

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Enhed: Sundhedsøkonomi
Sagsbeh.: SUMJABN
Sags nr.: 1406888
Dok. Nr.: 1660569
Dato: 06. marts 2015

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

**Samrådstale vedr. SUU alm. del samrådsspørgsmål V
(ambulant psykiatri)**

---oOo---

Tak for invitationen. Og tak for ordet.

Psykiatrien er højt prioriteret af regeringen. Danskere, der rammes af en psykisk lidelse, skal tilbydes en god, effektiv og hurtig udredning og behandling.

Regeringen har lige fra starten arbejdet for at ligestille psykiatrien med somatikken. Vi har givet mennesker med psykiske lidelser de samme patientrettigheder, som mennesker med fysiske sygdomme.

Regeringen har siden, vi tiltrådte særskilt prioriteret midler til psykiatrien i økonomiaftalen for 2013, med finanslovaftalen for 2014 og i alle satspuljeaftaler.

---oOo---

Hvordan bruger vi så de penge? Hvordan styrer vi, hvad der sker i psykiatrien?

Hvis vi starter med den statslige økonomiske styring af psykiatrien, så kan den bedst betegnes som rammestyring. Over 90 pct. af midlerne er ikke afhængige af den leverede aktivitet.

De sidste 10 pct. af finansieringen kommer via den kommunale medfinansiering. Den kommunale medfinansiering dækker hele det regionale sundhedsområde, og altså også psykiatrien. At andelen kun udgør 10 pct. af finansieringen giver et meget begrænset incitament til aktivitet og dermed ydelsesregistrering.

Der er til disse 10 pct. hverken et produktivets- eller meraktivitetskrav. For at få del i midlerne skal regionerne blot levere den samme aktivitet som i tidligere år. Eventuel mindre aktivitet vil derfor koste 10 pct. af finansieringen.

I somatikken er styring en helt anden, hvor der bl.a. er tilknyttet et statsligt produktivets- og meraktivitetskrav. Den samlede marginale finansiering udgør her 40 pct. af de marginale udgifter i somatikken. Det vil sige, hvis aktivitetsmålet ikke realiseres, så reduceres regionernes finansiering med 40 pct..

Satspuljemidler finansierer også en række initiativer i psykiatrien. I forbindelse med initiativerne er der ofte opstillet målsætninger, som skal sikre, at initiativet opfylder satspuljeparternes formål.

Til trods for forskellig styring mellem psykiatri og somatik vil der - som følge af regeringens fokus på lighed i sundhed - fra 1. september 2015 være de samme krav til udredningsret og udvidet frit sygehusvalg for psykiatri og somatik.

Det er derfor afgørende, at vi også følger psykiatrien tæt.

---oOo---

For psykiatrien er der – på samme måde som for somatikken - opstillet nationale krav for indberetning til Landspatientregisteret. Det vil sige, der for alle regioner skal indberettes en række oplysninger om patientens kontakt med sygehuset.

Og lad mig med det samme understrege, at psykiatri-registreringerne i Landspatientregisteret fra statslig side ikke kobles til økonomi. Som nævnt er hovedparten af midlerne til psykiatrien ikke afhængig af aktiviteten.

Registreringerne til Landspatientregisteret kan eksempelvis være:

- Hvor og hvornår patienten er blevet indlagt.
- Hvilke undersøgelser eller behandlinger der er udført (ambulant eller stationær).
- Hvilken diagnose patienten har.

I samrådsspørgsmålet er begrebet 'ydelser uden besøg' centralt. Det kan fx være situationer, hvor patienten ikke personligt er til stede. Eksempelvis ved en samtale med forældre eller pårørende. Det kan være en telefonkonsultation. Eller det kan være kontakt med en anden myndighed.

At der fra statslig side er krav til ydelsesregistrering, forhindrer ikke regioner eller sygehuse i at registrere flere oplysninger i de lokale registreringssystemer. Det er op til den enkelte region at vurdere, hvorvidt regionen har behov for flere oplysninger.

Det der indberettes til Landspatientregisteret spiller en rolle i arbejdet med kvalitetsudvikling.

For at forbedre kvaliteten er det en forudsætning, at vi har kendskab til, hvad - og hvor meget - der foregår i behandlingen. På den baggrund får vi fx viden om effekten af en behandling.

Det kræver også, at sundhedspersonalet bruger tid på registreringer, men selvfølgelig kun de nødvendige. Det kan for den enkelte sundhedsperson virke tidskrævende, men formålet er at sikre bedre behandling for borgerne.

Med andre ord er det kvaliteten af behandlingen, som er det afgørende. Psykiatriske patienter skal vide, at de får den bedste behandling, uanset om det er i Aalborg eller Aabenraa, de bliver behandlet.

Bent Hansen og Carl Holst skriver i en kronik i Kristeligt Dagblad fra den 6. januar i år: (og jeg citerer)

"(Det betyder også, at vi) skal måle på – og lade os måle på – det, der gavner patienten. Målinger kræver registreringer, og selvom registreringer kan være uglest, skal vi hele tiden holde os hensigten for øje: bedre behandling til borgerene." (Citat slut.)

... Bedre behandling til borgerne. Jeg er enig. Det er jo hele formålet. Og regionerne har allerede gjort et stort stykke arbejde for de psykiatriske patienter.

---oOo---

For at opsummere; staten har ikke krav til aktivitet eller andre styringsværktøjer. Det er den enkelte region, som selv vælger, hvordan psykiatrien bliver styret. Derfor varierer det også mellem regionerne.

Men fælles for regionerne, så har de alle taget initiativ til en ny styring af- og kulturændring i psykiatrien.

I Region Sjælland betyder det fx et stort fokus på ændringer i arbejdsgangene ved hjælp af fx LEAN ud i forbedrede arbejdsgange mv.

Region Sjælland har på den baggrund opnået forbedringer i de gennemsnitlige ventetider og øget kapacitetsudnyttelsen samtidig med, at personalets sygefravær fortsat er lavt og patienttilfredsheden er steget.

Jeg har selv haft lejlighed til at tale med Region Nordjylland om deres arbejde med styring af psykiatrien. Region Nordjylland har fra november 2013 til november 2014 reduceret ventetiden til behandling i børne- og ungepsykiatrien fra 88 dage til 22 dage.

Regionen fortalte, at deres primære tiltag er en kulturændring. De italesætter, at det er vigtigt at få patienterne ind og få behandlingen påbegyndt.

- Fx stiller de krav om, at hver psykiater dagligt skal have 4 ambulante besøg.
- Ledelsen følger 8 centrale indikatorer tæt, herunder bl.a. indlæggelser, ambulante besøg samt ydelser uden besøg.

Dermed ikke sagt, at fokus kun skal være på patientkontakter. Tværtimod skal fokus være på, at patienterne ikke bare står på venteliste og venter på behandling.

---oOo---

Generelt er der god grund til at være tilfreds med resultaterne i den regionale psykiatri. Ventetiderne er faldet markant:

- I august 2012 var ventetiden i gennemsnit 51 dage for børne- og ungdomspsykiatrien. De seneste tal (november 2014) viser en ventetid på 20 dage. Altså langt mere end en halvering.
- For voksenpsykiatrien var ventetiden i august 2012 45 dage. I november 2014 var den 27 dage.

De kraftige reduktioner er sket på lidt mere end to år. Regionerne, herunder personalet, fortjener stor ros for den indsats.

De korte ventetider er en kvalitet i sig selv for patienterne. Samtidig skaber en hurtig indsats bedre forudsætninger for, at symptomer ikke forværres. At den belastning familier kan opleve - som følge af psykisk sygdom - ikke bliver langvarig på grund af ventetid. At patienter kan bevare tilknytningen til arbejdsmarked eller uddannelse.

Kort sagt kan vi med de kortere ventetider til behandling i højere grad fastholde psykiatriske patienter så tæt på den hverdag, som de gerne hurtigst muligt skal tilbage til på fuld tid. Om det så er leg, skole eller arbejde.

Ventetiden er faldet, fordi aktiviteten i psykiatrien er steget. Via blandt andet ændringer af arbejdsgange, introduktion af pakkeforløb og lignende er mange flere kommet til dagligt i særligt den ambulante psykiatri.

Det har krævet dygtig ledelse, et fantastisk engageret personale og kulturændringer.

For at svare på samrådsspørgsmålet, har ministeriet også været i dialog med Danske Regioner. Danske Regioner skriver i deres bidrag bl.a.: (og jeg citerer):

"Danske Regioner anerkender, at der er tale om en stor omstilling af psykiatrien og den måde, dens medarbejdere arbejder på. Men omstillingen er nødvendig, og de nye patientrettigheder for mennesker med psykisk sygdom er kun reelle, såfremt regionerne også kan leve op til dem. Derfor er ligestilling af psykiatri og somatik ikke kun et spørgsmål om patientrettigheder og penge. Det handler også om måden, man styrer og tilrettelægger indsatsen ude på de enkelte hospitalsafdelinger." (Citat slut.)

Jeg er enig i, at ligestilling ikke kun handler om rettigheder. Det handler også om, den måde vi styrer sundhedsvæsenet på, så ligestilling både bliver en rettighed og en realitet.

Det stiller krav til sammenhængende patientforløb og patientflow i psykiatrien. Derfor har regionerne i fællesskab udarbejdet og indført pakkeforløb. I pakkeforløbene indgår fx pårørendesamtaler eller tid til koordination af indsatsen.

I LPR registreres både 'ydelse med besøg' og 'ydelse uden besøg.' Danske Regioner har i deres bidrag forklaret, at:

"Ydelse uden besøg prioriteres i alle regioner og indgår i beregningen af de aktivitetsbaserede dele af psykiatribudgetterne."

Jeg nævnte tidligere, at staten rammestyrer psykiatrien. Men regionerne har i varierende omfang lavet en vis aktivitetsstyring

i psykiatrien. Regionerne bestemmer selv, om de kobler aktiviteten til økonomien.

Danske Regioner anfører, at den aktivitetsbaserede styring og afregning kun vedrører en mindre del af de samlede psykiatribudgetter.

Ligeledes anfører Danske Regioner, at ydelser uden besøg udgør mellem 20 og 30 procent af den samlede ambulante aktivitet, og andelen er uændret i de senere år.

Ydelsesregistreringerne er blevet udpeget som årsag til at nogle patienter i psykiatrien bliver afsluttet. Jeg vil gerne slå fast, at al behandling i psykiatrien skal bero på et lægefagligt skøn i den konkrete situation. Det gælder naturligvis også i forhold til påbegyndelse og afslutning af den psykiatriske behandling.

Jeg kender af gode grunde ikke til alle patientforløb. Men hvis det skulle være sket, at en patient er blevet afsluttet som følge af ydelsesregistrering, så er det slet ikke det, der er meningen. Afslutning af patienter skal ske på baggrund af en konkret lægefaglig vurdering.

Danske Regioner har oplyst, at dette også er proceduren i psykiatrien. Altså, afslutning sker altid på baggrund af en konkret lægefaglig vurdering.

Danske Regioner oplyser også, at afslutning til egen læge/PPR altid sker med oplysning om, at patienten kan genhenvises.

---oOo---

Regionerne har altså taget en række tiltag for at styre psykiatrien. Men fra centralt hold har der også været

tilskyndelser til, at regionerne prioriterer psykiatrien – og styrer den.

Regeringen har indført udredningsretten, som senere i år bliver fuldt indfaset. Det betyder, at psykiatriske patienter har samme rettigheder som somatiske patienter. Det er historisk.

Derudover har regeringen i opfølgningen på Finanslovaftalen for 2014 nedsat en task force på psykiatriområdet, som skal følge og fremme udviklingen på psykiatriområdet. Særligt i forhold til nedbringelse og forebyggelse af tvang. Men også i forhold til regeringens handlingsplan, vores fælles satspuljeaftale på 2,2 mia. kr. og i forhold til løsning af identificerede udfordringer i psykiatrien.

Task forcen giver regionerne en unik mulighed for at videndele, inspirere og sprede bedste praksis til hinanden. Samtidigt kan Sundhedsstyrelsen komme med sundhedsfaglige input til regionernes arbejde.

Det er af stor betydning for mig, at task forcen indgår i opfølgningen på regionernes anvendelse af satspuljemidlerne, herunder:

- højere kvalitet for patienterne
- et mere sikkert arbejdsmiljø for medarbejderne
- bedre inddragelse af patienter og pårørende
- mere effektive arbejdsgange og klog anvendelse af ressourcerne i psykiatrien

Task forcen kan og skal understøtte dialogen og bidrage til at sprede de gode erfaringer.

Men der er stadig udfordringer i psykiatrien, som vi skal have løst.

Regeringen har lagt skinnerne mod formel lighed mellem somatik og psykiatri. Opgaven er derfor klar:

Næste stop er en opfølgning på at sikre en endnu bedre sammenhæng mellem kvalitet, aktivitet og økonomi, så psykiatriske patienter også oplever en reel ligestilling.

Det kræver viden om, hvad der foregår i psykiatrien for at kunne levere det. Dermed kommer vi heller ikke uden om ydelsesregistrering.

Men ikke ydelsesregistrering for registreringens skyld. Nej. Ydelsesregistrering for patientens skyld. Jo større viden vi har om aktiviteten på området, jo bedre kan vi vurdere, hvilke tiltag der har positiv effekt.

Psykiatrien skal nærme sig somatikken i højere grad, i forhold til den viden vi har om aktiviteten på området.

Jeg bilder mig ikke ind, at det bare sker ved en snup-tag-løsning. Der er brug for et sejt træk, hvor alle bidrager.

Jeg glæder mig derfor også over, at Danske Regioner i deres kronik har tilkendegivet, at de glæder sig til at udvikle psykiatrien yderligere i en fortsat dialog med lands- og lokalpolitikere.

Tak for ordet.