougaard Clifford og  
chefkonsulent Mads Hansen  
Holbergsgade 6  
1057 København K

DANSKE  
REGIONER



16-01-2015  
Sag nr. 15/108  
Dokumentnr.  
Mikkel Lambach  
Tel. 35 29 82 12 / 29 17 09 02  
E-mail: Mla@regioner.dk

### **Danske Regioners delbidrag til samråd om ambulans psykiatri**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har anmodet Danske Regioner om bidrag i forbindelse med et ministersamråd om ambulans psykiatri. Konkret handler det om bidrag til ministerens besvarelse af samrådspørgsmål V samt Folketingsspørgsmålene 221-224 og 230 (SUU alm. del). Nedenfor fremgår Danske Regioners input og kommentarer til de fem Folketingsspørgsmål. Foreningens bidrag til samrådspørgsmålet sendes efterfølgende.

Danske Regioner har til brug for bidraget indhentet oplysninger i regionerne. Regionernes bidrag – og som følge heraf også Danske Regioner – bærer præg af, at de fem Folketingsspørgsmål og Samrådspørgsmålets fire underspørgsmål til dels kredser om samme emne og derfor indholdsmæssigt kan overlape hinanden. Det betyder, at Danske Regioners bidrag til svar – både indeværende og det efterfølgende samrådsbidrag - skal ses i en helhed.

### **Folketingsspørgsmål 221.**

*Vil ministeren redegøre for, hvordan hver af de 5 regioner administrerer deres ydelsesregistre i psykiatrien, herunder hvordan regionerne administrerer ift. pårørendesamtaler, kontakt til myndigheder og kontakt til patienter, som ikke er ansigt til ansigt kontakt?*

Danske Regioner har bedt regionerne redegøre for deres administrative systematik og registreringer. Jf. spørgsmålets ordlyd fremgår nedenfor hver af de fem regioners svar.

Om de enkelte ydelser skal det for god ordens skyld bemærkes, at:

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E regioner@regioner.dk

- ”Ydelse uden besøg” er en eller flere ambulante ydelser, der normalt finder sted udenfor ambulante besøg, hjemmebesøg eller udebesøg. D.v.s. situationer, hvor patienten ikke er til stede på psykiatrisk afsnit eller hvor personalet ikke er i patientens hjem,
- ”Ydelse uden besøg” i øvrigt omfatter administrative og kliniske procedurer, hvor patienten ikke er personligt til stede, og indberettes til Landspatientregisteret (LPR) som ydelse uden besøg, og er et obligatorisk indberetningskrav for psykiatriske patienter,
- ”Ydelser uden besøg” er af telefonisk art med patient, pårørende eller offentlige institutioner, fysisk kontakt til myndigheder, patientens netværk, institutionsbesøg m.m. men uden deltagelse af patienten.

Generelt hæfter Danske Regioner sig ved følgende:

- Alle regioner følger de nationale retningslinjer for indberetning til Landspatientregisteret (LPR) jf. Sundhedsstyrelsens ’Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter’.
- Ydelser uden besøg prioriteres i alle regioner og indgår i beregningen af de aktivitetsbaserede dele af psykiatribudgetterne.
- Den aktivitetsbaserede styring og afregning, der knytter sig til registreringer, vedrører kun en mindre del af de samlede psykiatribudgetter (26 procent i Region Syddanmark). Danske Regioner har ingen grund til at antage, at andelen er større i de andre regioner.
- Ydelser uden besøg udgør mellem 20 og 30 procent af den samlede ambulante aktivitet, og andelen er uændret de senere år.

### Region Hovedstaden

Den patientadministrative registrering i Region Hovedstadens Psykiatri baserer sig på de nationale retningslinjer for indberetning til Landspatientregisteret LPR (det såkaldte Fællesindhold). Dette indebærer, at pårørendesamtaler, kontakt til anden myndighed, telefonsamtaler med patienten og brevsvar til patienten registreres, så det figurerer som såkaldte ydelser uden besøg. Alle disse ydelser er jf. Fællesindholdet obligatoriske at registrere.

For så vidt angår aktivitetsstyringen, har aktivitetsbudgetterne i Region Hovedstadens Psykiatri til formål at understøtte, at Region Hovedstadens Psykiatri leverer en tilfredsstillende aktivitet, og som kan skabe mest mulig værdi for patienterne. Aktivitetsstyring handler derfor i høj grad også om at kunne sikre en god kvalitet.

Aktivitetsbudgetterne i Region Hovedstadens Psykiatri består både af et budget for antallet af ambulante besøg (dvs. et måltal for de ydelser, hvor

patienten er til stede) og et budget for antallet af ydelser uden besøg (dvs. et måltal for en række af de klinisk centrale ydelser, hvor patienten ikke er til stede). Budgettet for antallet af ydelser uden besøg blev implementeret fra 2014 med henblik på at understøtte prioriteringen af dette, for patienten vigtige og relevante, kliniske arbejde.

### Region Sjælland

Region Sjælland følger 'Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter', udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, samt 'Psykiatrisk Registreringsvejledning', udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Dansk Psykiatrisk Selskab.

Psykiatriens ambulante registrering og dermed aktivitet er enkeltvist defineret med koder med tilhørende definition for de enkelte aktiviteter, som obligatorisk skal registreres på patienten, når de finder sted. For hver kode/ydelse er angivet en definition, for dermed at sikre at regionerne anvender koden på samme vilkår.

Psykiatrien Region Sjælland opgør ambulante aktivitet ift. SUP-ydelser (Sundhedsfagligt Uddannet Personale), og ISP-ydelser (Ikke Sundhedsfagligt Uddannet Personale). SUP-ydelserne indberettes til LPR som besøg, mens ISP-ydelserne indberettes til LPR som ydelser uden besøg.

SUP-personale er personalegrupper, der er omfattet af Sundhedsstyrelsens liste over sundhedsfagligt uddannet personale, og som må indberette deres ydelser som besøg (f.eks. læger, sygeplejersker, psykologer, plejere, social- og sundhedsassistenter, kliniske diætister, fysioterapeuter og ergoterapeuter). For denne gruppe anvendes overordnede, administrative procedurekoder for hhv. ambulante besøg (AAF22), ambulante hjemmebesøg (AAF6) samt ambulante udebesøg (AAF7). Derudover anvendes de obligatoriske ambulante procedurekoder, der beskriver, hvad der er foregået ved det ambulante besøg, hjemmebesøg eller udebesøg. Til sikring af, at ydelserne indberettes som besøg i Psykiatriens patientadministrative system, er der oprettet en behandlingskategori, som hedder PSBESØG.

ISP-personale, dvs. personalegrupper, der ikke er omfattet af Sundhedsstyrelsens liste over sundhedsfagligt uddannet personale, må ikke indberette deres ydelser som besøg, hvorfor de i stedet skal anvende behandlingskategori ISP (gruppen omfatter bl.a. socialrådgivere, pædagoger, musikterapeuter og værkstedsassistenter). For ISP-gruppen anvendes overordnede, administrative lokale (dvs. oprettet af Psykiatrien) procedurekoder for hhv. ambulante besøg (XAAF22), ambulante hjemmebesøg (XAAF6) samt ambulante

udebesøg (XAAF). Derudover anvendes de obligatoriske ambulante procedurekoder, der beskriver, hvad der er foregået ved det ambulante besøg, hjemmebesøg eller udebesøg.

Til sikring af, at ydelserne indberettes som ydelser uden besøg i Psykiatriens patientadministrative system, er der oprettet en behandlingskategori, som hedder ISP. Dermed ønsker man at tilkendegive, at ydelser foretaget af personalegrupper, der ikke er omfattet af Sundhedsstyrelsens liste over sundhedsfagligt personale, registreres på lige fod med ydelser foretaget af sundhedsfagligt personale, og vægtes lige højt i forhold til aktivitetsopgørelserne.

### Region Syddanmark

Psykiatrien i Region Syddanmark har fokus på effektiv ressourceudnyttelse og implementerede i 2009 bl.a. aktivitetsbaseret styring og meraktivitetsafregning på sygehusets ambulante aktivitet. Den aktivitetsbaserede styring vedrører dog kun godt 26 procent af sygehusets samlede budget. I fastlæggelsen af den aktivitetsbaserede andel af budgettet er der taget højde for, at afdelingerne, for at kunne tilbyde den mest optimale behandling, afholder netværksmøder og møder med forældre/ pårørende uden patienten nødvendigvis deltager.

Generelt registrerer Psykiatrien i Region Syddanmark den patientrettede behandlingsaktivitet i regionens PAS/EPJ-system(er) efter de statslige retningslinjer for patientregistrering udstukket af SSI i det såkaldte Fællesindhold. Dette gør sig også gældende ift. kontakter, som ikke foregår ansigt-til-ansigt, som jf. fællesindholdet benævnes ”ydelser uden besøg”.

Ved sygehusets tre årlige økonomi- og aktivitetsrapporteringer følges der op på ydelser uden besøg, så denne væsentlige behandlingsaktivitet bliver synliggjort. De ambulante takster i psykiatrien er beregnet således, at der er indregnet tid til at foretage et gennemsnitligt antal ydelser uden besøg for hvert ordinært ambulante besøg (ansigt-til-ansigt).

Status for ydelser uden besøg i Region Syddanmark er således, at disse altid er blevet leveret og er en indlejret del af afdelingernes budget. Afregning for evt. meraktivitet sker via takster, som indeholder finansiering til også at foretage ydelser uden besøg.

I Region Syddanmark udgør ydelser uden besøg ca. 28 pct. af den samlede registrerede ambulante aktivitet. Omfanget af ydelser uden besøg er højest i

børne- og ungdomspsykiatrien. Nedenfor er en opgørelse af antallet af ydelser uden besøg i Region Syddanmark i 2013.

Side 5

Ydelser uden besøg (2013)	Antal	Andel pct.
Telefonkonsultation	48.529	51
Blandet ambulant besøg	16.536	17
Kontakt med anden myndighed	13.920	15
Samtale med behandlingssigte	3.807	4
Samtale med forældre	3.686	4
Andet	8.058	9
I alt	94.536	100

### Region Midtjylland

Region Midtjylland registrerer i henhold til Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter samt Psykiatrisk registreringsvejledning – begge udgivet af Sundhedsstyrelsen. Region Midtjylland har derfor en fælles psykiatrisk retningslinje, som angiver hvilke registreringer, der skal anvendes ved:

- Ambulant besøg.
- Hjemmebesøg og udebesøg.
- Ambulante ydelser uden besøg.

I forhold til ambulante besøg og hjemmebesøg er der udarbejdet uddybende retningslinjer.

### Region Nordjylland

Registrering foretages i henhold til nyeste udgave af Fællesindhold for basisregistrering af Sygehuspatienter. Pårørendesamtaler, kontakt til anden myndighed og kontakt til patienter, som ikke er ansigt-til-ansigt kontakt registreres som ydelser uden besøg. Disse ydelser indgår også i Region Nordjyllands opgørelser af aktivitet i den ambulante psykiatri, denne omfatter dels ambulante besøg (inklusive udebesøg og hjemmebesøg) dels ydelser uden besøg.

I Psykiatrien, Region Nordjylland stilles der budgetkrav til de kliniske ambulatorier i forhold til såvel ambulante besøg som ydelser uden besøg. På denne måde anerkendes og synliggøres også den aktivitet, hvor der ikke er ansigt-til-ansigt kontakt. Budgetkravet er desuden differentieret i forhold til de enkelte ambulatoriers målgruppe og opgaver.

## Spørgsmål 222.

Side 6

*Vil ministeren redegøre for praksis i hver af de 5 regioner for afslutning af meget syge psykiatriske patienter, der bliver afsluttet alene fordi de ikke responderer på henvendelser som følge af ydelsesregistreringen i psykiatrien?*

Til besvarelse af spørgsmålet har Danske Regioner bedt regionerne om i særlig grad at fokusere, hvordan henholdsvis udeblivelser og afslutninger håndteres.

Danske Regioner hæfter sig ved følgende omkring afslutning af patienter:

- Afslutning sker altid på baggrund af en konkret lægefaglig vurdering.
- Regionerne skelner mellem udeblivelser til første besøg og patienter, der befinder sig i et behandlingsforløb.
- Regionerne skeler til patientens sygdomstilstand, herunder evt. selvmordsrisiko.
- Afslutning til egen læge/ PPR sker altid med oplysning om, at patienten kan genhenvises.
- Regioner har iværksat forskellige initiativer til at nedbringe udeblivelser, bl.a. sms-påmindelser o.lign.

### Region Hovedstaden

I forbindelse med udredning i Region Hovedstadens Psykiatris Centrale Visitation (PCVI) gælder følgende retningslinjer:

Det vurderes, at ca. hver fjerde af alle elektive patienter ses i PCVI til en klinisk visitation. Alle disse patienter bliver forsøgt kontaktet telefonisk, når henvisningen er modtaget, for at aftale direkte med patienten, hvornår de ønsker en tid til den kliniske visitation i PCVI. I de tilfælde, hvor det ikke er muligt at kontakte patienten telefonisk, tildeler PCVI en tid, og patienten får tilsendt et brev herom.

Hvis patienten ikke møder op til den aftalte tid, bliver patienten afsluttet til egen læge. Det oplyses i den forbindelse, at patienten ved behov kan blive genhenvist via egen læge. Det skal i den forbindelse bemærkes, at PCVI ikke har ventetid til den kliniske visitation, og at det derfor vil være muligt inden for få uger at tildele genhenviste patienter en ny tid.

Vedrørende udeblivelser uden afbud undervejs i behandlingsforløbet har Region Hovedstadens Psykiatri i marts 2014 besluttet, at patienter kan af-

sluttes efter to på hinanden følgende udeblivelser uden afbud. I forbindelse med behandlingsstart bliver patienterne oplyst om denne praksis, herunder at de kan blive genhenvist via egen læge ved behov. Patienterne afsluttes til egen læge, som desuden får besked fra Region Hovedstadens Psykiatri om afslutningen. Baggrunden for denne beslutning er ønsket om at sikre, at behandlingskapaciteten hele tiden udnyttes fuldt ud. Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at for så vidt angår patienter inden for det skizofrene spektrum samt andre patienter, hvor funktionsniveauet vurderes svært nedsat, anses udeblivelser som en del af symptomatologien, og behandlingen afsluttes derfor ikke. Det samme gælder for patienter, hvor der vurderes risiko for selvmord. En afslutning sker således altid på baggrund af en konkret, lægefaglig vurdering.

For den gruppe af patienter, der er svært syge, arbejdes der intensivt på vedvarende at kontakte og fastholde patienterne i behandlingsforløb.

#### Initiativer til at nedbringe udeblivelser:

Som støtte til at huske en samtale aftales det med patienterne, om de ønsker en påmindelse via:

- NemSMS
- Almindelig sms
- Telefonopkald

Ved udeblivelse fra en samtale bliver patienterne typisk kontaktet af kontaktpersonen/behandleren for at spørge til årsagen til udeblivelsen.

Ved forløbsstart (fx et gruppeforløb) gennemgås ambulatoriets aftaler om ubegrundede udeblivelse sammen med patienterne. Herunder beskrives, at forløbet kan afsluttes før planlagt, hvis patienten udebliver uden begrundelse. Dette har været anvendt i en årrække på flere ambulatorier.

#### Region Sjælland

Generelt skal det bemærkes, at afdelingerne er meget opmærksomme på at fastholde kontakten til patienterne så længe det fagligt vurderes nødvendigt og muligt. Heri indgår bl.a. en vurdering af patientens tilstand, en objektiv vurdering af patientens behandlings- og plejemæssige behov samt patientens egne ønsker og behov.

Der er nogen variation i den faktiske håndtering afhængig af patientkategori, aldersgruppe, afsnitstype etc. Som eksempler på afdelingernes konkrete håndtering kan nævnes:

### *Udeblivelser*

Patienten kontaktes telefonisk og/eller skriftligt med henblik på at undersøge baggrunden for udeblivelsen. Ved gentagne udeblivelser vil afslutning blive overvejet ud fra en konkret vurdering. Underretning til kommunen vil ligeledes blive overvejet ud fra den i henvisningen beskrevne problematik.

Med hensyn til patienter til selvmordsforebyggelse er der tæt kontakt fra første dag, bl.a. via telefon. Udeblivelser vil medføre telefonisk kontakt. Skønnes der ikke at være akut fare, dvs. psykose eller suicidalitet, vil patienten blive indkaldt telefonisk eller pr. brev.

Udeblivelser fra psykiatrisk behandling vil ofte ud fra en sundhedsfaglig vurdering blive betragtet som et symptom eller recidiv på sindslidelsen. Primærbehandlerne bliver ved med at motivere patienten til behandling enten ved hjemmebesøg eller ambulante samtaler. Der er sideløbende tæt samarbejde med de pårørende, interne og eksterne samarbejdspartnere f.eks. kommunerne ift. sundhedsaftalerne

Der er gode erfaringer med sms-påmindelse om kommende aftale, f.eks. dagen før og på selve dagen. Patienterne kan tilmelde sig sms-ordningen eller primærbehandlere påmindelser selv via sms eller breve. Der anvendes også Skype/ Facetime.

Der kan være mulighed for at hente patienter i teambiler f.eks.. til forskellige undervisningsgrupper som psykoedukationsgrupper, socialfærdighedstræning, flerfamiliegruppe, dialektisk adfærdsterapi, kognitiv gruppe mfl.

### *Afslutninger*

Ved opnået rehabilitering og recovery afsluttes patienten til egen læge eller f.eks. socialpsykiatrien m.fl.

Ved manglende behandlingsalliance og compliance, og hvis alt er forsøgt, f.eks. netværksmøder med tværfaglige samarbejdspartnere og pårørendeinddragelse, og patienten fortsat ikke vil medvirke, kan afslutning være en realitet. Der sendes i givet fald epikrise til praktiserende læge, som derefter får overdraget behandlingsansvaret. Patienten kan altid genhenvises til Psykiatrien.



For meget komplekse og meget syge sindslidende mennesker kan muligheden for koordinationsplan/ udskrivningsaftaler samt koordinerende handleplan anvendes, hvis de juridiske kriterier er opfyldt.

### Region Syddanmark

I forbindelse med implementering af udrednings- og behandlingsretten er det præciseret, at patienter ikke kan afsluttes som følge af en udeblivelse, men kun som følge af en faglig, klinisk vurdering. Det er samtidig præciseret i psykiatrisygehusets "Fortolkningsnotat" vedr. udrednings- og behandlingsretten, at sygehuset har behandlingsansvaret for patienten fra henvisningen er modtaget.

Det er derfor ikke ydelsesregistrering/ aktivitetsstyring, som afgør, om en patient afsluttes ved udeblivelse. Der er i fastlæggelsen af måltallet for ambulante aktiviteter i Psykiatrien i Region Syddanmark taget højde for, at et forholdsvis stort antal patienter udebliver fra planlagte tider, for netop at sikre, at afdelingerne ikke "straffes" økonomisk for udeblivelser.

For sikre at meget syge patienter bliver tilbudt behandling, tager psykiatrisygehuset kontakt til henviser, f.eks. praktiserende læge, PPR m.fl., hvis patienterne udebliver fra den første samtale. Meget syge patienter, som er startet i behandling, men udebliver, kan ud fra en konkret vurdering inkluderes i psykiatrisygehusets opsøgende teams. Ved fastlæggelse af teamets måltal for besøg er der taget højde for, at et stort antal patienter udebliver på grund af deres sygdom.

### Region Midtjylland

Region Midtjylland har for at sikre en ensartet praksis i regionen udarbejdet en retningslinje for håndtering af patienter ved udeblivelser. Retningslinjen er rettet mod alle elektive patienter, som er eller skal i ambulante udredning eller i ambulante behandling. Undtaget herfra er:

- Retspsykiatriske patienter.
- Selvmordstruede patienter.
- Patienter i mobilteams og opsøgende teams.
- Patienter i medicinsk behandling fra regionspsykiatrien.
- Patienter med alvorlige spiseforstyrrelser, hvor der er mistanke om alvorlige somatiske komplikationer.

*Udeblivelse fra første samtale i udredning.*

Hvis en patient udebliver fra første samtale i en udredning uden at sende afbud, afsluttes patienten til henviser ved, at der sendes et korrespondancebrev/ brev til henviser og egen læge med den begrundelse, at patienten er udeblevet fra samtalen uden at sende afbud og derfor afsluttes. Herved gøres henviser opmærksom på, at den pågældende person ikke længere står på venteliste til behandlingspsykiatrien. Samtidig sendes et brev til patienten om afslutning på grund af udeblivelse uden at sende afbud og om, at patienten kan henvende sig til egen læge, hvis der igen bliver behov for et tilbud i behandlingspsykiatrien.

#### *Udeblivelse fra andre ambulante besøg.*

Hvis en patient to gange er udeblevet fra et aftalt ambulant besøg uden at sende afbud, kan patienten efter en lægefaglig vurdering afsluttes. Hvis patienten vurderes at være for eksempel selvmordstruet, overvejes en form for kontakt eller henvendelse til patienten direkte eller til henviser/ patientens egen læge med henblik på tilstrækkelig handling.

Hvis patienten har været i gang med udredning eller behandling og nu afsluttes, sendes en epikrise til egen læge med den begrundelse, at patienten er udeblevet fra samtaler uden at sende afbud. Hvis det er kommunen, der har henvist det barn/den unge, som er udeblevet, sendes brev til kommunen om, at patienten er udeblevet fra aftalte besøg uden at sende afbud og derfor afsluttes.

Herved oplyses henviser om, at den pågældende person ikke længere er i udredning eller behandling i behandlingspsykiatrien eller ikke længere står på venteliste til et tilbud i behandlingspsykiatrien. Samtidig sendes et brev til patienten om afslutning på grund af udeblivelse fra mindst 2 besøg uden at sende afbud og om, at patienten kan henvende sig til egen læge, hvis der igen bliver behov for et tilbud i behandlingspsykiatrien.

Hvis en patient under 18 år afsluttes på grund af udeblivelse, skal det endvidere vurderes, om den manglende udredning/behandling medfører, at barnets trivsel og udvikling er truet, således at der er indikation for at sende en underretning til socialforvaltningen.

Region Nordjylland

I Psykiatrien, Region Nordjylland sker der ikke systematisk afslutning af patienter på baggrund af udeblivelser. Der foretages en individuel vurdering, og der foretages opfølgning, hvor det er relevant.

### **Spørgsmål 223.**

*Vil ministeren redegøre for ydelsesregistreringen i psykiatrien, herunder for hvilke dele af ydelsesregistreringen, der er skabt af Folketinget, og hvilke dele der er skabt af regionerne?*

Danske Regioner har bedt regionerne om kun at oplyse eventuelle regionalt bestemte registreringer. Registreringskrav fastsat fra centralt hold rapporteres ikke.

Danske Regioner bemærker, at:

- Der er generelt få regionalt fastsatte registreringskrav.
- De regionalt fastsatte registreringskrav har typisk til formål at synliggøre en særlig prioriteret aktivitet.

### Region Hovedstaden

For at forbedre kapacitetsstyringen har Region Hovedstadens Psykiatri gjort det obligatorisk at registrere brugernavnet på de behandlere, der er involveret i leveringen af de enkelte ambulante ydelser. Dette giver ledelserne et mere præcist indblik i afsnittenes aktivitet og kapacitet, herunder evt. muligheder og udfordringer, som kan anvendes i den videre planlægning. Herudover muliggør det en mere databaseret dialog med medarbejderne om tilrettelæggelse og forbedringer af den konkrete drift. En datadrevet aktivitets- og kapacitetsstyring er afgørende for muligheden for at sikre overholdelse af patientrettigheder samt gode og sammenhængende patientforløb.

### Region Sjælland

Regionen har løbende oprettet lokale koder som markører for specielle aktiviteter, der periodevis kan være fokus på. Ét eksempel er OPUS-registreringen, som er ydelser foretaget af særligt ansat OPUS-personale ift. OPUS-patienter. Registreringen omfatter alene ambulante ydelsesregistrering, og således ikke ydelser foretaget på indlagte OPUS-patienter af OPUS-medarbejdere. Indberetningen sker til LPR.

Et andet eksempel er satspuljeprojektet 'Udgående specialiserede distriktsygeplejersker', hvor der var behov for at koble aktiviteten til projektet, således at ydelser foretaget af særligt ansat distriktssygeplejerske, kunne adskilles fra den øvrige obligatoriske registrering. Registreringen omfattede

alene ambulantly ydelsesregistrering, og således ikke ydelser foretaget på indlagte patienter af særlig ansat distriktssygeplejerske.

Side 12

### Region Syddanmark

Som en klar hovedregel søger Psykiatrien i Region Syddanmark at anvende de obligatoriske registreringer foreskrevet i fællesindholdet for patientregistrering, således at der ikke lokalt lægges yderligere registreringsopgaver ud i driften.

Der kan være enkelte undtagelser for hovedreglen. Som eksempel kan nævnes, at koden AAF22 (almindelig ambulantly besøg) fra 2015 ikke længere er obligatorisk, men fortsat anvendes i Region Syddanmark.

### Region Midtjylland

Region Midtjylland har ingen regionalt besluttede registreringer. Region Midtjylland deltager aktivt i det nationale organ omkring registrering i psykiatrien og forsøger via dette organ at påvirke registreringspraksis i psykiatrien på nationalt plan.

### Region Nordjylland

Psykiatrien, Region Nordjylland har udover de nationale krav til registrering suppleret med yderligere to registreringer af aktivitet i forbindelse med patient- og pårørendekontakt:

- Besøg ved socialrådgiver registres som ydelse uden besøg, også i de tilfælde hvor indholdet i kontakten ikke er omfattet af de områder, der er med i den obligatoriske registrering af ydelser uden besøg. Baggrunden herfor er, at regionen gerne vil synliggøre og anerkende en relevant og vigtig faggruppes arbejde i det kliniske arbejde. Da socialrådgivere ikke er sundhedsfagligt personale kan besøg hos socialrådgivere ikke registres som ambulante besøg jævnfør definitionerne af ambulante besøg i Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter.
- Psykoedukation til pårørende i grupper (individuel psykoedukation til pårørende registres under de obligatoriske koder for samtale med pårørende/forældre). Dette skyldes et lokalt ønske om at synliggøre pårørendearbejdet, som både kan foregå sammen med patienten og uden patientens deltagelse.

**Spørgsmål 224.**

*Vil ministeren kommentere hhv. notat og præsentation fra Dansk Sygeplejeråd vedr. ydelsesstyring i psykiatrien, jf. SUU alm. del – bilag 104, og vil ministeren særligt redegøre for, om ministeren er enig i de mulige løsninger, der bliver foreslået, og hvilke initiativer det i givet fald giver ministeren anledning til at tage samt hvornår ministeren planlægger at påbegynde disse initiativer?*

Danske Regioner skal helt overordnet anføre, at foreningen i efteråret 2014 satte gang i en proces, der har til formål at skabe et sundhedsvæsen, der i endnu højere grad har mennesket i centrum og sikrer gode patientoplevelser og sammenhængende patientforløb. Projektet går under navnet ”Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen”.

Frem mod foråret 2015 vil Danske Regioner og regionerne i samarbejde med blandt andre patienter, patientforeninger, medarbejdere i sundhedsvæsenet, medarbejderorganisationer, kommuner, eksperter og andre aktører hente input til en fælles vision og en konkret handleplan for et sundhedsvæsen, der har borgeren som omdrejningspunkt.

Hvordan sundhedsvæsenet konkret kan udvikles, så borgernes erfaringer, behov, ønsker og ressourcer i højere grad bliver inddraget i tilrettelæggelsen af sammenhængende patientforløb, skal i den kommende tid udforskes gennem en række delprojekter, der vil blive gennemført i samarbejde mellem regionerne og andre af sundhedsområdets væsentlige aktører, herunder forskellige organisationer.

”Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen”, rummer kimen til et egentligt paradigmeskifte i sundhedsvæsenet, og som led i en sådan større proces vil de eksisterende styringsmekanismer og pejlemærker blive både udfordret og ændret.

Statistik og nøgletal viser, at det regionale sundhedsvæsen er præget af høj faglig kvalitet og effektivitet. Men med afsæt i Danske Regioners ønske om at skabe et sundhedsvæsen, hvor borgeren er i centrum og fokus i højere grad er på at skabe gode patientoplevelser og sammenhængende patientforløb bliver der behov for, at styringen af sundhedsvæsenet i højere grad fokuserer på effekten af behandlingen fremfor f.eks. aktivitet. Danske Regioner er således åben overfor de forslag til styringsmål og pejlemærker, som DSR rubricerer som ”mulige løsninger”. Danske Regioner skal i den anled-

ning dels gøre opmærksom på, at det vil være nødvendigt med et ganske grundigt forarbejde, dels at DSR indgår den igangsatte proces for udviklingen af ”Borgernes sundhedsvæsen”.

Danske Regioner skal desuden gøre opmærksom på, at regionerne fra januar 2013 igangsatte en række pakkeforløb indenfor Psykiatrien netop med et kvalitetssigte. Pakkeforløbene skal medvirke til at give patienterne den samme gode kvalitet i alle fem regioner. Pakkernes fokus rækker langt videre end ydelser og indeholder f.eks. elementer som pårørendeinddragelse og kontakt med anden myndighed. Pakkeforløbene understøtter en tænkning på det samlede forløb snarere end på den enkelte ydelsesregistrering.

Danske Regioner mener også, at kvalitet handler om, at sikre, at mennesker med psykisk sygdom kan komme i behandling. Blandt kvalitetsparametrene må derfor fortsat være, at der er flow i patientstrømmen, og at patienten profiterer af behandlingen.

Derfor noterer Danske Regioner også med stor tilfredshed, at den gennemsnitlige ventetid fra henvisning til første besøg i oktober 2014 var 20 dage i børne- og ungdomspsykiatrien og 26 dage i voksenpsykiatrien. De tilsvarende tal i august 2012 var henholdsvis 51 og 45 dage. Tilsvarende viser tal fra venteinfo.dk, at alle regioner pr. 5. januar 2014 kan tilbyde udredning indenfor 8 uger jf. lovens krav. Regionerne arbejder målrettet på, at kunne tilbyde udredning indenfor 4 uger, når lovens krav skærpes hertil 1. september 2015.

Danske Regioner har bedt regionerne kommentere på Dansk Sygeplejeråds forslag til mulige løsninger jf. sidste planche i den i spørgsmålet omtalte præsentation. Regionernes input fremgår nedenfor.

#### Region Hovedstaden

Region Hovedstaden deler det synspunkt, at der i styringen af psykiatrien er behov for et øget fokus på effekten af behandlingen som supplement til, men ikke erstatning for, aktivitetsstyringen.

Region Hovedstadens Psykiatri har udviklet et ledelsesinformationssystem med centrale målinger af aktivitet, ventetider mv., som er tilgængeligt for alle medarbejdere, og desuden anvendes til løbende dialog mellem ledere og medarbejdere om status og forbedringsforslag.

#### Region Sjælland

Det vil efter Psykiatrien Region Sjællands vurdering være meget forenklet kun at betragte regionens styring som ydelsesstyret. De centrale styringsforudsætninger, som Psykiatrien stilles overfor, beskrives i den årlige driftsaftale mellem Region Sjælland og Psykiatrien. Driftsaftalen nedbrydes i en række decentrale driftsaftaler med psykiatriens afdelinger. Driftsaftalen indeholder en række mål af ydelsesmæssig karakter, ligesom aftalen indeholder en række målsætninger omkring kvalitet. Der er således ikke et entydigt fokus på ydelser, men på en balancering mellem ydelser/ økonomi/ produktivitet og kvalitet.

Lokalt i Region Sjælland arbejdes der med synlighed og tidstro datastyring, der har et langt bredere fokus end ydelser. Et eksempel er monitorering på medicineringsområdet, der sikrer fuld gennemsigtighed i forhold til polyfarmaci og anvendelsen af anti-psykotika. En monitorering, der understøtter høj kvalitet i behandlingen. Endvidere er tvang og nedbringelse af denne højt prioriteret og understøttes af en detaljeret dataopfølgning, som indgår i afdelingernes forbedringsmål.

#### Region Syddanmark

Psykiatrien i Region Syddanmark har eksplicit fokus på kvalitetsmål og -styring. F.eks. har regionen opsat kvalitetsmål for:

- Reduktion af tvangsforanstaltninger,
- Patienternes adgang til psykiatrien (30 dages udredningsret og behandlingsgaranti)
- Inddragelse af egen læge (entydige tidsfrister for, hvornår epikriser skal være afsendt).

Den optimale psykiatriske behandling er integreret med indsatsen i det somatiske sygehusvæsen. Derfor vil det være relevant at tænke psykiatrien ind i kvalitetsarbejdet i somatikken. Allerede i dag indgår somatikken i psykiatrisygehusets kvalitetsarbejde, f.eks. bliver alle psykiatriske patienter i Region Syddanmark screenet for KRAM, og der arbejdes målrettet med at reducere overdødeligheden blandt psykiatriske patienter. Overvejelserne om en fælles indsats indgår både i den daglige behandlingsindsats i klinikken, og i de forskningsprojekter, der igangsættes i regi af psykiatrisygehuset f.eks. Alkoholprojektet ved Psykiatrisk Afdeling Odense.

#### Region Midtjylland

Region Midtjylland har undersøgt, om der er sket en udvikling i forholdet mellem ydelser med besøg og ydelser uden besøg. Opgørelser viser, at for-

delingen mellem ydelser med besøg og ydelser uden besøg ikke har ændret sig mærkbart over de seneste 6 år.

Side 16

Region Midtjylland har de senere år (primært siden 2012) haft stor fokus på at øge antallet af ydelser. Dette er sket ved både en forøgelse af ydelser med besøg og ydelser uden besøg. DSR's konklusioner kan derfor ikke umiddelbart genfindes i Region Midtjyllands opgørelse.

### Region Nordjylland

Region finder det er væsentlig med fokus på såvel kvalitet som flow. Region Nordjylland bemærker samtidig, at der ikke findes entydige modeller for sammenhæng mellem pris, kvalitet og flow. Der vil være behov for en udvikling af modeller og en forandringsproces som fordrer, at ledelsen af de kliniske enheder er tydelig i forhold til såvel opgaver, aktivitet og kvalitet, hvis det skal sættes i en direkte sammenhæng med økonomi.

### **Spørgsmål 230.**

*Hvordan måler man i regionerne, om patienterne har gavn af indsatsen i ambulant psykiatri?*

Danske Regioner finder det vigtigt, at vurderingen af patientens gavn af behandlingen baseres på kriterier for god kvalitet som stipuleret i relevante kliniske retningslinjer. Derfor skal der i styringen af psykiatrien være fokus på effekten af behandlingen som supplement til, men ikke erstatning for, aktivitetsstyringen.

For det første er det vigtigt fortsat, at have effektmål, der inddrager forhold som antal unikke patienter i behandling, antal ydelser pr. behandlingsforløb, den tidsmæssige udstrækning af behandlingsforløb m.v.

For det andet indberetter regionerne til de nationale kvalitetsdatabaser, der følger udviklingen i behandling for patienter med hhv. skizofreni, depression og ADHD.

For det tredje gør regionerne brug af før- og eftermålinger af effekt i psykiatrien. Med henblik på systematisk vurdering af patientens gavn af behandlingen i den ambulante psykiatri anvendes såvel generelle (f.eks. Present State Examination (PSE), Global Assessment of Functioning (GAF), koncept for selvmordsrisikovurdering mv.) som mere sygdomsspecifikke ratingscales ved behandlingsstart og -afslutning. Disse supplerer behand-



lingsansvarlige læges øvrige kliniske vurderinger og danner samlet grundlag for stillingtagen til effekten af behandlingen.

Side 17

For det fjerde følges patienttilfredsheden gennem nationale undersøgelser. Undersøgelserne gennemføres med faste intervaller indenfor det landsdækkende koncept Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). LUP'en gennemføres blandt både stationære og ambulante patienter samt pårørende i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og retspsykiatrien. LUP psykiatri giver med lokale og praksisnære data et godt udgangspunkt for at kvalificere resultater og sammenhænge og dermed et godt grundlag for læring. Grundlæggende er LUP psykiatri derfor et godt værktøj i forbedringsarbejdet, og endnu mere når erfaringer og viden akkumuleres og anvendes på tværs af regionerne

For det femte er mulighederne for effektvurdering øget med indførelsen af pakkeforløb, idet pakkerne giver mulighed for at monitorere, dels hvor mange patienter, der behandles i regi af et pakkeforløb, dels om de pågældende patienter modtager alle elementer i pakken eller kun dele heraf.

I forlængelse af ovenstående eftersender Danske Regioner andet delbidrag til samrådet om den ambulante psykiatri (samrådsspørgsmål V).

Med venlig hilsen

Mikkel Lambach