Opgaveløsning, organisering og kapacitet i psykiatrien

Hovedresultater



Maya Flensborg Jensen, Iben Emilie Christensen, Oliver Harnung Scholten, Rikke Ulka, Siri Tribler og Jakob Trane Ibsen

VIVE

Hovedresultater

En stor del af danskerne lever med en psykiatrisk lidelse, enten ved at de selv har en lidelse, eller at en pårørende eller nær person har det. Mennesker med en psykiatrisk lidelse kan modtage hjælp, støtte og behandling fra en række offentlige instanser. Regionerne har det primære ansvar for psykiatrisk behandling på sygehuse. Kommunerne tilbyder indsatser i socialpsykiatrien, såsom socialpædagogisk støtte i eget hjem eller i botilbud. Dertil kommer en række indsatser og tilbud i civilsamfundet. Der har i de seneste år været politisk debat både om, hvorvidt den samlede mængde hjælp og støtte er tilstrækkelig, og hvorvidt de forskellige støtteformer og indsatser er organiseret på den mest hensigtsmæssige måde.

Regeringen har afsat 3,2 mia. kr. ekstra frem mod 2030 til en væsentlig prioritering af psykiatriområdet på tværs af sektorer. Midlerne kommer oven i de midler, der allerede er afsat, således at der fra 2020 til 2030 samlet set vil blive afsat 4,3 mia. kr. yderligere årligt til psykiatriområdet. Det er en anledning til at se nærmere på, hvordan man opnår den mest hensigtsmæssige udnyttelse af kapacitet og ressourcer i forskellige dele af systemet. Derfor har Indenrigs- og Sundhedsministeriet bedt VIVE og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, PS! om at gennemføre denne undersøgelse.

Undersøgelsens formål:

- **At redegøre for, hvordan opgaveløsningen i behandlingspsykiatrien og på tværs af behandlingspsykiatrien varetages**

  Redegørelsen består i en kortlægning, der fokuserer på ambulante enheder og åbne sengeafsnit i de fem regioner. Vi ser på den formelle organisering af arbejdet i disse afdelinger og samarbejdet på tværs af disse enheder og socialpsykiatrien.

- **At analysere årsager og drivkræfter, der fører til uhensigtsmæssigheder i behandlingsforløb, fx manglende tilgængelighed af rette tilbud, sammenhæng i tilbud og rette kapacitet**

  Analyserne baseres på opgaveløsning på tværs af regioner, og vi inddrager i hovedsagen to perspektiver. For det første ser vi på uhensigtsmæssigheder i bestemte typer af behandlingsforløb på udvalgte afdelinger gennem en patientinventering. For hvert patientforløb belyser vi ved hjælp af de fagprofessionelle på afdelingen, der varetager en igangværende behandling af en gruppe patienter, hvorvidt patienterne, der er indlagt på en bestemt dag, kan siges at være på rette sted, eller om der kan siges at være et spild af ressourcer, set fra de fagprofessionelles synspunkt. For det andet ser vi på uhensigtsmæssigheder i forløb set fra fagprofessionelle i socialpsykiatrien. Deres erfaringer er afdæk-

ket gennem enkeltinterviews eller gruppeinterviews, hvor de fagprofessionelle her – socialpædagoger, socialrådgiver med flere – ser på tværs af forskellige borgeres forløb imellem social- og behandlingspsykiatri.

For både behandlingspsykiatri og socialpsykiatri har vi også belyst, hvad de fagprofessionelle mener, giver en hensigtsmæssig brug af ressourcer.

- **At afdække indsatsområder i behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og hos samarbejdspartnere, der kan give en mere effektiv opgaveløsning inden for de givne rammer**

  Formulering af indsatsområder bygger dels på analyserne af årsager og drivkræfter, dels på erfaringer og kvalitative vurderinger fra en ekspertgruppe på tværs af kommune, region og civilsamfund, der er indsamlet på en workshop som del af denne undersøgelse. Hvor analyser af årsager og drivkræfter fokuserer på at beskrive oplevelserne hos de forskellige typer af medarbejdere netop i forhold til deres opgaver, ansvar og syn på borgeren, så prøver vi i formuleringen af indsatsområder at sammenholde de forskellige perspektiver og vurdere dem i forhold til hinanden. Dermed gives en kvalitativ vurdering af indsatsernes potentiale.

Dataindsamlingen er gennemført i foråret 2024. Hovedresultater for analyserne gennemgås nedenfor.

Komplekse organisatoriske landskaber med store forskelle imellem regionerne

Vores kortlægning viser, at der er mange forskellige matrikler og samarbejdsflader knyttet til opgaveløsning på sygehusafdelingerne både internt i regionerne og imellem region og kommune.

Der er både forskelle og ligheder på sygehusafdelingerne internt i og imellem regionerne. I forhold til organisering, så er det typisk sådan, at sygehusafdelingerne i regionerne er inddelt efter en geografisk nøgle; de såkaldte 'optageområder', der dækker over et bestemt antal kommuner. Sygehusafdelingerne er organiseret sådan, at der til hver afdeling og optageområde typisk er tilknyttet et forskelligt antal matrikler eller enheder, dvs. typisk både døgnafsnit, ambulante enheder og/eller akutmodtagelser/skadestuer. Nogle af døgnafsnittene, akutmodtagelserne og skadestuerne kan være regionalt dækkende. Døgnafsnittene og de ambulante enheder består desuden ofte af flere opgave- og speciale specifikke matrikler og enheder.

I forhold til sygehusafdelingernes størrelse, antal, fordeling på matrikler og specialiseringsgrad er der store forskelle på tværs af og internt i regionerne. Kortlægningen heraf fremgår af bilag 1. Forskelle afspejler forskelle i befolkningssammensætning, økonomi, rekrutteringsgrundlag og geografi.

Øget specialisering i de behandlingspsykiatriske afdelinger og vækst i tværfaglige teams

De behandlingspsykiatriske enheders målgruppe- og funktionsbeskrivelser tyder på en øget specialisering i opgaveløsningen i behandlingspsykiatriens sygehusafdelinger. Både på døgnafsnit og i ambulante enheder ses en øget specialisering i forhold til varetagelsen af specifikke psykiatriske specialer, herunder særligt affektive lidelser samt psykoser og psykotiske lidelser. Enheder, der er specialiseret i disse lidelser, er lige så udbredte som enheder, der har en mere almen karakter. Det vil sige, at de varetager mere end tre psykiske lidelser eller tilstande i samme enhed.

På tværs af regioner finder vi døgnafsnit, der er specialiseret inden for særligt personlighedspsykiatri- og forstyrrelser, dobbeltdiagnoser, spiseforstyrrelser, ADHD, autisme, PTSD (posttraumatisk belastningsreaktion), selvskade, angst, obsessiv-kompulsiv tilstand, elektrokonvulsiv terapi (ECT) og tilpasningsreaktion.

De ambulante enheder er vanskeligere at danne sig et overblik over end sengeafsnittene. Vi finder, at den ambulante behandling består af en række enheder – klinikker, ambulatorier og teams – derudover de dominerende specialiseringer i affektive og psykotiske lidelser også rummer en lang række underspecialiseringer, som de oven for nævnte, i og på tværs af sygehusafdelinger.

Ud over specialiseringer på både sengeafsnit og ambulante enheder, finder vi en øget brug af forskellige tværfaglige teams. Teams adskiller sig ved enten at anvende en særlig metode (OPUS/F-ACT) eller ved være målrettet en særlig målgruppe (fx spiseforstyrrelse) og/eller funktion (opsøgende/akutteams). Målgruppen for disse teams er typisk borgere med komplekse problemstillinger, og altså ikke klare singulære tilstande såsom en affektiv eller psykotisk lidelse. En del af disse teams er finansieret via projektmidler og dermed mindre fast forankrede end de øvrige afdelinger og enheder. I forbindelse med implementering af forløbsbeskrivelser for mennesker med psykoselidelser prioriterer regionerne midler til udbredelse af ambulant, tværfaglig behandling af målgruppen, eksempelvis i form af OPUS. Dette er finansieret med 107 mio. kr. varigt (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024).

Mange samarbejdspartnere i socialpsykiatrien

De mange enheder i de behandlingspsykiatriske sygehusafdelinger varetager behandlingen af patienter, der er tilknyttet forskellige kommuner i den enkelte region. Hver kommune har sin 'egen' socialpsykiatri forstået på den måde, at der er store forskelle i leverandørstruktur, organiseringen af indgangene, typer af tilbud og de forskellige funktioner, socialpsykiatrien varetager i kommunerne. Leverandørstruktur handler om, hvorvidt en kommune overvejende bruger egne tilbud, andre kommuners tilbud, private tilbud eller regionale tilbud. Disse forskelle skyldes blandt andet forskellig historik i forhold til den amtslige opgavevaretagelse – fx om man overtog amtslige tilbud selv, eller nabokommunen gjorde det. Der er desuden forskelle i etableringsomkostninger af tilbud i forskellige dele af landet.

Myndighed er den enhed i kommunen, der vurderer borgerens behov for socialpsykiatrisk støtte og bevilger eller giver afslag på støtte. Udføreområdet består af medarbejdere, der udfører de forskellige indsatser og opgaver under socialpsykiatrien. Det kan både være kommunens egne medarbejdere, og det kan være leverandører fra private virksomheder eller almennyttige foreninger, der står for indsatser.

Betydeligt forbedringspotentiale på de undersøgte enheder i behandlingspsykiatrien

Vi har undersøgt kapacitetsudnyttelsen i et mindre udvalg af de behandlingsenheder, der indgår i kortlægningen – et sengeafsnit og en ambulant afdeling i hver region. Vi finder overordnet, at der i de ti besøgte enheder var et betydeligt spild eller uhensigtsmæssig anvendelse af ressourcer i enhederne.

Patientinventering i sengeafsnittene viser samlet, at 54 % af patienterne var i rette seng til rette tid, at 28 % var i rette seng, men med forlænget indlæggelsestid, og at 18 % af patienterne ikke var placeret i rette seng. Patienter, der ikke var blevet placeret i den rette seng, blev observeret i alle regioner. Af de 18 % (N = 18) placeret i forkert seng var 39 % af disse patienter placeret i forkert specialeafsnit, 39 % kunne være blevet behandlet ambulant, og 22 % var færdigmeldte, der afventende kommunale indsatser.

Patientinventeringen identificerede således, at de specialiserede afsnit, fx affektive afsnit, ikke nødvendigvis kun har patienter liggende svarende til deres målgruppe. Desuden finder patientinventeringen, at nogle patienter kunne være behandlet lavere på indsatstrappen, fx ambulant behandling i stedet for under indlæggelse, eller ved privatpraktiserende psykiater i stedet for i den ambulante behandlingspsykiatri.

Endelig peger inventeringen på patienter, der kunne have været udskrevet tidligere, hvis ikke de afventede kommunale tilbud.

Patientinventeringen i de fem ambulante enheder viser, at der i 77 % af de ambulante kontakter var tale om den rette patient, i rette forløb og til rette tid og uden identificeret spild. I 12 % af de ambulante kontakter blev der derimod registreret spild for ambulatoriet særligt grundet patientudeblivelser, og 10 % spild blev registret med indflydelse for både patienten og ambulatoriet. Patientinventeringen identificerer således, at patientudeblivelser og patientaflysninger udgør hovedparten af årsagen til manglende kapacitetsudnyttelse i den ambulante behandling.

Patienter med høj bio-psyko-social kompleksitet er i særlig risiko for uhensigtsmæssige og forlængede forløb

Uhensigtsmæssige forløb er i højere grad knyttet til patientens bio-psyko-sociale kompleksitet snarere end den specifikke psykiatriske diagnose. De mest sårbare patienter har et særligt behov for tværfaglige og tværsektorielle indsatser for at kunne gennemføre et virkningsfuldt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien.

En gruppe med høj bio-psyko-social kompleksitet, der træder særligt frem, er dobbeltdiagnosepatienter, altså mennesker, der har en psykiatrisk lidelse og samtidig et misbrug. For at de kan indgå i et ambulant tilbud om psykiatrisk udredning, skal de oftest være stoffri eller i stabil rusmiddelbehandling over en vis tid, så det er muligt at tage de nødvendige differentialdiagnostiske hensyn og stille rette diagnose uden indflydelse af effekterne ved rusmidlerne og en stofafhængighed. På grund af den høje kompleksitet og mangel på integrerede tilbud, der kan understøtte patienter – så de kan indgå i ambulant rusmiddelbehandling og udredningsforløb i behandlingspsykiatrien – bliver nogle patienter behandlet på et højere indsatsniveau.

Man kan ikke generalisere direkte fra patientinventeringen i de 10 enheder til andre enheder i de fem regioner. Vi kan ikke sige, at fordelingen af spildtyper på forskellige forløb vil være de samme og af samme omfang andre steder og på andre dage. Men patientinventeringen giver et godt fingerpeg om, hvad der særligt trækker ressourcer i behandlingspsykiatrien, og hvordan organiseringen og fordelingen af ansvar kunne være mere hensigtsmæssig, set fra medarbejdernes synspunkt i behandlingspsykiatrien.

Flere drivkræfter og årsager til uhensigtsmæssig drift og spild set fra behandlingspsykiatrien

Vi finder syv drivkræfter og årsager til uhensigtsmæssigheder og spild set fra behandlingspsykiatrien. Særligt fremhæves:

- At medarbejdere i behandlingspsykiatrien oplever, at det er vanskeligt at have faste samarbejdsstrukturer og arbejdsgange på tværs
- At rekrutteringsproblemer medfører flaskehalse både internt og eksternt
- At der mangler klare aftaler og arbejdsgange eller implementering af disse.

Oplevelse af usammenhængende forløb og uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse set fra fagprofessionelle i socialpsykiatrien

Hvordan ser patienternes forløb – og hensigtsmæssighed i organisering og kapacitet – så ud fra socialpsykiatrien? Vi finder, at de fagprofessionelle i socialpsykiatrien peger på mange af de samme forhold og faktorer omkring uhensigtsmæssige forløb og uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse:

- Mange samarbejdspartnere i psykiatrien og en uklar og uhensigtsmæssig ansvars- og arbejdsdeling omkring visitation til udredning og behandlingsforløb kan medføre forsinkelse og uklarhed, som kan risikere at forværre borgerens situation og symptombillede. For eksempel oplever botilbudsmedarbejdere, at kravet om, at almen praksis skal inddrages i forbindelse med planlagte indlæggelser, kan medføre forsinkelse og uklarhed for borgeren og give en forværring af en situation.
- Uklar ansvars- og arbejdsdeling omkring udskrivelse kan medføre, at borgeren ikke får den rette socialpsykiatriske indsats til rette tid.
- Begrænset kapacitet på behandlingstilbud medfører lange, svære og ressourcekrævende forløb i socialpsykiatri og andre steder; fx hjemløseenheder og kriminalforsorg.

Fem indsatsområder på tværs

På tværs af de interviewede i behandlingspsykiatri og socialpsykiatri er der en vurdering, der går igen, om, at den begrænsede kapacitet flere steder i systemet i sig selv medvirker til en uhensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne samlet set. De

interviewede peger også på en række erfaringer, hvor man er lykkedes med at få samarbejdet til at virke godt for borgerne, så man oplever, at ressourcerne bruges hensigtsmæssigt. Analyserne af årsager og drivkræfter peger sammen med ekspertgruppens workshop på indsatsområder på forskellige niveauer, der kan give en mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne.

Vi har samlet de forskellige forslag og vurderinger i fem typer indsatsområder.

- Indsatser, der styrker kapaciteten inden for de forskellige afdelinger
- Indsatser omkring samarbejdsaftaler og -fora, der ikke kræver ny ressourcetilførsel
- Indsatser omkring nye tilbud eller anden fordeling af ansvar, der ikke kræver ændret lovgivning, men kan kræve omfordeling af økonomi eller organisering
- Ændringer i incitamentsstrukturer eller organisatoriske strukturer
- Indsatser omkring ansvars- og opgavefordeling, der kræver lovændring, fx i udmøntning af rettigheder og tildeling af beføjelser.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er baseret på forskellige typer data og bygger på:

- Desk research på regionernes hjemmesider. En afgrænset undersøgelse af organiseringen af behandlingspsykiatrien i alle fem regioner. Suppleret med formelle og uformelle interviews med personer i centraladministrationen i de fem regioner.
- Patientinventering og interviews gennemført på ét sengeafsnit og én ambulant enhed i hver af de fem regioner. Patientinventering er en auditmetode, der giver et øjebliksbillede af en klinisk enhed på en given dag. Patientinventeringen er blevet suppleret med interviews med de medarbejdere, der deltog ved patientinventeringen. Yderligere blev der fremsendt et baggrundsskema til afsnittet/enheden.
- Interview med 16 personer tilknyttet socialpsykiatrien i fire forskellige kommuner (placeret i to forskellige regioner). Samlet er de 16 personer rekrutteret, således at de repræsenterer myndighedsområdet, de forbyggende indsatser (§ 82), støtten i eget hjem (§ 85) og botilbudsområdet (§ 107, § 108).

En bred gruppe af eksperter på området har bidraget med input til de foreløbige resultater af vidensafdækningen. En mindre gruppe af disse eksperter har desuden kommenteret på de identificerede indsatsområder.

Hovedresultater: Opgaveløsning, organisering og kapacitet i psykiatrien
VIVE/2025
HR_302846