Opgaveløsning, organisering og kapacitet i psykiatrien



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

VIVE

Opgaveløsning, organisering og kapacitet i psykiatrien

© VIVE, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og forfatterne, 2025
e-ISBN: 978-87-7582-387-1
Projekt: 302846
Finansiering: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

VIVE
Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.

Forord

Regeringen har afsat 3,2 milliarder kroner 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 milliarder kroner yderligere årligt til psykiatriområdet. Det giver anledning til at se nærmere på, hvordan den eksisterende kapacitet og opgaveløsning kan udnyttes bedre, så ressourcerne anvendes bedst muligt.

Rapporten bidrager ved at: 1) samle viden om, hvordan dele af opgaveløsningen er organiseret i behandlings- og socialpsykiatrien på tværs af regioner, 2) undersøge om patienter på udvalgte psykiatriske afdelinger modtager rette behandling til rette tid, 3) indhente fagprofessionelles perspektiver på samarbejde og patientforløb i socialpsykiatrien, og 4) samle eksperters erfaringer fra kommune, region og civilsamfund om at styrke opgaveløsning og kapacitetsudnyttelse.

Rapporten er udarbejdet i samarbejde mellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed, PS! (ved Rikke Ulka og Siri Tribler) og VIVE (ved Maya Flensborg Jensen, Iben Emilie Christensen, Oliver Harnung Scholten og Jakob Trane Ibsen), med Maya Flensborg Jensen som projektleder. Vi takker kolleger, medarbejdere i regioner og kommuner, ekspertgruppen og to eksterne reviewere for input, sparring og gode råd. Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. God læselyst.

Sanne Schioldann Haase
Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

Indholdsfortegnelse

Hovedresultater			7
Afrapportering			14
1		Indledning	15
	1.1	Baggrund	15
	1.2	Undersøgelsens formål	16
	1.3	Undersøgelsens fokus og afgrænsning	18
	1.4	Fremgangsmåde	19
	1.5	Læsevejledning	24
2		Kortlægning: Organisering af opgaveløsningen	27
	2.1	Organisering af opgaveløsningen: Den regionale psykiatri	27
	2.2	Organiseringen af opgaveløsningen: socialpsykiatrien	39
	2.3	Opgaveløsning på tværs af regional og kommunal psykiatri	42
	2.4	Opsamling	46
3		Årsager til uhensigtsmæssige forløb: Perspektiver fra behandlingspsykiatrien	49
	3.1	Patientinventering fra de fem sengeafsnit	51
	3.2	Patientinventeringen i de fem ambulante enheder	54
	3.3	Drivkræfter og årsager til uhensigtsmæssige behandlingsforløb	57
	3.4	Indsatsområder i forhold til effektiv kapacitets- og ressourceudnyttelse	75
	3.5	Opsamling	81
4		Årsager til uhensigtsmæssige forløb: Perspektiver fra socialpsykiatrien	84
	4.1	Veje ind i behandlingspsykiatrien: henvendelse og indlæggelse	84
	4.1.1	Drivkraft: Vanskeligt for borgere og fagprofessionelle at finde den rette vej og det rette tilbud	85
	4.1.2	Drivkraft: Manglende anerkendelse af viden i forbindelse med henvendelse eller indlæggelse	86
	4.1.3	Drivkraft: Manglende kapacitet i akutmodtagelsen	88

4.1.4 Drivkraft: Manglende kapacitet og mulighed for at kende (nogle) borgere i almen praksis 89
4.1.5 Drivkraft: Borgere med komplekse tilstande og symptomer, der ikke passer ind 90
4.2 Udredning og behandling 91
4.2.1 Drivkraft: Tab af viden 91
4.2.2 Drivkraft: Mangel på faste procedurer og forpligtende samarbejdsstrukturer 92
4.3 Udskrivelse – borgerens vej ud af behandlingspsykiatrien 93
4.3.1 Drivkraft: Ikke-rettidig deling af viden 93
4.3.2 Drivkraft: Mangel på den rette viden 94
4.4 Tilpasning i organisering eller kapacitet for at opnå bedre ressourceudnyttelse 96
4.4.1 Drivkraft: Mangel på specialiserede kompetencer – enten i egne tilbud eller ved adgang til sparring 96
4.4.2 Drivkraft: Mangel på tilbud i behandlingspsykiatrien fører til uhensigtsmæssige indlæggelser og behandlingsforløb 96
4.4.3 Drivkraft: Mangel på tværgående tilbud 97
4.5 Opsamling 98

5 Indsatsområder og potentialer 101
5.1 A: Indsatser, der styrker kapaciteten inden for de forskellige afdelinger 103
5.2 B: Indsatser omkring samarbejdsaftaler og -fora, der ikke kræver ny ressourcetilførsel 105
5.3 C: Indsatser omkring nye tilbud eller anden fordeling af ansvar, der ikke kræver ændret lovgivning, men kan kræve omfordeling af økonomi eller organisering 108
5.4 D: Ændringer i organisatoriske strukturer eller incitamentsstrukturer 111
5.5 E : Indsatser omkring ansvars- og opgavefordeling, der kræver lovændring 112
5.6 Opsamling 113

Dokumentation 114

6 Metode 115

6.1 Mapping af organisatoriske enheder: dokumentanalyse og samtaler med regionerne 115
6.2 Interview i optagekommunerne 121
6.3 Ekspertworkshop 124
6.4 Metodebeskrivelse for patientinventering 125

Litteratur 131

Bilag 1 Mapping af de fem regioner 137
Mapping af Region Hovedstaden 137
Mapping af Region Sjælland 139
Mapping af Region Midtjylland 141
Mapping af Region Nordjylland 143
Mapping af Region Syddanmark 145

Bilag 2 Auditeringsskema sengeafsnit 149

Bilag 3 Auditeringsskema ambulatorium 150

Bilag 4 Baggrundsskema 151

Bilag 5 Oversigt over auditerede enheder 153

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.

Afrapportering

1 Indledning

1.1 Baggrund

Mange mennesker i Danmark oplever enten som enkeltpersoner eller som pårørende virkninger af psykiske lidelser. Et nyere dansk studie viser således, at 82 % af den danske befolkning på et tidspunkt i deres liv vil modtage behandling for psykisk sygdom gennem sygehuset, receptpligtige psykofarmaka udskrevet af læge eller begge dele (Kessing et al., 2023). Psykiske lidelser er derfor folkesygdomme på linje med forskellige somatiske sygdomme (Mors & Nordentoft, 2016, s. 16). I sammenligning med andre almindeligt forekommende folkesygdomme er psykiske lidelser desuden forbundet med meget store samfundsmæssige udgifter (op.cit., s. 17).

Nogle mennesker oplever relativt kortvarige forløb, hvorefter de kommer sig helt. For andre er der tale om langvarige lidelser, som har store konsekvenser for den syge og for familien (ibid.). Det har konsekvenser for det liv, de lever, og konsekvenser for, hvor længe de lever. En undersøgelse fra Danske Regioner fra 2020 peger fx på, at der er en stor overdødelighed blandt personer, der starter i behandling i psykiatrien, sammenlignet med den øvrige befolkning over en tiårige periode – et mønster, der gør sig gældende for alle aldersgrupper mellem 19 og 64 år (Danske Regioner, 2020; Frandsen et al., 2022).

For det enkelte menneske med sindslidelse kan der være et stort behov for støtte fra omverdenen, men behovet kan variere meget over tid. Andre oplever løbende behov for indlæggelser, herunder akutte indlæggelser. Andre igen bor i eget hjem, i nogle tilfælde med bostøtte, men kan også have behov for yderligere støtte eller behandling i perioder med kriser. Atter andre benytter indimellem forskellige rådgivningstilbud eller peer-tilbud, enten i en kommune eller en ikke-statslig organisation.

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. Det Faglige oplæg til en tiårsplan for psykiatrien pegede fx både på behov for at øge mængden og tilgængeligheden af behandlings- og støttetilbud til mennesker med psykiatriske lidelser, og på områder, hvor kapaciteten i de forskellige instanser ikke blev udnyttet optimalt – hvor utilstrækkeligt samarbejde medfører afbrudte og usammenhængende forløb.

Regeringen har afsat 3,2 milliarder kroner 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 milliarder kroner yderligere årligt til psykiatriområdet (Regeringen, 2022; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023b). 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 PS! om at gennemføre denne undersøgelse.

1.2 Undersøgelsens formål

Undersøgelsen bygger videre på eksisterende viden, der er sammenfattet i det Faglige oplæg til en tiårsplan, og på anden nyere forskning, der har identificeret en række udfordringer i forhold til kapacitetssammensætningen, organiseringen og ressourceudnyttelsen af forskellige enheder i systemet. Den forhåndenværende viden er opbygget over en årrække, så nogle forhold kan have ændret sig. Nogle udfordringer kan have ændret karakter eller omfang. Desuden kan udfordringerne, der er identificeret, se forskellige ud i forskellige dele af landet.

Der er derfor behov for et aktuelt, tværgående perspektiv på udfordringer i behandlingspsykiatrien og mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri.

Denne undersøgelse har da tre formål. Det første formål er redegørende: Hvordan ser opgavevaretagelsen overordnet ud? Det andet formål er analyserende: Hvilke årsager og drivkræfter medvirker til uhensigtsmæssig opgaveløsning? Det tredje formål er både analytisk og vurderende: at pege på mulige indsatsområder, der kan bidrage til en mere hensigtsmæssig opgaveløsning.

De tre formål og tilhørende underspørgsmål er da:

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

   Hvordan er de enheder, der indgår i behandlingspsykiatrien i de fem regioner sammensat, herunder de opgaver, der indgår i den ambulante behandling og på åbne sengeafsnit?

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

Herunder ses på:

Behandlingspsykiatrien

- Får patienterne den rette behandling på rette tidspunkt og rette sted i udvalgte enheder?
- Hvilke årsager og drivkræfter til uhensigtsmæssig organisering og kapacitetsudnyttelse kan identificeres i forhold til forskellige samarbejdsflader?
- Hvilke erfaringer eller tiltag, der styrker kapacitetsudnyttelsen, kan der peges på fra udvalgte dele af behandlingspsykiatrien?

Socialpsykiatrien

- Hvilke årsager og drivkræfter kan der identificeres i forhold til forskellige dele af en borgers forløb i relation til behandlingspsykiatrien (indskrivning, behandlingsforløb og udskrivning)?
- Hvilke erfaringer eller tiltag, der styrker kapacitetsudnyttelsen, kan der peges på fra udvalgte dele af socialpsykiatrien?

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

   Hvilke indsatsområder kan der identificeres, der kan forbedre ressourceudnyttelsen? Hvilke konsekvenser på tværs af områder og aktører kan der forventes i forhold til borgernes forløb, opgavevaretagelsen og ressourceforbruget til at løfte opgaverne? Hvilke forudsætninger og opmærksomhedspunkter knytter sig til indsatsområderne?

Parallelt med denne undersøgelse har VIVE for Social- og Boligstyrelsen udarbejdet en styringsgennemgang af socialpsykiatrien, der belyser strukturelle elementer i styringen af socialpsykiatri og samarbejdet mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. De to undersøgelser supplerer hinanden på to måder. For det første sker det i forhold til emne og materiale, hvor nærværende undersøgelse ser "fra behandlingspsykiatrien og ud mod socialpsykiatrien", mens styringsgennemgangen ser "fra socialpsykiatrien og ud mod behandlingspsykiatrien". For det andet sker det i forhold til fremgangsmåde, hvor nærværende undersøgelse tager udgangspunkt i konkrete patientforløb og fagprofessionelles erfaringer og vurderinger, mens styringsgennemgangen tager udgangspunkt i strukturelle forhold samt fordele og ulemper, primært set fra strategiske og faglige ledere samt fra andre nationale aktører. Der er dog også overlap i temaer, erfaringer og vurderinger, og vi har i denne undersøgelse forsøgt at trække på fund fra styringsgennemgangen, hvor det er relevant.

1.3 Undersøgelsens fokus og afgrænsning

Det samlede system af støtteforanstaltninger dækker som nævnt over en række instanser, herunder behandlingspsykiatri, socialpsykiatri, praktiserende læger (almen praksis og privatpraktiserende psykiatere) samt civilsamfund.

Denne undersøgelse fokuserer, som det fremgår af formålsbeskrivelsen, på nogle væsentlige dele af disse støtteforanstaltninger: behandlingspsykiatrien – herunder udvalgte dele – og socialpsykiatrien, samt på samarbejder imellem disse. Og vi fokuserer på fagprofessionelles perspektiver i forhold til deres egen opgaveløsning med samarbejdspartnere.

Styrken ved dette fokus er, at vi får nogle fagprofessionelles perspektiver på deres respektive funktioner og samarbejder, primært med hinanden. Som vi vil se, er der nogle områder, som de har samme syn på, men andre, hvor de ikke ser udfordringer eller indsatsområder på samme måde. Det er nyttigt at koble disse forskellige synsvinkler i formulering af indsatsområder.

Vores fokus indebærer i sagens natur også væsentlige afgrænsninger. Der er fire, der er nødvendige at fremhæve her:

1. **Andre offentlige aktører**

   Der er nogle offentlige eller offentligt finansierede aktører, der har væsentlige opgaver og ansvar i forhold til mennesker med psykiatrisk lidelse. Det gælder de alment praktiserende læger og de privatpraktiserede psykiatere. Og det gælder andre kommunale enheder end socialpsykiatrien, herunder hjemløseenheder og jobcentre. De aktører, vi har inddraget, forholder sig i nogen grad til koblingen mellem deres egen funktion og andre offentlige aktører, som almen praksis. Men vi har ikke belyst, hvordan de samme opgaver, og den hensigtsmæssige løsning af dem, ser ud fra de andre aktører selv.

2. **Civilsamfund**

   Vi har i udgangspunktet ikke belyst perspektiver fra civilsamfundsorganisationer, der også løser store opgaver for mennesker med psykiatriske lidelser. De giver råd, støtte og netværk, og de leverer bosteder og fleksible pladser mv. I rapporten belyser vi ikke disses egne perspektiver i detaljen, og de indgår ikke i vores kortlægning. Vi har dog fået perspektiver og vurderinger fra en ekspertgruppe, hvori der indgår enkelte aktører fra almennyttige foreninger i civilsamfundet i forhold til vores besvarelse af undersøgelsens tredje formål – formulering af indsatsområder.

3. **Borgerne selv**

   Vores fokus er på tværs af flere borgeres forløb – om de systemer, vi har indrettet, i de fleste tilfælde giver gode og rimeligt sammenhængende forløb for de ressourcer, der er sat af. Derfor fokuserer vi på fagprofessionelles vurdering af de mennesker, de hjælper, inden for den ramme, de har. Det giver så en begrænsning i forhold til borgernes perspektiver. Det kan fx være om borgeren har samme syn på om man er "på rette sted", og om borgeren ville føle sig bedre hjulpet på anden vis. Borgerperspektiver kan også bidrage til en vurdering af ressourcetræk og omkostninger ved borgernes samlede forløb. Hvad er virkningen af forskellige typer af støtte, behandling og samarbejder på borgerens tilstand og mulighed for leve bedre med en psykiatrisk lidelse eller bedre at komme sig?

4. **Udvalgte enheder og samarbejder i behandlings- og socialpsykiatri**

   Inden for de ovennævnte afgrænsninger er vi også nødt til at begrænse dataindsamlingen i forhold til de forskellige spørgsmål. Vi foretager da ikke en kortlægning af samtlige enheder under behandlingspsykiatrien, men dog af et væsentligt udsnit. Det er nødvendigt med denne afgrænsning for også at kunne at belyse årsager og drivkræfter i forhold til bestemte samarbejder. Hertil kommer, at vores analyser i forhold til formål 2 og 3 bygger på viden fra udvalgte regioner og kommuner. Det skriver vi mere om under fremgangsmåde.

1.4 Fremgangsmåde

Vi har søgt svar på de tre sæt af spørgsmål i Afsnit 1.2 med fire forskellige analyser sammenfattet i oversigten nedenfor.

Tabel 1.1 Fire analysetyper i undersøgelsen

Analyse	Formål	Underspørgsmål	Fremgangsmåde og datakilder
Kortlægning	At redegøre for, hvordan opgaveløsningen i behandlingspsykiatrien og på tværs af behandlingspsykiatrien varetages	Hvordan er de enheder, der indgår i behandlingspsykiatrien i de fem regioner, sammensat, herunder de opgaver, der indgår i den ambulante behandling og på åbne sengeafsnit? Hvordan er opgaveløsningen i socialpsykiatrien organiseret i to kommuner i to regioner?	Desk research. Data fra hjemmesider Telefoninterviews Interviews Desk research. Forskning i organisering af socialpsykiatri og samarbejde på tværs
Årsagsundersøgelse med afsæt i behandlingspsykiatrien	At analysere årsager og drivkræfter, der fører til uhensigtsmæssigheder i behandlingsforløb, fx manglende tilgængelighed af rette tilbud, sammenhæng i tilbud og rette kapacitet	Får patienterne den rette behandling på rette tidspunkt og rette sted i udvalgte enheder? Hvilke årsager og drivkræfter til uhensigtsmæssig organisering og kapacitetsudnyttelse kan der identificeres i forhold til forskellige samarbejdsflader? Hvilke erfaringer eller tiltag, der styrker kapacitetsudnyttelsen, kan der peges på fra udvalgte dele af behandlingspsykiatrien?	Patientinventering. Data inkluderer baggrundsskemaer om hver indlagt patient samt gruppediskussion med fagprofessionelle Patientinventering foretaget på 1 sengeafsnit og 1 ambulant enhed i hver af de fem regioner
Årsagsanalyse med afsæt i socialpsykiatrien	At analysere årsager og drivkræfter, der fører til uhensigtsmæssigheder i behandlingsforløb, fx manglende tilgængelighed af rette tilbud, sammenhæng i tilbud og rette kapacitet	Hvilke årsager og drivkræfter kan der identificeres i forhold til forskellige dele af en borgers forløb i relation til behandlingspsykiatrien (indskrivning, behandlingsforløb og udskrivning)? Hvilke erfaringer eller tiltag, der styrker kapacitetsudnyttelsen kan der peges på fra udvalgte dele af socialpsykiatrien? Hvor mangler der klar ansvars- og arbejdsfordeling, og klare forløbsgange og sammenhænge? Hvor og hvordan anvendes personaleressourcerne og kompetencer ikke optimalt?	Kvalitative interviews udført i 2 udvalgte kommunale enheder i 2 regioner (2 x 2 kommuner)
Indsatsanalyse	At afdække indsatsområder i behandlingspsykiatrien og hos samarbejdspartnere til behandlingspsykiatrien, der kan give en mere effektiv opgaveløsning inden for de givne rammer	Hvilke indsatsområder kan der identificeres, der kan forbedre ressourceudnyttelsen? Hvilke konsekvenser på tværs af områder og aktører kan der forventes i forhold til borgernes forløb, opgavevaretagelse og ressourceforbrug til at løfte opgaverne? Hvilke forudsætninger og opmærksomheds-punkter knytter sig til indsatsområderne?	Desk research Interviewdata Kvalificering via mail og webinar

Kilde: VIVE.

Kortlægning

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

Kortlægningen af den formelle organisering suppleres med redegørelse af organisering af socialpsykiatrien i udvalgte kommuner. Her lægges vægt på overordnede forhold, der vil gælde for de fleste kommuner, selvom der er visse elementer af organisering og indretning, der varierer mellem kommuner. I praksis varierer det fx meget, hvordan samarbejde mellem myndighed i socialpsykiatrien (dem, der bevilger støtte) og udfører (de enheder som står for at give støtte og hjælp til borgeren) er organiseret. Det varierer også meget, i hvilken grad en kommune bruger egne tilbud eller i højere grad køber forløb og botilbudspladser fra andre kommuner, fra regionen eller fra private aktører. Videre varierer det meget, hvordan tilbudsviften i en kommune er indrettet – hvor specialiseret og hvor helhedsorienteret en hjælp kan den enkelte kommune tilbyde? Vores beskrivelse forholder sig til generelle træk.

Årsagsanalyse af behandlingspsykiatrien: patientinventering

Årsagsanalysen af behandlingspsykiatrien baseres på opgaveløsning på to afdelinger – et sengeafsnit og en ambulant enhed – i hver af de fem regioner, altså på ti afdelinger i alt. På disse afdelinger er der foretaget en patientinventering.[1]

En patientinventering er et auditredskab, der undersøger kapacitets- og ressourceudnyttelse ved at afdække, om patienten befinder sig på det rette sted på det rette tidspunkt, med det rette forløb? Patientinventering giver et øjebliksbillede af en klinisk enhed på en given dag og bruges til at identificere flaskehalse, spild og forsinkelser i patientforløb. Med udgangspunkt i medarbejdernes synspunkter afdækkes de flaskehalse og barrierer, der kan opstå i patientforløb internt i behandlingspsykiatrien og i det tværgående samarbejde.

Metoden er eksplorativ og identificerer mønstre og tendenser, der kan forbedre patientforløb og ressourceudnyttelse. En detaljeret metodebeskrivelse findes i Kapitel 6.3 samt Bilag 3-6. En opsummering af metoden findes i Boks 1.1 nedenfor.

[1] Patientinventeringerne er gennemført af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i foråret 2024.

Boks 1.1 Hvad er patientinventering?

- Metoden er **eksplorativ og undersøger kapacitets- og ressourceudnyttelse** i behandlingspsykiatrien fra et systemisk perspektiv. Dette perspektiv ser på helheden i patientforløb og fokuserer på, hvordan ressourcer som personale, tid og kapacitet udnyttes inden for det eksisterende system.
- Formålet med metoden er at afdække, om den **rette patient befinder sig på det rette sted på det rette tidspunkt**. Dette indebærer en vurdering af, om patienten modtager den mest hensigtsmæssige behandling eller indsats i forhold til sit behov.
- Metoden identificerer **flaskehalse, spild og forsinkelser** i patientforløb. Dette kan omfatte alt fra unødige ventetider og indlæggelser til ineffektiv ressourceudnyttelse og kan afdække potentielle forbedringsområder, der kan optimere behandling, kapacitets- og ressourceudnyttelse samt reducere spild.
- Det er en **auditmetode***, der giver **et øjebliksbillede af kapacitetsudnyttelsen** ved at undersøge en given **stikprøve*** på et specifikt sted og tidspunkt. Denne metode sikrer, at resultaterne er målrettede og relevante i forhold til den kontekst, der undersøges, og giver samtidig en systematisk vurdering af kapaciteten.
- Analyseredskabet er udviklet og tilpasset baseret på Waste Identification Tool (Resar et al., 2011), som er designet til at identificere og reducere spild i processer. Dette værktøj er blevet justeret for at passe til psykiatriens kontekst og de særlige udfordringer, som findes her.
- Inventeringen er foretaget fra et **internt regionalt perspektiv** og på baggrund af det kliniske frontpersonales vurdering af spild og uhensigtsmæssigheder. Andre typer af medarbejdere kunne have set eller svaret anderledes. Holdninger og tolkninger er udtryk for **informanternes referenceramme og vidensgrundlag**.

Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Se desuden Resar et al., 2011.

Note: *Metode og stikprøve beskrives i metodeafsnittet, Kapitel 6.3.

Der ligger en naturlig begrænsning i, at de fagpersoner, vi har talt med, taler ud fra den virkelighed, de kender, og derfor måske overvejende har fokus på løsninger, de kender, set ud fra deres ansvarsområde og funktion. Konkret kan det betyde, at

deres vurderinger af, om en patient er på "rette sted", knytter sig til den gældende organisering. Det kan være vanskeligt at sige, om flere patienter fx kunne hjælpes ambulant, hvis kapaciteten var til det, og hvad den kapacitet hos samarbejdspartnere indebærer. Det er dog vigtigt at bemærke, at vurderinger fra enkelte fagpersoner er blevet drøftet på afdelingsniveau, hvor der er søgt en faglig konsensus, ud fra den samlede viden i gruppen om patienter og alternative muligheder for støtte og behandling. Derfor kan fagpersonerne i nogen grad sammenligne organisering og kapacitet der, hvor de er, med andre steder.

Årsagsanalyse: socialpsykiatri

Årsagsanalysen af socialpsykiatrien baseres på opgaveløsning i to kommuner i hver af to udvalgte regioner – altså i fire kommuner i alt. De fire kommunale socialpsykiatrier er udvalgt med henblik på at skabe en synergi med afdækningen af det regionale perspektiv i Kapitel 3. I hver af de to regioner blev der taget kontakt til kommuner, der var udvalgt, så de sammen kunne vise en vis spredning i forhold til indbyggertal og geografisk placering samt de fysiske rammer for samarbejde, dette medfører.

I hver kommune blev der søgt interviewet personer med forskellige funktioner (rådgiver fra myndighedsområdet, afdelingsleder fra forebyggende indsats, afdelingsleder fra bostøtte og afdelingsleder fra botilbudsområdet). I alt 16 personer har medvirket ved interviews a 1-2 timers varighed. Der er gennemført både enkeltinterviews og gruppeinterviews.

Ligesom for patientinventeringen er der en opmærksomhed på, at de fagprofessionelle her bliver bedt om at udtale sig ud fra eget perspektiv og egen nuværende funktion. Det er dog sådan, at vores interviewpersoner generelt har erfaring fra forskellige organisationer inden for socialpsykiatrien eller fra samme organisation over en årrække i forskellige konstellationer. De har nogen erfaring med andre typer af organisering.

De udvalgte regioner og kommuner fremstår med pseudonym i rapporten, ligesom enkelte fagprofessionelle ikke fremstår med navn. En mere detaljeret metodebeskrivelse kan findes i Kapitel 6.

Indsatsanalyse

Indsatsanalysen er baseret på en workshop med en ekspertgruppe, bestående af syv eksperter og fagpersoner, som har en central placering og bred indsigt i igangværende tiltag på området. På forhånd var ekspertgruppen orienteret om analysens formål om at formulere indsatser. Som rammesætning af diskussionen præsenterede projektgruppen fund fra kortlægning og årsagsanalyse. Projektgruppen sendte

efterfølgende en opsamling til ekspertgruppen, og nogle medlemmer af ekspertgruppen gav yderligere kommentarer og vurderinger på baggrund af opsamlingen. Afviklingen af ekspertworkshoppen er nærmere beskrevet i kapitel 6.3.

Dataindsamlingen

Dataindsamlingen for alle analyser er gennemført i foråret 2024. Der er dele af organiseringen, der i undersøgelsesperioden har været under forandring. Det er særligt væsentligt for vores kortlægning, der overvejende baserer sig på hjemmesider hos regionerne. Et eksempel på det er de særlige pladser i psykiatrien, som vi nævner flere gange i vores undersøgelse. Folketinget vedtog i 2023, at pladserne skal omlægges, men omlægningen har ikke været implementeret. Dels har regionsråd skullet træffe følgebeslutninger om organiseringen, dels har de administrative funktioner skullet føre disse beslutninger ud i livet. Vores kortlægning er derfor, i den forstand, ikke et fuldt aktuelt billede. Vores vurdering er dog, at det samlede organisatoriske landskab, som vi tegner, svarer godt til det, som de forskellige fagprofessionelle, borgere og pårørende navigerer i til daglig.

1.5 Læsevejledning



Analyserne er tilrettelagt, så de tilsammen svarer på de opstillede spørgsmål. Som anført, er der også en arbejdsdeling mellem analyserne, så den første analyse svarer på de mere redegørende spørgsmål, de to næste analyser svarer på mere forklarende spørgsmål – hvilke årsager og drivkræfter der virker hvordan, og den sidste analyse giver mere vurderende perspektiver.

Den interne struktur i hvert kapitel afspejler fokus, spørgsmål og analyseform i den pågældende analyse.

Kapitel 2 er således disponeret med et beskrivende afsnit til hver af tre felter: den regionale psykiatri, socialpsykiatrien og den tværgående opgaveløsning samt et opsamlingsafsnit.

Kapitel 3 er disponeret i henhold til analysetypen, patientinventering, hvor der bygges gradvist op til en årsagsanalyse. De første to afsnit giver derfor en præsentation af resultater for hver af de to typer afdeling, der er undersøgt. Herefter ses på tværs af sengeafsnit og ambulant enhed efter forskellige typer af årsager og drivkræfter til uhensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer og kapacitet, der er fremkommet i analysen. En tekstboks sammenfatter drivkræfter og årsager til spild. Desuden redegøres der, hvor det er muligt, for erfaringer og tiltag, der fra de fagprofessionelle i behandlingspsykiatrien kan fremme en bedre ressourceudnyttelse.

Kapitel 4 er struktureret i fire afsnit. Det første tre afsnit følger faser i et forløb imellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri: veje ind i behandlingspsykiatrien, udredning og behandling og udskrivning samt opfølgning. I relation til hver fase sammenfattes drivkræfter og årsager i en tekstboks. Desuden gives et afsnit, der sammenfatter de fagprofessionelles syn på forskellige tiltag, der kan give en bedre samlet ressourceudnyttelse. Det drejer sig om behov for tilbud, der går på tværs af service- og sundhedslov – tiltag, der styrker samarbejdet.

Kapitel 5 er struktureret ud fra de forskellige typer af indsatsområder, der er identificeret i analyse 3 og 4 eller er fremkommet i workshoppen med ekspertgruppen. Der er tale om indsatsområder med forskelligt sigte, forskellig skala og forskellige forudsætninger. Det har styret strukturen i kapitlet som vist i oversigten nedenfor.

I Kapitel 6 findes detaljeret beskrivelse af metode, og i bilag findes dokumentation for analysernes gennemførelse.

Den samlede disposition for rapporten, med kapitler og afsnit, findes på næste side.

Tabel 1.2 Disposition for rapporten

Afsnit	Afsnitstitel
2.1	Organisering af opgaveløsningen: den regionale psykiatri Praksissektoren: Almen praksis og praktiserende psykologer
2.2	Organiseringen af opgaveløsningen: socialpsykiatrien
2.3	Organisering af opgaveløsningen på tværs regional og kommunal psykiatri (indgange til behandlingspsykiatri for borgere, der modtager støtte i socialpsykiatrien)
2.4	Opsamling
3.1	Patientinventering fra de fem sengeafsnit
3.2	Patientinventeringen i de fem ambulante enheder
3.3	Drivkræfter og årsager til uhensigtsmæssige behandlingsforløb
3.4	Indsatsområder i forhold til effektiv kapacitets- og ressourceudnyttelse., set fra behandlingspsykiatrien
3.5	Opsamling
4.1	Veje ind i behandlingspsykiatrien: henvendelse og indlæggelse
4.2	Udredning og behandling
4.3	Udskrivelse – borgerens vej ud af behandlingspsykiatrien
4.4	Tilpasning i organisering eller kapacitet for at opnå bedre ressourceudnyttelse
4.5	Opsamling
5.1	Indsatser, der styrker kapaciteten inden for de forskellige afdelinger
5.2	Indsatser omkring samarbejdsaftaler og -fora, der ikke kræver ny ressourcetilførsel
5.3	Indsatser omkring nye tilbud eller anden fordeling af ansvar, der ikke kræver ændret lovgivning, men kan kræve omfordeling af økonomi eller organisering
5.4	Ændringer i incitamentsstrukturer eller organisatoriske strukturer
5.5	Indsatser omkring ansvars- og opgavefordeling, der kræver lovændring, fx vedrørende udmøntning af rettigheder og tildeling af beføjelser
5.6	Opsamling

2 Kortlægning: Organisering af opgaveløsningen

Formålet med dette kapitel er at give viden om, hvordan opgaveløsningen er organiseret i den regionale voksenpsykiatri (Afsnit 2.1), den kommunale socialpsykiatri (Afsnit 2.2) og i samarbejdet mellem regional voksenpsykiatri og kommunal socialpsykiatri (Afsnit 2.3). Sigtet med kapitlet er redegørende. I de indledende afsnit sammenfattes grundviden og definitioner fra relevante styrelser og udvalgt forskning. Herefter følger data og viden, som er indsamlet til denne undersøgelse.

Det ligger uden for rammerne af kortlægningen at beskrive alle de organisatoriske enheder, der indgår i hospitals- og distriktspsykiatrien. Vores afdækning omfatter udelukkende almen voksenpsykiatri og herunder behandlingen på de åbne ikke intensive sengeafsnit.

2.1 Organisering af opgaveløsningen: Den regionale psykiatri

2.1.1 Voksenpsykiatriens kerneopgaver og organiseringen af dem

Voksenpsykiatrien omfatter ifølge sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2023a) "forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser samt psykiske lidelser kombineret med misbrug hos voksne". Opgaverne omfatter både akut og planlagt (elektiv) diagnostik og behandling. Der skelnes mellem en række forskellige kerneopgaver i psykiatrien, som det fx fremgår af Sundhedsstyrelsens specialeplan (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Som vi vil se nedenfor, danner disse kerneopgaver udgangspunkt for dele af organiseringen på området. De forskellige typer fremgår af Boks 1.1, hvor der er angivet beskrivelser af nogle tilstande, der er indeholdt under den enkelte kerneopgave.

Boks 2.1 Kerneopgaver i psykiatrien

- Organiske psykiske sygdomme

  Omfatter forstyrrelser i den måde, vi tænker og føler på, samt vores adfærd. Et eksempel kan være en depressiv episode umiddelbart efter en blodprop i hjernen eller en mani efter behandling med prednisolon.[2]

- Misbrugsrelaterede psykiatriske sygdomme
- Skizofreni og andre psykoser
- Affektive sindslidelser. Kan være depressiv sindslidelse, bipolar affektiv sindslidelse og kronisk affektiv sindslidelse
- Angst- og tvangslidelser. Kan være angst for åbne pladser, social fobi, panikangst, generaliseret angst og obsessive-kompulsive tilstande (OCD).
- Somatoform lidelse (funktionel lidelse). Betegner kropslige symptomer, hvor somatiske forklaringer ikke kan påvises eller ikke står i forhold til de oplevede gener
- Belastnings- og tilpasningsreaktioner, herunder kriser
- Spiseforstyrrelser
- Personlighedsforstyrrelser
- Seksuelle afvigelser
- Psykiske sygdomme hos oligofrene (mennesker med udviklingshandicap)
- Psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser opstået i barndom eller ungdom

Kilde: Sundhedsstyrelsens specialeplan (Sundhedsstyrelsen, 2023a).

[2] I tillæg til specialeplan, se hertil opslag i Patienthåndbogen: Nielsen (2023a): Organiske psykiske lidelser, Nielsen (2023b): Angst, samt Region Hovedstaden (2021).

Kerneopgaverne varetages i tre centrale institutioner i den regionale psykiatri:

- Praksissektoren (alment praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger, herunder privatpraktiserende psykiatere)
- Hospitalspsykiatrien
- Ambulante psykiatriske enheder.

I denne rapport er fokus på hospitalspsykiatrien og de ambulante enheder, der udgør den mest specialiserede (og ofte mest indgribende) psykiatriske diagnostik og behandling. Disse to institutioner omtales ofte under samlebetegnelsen "behandlingspsykiatrien".

Indlæggelse og ambulant behandling

En væsentlig forskel på hospitalspsykiatrien og den ambulante behandling er, at man er indlagt på et sengeafsnit i hospitalspsykiatrien, mens man som hovedregel bor i sit eget hjem, når man modtager ambulant behandling. Det, der adskiller patienter, der er i ambulant behandling, fra patienter, der modtager behandling i praksissektoren (se Afsnit 2.1.2), er desuden, at de ofte beskrives som "patienter med behov for en tværfaglig indsats og eventuelt længerevarende forløb" (Sundhedsstyrelsen, 2023a).

Fællestræk og forskelle i organisering af behandlingspsykiatrien: sygehusafdelinger som grundstamme

Vi har gennemgået den formelle organisering af behandlingspsykiatrien ud fra hjemmesider. Vi finder, at sygehusafdelingerne er grundstammerne i organiseringen af behandlingspsykiatrien i alle regionerne. Det er disse afdelinger, der binder bestemte sengeafsnit og ambulante tilbud sammen inden for bestemte geografiske områder. Optageområdet for sengeafsnittene og de ambulante enheder i de enkelte afdelinger, kan dog både være afgrænset til en eller flere specifikke kommuner, hele regionen eller i få tilfælde hele nationen (se nærmere i Bilag 1). Vi finder både fællestræk og forskelle i organiseringen i de fem regioner:

- **Opdeling i sygehusafdelinger: variation i antal.** Afdelinger er opdelt i sygehusafdelinger, og de er typisk relateret til et specifikt geografisk område, fx "Midtjylland" eller et kommunenavn efter, hvor afdelingen er beliggende. Der er stor variation i antallet af enheder i regionerne. Region Nordjylland er inddelt i 2 afdelinger, Region Sjælland i 3 afdelinger, Region Syddanmark og Region Midtjylland i 6 afdelinger, og Region Hovedstaden i 8 afdelinger.

- **Underopdeling på enheder efter sengeafsnit, ambulante enheder og/eller akutmodtagelse/skadestue.** Der er store geografiske og regionale forskelle på afdelingernes størrelse, indsatser og enheder/matrikler.
- **Optageområder.** Alle afdelinger har et eller flere kommunale optageområder, og nogle afdelinger er regionalt dækkende. I enheder, der ikke er regionalt dækkende, kan antallet af kommunale optageområder variere fra 1 til 10 kommuner. Det vil sige, at sengeafsnittene og den eller de ambulante enheder i princippet skal samarbejde med op til 10 (eller alle) kommuner i regionen, der kan have forskellige og varierende indgange og tilbud.[3]

Grundlæggende afspejler den nuværende overordnede organisering af behandlingspsykiatrien i sygehusafdelingerne en geografisk snarere end en opgavespecifik specialisering og inddeling. Region Midtjylland udgør dog en undtagelse. Her har man inddelt Aarhus Universitetshospital (AUH) i to specialiserede afdelinger, en, der er specialiseret i psykoser og psykotiske tilstande, og en, der er specialiseret i angst og depression. Man skal derfor kigge ind i de enkelte sygehusafdelingers organisatoriske enheder og subspecialiseringer for at få indblik i, hvilke opgaver der varetages i og på tværs i regionerne, henholdsvis i hospitals- og distriktspsykiatrien.

2.1.2 Organisering af sengeafsnit i hospitalspsykiatrien

To hovedveje til sengeafsnittene

Mennesker med psykiske lidelser og med et behov for psykiatrisk udredning og en specialiseret tværfaglig behandlingsindsats henvises typisk gennem to hovedveje til sengeafsnittene – enten via praksissektoren eller via akutmodtagelserne.

Tre niveauer: hovedfunktion, regionsniveau, højt specialiseret niveau

Opgavevaretagelsen i sygehusbehandlingen på sengeafsnittende er overordnet rammesat af specialevejledningen. Specialevejledningen angiver, at sygehusbehandlingen kan foretages på forskellige niveauer. Hvis en påbegyndt udredning på hovedfunktionsniveauet giver begrundet mistanke om, at patientens sygdom skal varetages på regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau, henvises patienten til et sygehus, der er godkendt til det. Langt de fleste patienter behandles på det, der hedder "hovedfunktionsniveau", mens en mindre andel af patienter behandles på det der hedder "regions- eller specialfunktionsniveau". Specialevejledningen angiver med navns nævnelse, hvilke sygehuse, centre eller afdelinger der i hver enkelt region er godkendt til at varetage opgaver på regions- eller specialfunktionsniveau.

[3] Det kan kræve en del søgen på hjemmesiden og telefonisk kontakt med en afdeling at få viden om optageområde.

Omvendt er der bredere rammer for, hvordan den enkelte region vil sikre, at sygehusbehandlingen kan varetage kerneopgaverne på hovedfunktionsniveau. Det giver samlet rum til, at der inden for specialevejledningens rammer kan være store forskelle på tværs af regioner.

Vanskeligt at få overblik over opgaveløsningen på tværs af regioner

For at skabe overblik over opgaveløsningen på de åbne sengeafsnit på tværs af regioner har vi navngivet de forskellige afdelinger på samme måde. Navngivningen er foretaget på baggrund af de målgruppebeskrivelser, der har været til rådighed på hjemmesider, eller gennem samtaler med aktører i centraladministrationen på de enkelte sygehuse. Mange åbne sengeafsnit er blot markeret med et nummer, fx P101, på hjemmesider og i organisationsdiagrammer – et nummer, der ikke umiddelbart indikerer noget om de tilstande, der diagnosticeres og behandles i sengeafsnittene. Der eksisterer dog også sengeafsnit, der har navne, som indikerer, hvilke tilstande der i udgangspunktet diagnosticeres og behandles i afsnittet, fx Psykoseafsnit, og dermed også hvilke af psykiatriens kerneopgaver der løses i det pågældende afsnit.

For så vidt som forskergruppens søgning efter overblik og viden minder om fagprofessionelle eller borgeres søgning i forbindelse med en borgers forløb, så viser den, at der er ganske store søgeomkostninger for at få viden om bestemte afdelinger, og finde ud af, hvilke opgaver de hver især løfter.

To hovedtyper af åbne sengeafsnit: Almene og specialiserede

Vores kortlægning finder overordnet to hovedtyper af åbne sengeafsnit på tværs af de fem regioner – hvad vi betegner som almene og specialiserede:

- **Almene sengeafsnit**: Har ikke klart har specialiseret sig inden for en gruppe af psykiske tilstande. Derimod varetages behandlingen af flere end tre grupper af psykiske lidelser.
- **Specialiserede sengeafsnit**: Har ofte specialiseret sig inden for én særlig gruppe af psykiske tilstande og lidelser. De mest udbredte specialiserede afsnit er:
  - ***Affektive sengeafsnit**: dvs. typisk depression, mani eller bipolar lidelse*[4]
  - *Sengeafsnit for **psykose og psykotiske** lidelser*
  - *Sengeafsnit for **personlighedspsykiatri/-forstyrrelser** (PF)*
  - ***Dobbeltdiagnose**-afsnit*[5]

[4] Angst nævnes også som en af de tilstande der kan behandles i nogle af de affektive afsnit vi har undersøgt.
[5] Dobbeltdiagnose-afsnit er kun udbredt i tre af regionerne.

- Sengeafsnit for de særlige pladser (SP)[6]

De almene sengeafsnit er de mest udbredte, men der ses en øget specialisering

De almene sengeafsnit er den type sengeafsnit, der er mest udbredt i alle regioner. Vores informanter fra centraladministrationerne fremhæver dog, at der er sket en øget specialisering i sengeafsnittene. De specialiserede sengeafsnit, og her særligt de affektive sengeafsnit og sengeafsnittene for psykose og psykiske lidelser, der er de mest udbredte af de specialiserede sengeafsnit, fylder således også langt mere i billedet end tidligere i nogle regioner.

De affektive afsnit og sengeafsnittene for psykose og psykotiske lidelser er repræsenteret ved mellem to og fem åbne afsnit i hver region. Der er også et specialiseret sengeafsnit for de særlige pladser i hver region. I hovedparten af de fem regioner er der ligeledes et varierende antal af afsnit specialiseret i personlighedspsykiatri og dobbeltdiagnoser. Mindre udbredte afsnit specialiserede afsnit arbejder med en eller to af følgende tilstande: spiseforstyrrelse, ADHD, autisme, personlighedsforstyrrelser, PTSD (posttraumatisk belastningsreaktion), selvskade, angst, obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), elektrokonvulsiv terapi (ECT) og tilpasningsreaktion TPR.[7]

Specialisering på åbne afsnit vedrører hyppigst affektive lidelser og psykose eller psykotiske lidelser

Den hyppigst forekommende kombination af åbne sengeafsnit i sygehusafdelingerne er en kombination af et affektivt afsnit, et sengeafsnit for psykose og psykotiske lidelser samt eventuelt også et alment sengeafsnit. Affektive sindslidelser, herunder depression, udgør en af de største sygdomsgrupper blandt voksne. Ifølge Sygdomsbyrderapporten (Mairey et al., 2022) er depression en væsentlig årsag til indlæggelser blandt både mænd og kvinder. Sammenlignet med lidelser som angst og depression er der færre nye tilfælde af skizofreni, men skizofreni er ofte en meget alvorlig psykisk lidelse, der kræver omfattende behandling og indebærer en høj risiko for samtidige komplekse problemer. Skizofreni udgør en betydelig del af de psykiatriske indlæggelser samt en stor andel af både ambulante besøg og besøg på psykiatriske skadestuer (Mairey et al., 2022).

[6] De særlige pladser i psykiatrien blev etableret ved lov i 2017 og er målrettet en mindre gruppe af særligt udsatte personer med svære psykiske lidelser, særlige sociale problemstillinger, udadreagerende adfærd og eventuelt et misbrugsproblem (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016). I 2023 blev det besluttet, at de særlige pladser omlægges til længerevarende pladser i den regionale psykiatri (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023a). Omlægningen fremgår også af økonomiaftalerne for kommuner for 2023 og 2024.

[7] Se Bilag 2 for en forkortelsesliste.

2.1.3 Distriktspsykiatri (ambulant psykiatri)

Søgård (2005) definerer distriktspsykiatri som: "En organisationsform for psykiatrisk sygdomsbehandling (diagnosticering, behandling og pleje), som må rumme et ambulant tværfagligt behandlingstilbud, være etableret lokalt, dvs. i det geografiske optageområde, og have et tæt samarbejde med andre berørte sektorer". Det indebærer videre, at "behandling, lokalkendskab, let tilgængelighed og samarbejde mellem sektorer" er væsentlige elementer i den ambulante behandling. "Meningen er at gøre behandlingstilbuddet synligt i borgerens umiddelbare nærhed, let tilgængeligt og med en mulighed for at foregå på mindst muligt indgribende niveau" (Søgård, 2005). Der har således også i forlængelse af Strukturreformen fra 2007 været et øget fokus på at omlægge behandlingen fra sengeafsnit til distriktspsykiatrien for at sikre lokal tilgængelighed.

Stor variation i organisering af de ambulante tilbud

Der er stor variation i, hvilke ambulante enheder og indsatser der er tilknyttet de enkelte sygehusafdelingerne. Et yderpunkt er en sygehusafdeling, der blot har én ambulant enhed, der betegnes fx "lokalpsykiatri" eller "distriktspsykiatri". Et andet yderpunkt er sygehusafdelinger, der har tilknyttet en lang række klinikker, ambulatorier og teams.[8]

Øget specialisering af de ambulante enheder

Ligesom for sengeafsnit finder vi, at der over en årrække er sket en øget specialisering i de ambulante enheder. Det er en udvikling, der fremhæves i det Faglige oplæg til en tiårsplan, der dog også ser en udfordring i, at den specialiserede behandling ikke er ensartet på tværs af landet (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 131).

Tre hovedtyper af ambulante enheder

For at skabe et overblik har vi kategoriseret de ambulante enheder i tre hovedtyper: almene ambulatorier, specialiserede klinikker og ambulatorier samt specialiserede teams. Kendetegn ved disse fremgår af Boks 2.2 nedenfor.[9]

[8] I Bilag 1 findes oversigter over de afgrænsede (se Boks 2.3) ambulante enheder, som vi har indkredset og skitseret grafisk i forhold til hver sygehusafdeling i hver region. Det skal dog understreges, at der ikke er tale om et komplet overblik (læs mere herom i Kapitel 6.1).

[9] Det har i forbindelse med afdækningen været uklart, hvordan man i regionerne definerer og skelner ml. hhv. en "klinik'", et "ambulatorium" og et "team", og dermed hvordan disse enheder klart adskiller sig fra hinanden. I denne boks har vi anvendt de betegnelser, som regionerne selv har anvendt

Boks 2.2 Tre hovedtyper af ambulante enheder

- **Almene ambulatorier**: Kendetegnet ved ikke at have specialiseret sig inden for én psykisk tilstand. Derimod varetages behandlingen af flere forskellige typer psykiske lidelser og tilstande.
- **Specialiserede klinikker og ambulatorier**: Kendetegnet ved, at enheden, eller den eller de subenheder, der er tilknyttet klinikken, har specialiseret sig i en særlig gruppe af psykiske tilstande, lidelser eller metoder. Nedenfor har vi kategoriseret dem i forhold til udbredelse i regionerne (forkortelser fremgår i Bilag 2):
  - Mellem 7 og 11 identificerede organisatoriske enheder angives at være specialiseret i: affektive lidelser, psykotiske lidelser, personlighedspsykiatri/-forstyrrelser, selvmordsforebyggelse, ADHD.
  - Mellem 3 og 6 identificerede organisatoriske enheder angives at være specialiseret i: angst, SF, PTSD, ECT, Dep., Bip., Sex
  - Mellem 1 og 2 identificerede organisatoriske enheder angives at være specialiseret i: selvskade, OCD, autisme, UR, veteran/militær, TMS, DD, neuropsyk., TR, TF, Fus.
- **Specialiserede teams**: I regioner er der til mange af klinikker og ambulatorier, eller det, som i den enkelte region betegnes "distriktspsykiatrien", knyttet et eller flere specialiserede teams. Disse teams er kendetegnet ved:
  - Fokus på en særlig ***tilstand eller lidelse***, fx angst a la de specialiserede klinikker eller ambulatorier eller

    Den ***metode***, teamet anvender. For eksempel har vi i fundet, at hhv. OPUS- og
    F-ACT-teams i varierende grad er udbredt i alle regioner. I nogle regioner er F-ACT-teamene også yderligere specialiserede. Det gælder fx i Region Sjælland. hvor man skelner mellem F-ACT-Ældre, F-ACT-Bo og F-ACT-Bipolar.
  - Den særlige ***funktion***, som teamet udfører, fx akutteam, mobilt team, udkørende eller opsøgende team.

Ligesom for sengeafsnit finder vi, at de to typer specialiserede ambulante enheder, der er mest udbredt, er enheder specialiseret i affektive og psykotiske lidelser. I forhold til specialiserede teams giver vores kortlægning indtryk af, at særligt OPUS og

F-ACT- teams har en stor og stigende udbredelse lige nu i regionerne. I det Faglige oplæg bemærkes det, at flere af de teams, der indgår i den ambulante behandling, er etableret som tidsbegrænsede projekter. Det kan påvirke, hvor fast etableret disse teams er i det organisatoriske landskab – både i forhold til teamenes egne opgaver, og synlighed og samarbejder med andre.

Dele af den ambulante behandling er organiseret i pakkeforløb

For at bidrage til ensartede ambulante behandlingsforløb af høj kvalitet til patienter med samme psykiske sygdom og samme behandlingsbehov på tværs af regionerne, har Danske Regioner udviklet behandlingspakkeforløb på en række områder. Nogle pakker for udredning og behandling har været anvendt siden 2012. Andre er kommet til siden. I Boks 2.3 oplistes de målgrupper i voksenpsykiatrien, der er udviklet pakkeforløb til.

Boks 2.3 Ambulante pakkeforløb inden for voksenpsykiatrien

- ADHD
- Angst
- Prævalent bipolar sindslidelse
- Depressiv enkeltepisode
- Periodisk depression
- OCD
- PTSD
- Anoreksi og bulimi
- Prævalent skizofreni
- Incident skizofreni
- Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse
- Evasiv personlighedsforstyrrelse
- Udredning
- Pakkeforløb for traumatiserede flygtninge
- Forløbsbeskrivelse af ambulant retspsykiatri

Behandlingspakkerne for psykiatrien er ifølge det Faglige oplæg afgrænsede behandlingstilbud, hvor der er defineret en overordnet ramme for udredning og behandling, men hvor selve det faglige indhold ikke indgår i pakkerne. Dermed repræsenterer pakkerne på psykiatriområdet ikke – som pakkeforløbene for kræft – en faglig standard for patientforløbet det Faglige oplæg (Sundhedsstyrelsen, 2022) finder desuden, at erfaringerne med anvendelsen af pakkerne er, at de kan "opleves

som ufleksible i forhold til de mere komplekse patienter, som har behov for en langvarig og fleksibelt tilrettelagt behandling."[10]

2.1.4 Praksissektoren: almen praksis og praktiserende psykologer

Som beskrevet er det primære fokus i denne vidensafdækning behandlingspsykiatrien. Skal vi forstå organiseringen af opgaveløsningen i behandlingspsykiatrien og på tværs af behandlings- og socialpsykiatrien, er det dog helt afgørende at forstå den rolle, som praksissektoren spiller. Almen praksis og de privatpraktiserende psykologer er de sundhedstilbud i praksissektoren, der spiller en særlig rolle i forhold til varetagelsen af psykiatriens samlede kerneopgaver (se Boks 2.1). Et grundlæggende princip i psykiatrien er ifølge sundhedsstyrelsens specialeplan (Sundhedsstyrelsen (2023a) at tilbyde "den behandling, der er effektiv, tilstrækkelig og mindst indgribende i patientens tilværelse og integritet". Både den diagnosticering og den behandling, der foretages i almen praksis, og den behandling, der foretages af de privatpraktiserende psykologer,[11] kan være den, der er mindst indgribende i patienternes liv, da patienterne i princippet kan leve en normal hverdag ved siden af diagnosticeringen og behandlingen. Der er dog ikke nødvendigvis en forskel imellem ambulant behandling og behandling i praksissektoren i forhold til specialiseringsniveau og mindst indgribende indsats.

Almen praksis varetager en stor del af diagnosticeringen og behandlingen af mennesker med psykiske problemstillinger

Cirka 25 % af alle henvendelser til almen praksis indeholder psykiske problemstillinger (Mairey et al., 2022). Af disse henvendelser varetager almen praksis selv et bredt spektrum af psykiske lidelser, fx let til moderat angst og depression, kriser, demens og alkoholmisbrug. Den diagnosticering og behandling, der tilbydes i fx almen praksis, kan således være tilstrækkelig for en lang række patienter i psykisk mistrivsel. Særligt i forhold til de to hyppigste lidelser hos voksne i Danmark, nemlig de nervøse og stressrelaterede tilstande[12] samt affektive sindslidelser, herunder depression. De fleste mennesker med psykiske lidelser udredes og behandles således i almen praksis. Men hovedparten af disse patienter er voksne med ikke-psykotiske

[10] I *Styringsgennemgang af socialpsykiatrien* (Ibsen et al., 2024) gives nyere eksempler på forskning, der peger i samme retning.

[11] Praktiserende psykologer yder psykologbehandling til mennesker med psykiske lidelser enten med eller uden offentligt tilskud. Indsatsen hos praktiserende psykologer består af psykologsamtaler/psykoterapi, herunder psykoedukation, rådgivning og vejledning. Hvis patienten opfylder en række henvisningskriterier under psykologordningen, kan man modtage offentligt tilskud til behandlingen hos en praktiserende psykolog med ydernummer (10). Man kan som udgangspunkt højst få tilskud til 12 konsultationer. Tildeling af ydernummer forudsætter, at psykologen er autoriseret, hvilket størstedelen af det samlede antal privatpraktiserende psykologer er. I 2020 var der ca. 2.400 privatpraktiserende psykologer, heraf havde 853 praktiserende psykologer i løbet af 2020 et ydernummer (Sundhedsstyrelsen, 2022)

[12] De nervøse og stress-relaterede tilstande inkluderer bl.a. angsttilstande og fobier, obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) samt belastnings- og tilpasningsreaktioner.

lidelser, særligt angst og depression (Mairey et al., 2022). For eksempel anslås det, at 90 % af de depressive lidelser behandles i almen praksis (Mairey et al., 2022). Almen praksis er første indgang og sidste udgang for den regionale psykiatri.

Almen praksis spiller også andre vigtige roller i at løfte kerneopgaverne i den samlede regionale psykiatri. Den ene rolle er, at almen praksis i mange tilfælde fungerer som den "*første indgang* til sundhedsvæsenet" og "*gatekeeper*" til den videre mere specialiserede behandling (se fx Sundhedsstyrelsen (2022), Bilag, s. 8). Både i forhold til den akutte og planlagte (elektive) behandling kan almen praksis spille en vigtig rolle om "første indgang".

I forhold til planlagte behandlingsforløb er det den alment praktiserende læge, der skal lave en henvisning både til privatpraktiserende psykolog og til behandlingspsykiatrien (både sengeafsnit og ambulant behandling). I flere regioner – fx Region Midtjylland – finder vi, at der eksisterer en såkaldt *centralvisitation* i behandlingspsykiatrien, som almen praksis sender henvisningen til.

Vi finder dog variationer i forhold til, om alle planlagte patienter skal igennem denne visitation eller ej. Nogle steder visiterer den centrale visitation både til sengeafsnit og til ambulant behandling. Andre steder er det ikke begge dele. I forhold til akutte tvangsindlæggelser er det almen praksis, der foretager den endelige vurdering og udsteder lægeerklæring. For eksempel kræver en tvangsindlæggelse af borgere på socialpsykiatriske botilbud en lægeerklæring.

Ud over at udgøre indgangen i sundhedsvæsenet spiller almen praksis også en vigtig rolle i forhold til udgangene. Det er typisk almen praksis, der overtager behandlingsansvaret, når patienterne udskrives og betragtes som stabile, samt står for opfølgning og kontrol af visse psykiatriske patienter efter udredning og behandling på sygehus (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Når behandlingen afsluttes i behandlingspsykiatrien, sendes således en skriftlig overlevering – kaldet epikrise – til den alment praktiserende læge.[13]

Kendte problemstillinger vedrørende praksissektoren i forhold til uhensigtsmæssig opgaveløsning

Det Faglige oplæg (Sundhedsstyrelsen, 2022) peger på en række problemstillinger vedrørende kapacitet og opgaveløsning, der er relateret til praksissektorens rolle i den regionale psykiatri.

[13] En vejledning bestemmer, hvad epikrisen skal indeholde (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2018).

- **Uklarhed omkring visitationsprocedurer:** Der mangler klarhed over, hvilke målgrupper der hører til praksissektoren, og hvilke der skal behandles i den regionale psykiatri (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 175)
- **Henvisningerne tilbagevises på sygehusene**: Det Faglige oplæg finder, at "næsten 87 % af de praktiserende læger oplever at henvise patienter til psykiatrisk behandling på sygehuset, men hvor henvisningen i mange tilfælde tilbagehenvises". Der kan være flere årsager til tilbagehenvisning, herunder mangelfulde oplysninger i henvisningen, eller at patienten er uden for sygehusets målgruppe. Oftest vil patienter, der tilbagehenvises fra psykiatrisk afdeling, blive henvist til praktiserende speciallæge i psykiatri med lang ventetid til følge" (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 175)
- **Manglende tid og kapacitet i praksissektoren**: Der mangler tid og kapacitet i almen praksis til at udrede og behandle patienter og til at visitere patienterne til det korrekte tilbud. Der er desuden lange ventetider til behandling hos praktiserende speciallæger og psykologer, særligt i nogle regioner (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 131).[14]

2.2 Organiseringen af opgaveløsningen: socialpsykiatrien

Mange mennesker med psykiske lidelser modtager indsatser i både behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Socialpsykiatriens opgave "at støtte mennesker med psykiske lidelser i at komme sig og leve et så meningsfuldt og selvstændigt liv som muligt, og herunder støtte den enkeltes aktiviteter i civilsamfundet og i hverdagslivet med familie og venner samt uddannelse og beskæftigelse" (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 160). Socialpsykiatrien spiller derfor en betydelig rolle i den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser.

Lovgivningsmæssig ramme: lov om social service

En væsentlig forskel på den regionale psykiatri og socialpsykiatrien er, at indsatserne primært reguleres efter forskellige lovgivninger. Behandlingspsykiatrien efter sundhedsloven – socialpsykiatrien efter lov om social service. I behandlingspsykiatrien er der altså tale om indsatser rettet mod diagnosticering og behandling, mens de indsatser, der gives i socialpsykiatrien, er sociale tilbud, der er rettet mod at støtte den enkelte borgers aktiviteter i civilsamfundet og i hverdagslivet i boligen,

[14] Der er uens fordeling af antallet af privatpraktiserende speciallæger på tværs af landet, og dermed også forskellige muligheder for at inddrage dem som en del af indsatsen.

på jobbet og i fritiden – et hverdagsliv der fx kan være mere eller mindre udfordret efter længere tids psykisk sygdom og indlæggelse.

Tilbud og indsatser i socialpsykiatrien og relaterede indsatser i kommunen

Der er mange tilbud og indsatser i kommunalt regi, der vedrører voksne med psykiske lidelser. Boks 2.4 nedenfor viser de væsentligste tilbud, der gælder efter serviceloven. Overordnet kan man skelne mellem de visiterede tilbud og ikke-visiterede tilbud i socialpsykiatrien. De visiterede tilbud er fx midlertidige og længerevarende botilbud. De ikke-visiterede tilbud er fx opsøgende støtte- og kontaktpersoner, § 110-boformer, varmestuer, forsorgshjem, krisecentre, natcafeer, aktivitetstilbud og civilsamfundstilbud. Socialpsykiatriens opgave er også at samarbejde med civilsamfundet i form af recovery-skoler, peer-to-peer, boligsociale indsatser, frivilligcentre m.m., samt at understøtte den enkeltes deltagelse i almindelige fællesskaber i civilsamfundet generelt.

Boks 2.4 Typer af sociale indsatser efter serviceloven, som kommunerne har ansvaret for, til voksne med psykiske lidelser

Forebyggende indsatser, fx rådgivning, vejledning og oplysning, netværksaktiviteter (fx § 79).

Opsøgende indsatser, fx støtte- og kontaktpersoner (§ 99).

Indsatser til borgere uden for botilbud, herunder personlig pleje og praktisk hjælp (§ 83), individuel bostøtte (§ 85), gruppebaseret støtte (§ 82), efterværn efter udflytning fra § 110- boform, social vicevært eller lignende i "skæve boliger" eller opgangsfællesskaber, beskyttet beskæftigelse (§ 103) samt aktivitets- og samværstilbud (§ 104).

Ophold i botilbud eller boformer: midlertidige ophold i botilbud (§ 107), længerevarende ophold i botilbud (§ 108) eller i botilbudslignende boformer, afklaringsforløb, midlertidige pladser (§ 84), ophold på forsorgshjem eller herberger (ved samtidig hjemløshed) (§ 110).

I kortlægningen afgrænser vi beskrivelsen fra at dække fx beskæftigelsesrettede visiterede tilbud, afrusningstilbud (SEL § 101) visitation til aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104). Vi har også afgrænset os fra beskrivelse af § 110. Den primære målgruppe for tilbud efter servicelovens § 110 er personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig – hjemløse. For gruppen af borgere i hjemløshed som helhed er det dog 62 %, der vurderes at have en psykisk sygdom (jf. Benjaminsen, 2022),

De mange forskellige tilbud udføres oftest af forskellige enheder i kommunen eller af private leverandører. For nogle af tilbuddene – midlertidige og længerevarende botilbud – gælder der standarder for kvalitet i tilbuddet, fx i forhold til personalesammensætningen, der indgår i det sociale tilsyn. Der er ikke krav til, at alle medarbejdere på et tilbud fx har en socialfaglig eller pædagogisk uddannelse, men den samlede kompetencesammensætning blandt medarbejderne indgår blandt flere kriterier i det sociale tilsyn.

Medarbejdersammensætningen i socialpsykiatrien

I forhold til den faktiske medarbejdersammensætning har vi ikke fundet data, der dækker alle tilbud i socialpsykiatrien. Der findes dog en undersøgelse, der opgør tal, der dækker dele af socialpsykiatrien. Undersøgelsen dækker de tilbud, der ligger på Tilbudsportalen, registreret med målgruppekategorien "Psykiske vanskeligheder",[15] der giver et godt billede af fordelingen af personale med forskellige uddannelsesbaggrunde (Rambøll, 2021, s. 15). Af undersøgelsen fremgår det, at der i november 2020 var 43 % socialpædagoger, 22 % andre social- og sundhedsuddannede og 35 % uden en relevant uddannelse.[16] En nyere analyse har desuden undersøgt medarbejdersammensætningen for botilbud generelt – det inkluderer både mennesker med udviklingshandicap og mennesker med sindslidelse. Den finder, at 47 % af medarbejderne er uddannede socialpædagoger, mens 22 % er ikke-uddannede (Rambøll, 2023).[17]

Myndighedsafdelingen omdrejningspunkt for indgange, udgange og tilpasning af indsatser i socialpsykiatrien

Som angivet er der et skel mellem visiterede og ikke-visiterede indsatser. Visitationen – afgørelsen af, om der kan bevilges en ny eller fortsat indsats – ligger typisk i en myndighedsafdeling.[18] Myndighedsafdelingen udreder, rådgiver og træffer afgørelser om borgerens støttebehov og muligheder. Udredningen sker typisk efter en fælles metode – voksenudredningsmetoden (VUM) (Social- og Boligstyrelsen, 2024).[19] Udføreområdet – oftest på flere forskellige matrikler – sørger herefter for at udføre støtten, med inddragelse af borgeren og efter den plan, myndighedsafdelingen har aftalt med borgeren.

---

[15] I disse data kan et tilbud have flere målgrupper og også flere målgruppekategorier. Det samlede antal tilbud fordelt på målgrupper summerer derfor ikke til det samlede antal tilbud. Derfor kan der være afvigelser fra de tilbud, der indgår i "socialpsykiatrien".

[16] Data er baseret på det primært borgerrettede personale og således uden administration, rengøring, madlavning, bygningsvedligehold mv.

[17] Undersøgelsen finder i øvrigt en samvariation mellem andelen af socialpædagoger på tilbuddene og risiko for indlæggelse i behandlingspsykiatrien.

[18] Der er dog en del projekter på tværs af landet, hvor man særligt i de forebyggende indsatser (§ 82) har skabt nye modeller, der knytter Myndigheds- og Udførerfunktionen tættere sammen (Jensen et al., 2018).

[19] Den nyeste version kan findes hos Social- og Boligstyrelsen (2024).

Forskelle i indsatsvifte og serviceniveau på tværs af landet

På tværs af landet er der store forskelle i, hvordan indsatsviften er sammensat, og hvordan den er organiseret. Videre kan der også være forskelle i anvendte betegnelser for forskellige indsatser. For eksempel kan en betegnelse for støtte være "netværksstøtte" i en kommune og "bostøtte" i en anden. Set fra et regionalt perspektiv kan det således være vanskeligt at få overblik over de forskellige kommuners tilbudsvifte og den korrekte kontaktperson. Den umiddelbare indgang til at få overblik og finde den rette indgang for en henvendelse er myndighedsafdelingen.

2.3 Opgaveløsning på tværs af regional og kommunal psykiatri

Afsnit 2.1 og 2.2 har redegjort for de forskellige instanser, der spiller en rolle, når den enkelte patient/borger med psykiske lidelser og tilstande har behov for diagnostik og behandling i den regionale psykiatri eller en social indsats i den kommunale socialpsykiatri, eller begge steder. I dette afsnit fokuserer vi på denne gruppe.

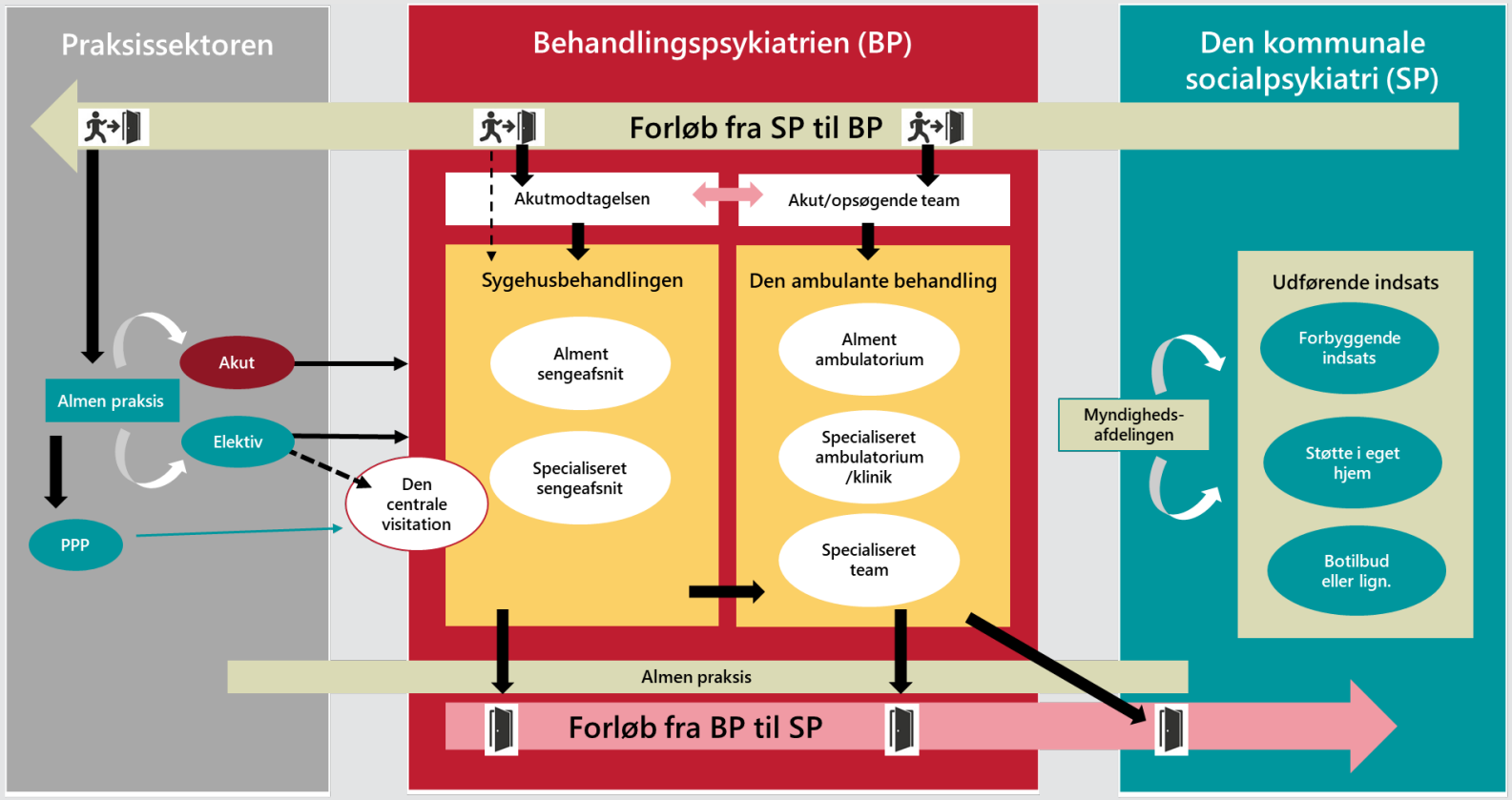
Der er også borgere, der alene har forløb i enten behandlingspsykiatri eller socialpsykiatri. Men det typiske billede af disse borgerforløb, navnlig dem, som alene er i behandlingspsykiatrien, er, at de er mindre komplekse, og at problemer i forhold til samarbejde, koordination og ressourceudnyttelse ligeledes er mindre for denne gruppe. Derfor fokuserer vi her på de borgere, hvis forløb går på tværs og kræver tæt og effektivt samarbejde. Først samler vi trådene fra de to foregående afsnit og tegner forskellige borgerveje i psykiatrien. Dernæst opridser vi kort de formelle rammer for samarbejdet mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri.

Veje imellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri

De enkelte patienters møde med de offentlige systemer, og veje imellem sygehus og kommune kan have meget forskellig karakter, alt efter hvor patienten eller borgeren er i et forløb. Som vi har set i de foregående afsnit, er de forskellige tilbud, indsatser og myndigheder – og dermed borgerens møde med dem – meget forskelligt organiseret i forskellige dele af landet. Figur 2.1 giver et forenklet overblik over forskellige forløb, hvor hovedtrækkene vil være gældende i alle regioner og kommuner.[20]

[20] Som vi har redegjort for i Afsnit 2.2, er relationerne mellem myndighed og udfører forskelligt organiseret i kommunerne, men i alle kommunerne er en opgavemæssigt klar skelnen mellem myndighed og udføreropgaver, uanset om det er forskellige personer på forskellige matrikler, eller samme person, der varetager disse opgaver.

Figur 2.1 Veje mellem praksissektor, behandlingspsykiatri og socialpsykiatri



Kilde: VIVE.

Den store grønne pil (øverst i figuren, pegende mod venstre) illustrerer de snitflader og indgange, der aktuelt er for at modtage diagnostisk og behandling i behandlingspsykiatrien for borgere, der allerede er tilknyttet socialpsykiatrien. De mest anvendte indgange er almen praksis (evt. den centrale visitation) eller akutmodtagelserne. Disse indgange adskiller sig ikke fra den generelle befolknings indgange til behandlingspsykiatrien. Som beskrevet i Afsnit 2.1 vil nogle borgere i nogle regioner i højere grad møde akutteams og opsøgende teams. Det gælder særligt borgere, der har behov for støtte til at henvende sig i akutmodtagelser og på skadestuer.

Borgere med tilknytning til socialpsykiatrien kan få adgang til behandlingspsykiatrien via hhv. sygehusbehandlingen eller den ambulante behandling. I figuren er dette illustreret ved de to gule søjler. Cirklerne inden for de to søjler illustrerer videre, at disse tilbud hver især udgøres af mange tilbud fordelt på flere matrikler. Vores informanter fortæller, at der samarbejdes på tværs af enheder i henholdsvis sengeafdelinger og den ambulante behandling.

Patienter, der har været tilknyttet socialpsykiatrien forud for deres behandling, kan fortsætte med at modtage deres sociale indsats, mens de er indlagt til behandling. Økonomisk kan det fx betyde, at borgeren fortsat har sin botilbudsplads, sit hjem, eller at man fortsat har en bostøtte eller kontaktperson tilknyttet. Fagligt kan det betyde, at medarbejdere fra botilbud eller bostøtte kan medvirke i indsatsen under behandling for at understøtte patientens samlede forløb. Det kan være relevant undervejs i forløbet og særligt væsentligt ved afslutning af forløb i behandlingspsykiatrien.

Den røde pil i figuren illustrerer de snitflader og indgange, der gælder, når borgerens diagnosticering og behandling afsluttes. Samarbejdsfladerne er forskellige ind i socialpsykiatrien:

- Patienten kan udskrives direkte fra en indlæggelse til socialpsykiatrien.
- Patienten kan udskrives fra sygehuspsykiatrien til ambulant behandling.
- Patienten kan udskrives fra ambulant behandling til socialpsykiatrien.
- Patienten kan modtage ambulant behandling samtidig med at vedkommende modtager et social tilbud.

Nogle af de ambulante tilbud til mennesker med svær psykisk lidelse er ofte tværfaglige og kan derfor binde indsatser sammen i et forløb, der foregår under indlæggelse, i praksissektoren og i de sociale indsatser i kommunen. Det er dog ikke altid tilfældet. Som figuren også viser, sendes en skriftlig redegørelse (epikrise) fra sygehusafdeling til den alment praktiserende læge ved udskrivningen, således at behandlingsansvaret overgår til almen praksis. Som udgangspunkt bør både myndig-

hedsafdeling og de udførende medarbejdere (kontaktpersonen) i socialpsykiatrien underrettes forud for og ved udskrivning, som ved indlæggelse.

Rammer, der regulerer samarbejdet mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri

Som det fremgår af figuren, er der mange samarbejdsflader i forskellige borgeres forløb, hvor ansvaret deles eller skal videregives på en hensigtsmæssig måde. Ud over de to væsentlige lovsæt – sundhedsloven og serviceloven – er der en række politiske beslutninger og aftaler, der regulerer samarbejdet mellem behandlingspsykiatri – hvem, der har ansvar for hvilke patienter samt hvornår i deres forløb. Boks 2.5 nedenfor gengiver nogle af disse aftaler. Som det fremgår, vedrører nogle mere overordnede aftaler, sundhedsaftaler, aftaler der specifikt retter sig mod at sikre bedre overgange både for alle patienter (koordinationsplaner) og særlige målgrupper af patienter (koordinerede indsatsplaner og brugerstyrede senge) samt hybride mellemrumstilbud til særlige målgrupper (særlige pladser).

Boks 2.5 Aftaler, der har betydning for reguleringen af det tværgående samarbejde

Som led i styringsgennemgangen identificerer en rapport fra VIVE (2024) en række vigtige aftaler der har betydning for regulering af opgaveløsningen på tværs af behandlings- og socialpsykiatrien, herunder bl.a.:

- **Sundhedsaftalerne:** Det tværgående samarbejde i patientforløb på tværs af sektorer skal sikres blandt andet via sundhedsaftalerne. Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen. Sundhedsaftalen er den formelle ramme om det tværgående samarbejde i sundhedsvæsenet mellem region, kommuner og almen praksis. Almen praksis er ikke aftalepart. Det er sundhedssamarbejdsudvalget, der laver et udkast til samtalen. Frem til 2018 var der fire nationale indsatsområder, som skulle dækkes af aftalerne: forebyggelse, behandling og pleje, genoptræning og rehabilitering, sundheds-IT og digitale arbejdsgange. Som led i bl.a. afbureaukratisering og fokus på det nære sundhedsvæsen er der dog ikke længere tale om krav, men udelukkende indsatsområder, der skal tages stilling til (Ibsen et al., 2024).
- **Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner:** Ordningen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blev indført i 1998. Ordningen omfattede frem til 2018 en mindre gruppe patienter med svære psykiske lidelser, mens der for øvrige patienter skulle udarbejdes en behandlingsplan. I 2019 blev

psykiatriloven ændret, så regionerne fik pligt til gennem udskrivningsaftalerne at tage initiativ til en koordineret indsats for alle patienter (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018, s. 59; Rigsrevisionen, 2023). Lovændringens formål var at øge antallet af udskrivningsaftaler og dermed sikre sårbare borgere en bedre sammenhæng mellem indsatser i regioner og kommuner i forbindelse med udskrivning.

- **Brugerstyrede senge/indlæggelser:** I forbindelse med satspuljeaftalen for 2013-2016 blev der afsat midler til at igangsætte pilotprojekter med brugerstyrede senge i psykiatrien. De brugerstyrede senge går ud på, at udvalgte psykiatriske patienter tilbydes en kontrakt, som berettiger dem til selv at bestemme, hvornår de vil gøre brug af en kort indlæggelse.
- **Koordinerede indsatsplaner:** Siden 2024 har der været nationale retningslinjer koordinerede indsatsplaner. Formålet med disse har været at styrke samarbejde mellem region og kommune om personer med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholafhængighed.
- **Særlige pladser:** De særlige pladser i psykiatrien blev etableret ved lov i 2017 (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016). De har udgjort en målrettet og specialiseret indsats for en mindre gruppe særligt udsatte personer med svær psykisk lidelse, særlige sociale problemstillinger, udadreagerende adfærd og eventuelt et misbrugsproblem. Kommunerne har forestået finansiering af de pladser, de anvender, men selve opgaven er varetaget i regionalt regi. I 2023 vedtog Folketinget at omlægge de særlige pladser.

2.4 Opsamling

Formålet med dette kapitel har været redegørende: At redegøre for, hvordan opgaveløsningen i behandlingspsykiatrien og på tværs af behandlingspsykiatrien varetages. Vi har redegjort for den formelle fordeling af opgaver imellem de forskellige instanser. Herunder har vi beskrevet væsentlige roller for almen praksis og privatpraktiserende psykologer. Vi har videre beskrevet overordnede forskelle imellem regioner i, hvordan opgaver og samarbejder er organiseret. Endelig har vi sammenfattet de væsentligste samarbejdsflader i forskellige patientforløb, og de rammer, der regulerer samarbejdet mellem navnlig behandlingspsykiatri og socialpsykiatri.

Komplekse organisatoriske landskaber med store forskelle imellem regionerne

Vi finder for det første, at der på papiret – og på hjemmesider – er en klar arbejdsdeling mellem region og kommune, men samtidig, at der mange forskellige samarbejdsflader internt i regionerne og imellem region og kommune. Der er både forskelle og ligheder regionerne imellem. I forhold til organisering er det typisk sådan, at sygehusafdelingerne i regionerne er inddelt efter en geografisk frem for en opgavespecifik nøgle. I forhold til sygehusafdelingernes størrelse, antal og fordeling på matrikler er der store forskelle. De mange forskellige aktører og de store forskelle både imellem og i regioner og imellem kommuner giver tilsammen et komplekst organisatorisk landskab, som det er vanskeligt for både borgere, pårørende og fagprofessionelle at navigere i.

Øget specialisering i de behandlingspsykiatriske afdelinger og vækst i tværfaglige teams

De behandlingspsykiatriske enheders målgruppe- og funktionsbeskrivelser tyder på en øget specialisering i behandlingspsykiatrien. Både på sengeafsnit og i ambulante enheder ses en øget specialisering i forhold til varetagelsen af 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/tilstande i samme enhed.

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 – der ud over 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.

Mange samarbejdspartnere i socialpsykiatrien

De mange enheder i de behandlingspsykiatriske afdelinger har mange forskellige samarbejdspartnere i socialpsykiatrien. Hver kommune har sin egen indgang og organisering i efter myndighed og udfører.

Det svære tværgående samarbejde

I dette kapitel har vi redegjort for, hvordan landskaberne ser ud, og fremhævet behovet for tværgående samarbejde i en række forløb imellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Tidligere forskning har peget på, at det kan være vanskeligt at få samarbejdet til at fungere i komplekse borgerforløb, fordi der er forskelle i tilgang-

en til og synet på borgeren (Benjaminsen et al., 2018). Det er et tema, vi vender tilbage til i Kapitel 3 og 4, hvor vi ser på fagprofessionelle perspektiver på samarbejder om forskellige patientforløb og opgaver.

Kapitel 3 belyser behandlingspsykiatrien.

3 Årsager til uhensigtsmæssige forløb: Perspektiver fra behandlingspsykiatrien

Dette kapitel giver indsigt i de årsager og drivkræfter, der set fra behandlingspsykiatriens perspektiv kan lede til både hensigtsmæssigheder og uhensigtsmæssigheder i behandlingsforløb. Med udgangspunkt i medarbejdernes synspunkter afdækkes de flaskehalse og barrierer, der kan opstå i patientforløb internt i behandlingspsykiatrien og i det tværgående samarbejde. Undersøgelsen er gennemført på et sengeafsnit og en ambulant enhed i hver af de fem regioner.

Lokalt perspektiv på spild – ikke et aggregeret perspektiv

Kapitlet præsenterer et lokalt perspektiv på spild. Det vil sige, hvordan medarbejdere i udvalgte dele af det samlede behandlingssystem vurderer hensigtsmæssige forløb, ud fra deres eksisterende roller, arbejdsgange og samarbejdsflader. Der er fokus på kapacitets- og ressourceudnyttelse på den enkelte afdeling. Det vil sige på udnyttelsen af sengekapacitet eller ambulant kapacitet, der er på afdelingen, på en given dag. Det er i udgangspunktet en analyseform, der er anvendelig til at finde forbedringspotentialer inden for den enkelte afdeling i forhold til arbejdsgange mv. I denne rapport bruger vi metoden til at give et fingerpeg om, hvor der – i et ressource- og kapacitetsperspektiv – kan være forbedringspotentialer også i samarbejde med andre aktører eller afdelinger. Denne analyseform indeholder dog ikke et stock-perspektiv; og har således hverken fokus på kapacitet på den enkelte afdeling set i forhold til den samlede opgavemængde over længere tid eller fokus på konsekvenser for ressourcetræk hos samarbejdspartnere.

Vi registrerer ikke naturlige forsinkelser i et forløb som spild

Det er vigtigt at forstå, at det er naturligt for mange forløb i psykiatrien, at der sker forsinkelser, der ikke knytter sig til arbejdsgange og kompetencer, men til patientens tilstand. Det kaldes "patient delay". Det kan fx dreje sig om, at patienten ikke erkender egen sygdom, eller der er behov for tid til relationsarbejde for at opnå tillid og tryghed i en behandlingsalliance og forbedret compliance. Det kan videre indebære motivationsarbejde, fx til rusmiddelophør eller accept af behandlinger og støtteforanstaltninger. Patienter kan have tvivl og overvejelser med behov for betænkningstid.

I patientinventeringen er der fx observeret opstart af antipsykotisk (depot) medicin eller ECT-behandling (elektrokonvulsiv terapi) ved affektive lidelser. Der blev også observeret et medarbejder- og ressourceforbrug på opsøgende arbejde, som hjemmebesøg og opfølgninger efter patientudeblivelser i ambulatorierne. Fra et systemperspektiv er patientudeblivelser registreret som spild. Men opsøgende, understøttende og relationelt patientarbejde, der "forlænger" forløb eller skaber øget ressourceforbrug, er ikke registreret som spild.

100 procent udnyttelse af senge er ikke et mål i sig selv

Fra et aggregeret perspektiv – set ud fra den samlede ressourceudnyttelse – er det væsentligt at forstå, at 100 procent udnyttelse af senge ikke er et mål i sig selv. For eksempel kunne man godt forestille sig en fødeafdeling med fuld belægning, men dette ville indebære, at nogle fødende indimellem ville skulle føde på gangen og dermed have ringere forløb. På samme måde opererer de fleste psykiatriske afdelinger ikke med mål om, at alle senge til enhver tid udnyttes. På den anden side opereres der med buffersenge eller overbelægningssenge, der anvendes, når belægningen er over 100 procent. Det sker i kortere perioder, hvor der er særligt behov. Et eksempel på brug af en bufferseng er en folde-ud-seng på hjul, der kan køres ind som ekstra seng på en enmandsstue, der så bliver til tomandsstue.

Vores spildanalyse indeholder 13 spildkategorier, herunder én vedrørende sengeafsnit, der handler om 'tomme, bemandede senge'. Buffersenge eller overbelægningssenge indgår ikke i denne kategori, da de ikke indgår i personalenormeringen. Kategorien 'tomme, bemandede senge' vedrører alene senge, der indgår i personalenormeringen. Denne kategori har dog en særlig karakter i forhold til de øvrige spildtyper, da det ikke er hensigtsmæssigt at operere med et mål om 100 procent udnyttelsesgrad. Desuden er det vigtigt at være opmærksom på, at de fleste registrerede forløb med spildkategorien 'tomme, bemandede senge' (7 ud af 10) blev registreret i en region og er et udtryk for en særlig variation på dagen.[21]

Kapitelstruktur

De to første afsnit i kapitlet præsenterer auditfund fra sengeafdelinger (3.1) og ambulante enheder (3.2). Herefter præsenteres fund om drivkræfter og årsager til uhensigtsmæssige behandlingsforløb (3.3). Der er fundet syv overordnede typer af drivkræfter og årsager. Med udgangspunkt i disse syv kategorier formuleres herefter tilsvarende syv indsatsområder, der kan styrke opgaveløsningen på tværs af områder (3.4). Beskrivelsen af indsatsområder tager udgangspunkt i de fagprofessionelles erfaringer og vurderinger i det foregående afsnit, men bygger på forskergruppens samlede vurderinger ud fra både dette projekt og tidligere forskning. Da

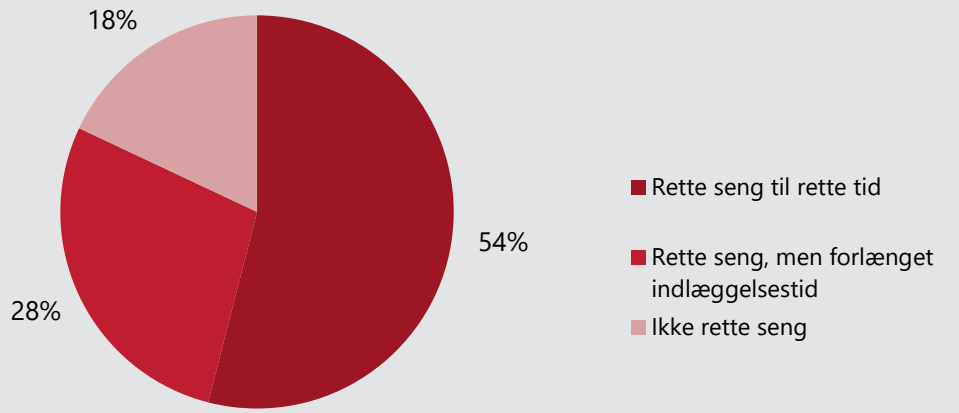
[21] Som det forklares i metodeafsnittet, indledes besøgsdagen på den enkelte afdeling med en vurdering af, hvorvidt den pågældende dag er repræsentativ for det generelle mønster.

Afsnit 3.4 har karakter af konklusioner på baggrund af fund, er opsamlingen (3.5) blot et resumé af observationer om spildtyper og omfang, samt de identificerede kategorier af drivkræfter og indsatsområder.

3.1 Patientinventering fra de fem sengeafsnit

Overordnet viser patientinventeringen, at 54 % var i rette seng til rette tid, 28 % var i rette seng, men med forlænget indlæggelsestid, og 18 % var ikke placeret i rette seng Figur 3.1.

Figur 3.1 **Overblik over andel af patienter placeret i rette seng til rette tid i de fem auditerede sengeafsnit**



Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Der blev auditeret 102 senge samlet i de fem regioner, hvoraf der var ti tomme, men bemandede senge. Der blev registreret 46 % tilfælde af spild eller uhensigtsmæssig anvendelse af de 102 senge (Tabel 3.1), set på tværs af alle spildtyper. Dette tal dækker over, at enkelte undersøgte afdelinger på dagen havde et stort antal tomme, men bemandede senge, mens vi på andre afdelinger fandt, at der var over-belægning. Andelsvist gav det en variation fra 23 % til 71 % af spildtilfælde på de auditerede senge.

De registrerede variationer i spild mellem de fem regioner afspejler forskellige typer af sengeafsnit, patientkategorier og belægningssituation på dagen samt forskellige medarbejderrepræsentanter med forskellig sundhedsfaglig baggrund.

Patientcasene, der blev gennemgået ved patientinventeringen i sengeafsnittene, har en høj psykiatrisk kompleksitet, hvor majoriteten (78 %) havde en diagnose inden for skizofrenispektret, depression, bipolær affektive sindslidelse eller uspecificeret psykotisk tilstand. Der blev registreret 20 % dobbeltdiagnosepatienter (psykiatrisk diagnose og misbrugsproblematik), 23 % blev anført med selvmordsforsøg eller -tanker under eller som medvirkende faktor til indlæggelsen, 7 % var beskrevet med selvskadende adfærd, og 10 % var retslige patienter med dom til behandling eller anbringelsesdom.

Tabel 3.1 Oversigt over registrerede spildhændelser i de fem auditerede sengeafsnit.

Spildkategori	Antal senge/ hændelser	Spildandel af auditerede senge	Spildkategoriens andel af samlet registreret spild
Samlet antal senge auditeret	**102**	_	_
Samlet antal spild hændelser	**54**	_	_
Antal senge registreret med spild (*)	**47**	**46 %**	_
Spildtyper			
Seng anvendt uhensigtsmæssigt	18	18 %	33 %
Forebyggelig indlæggelse/genindlæggelse	6	6 %	10 %
Fejl i medicinering med skade	0	0 %	0 %
Procedurekomplikation	4	4 %	7 %
Planlægning af udskrivelse	0	0 %	0 %
Indsatser i civilsamfundet	0	0 %	0 %
Flowforsinkelse – organisatorisk forhold i regionalt regi	8	8 %	14 %
Flowforsinkelse – organisatorisk forhold i kommunalt regi	13	13 %	22 %
Flowforsinkelse – klinisk forsinkelse i behandling	9	9 %	16 %
Antal tomme bemandede senge	10	10 %	19 %

Anm.: Der var to buffersenge /overbelægningssenge, der ikke indgår i analysen over uhensigtsmæssig anvendelse af seng og de øvrige spildkategorier, da sengene ikke indgik i personalenormeringen.

Der var ti tomme senge, der indgik i personalenormeringen og er registreret som spildhændelser, de syv blev registreret i samme region. På afdelingen med syv tomme senge, blev det vurderet at være udtryk for en særlig variation på dagen; altså ikke et generelt mønster på den udvalgte afdeling.

Note: * Der kan være registreret flere typer af spildhændelser knyttet til samme seng. I Kapitel 6.3 findes en mere detaljeret beskrivelse af spildkategorierne.

Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Anvendelse af seng

Den spildtype, der blev registreret hyppigst, var "Seng anvendt uhensigtsmæssigt". Spildtypen blev registreret for 18 senge (18 %) og blev observeret i alle regioner, heraf 7 senge med patient placeret i forkert specialeafsnit, syv senge, hvor patienten kunne være behandlet ambulant, og fire senge med psykiatrisk færdigmeldte patienter afventende kommunale indsatser.

Gennemgangen af de syv patienter indlagt i forkert specialeafsnit har ikke identificeret specifikke diagnosekategorier, der var særligt udsat for at være indlagt i forkert specialeafsnit. Blandt de syv patienter, der kunne være behandlet ambulant, var der en overvægt af patienter, der var under primær udredning, uden psykiatrisk diagnose, samt én indlæggelse, der kunne være forebygget ved indsats i kommunal rusmiddelbehandling, hvorved den psykiatriske udredning kunne foregå i ambulant regi. De fire færdigmeldte patienter havde alle skizofreni eller en psykotisk lidelse samt flere psykiatriske tillægsdiagnoser, blandt andet mental retardering – alle fire afventede et bosted med rette kompetencer eller kommunalt anvist bolig.

I ét sengeafsnit var der to senge med patienter indlagt med en anbringelsesdom og indlæggelsestider over hhv. 1 og 2 år. Patienter, der modtager en anbringelsesdom, skal være indlagt eller anbragt på en psykiatrisk afdeling, dommen er ofte tidsubestemt, og patienterne kan ikke udskrives, før retten ændrer dommen (Danske Regioner., n.d., Kompetencecenter for Retspsykiatri, 2021). Nogle informanter mener, det er forkert at betragte disse senge som del af et sengeafsnits "brugbare" kapacitet og behandlingsflow. De mener, at det kan ses som uhensigtsmæssig anvendelse af en seng i et behandlingsflow-perspektiv.

Indlæggelse og udskrivelse

For seks senge blev registreret unødvendig eller forebyggelig indlæggelse, der kunne være undgået ved indsatser tidligere i patientforløbet – heraf tre vurderet som følge af et tidligere indlæggelsesforløb med for tidlig udskrivelse eller udskrivelse til uholdbar situation, fx udskrevet til eget hjem i ventetid på botilbud. Der var ingen fund relateret til udskrivelsesplanlægning.

Komplikation eller fejl i behandling

Procedurekomplikationer blev identificeret på fire senge, der bidrog til forlængede indlæggelser grundet somatiske komplikationer. Der er to senge, hvor der under indlæggelsen identificeredes underliggende somatisk sygdom sent i indlæggelsesforløbet, da psykiske symptomer og fokus overskyggede den somatiske problemstilling. Videre fandt vi to senge, hvor der under indlæggelsen opstod en forebyggelig forværring af en kendt somatisk sygdom, der påkrævede somatisk tilsyn og behand-

ling. Det medfører komplikationer, der vurderes at kunne være forebygget ved højere sundhedsfaglig kompetence eller ved et bedre samarbejde med somatikken.

Flowforsinkelse som følge af organisatoriske forhold i kommunalt regi blev registreret for 13 senge (13 %) fordelt i fire regioner. I otte senge afventede patienten botilbud, fire ventede på kommunalt visiteret bolig og én på anden kommunal indsats (bostøtte). Patientinventeringen har vist, at 70 % af de patienter, der afventede botilbud, havde en diagnose inden for skizofrenispektret, 31 % havde en kendt misbrugsproblematik, og 31 % er retspsykiatriske patienter.

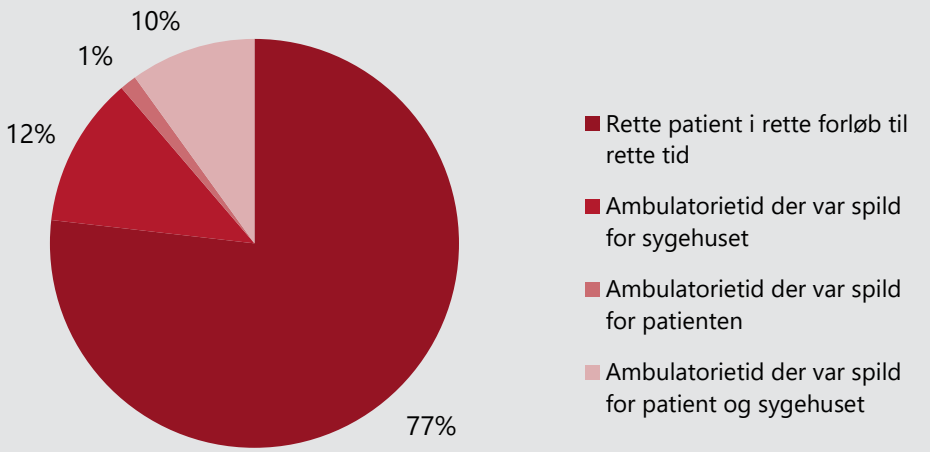
Klinisk forsinkelse i behandlingen, der medførte forlænget indlæggelse, blev registreret for ni senge. Fem af disse skyldtes ventetid på vurdering eller klinisk beslutningstagning ved erfaren læge/speciallæge, to afventede somatisk tilsyn eller behandling, en ventede på afgørelse om opstart af tvangsmedicinering i relation til dom til behandling, og en afventede plan og beslutning fra behandlingsansvarlig overlæge i retspsykiatrisk klinik.

Flowforsinkelse som følge af organisatoriske forhold i regionalt regi, med ventetid på koordination og samarbejde med anden regional enhed, blev registreret for otte senge. Ventetid på koordination med ambulant psykiatrisk enhed (fire senge), ventetid på somatisk udredning (to senge), ventetid på plads på de særlige pladser i psykiatrien (én seng) og ventetid på koordination med retspsykiatrisk klinik (én seng).

3.2 Patientinventeringen i de fem ambulante enheder

Patientinventeringen i ambulatorierne viser, at der i 77 % af de ambulante forløb var tale om den rette patient i rette forløb og til rette tid og uden spild, mens 12 % blev registreret med spild for sygehus, særligt grundet patientudeblivelser, og 10 % med spild for både patienten og sygehuset, se Figur 3.2.

Figur 3.2 **Overblik over andel af patienter i rette forløb til rette tid og rette sted i de fem auditerede ambulante enheder**



Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Der blev auditeret på 151 ambulante patientkontakter. Da der er set på et tværsnit af en ambulant enheds tværfaglige dagsaktivitet, er der en stor variation i typen af patientkontakter både i forhold til varighed, indholdet i kontakten, og hvilken faggruppe der forestod patientkontakten. Varigheden kunne veksle mellem 10-15 minutter til medicinudlevering eller opfølgende telefonkontakt, helt op til 1-3 timer ved fx en udredningssamtale eller en gruppebehandlingsseance. Følgende typer af patientkontakter blev observeret under inventering: fremmødesamtale, gruppeforløb, medicinudlevering, hjemmebesøg, møde, virtuel konsultation, telefonkontakt og besøg hos indlagt patient.

Der arbejdes i tværfaglige behandlingsteams og dermed vekslende faggrupper, der står for kontakten, dog stod sygeplejerskerne for ca. to tredjedele af de auditerede patientkontakter, mens læger og psykolog hver stod for ca. en tiendedel. De øvrige blev gennemført af diætister, socialpædagoger, ergoterapeuter, socialrådgivere og peer-medarbejdere.

Der blev registreret spild i 23 % af de ambulante patientkontakter, varierende fra 16 % til 38 % mellem de fem regioner. De registrerede variationer i spild mellem de fem regioner afspejler forskellige typer af sengeafsnit, forskellige patientkategorier på dagen og forskellige medarbejderrepræsentanter med forskellig sundhedsfaglig baggrund.

Spildkategorier

I næsten halvdelen af tilfældene skyldtes den registrerede spild en patientudeblivelse (9,3 %) eller en patientaflysning så sent, at tiden ikke kunne anvendes til anden kontakt (2,6 %), Tabel 3.2.

I 6,6 % af de ambulante patientkontakter blev det vurderet, at kontakten kunne være foregået i andet regi. Det kunne fx være ved en privatpraktiserende psykiater, anden ambulant enhed, en psykolog i primærsektoren eller et møde, som medarbejderne i den ambulante psykiatri fandt unødvendigt. Det kunne fx være møde om en tilbudt indsats fra anden myndighed eller møde som følge af opstået uenighed om behandlingsforløbet. De patienter, der blev vurderet at kunne være set ved privatpraktiserende psykiatere, havde ifølge medarbejderne fået et regionalt ambulant forløb grundet enten for lang ventetid hos eller for stor geografisk afstand til en privatpraktiserende psykiater.

De øvrige spildtyper var uhensigtsmæssig udnyttelse af patientkontakten, fx for kort tid afsat eller ændring til telefonkonsultation i stedet for fremmøde af patienten, hvorved der var brug for ny ambulant kontakt.

Diagnosebilledet afspejler de forskellige ambulante enheder og udvalgte behandlingsteam, der blev auditeret. De største diagnosegrupper udgjorde derfor skizofreni (55 %), psykotiske tilstande (15 %), ADHD inkl. udredningsforløb for ADHD (20 %), affektive lidelse (6 %), personlighedsforstyrrelse (5 %) og autisme/Aspergers syndrom (5 %). Femten procent var i udredningsforløb uden beskrevet psykiatrisk diagnose, 15 % havde en kendt og registreret misbrugsproblematik, 5 % var retslige patienter, og 5 % var præget af selvmordstanker eller havde tidligere selvmordsforsøg.

Tabel 3.2 Oversigt over registrerede spildhændelser i de fem auditerede ambulante enheder

Spildkategorier	Antal hændelser	Andel af auditerede patientkontakter
Antal auditerede patientkontakter	151	_
Ambulante kontakter registreret med spild*	35	23 %
Spild for patienten		
Koordinationsbesøg mere hensigtsmæssigt gennemført andet sted eller på anden måde	1	0,7 %
Ambulatorietiden kunne ikke afvikles, selvom patienten var mødt op, fx på grund af personalemangel eller forsinkelser	1	0,7 %
Uhensigtsmæssig opsplitning af patientforløb, besøg over flere dage	0	0,0 %
Spild patient/sygehus		
Ambulatorietiden kunne ikke afvikles på grund af fx manglende prøvesvar, undersøgelse, tilsyn, tolk mv.	0	0,0 %
Ambulatorietiden blev afviklet, men ikke optimalt, pga. fx manglende prøvesvar, lang ventetid, overbooking, tilset af ny fagperson mv.	5	3,3 %
Patienten måtte genindkaldes som følge af ikke-optimalt udnyttet ambulatorietid	0	0,0 %
Patienten blev booket til en unødvendig kontrol	0	0,0 %
Patienten kunne være tilset af egen læge/privatpraktiserende psykiater/anden del af organisationen (fx OPUS-team)	10	6,6 %
Patienten udeblev, og tiden blev ikke aflyst	14	9,3 %
Spild for sygehuset		
Patienten var forsinket (systemforsinkelse) pga. fx manglende transport, patient til undersøgelse andet sted	0	0,0 %
Patienten aflyste så sent, at det ikke var muligt at bruge tiden til en anden patient	4	2,6 %
Ingen patient booket	1	0,7 %

Note: * Der var nogle ambulante kontakter, der var registreret med flere spildkategorier. Se mere detaljeret beskrivelse af spildkategorierne i Afsnit 6.3.

Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

3.3 Drivkræfter og årsager til uhensigtsmæssige behandlingsforløb

Dette afsnit præsenterer de centrale drivkræfter og årsager, som er identificeret i patientinventeringen. Gennem systematisk gennemgang er de vigtigste faktorer, der påvirker kapacitets- og ressourceudnyttelse, kortlagt, og mulige underliggende årsager til spild og uhensigtsmæssige forløb identificeret. Nogle drivkræfter kan ses

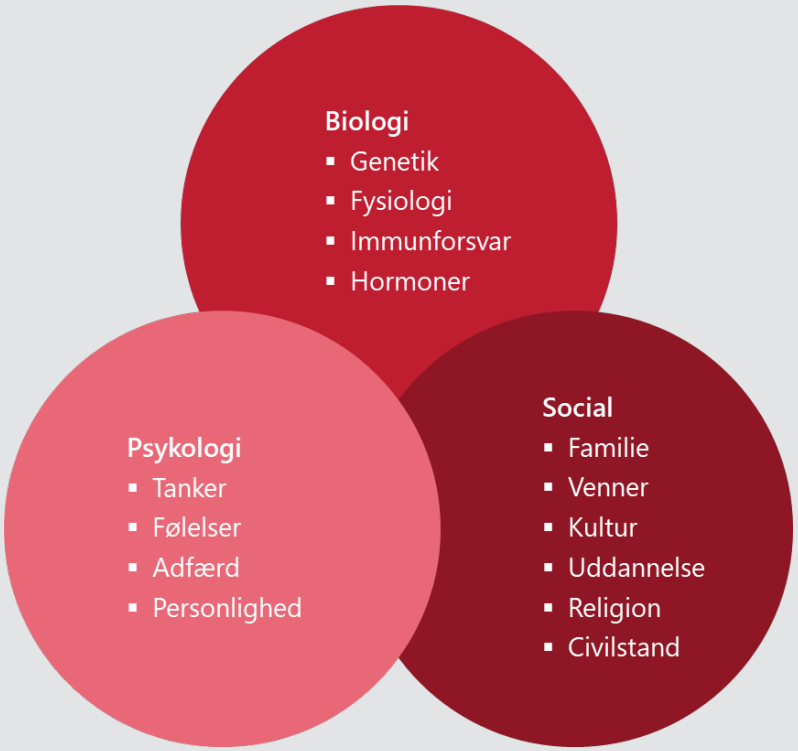
som grundvilkår for arbejdet. Det gælder særligt for de to første, vi belyser: *Patienter i særlig risiko for uhensigtsmæssige forløb* og *Mange samarbejdspartnere internt og eksternt*. De kan være vanskelige at ændre på kort sigt inden for den enkelte afdeling. Andre drivkræfter er alt andet lige lettere at ændre på for den enkelte organisation.

3.3.1 Patienter i særlig risiko for uhensigtsmæssige forløb og patientgrupper med særlige problemstillinger

På tværs af regionerne og enslydende for sengeafsnit og ambulatorier beskrives patienter med høj bio-psyko-social kompleksitet at være i særlig risiko for uhensigtsmæssige forløb. Disse patienter har flere konkurrerende problemstillinger og har behov for samtidige tværfaglige og tværsektorielle indsatser på grund af social udsathed og kaotisk livssituation (fx manglende bolig eller socialt netværk), svær psykiatrisk sygdom (særligt patienter med manglende eller nedsat sygdomserkendelse og -indsigt, med indvirkning på behandlingsalliance og compliance – overvejende diagnoser inden for skizofrenispektret) og dobbeltdiagnose (psykiatrisk sygdom og misbrugsproblematik).

Begrebet "bio-psyko-social kompleksitet" er baseret på en teoretisk model (Engel, 1977), der anerkender, at sundhed og sygdom er påvirket og integreret af både biologiske, psykologiske og sociale faktorer, se Figur 3.3. I den bio-psyko-sociale tilgang til behandling og rehabilitering anbefales en helhedsorienteret tilgang, da de enkelte faktorer er indbyrdes afhængige.

Figur 3.3 Den bio-psyko-sociale model

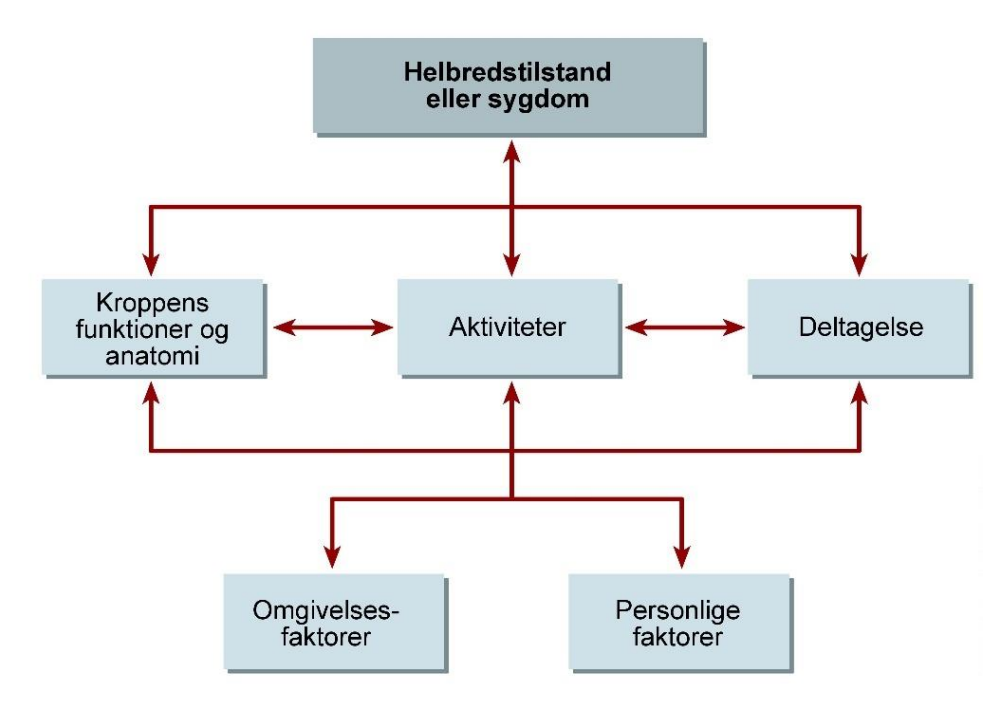


Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed frit efter Engel "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine" (1977, s. 36).

Disse komplekse og mest skrøbelige patienter oplever flere adgangsbarrierer i både behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, og de har oftere afbrudte behandlingsforløb og indsatser med manglende kontinuitet. De oplever oftere flaskehalse i deres forløb grundet et behov for indsatser på tværs af sektorer, hvor der er et stort behov for koordinering og samarbejder mellem flere aktører.

Det beskrives af medarbejderne, at det kræver et vist niveau af ressourcer og sygdomsindsigt at kunne deltage og indgå i et forløb i behandlingspsykiatrien. For de mest skrøbelige patienter vurderes det af afgørende betydning, at de får den rette kommunale støtte til at skabe stabilitet i dagligdagen, huske aftaler og følge behandlingsplaner. Uden de rette støtteforanstaltninger øges risikoen for behandlingssvigt og forværring af deres kliniske og sociale situation. Patientgruppen er udfordret i forhold til compliance og sundhedskompetencer, der nødvendiggør en helhedsorienteret vurdering af deres samlede livssituation for at kunne iværksætte de rette indsatser, se Figur 3.4. Der er en udbredt opfattelse af, at når patienter er blevet stabile i deres psykiske og/eller sociale situation, bortfalder de kommunale støtteindsatser ofte, med risiko for forværring.

Figur 3.4 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF model) – en bio-psyko-social helhedsvurdering



Kilde: Lægehåndbogen (2023) og Maribo et al. (2014).

Patienter med dobbeltdiagnose oplever oftere uhensigtsmæssige forløb, da de kommer i klemme mellem på den ene side et udrednings- og behandlingsbehov i regionen og på den anden side socialpsykiatrien med den kommunale rusmiddelbehandling.[22] For sengeafsnit og ambulatorier havde hhv. 20 % og 15 % en kendt og registreret misbrugsproblematik, og af disse patienter var det hos over to tredjedele i kombination med en lidelse inden for skizofrenispektret. Ved patientinventering blev observeret tilfælde med spild i form af forlængede indlæggelser og afbrudte ambulante forløb grundet manglende kommunale rusmiddelbehandling. Særligt blev der i flere regioner efterspurgt flere integrerede behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnoser, døgnophold og botilbud med kompetencer i rusmiddelbehandling.

Retslige patienter udgjorde 10 % af de auditerede senge og 5 % af de ambulante kontakter, med variation mellem de fem regioner og typen af auditeret enhed –

[22] Til voksne dobbeltdiagnosepatienter er der fra 1. september 2024 planlagt et nyt, samlet behandlingstilbud i regionerne (jf. økonomiaftalerne for regioner og kommuner for 2023 og 2024, Sundhedsstyrelsen & Social- og Boligstyrelsen (2024), Sundhedsstyrelsen (2023b) og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023a).

særligt observeret i relation til tilstande inden for skizofrenispektret i disse specialeafsnit og de ambulante F-ACT- og OPUS-teams. Medarbejderne i disse enheder oplyser, at retslige patienter har længere gennemsnitlig indlæggelsestid og længere ambulante forløb end ikke-retslige patienter. Der blev observeret flaskehalse med ventetid på afgørelser om tvangsmedicinering i forbindelse med dom til behandling og koordination med de retslige klinikker om behandlings- og udskrivelsesplaner.

Vigtigste indsigter for patienter i særlig risiko for uhensigtsmæssige forløb og patientgrupper med særlige problemstillinger

Drivkræfter og årsager:

- Patienter med en høj bio-psyko-social kompleksitet er i særlig risiko for uhensigtsmæssige og forlængede forløb grundet deres behov for omfattende og koordinerede indsatser på tværs af sektorer.
- Manglende kontinuitet, adgangsbarrierer og utilstrækkelig kommunale støtteforanstaltninger forværrer den kliniske og sociale situation hos patienter med høj bio-psyko-social kompleksitet.
- Dobbeltdiagnosepatienter oplever ofte uhensigtsmæssige forløb pga. manglende integrerede og kontinuerte behandlingstilbud.
- Retslige patienter har ofte længere indlæggelsesforløb pga. flaskehalse og behov for koordinering på tværs af enheder og sektorer.

3.3.2 Mange samarbejdspartnere internt og eksternt

Inventeringen har afdækket stor variation og kompleksitet i samarbejdsrelationer og samarbejdsudfordringer fra region til region. På grund af målgruppens høje bio-psyko-sociale kompleksitet er der ofte behov for en fælles tværfaglig tilgang både internt i behandlingspsykiatrien og på tværs til socialpsykiatrien og ofte med flere sideløbende indsatser. Det manifesteres ved de mange interne og eksterne samarbejdspartnere. som rapporteres af behandlingspsykiatriens medarbejdere, se Figur 3.5.

Figur 3.5 **Oversigt over interne og eksterne samarbejdspartnere rapporteret af behandlingspsykiatriens medarbejdere**



Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Der blev observeret regionale forskelle i organiseringen af behandlingspsykiatrien, både som følge af befolkningsstørrelse, tæthed og geografiske forhold. Ligeledes blev der observeret forskellige lokale tilpasninger i struktur og løsningsforslag. Et eksempel på dette er, at store geografiske afstande har ført til fordeling af ambulante enheder over flere mindre matrikler for at yde behandling tættere på borgerne, mens mindre befolkningsstørrelser har samlet speciale fagområder på samme sengeafsnit/behandlingsenhed.

Der beskrives overvejende gode samarbejdsrelationer internt og eksternt i baggrundsskemaerne, til trods for at der i patientinventeringsdata og under interviews observeres systemudfordringer, der bidrager til uhensigtsmæssige forløb og spild. Systemudfordringerne kommer for eksempel til udtryk ved manglende kendskab eller manglende samarbejde om at få iværksat de rette indsatser til rette tid i forbindelse med udskrivelser. Inventeringen har afdækket flere udfordringer, som primært er knyttet til den store variation og kompleksitet i samarbejdsrelationerne. Disse forhold fører ofte til et tab af overblik over tilbud, muligheder, samarbejdspartnere og kommunikationsveje til disse.

Den observerede diskrepans imellem informationer i baggrundsskema og data fra selve patientinventeringen kan have sammenhæng med dels det organisatoriske niveau, som baggrundsskemaet og undersøgelsen er foretaget på, og dels beskrivelse fra enheder, der er under samme ledelse. Det er vigtigt at erkende denne diskrepans mellem oplevede og observerede udfordringer – for at kunne identificere og adressere de systemiske barrierer, der er i samarbejdsrelationer og arbejdsgange, og derved understøtte udvikling af mere effektive systemer og processer. Dette vil bidrage

til at styrke overblikket og yderligere forbedre samarbejdet på tværs af enheder og med eksterne aktører.

Vigtigste indsigter omkring interne og eksterne samarbejdspartnere

Drivkræfter og årsager:

- Høj bio-psyko-social kompleksitet i målgruppen medfører behov for koordinering mellem flere og sideløbende indsatser og aktører på tværs af sektorer og myndigheder for at kunne yde en sammenhængende og helhedsorienteret behandling og indsats.
- De komplekse behov manifesterer sig i en tilsvarende kompleks organisering af relevante samarbejdspartnere med forskelligartet organisationsstrukturer samt med stor variation på tværs af regioner og kommuner.
- Kompleksiteten i organisering bidrager til ineffektiv ressourceudnyttelse grundet tab af overblik over muligheder, hvilket skaber ukoordinerede, usammenhængende og uhensigtsmæssige patientforløb.

3.3.3 Variation i samarbejdsrelationer, aftaler og robuste arbejdsgange

Patientinventeringen har afdækket betydelig variation i tværgående arbejdsgange mellem de forskellige samarbejdsrelationer, der vil blive gennemgået i nedenstående afsnit. Det er et gennemgående tema i alle regioner, at det er udfordrende og vanskeligt at navigere i de mange samarbejdspartnere, disses indgangs- og kommunikationsveje og tilgængelige tilbud.

Store forskelle i kommunale organisering og tilbud

Fra de regionale medarbejderes perspektiv er det kommunale landskab uoverskueligt og svært at navigere i, bl.a. på grund af forskellig organisering fra kommune til kommune samt involvering af mange forskellige forvaltninger i de enkelte kommuner. Dertil beskrives store forskelle i de indsatser og tilbud, som den enkelte kommune udbyder. En sundhedsfaglig medarbejder i behandlingspsykiatrien kan derfor opleve at skulle kontakte flere forskellige forvaltninger og/eller medarbejdere i en kommune for at få iværksat de samlede og rette støtteforanstaltninger til sin patient – fx bolig-, sundheds-, social-, ældre-, unge- og beskæftigelsesforvaltning. Der er stor variation fra kommune til kommune i organisering af forvaltningsområder,

ligesom medarbejderne kan være i tvivl om, hvilken forvaltning der administrerer et givent tilbud. Der opleves dermed store variationer afhængigt af patientens bopælsadresse og de specifikke indsatser, der er tilgængelige for den enkelte patient. Undersøgelsen har ikke kortlagt forskelle i visitationskriterierne til tilbud eller det givne serviceniveau i en kommune/indsats – dette bør kortlægges på anden vis.

Der beskrives i nogle regioner eksempler på vellykkede samarbejdsstrukturer, der er kendetegnet ved velkendte arbejdsgange og velkendt rollefordeling, der skaber en simpel og smidig vej ind i kommunen. Det kan være en kommunal medarbejder, der har funktion som brobygger mellem behandlingspsykiatrien og ind til alle kommunens forvaltninger og indsatser. Eller det kan være en medarbejder i behandlingspsykiatrien (socialrådgiver), der står for kontakten og samarbejdet ind i kommunen, eller en medarbejder med et indgående og tæt kendskab til kommunens struktur, tilbud og centrale medarbejdere. Det fremhæves som positivt for det tværgående samarbejde, at der afholdes af regelmæssige møder på både ledelses- og medarbejderniveau og sikres tæt kommunikation for at sikre en koordineret indsats.

I flere regioner er der beskrevet og observeret aftaler og arbejdsgange, der fremmer et effektivt samarbejde mellem den regionale behandlingspsykiatri, patienten og socialpsykiatrien. En af de praksisser, der er blevet bemærket, er implementeringen af patientstyrede indlæggelser, der enten kan initieres af patienten selv eller et botilbud til et velkendt sengeafsnit. En struktur, der muliggør patientstyrede indlæggelser, skaber en forbedret patientoplevelse, da patienterne har større autonomi og kontrol over deres behandlingsforløb. Ifølge medarbejderne i behandlingspsykiatrien bidrager det til forbedret kontinuitet mellem indlæggelser ved at give patienten mulighed for at vende tilbage til et velkendt sengeafsnit, og det øger patientens tryghed og følelse af at have et sikkerhedsnet. Ved at reducere den tid, det tager for patienterne at søge hjælp og indlede behandling, kan disse initiativer også føre til kortere indlæggelsesforløb og forhindre alvorlig klinisk forværring, og dermed sikre mindre belastning af systemet. De første evalueringer fra medarbejdere, patienter og pårørende var positive (Rahbek et al., 2016; Region Hovedstadens Psykiatri, n.d.). Patientstyrede indlæggelser kræver dog nærmere evaluering og undersøgelse af effekter på kort og langt sigt. En undersøgelse har vist, at implementering af patientstyrede senge på kort sigt er forbundet med øgede sundhedsomkostninger (Paaske et al., 2021), og har i et andet studie vist ikke at reducere tvang i psykiatrien (Thomsen et al., 2018).

Arbejdsgange og kommunikationsveje

Arbejdsgange og kommunikationsveje varierer mellem de forskellige samarbejdspartnere og øger kompleksiteten for de regionale medarbejdere. Et eksempel herpå er fire forskellige procedurer for udskrivelse af patienter, afhængigt af hvilken instans patienten udskrives til fx:

- Kommunale enheder skal modtage en plejeforløbsplan.
- Praktiserende læge skal modtage en epikrise.
- Ambulatoriet skal informeres via elektronisk patientjournal (EPJ eller SP).
- Private og selvejende bosteder skal informeres ofte via telefon.

De aftaler og arbejdsgange, der er i samarbejdet med de forskellige aktører på tværs af sektorer, er yderligere udfordret af forskellige IT-systemer. De forskellige IT-systemer medfører, at der er et tab af relevante patientinformationer, fx kommende aftaler, fremtidige behandlingsplaner og indsatser. Manglende adgang for medarbejdere mellem de forskellige systemer vanskeliggør koordinering af patientforløb og planlægning af samarbejdsmøder og aftaler parterne imellem.

Tolkning af visitationskriterier og ansvar for patienten

Patientinventeringen har afdækket eksempler på, hvordan forskellig tolkning af visitationskriterier kan medføre uhensigtsmæssige forløb. Det kan være ved tilbageviste og gentagne henvisninger, hvor afsender bliver udfordret i forhold til at få den rette hjælp til patienten. Patientens tid til rette hjælp forlænges med risiko for klinisk forværring, der kan nødvendiggøre handling på et højere indsatsniveau end til at begynde med. Eller det kan være, at patienter tages ind i regionalt forløb, på trods af at det kunne foregå på et lavere indsatsniveau med mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse, fx ved forløb hos privatpraktiserende psykiater.

Uenigheder om henvisnings- og visitationskriterier opleves både i forhold til interne og eksterne samarbejdspartnere. Internt i behandlingspsykiatrien kan der opleves uenighed om, hvilken type af ambulatorium der bør udrede, behandle og følge patienterne. Det beskrives for eksempel at F-ACT- og OPUS-teams modtager henvisninger fra andre ambulante enheder, hvor der er uenighed om sværhedsgrad og kompleksiteten af patientens tilstand og udredningsbehov.

I forlængelse heraf rapporteres om manglende klarhed omkring og kendskab til ansvars- og arbejdsfordeling mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Manglende klarhed om kommunernes ansvar under indlæggelser, hvor behovet for kontinuitet bliver fremhævet. Fra de regionale medarbejderes perspektiv savnes, at kommune og botilbud har en større forpligtelse over for patienterne, mens de er indlagt. Et eksempel er, at kommunale indsatser fortsætter under indlæggelse, og at fx botilbud eller bostøtte har forpligtelse til at bevare og opretholde kontakt med patienten, mens denne er indlagt. De regionale medarbejdere beskriver positive erfaringer, når kommunale medarbejdere, fx bostøtte, SKP eller kontaktperson fra botilbud, bevarer kontakten til patienten under indlæggelse. Det beskrives positivt for det tværsektorielle samarbejde og fremmende for patientforløb med smidigere og tryggere indlæggelser og udskrivelser.

Inventeringen har vist flere eksempler på koordinationsudfordringer mellem samarbejdspartnere på baggrund af forskellige regelsæt i hhv. servicelov og sundhedslov. Mens hjælpen under sundhedsloven forholder sig direkte til en sundhedsfaglig vurdering, angives hjælpen efter serviceloven at være underlagt mere bureaukratiske visitationsregler. Afgørelser efter serviceloven skal ofte sendes videre i systemet til godkendelse, hvilket fører til ventetid på sagsbehandling og forlængede indlæggelsesforløb.

Vigtigste indsigter relateret til variationen i samarbejdsrelationer, aftaler og arbejdsgange

Drivkræfter og årsager:

- Regionale medarbejdere skal samarbejde og have kendskab til mange forskellige kommunale organiseringsformer og forvaltningsstrukturer.
- Forskellig forvaltningspraksis i de enkelte kommuner og varierende arbejdsgange med forskellige samarbejdspartnere skaber stor kompleksitet i de regionale medarbejderes arbejdsgange for at opnå samme indsats til patienterne afhængigt af bopælsadresse.
- Stor forskel i tilgængelighed af tilbud kommunerne imellem
- Uklare/forskellige visitationskriterier og lovgivning skaber barrierer og ventetid med forsinkede og/eller forkerte indsatser til følge
- Ofte flere myndigheder, der arbejder under forskellige lovgivninger, økonomiske og strukturelle rammer, involveret.
- Uklar ansvars- og rollefordeling i patientforløbene over tid og på tværs af sektorer/enheder skaber kontinuitetsbrud i patientforløbene, dårlig behandlingskvalitet og uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse.
- Variation i IT-systemer, kommunikationsveje og informationsudveksling mellem samarbejdspartnere skaber manglende overblik, ineffektivitet og spild.

3.3.4 Kommuner og botilbud

Ventetid og begrænsning på kommunale indsatser

Et gennemgående tema fra behandlingspsykiatriens perspektiv er, at der opstår flaskehalse i deres patientforløb som følge af ventetid på kommunale indsatser. Det er

et mønster, der genfindes i patientinventeringsdata med uhensigtsmæssig udnyttelse af sengekapacitet og spild, der forlænger indlæggelser og ambulante forløb.

Særligt observeres det, at ventetid på botilbud eller kommunalt anvist bolig bidrager til forlængede indlæggelser. Der berettes ligeledes om ventetid på andre kommunale indsatser, der ikke fanges under patientinventeringen, lang ventetid i værgemålssager, på VUM-udredninger (voksenudredning af patienter med psykisk handicap) og tildeling af støtteforanstaltninger til dagligdagen som fx bostøtter. Ud over ventetid på de kommunale indsatser opleves øgede udfordringer med at få tildelt og fastholdt de rette støtteforanstaltninger på grund af besparelser i pressede kommuner. Der nævnes reduktion i antal bostøtter, SKP (støtte- og kontaktperson) og ændring af regler om, hvilke opgaver en bostøtte må udføre. Der gives eksempler på, at bostøtter i nogle kommuner ikke længere må følge patienter til kontroller og deltage i samtalerne i behandlingspsykiatrien. Det skønnes at øge risikoen for patientudeblivelser og tab af relevante patientinformationer på tværs af sektorer. Ligeledes afsluttes kommunale støtteforanstaltninger, når patienten er stabiliseret, hvilket øger risikoen for forværring af den kliniske og sociale situation, med hyppigere kontakt eller forlængede forløb i ambulatorierne eller til indlæggelser.

Ventetid og flaskehalse i kommunerne kan presse behandlingspsykiatriens interne kapacitet. Der kan opstå situationer, der presser sengeafsnittene til at udskrive patienter til en uholdbar situation i ventetiden på de nødvendige støttebehov. Det øger risikoen for klinisk forværring og genindlæggelse. En region havde positive erfaringer med et udkørende psykiatrisk mobilteam, hvor patienter kunne tilbydes et 30 dages udkørende opfølgningsforløb efter en udskrivelse for at forebygge genindlæggelser eller for at forebygge en indlæggelse ved begyndende klinisk forværring.

Socialpsykiatriske botilbud

Samarbejdsudfordringer med kommunale, private og selvejende botilbud er udbredt på tværs af regionerne, men varierer i omfang. Der er store geografiske forskelle, hvor særligt to regioner skiller sig ud ved en høj forekomst af private og selvejende botilbud. Det rapporteres, at de private og selvejende bosteder modtager meget komplekse psykiatriske beboere, og at de tilgængelige sundhedsfaglige kompetencer ikke vurderes tilstrækkelige til at håndtere denne kompleksitet. Det rapporteres af de regionale medarbejdere, at de meget komplekse, kroniske psykiatriske patienter på bostederne presser kapaciteten i både de ambulante enheder og sengeafsnittene, da de har behov for ambulant forløb til behandlingskontroller og har hyppigere indlæggelser grundet kliniske forværring. Det beskrives i disse regioner, at det opleves som et særligt stort pres, fordi ressourcer og medarbejdere ikke følger med, og de samtidig har store rekrutteringsudfordringer.

Patientinventeringen har ikke afdækket årsager og dynamikker i forhold til fordeling af private og selvejende bosteder og patientmålgrupper.

Det opleves i behandlingspsykiatrien som vanskeligt at få plads på botilbud med de rette kompetencer, inkl. de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer til de mest komplekse psykiatriske patienter. Det beskrives særligt gældende for patienter med særlige kombinationer af psykiatriske diagnoser, fx patienter med skizofreni og misbrugsproblematik eller retslige patienter med misbrugsproblematik, hvor det kan være udfordrende at få botilbud med rusmiddelbehandlingskompetencer.

Manglen på sundhedsfaglige kompetencer på botilbuddene, med en overvægt af pædagogisk personale, beskrives at øge risikoen for medicinsvigt. Manglende botilbud eller botilbud, der ikke har de rette kompetencer, opleves ofte at resultere i hyppige og lange indlæggelser. Der observeres under patientinventeringen indlæggelser som følge af medicinsvigt på botilbud. Ud over manglende sundhedsfaglige kompetencer beskrives det som anden medvirkende årsag til medicinsvigt, at botilbuddene er underlagt serviceloven, så indlæggelse er nødvendig, hvis patienterne modsætter sig medicinsk behandling.

Et godt samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og botilbud beskrives i de patientforløb, hvor botilbuddets medarbejdere bevarer en tæt kontakt til patienten med besøg under indlæggelser, tæt kommunikation og informationsdeling om vurdering og behandlingsplaner med ambulatoriet. Nogle regionale medarbejdere efterspørger, at botilbuddene har en større forpligtelse til kontakt under indlæggelsesforløb, hvilket kan understøtte bedre kontinuitet, smidigere overgange og tryggere udskrivelser.

Vigtigste indsigter relateret til kommuner og bosteder

Drivkræfter og årsager:

- Kommunale flaskehalse på botilbud og begrænsninger på kommunale støtteforanstaltninger skaber betydelige udfordringer for behandlingspsykiatrien og bidrager til uhensigtsmæssig kapacitetsudnyttelse grundet forlængede indlæggelsesforløb og patient udeblivelser
- Manglende kontinuitet og fastholdelse i kommunale støtteforanstaltninger over tid øger risikoen for klinisk forværring og afbrudte forløb qua målgruppens kompleksitet, begrænsede ressourcer og sundhedskompetencer. Omvendt understøtter tæt og kontinuerligt samarbejde mellem botilbud og behandlingspsykiatri et godt behandlingsresultat.
- Kapaciteten i behandlingspsykiatrien er udfordret af mangel på botilbud med de rette sundhedsfaglige kompetencer til håndtering af de mest komplekse psykiatriske patienter.
- Socialpsykiatriske botilbuds begrænsende handlingsmuligheder og beføjelser jf. serviceloven fører til uhensigtsmæssige indlæggelser til sundhedsfaglig behandling jf. sundhedsloven, fx tvangsmedicinering og medicincompliance.

3.3.5 Rekruttering og tilknytning

Der er udbredte rekrutteringsudfordringer inden for psykiatrien, der beskrives på tværs af de fem regioner, men der erfares geografisk ulighed særlig i forhold til rekruttering af speciallæger og sygeplejersker, hvor særligt tre regioner vurderes at have store personale- og rekrutteringsudfordringer. Det oplyses ved en patientinventering, at personalemangel og rekrutteringsproblemer har medført lukning af senge/sengeafsnit. Det øger presset i de øvrige sengeafsnit samt ud i ambulatorierne, der skal håndtere tungere og mere komplekse problemstillinger som følge af kortere indlæggelsesforløb og tilbageholdenhed med indlæggelser.

Der nævnes forskellige årsager til tilknytnings- og rekrutteringsudfordringer på tværs af de besøgte enheder, fx konkurrence med det private med bedre løn- og arbejdsvilkår og yderregioner i konkurrence med de større byer. Psykiatrien anses ikke som et attraktivt speciale. Der er i de auditerede enheder en udbredt oplevelse af faldende antal kvalificerede ansøgere til stillingsopslag – inden for både læger, (special-) psykologer og plejegruppen – hvorfor de presses til at ansætte uerfarne, nyuddannede eller personale uden de rette kvalifikationer og kompetencer eller har

vakante stillinger. Der beskrives et hårdt arbejdsmiljø, særligt for uerfarne/unge medarbejdere, og som konsekvens heraf er der en høj personaleomsætning.

Konsekvenserne af personalemangel, særligt af psykiatere, ses i data fra patientinventeringen, hvor der observeres interne flaskehalse i sengeafsnit og ambulatorier, med ventetid på diagnostisk udredning, klinisk vurdering og beslutningstagning ved en speciallæge. Lægemanglen kan skabe interne forskydninger i kapacitet og ressourceforbruget mellem sengeafsnit og ambulatorier (begge veje). Ved ventetid på fx udredning, behandling eller opfølgning i ambulatoriet øges risiko for klinisk forværring og risiko for indlæggelse.

Mangel på særligt specialpsykologer i ambulatorierne bidrager ligeledes til forlængede udrednings- og behandlingsforløb. Mangel på sygeplejersker reducerer de sundhedsfaglige kompetencer både i sengeafsnit og ambulatorie. Det påvirker behandlingskvaliteten og medfører uhensigtsmæssige opgaveforskydninger og kompetenceudnyttelse, fx regelmæssige medicinkontroller, der flyttes tilbage til lægegruppen. I enkelte regioner og teams beskrives der mangel på socialrådgivere, hvorved behandlingssygeplejersker må bruge mere tid på kontakt og samarbejde med kommunerne, og der gennemføres færre netværksmøder. Dermed skaber personalemangel inden for de forskellige faggrupper interne forskydninger i opgaveløsning og uhensigtsmæssig kompetenceudnyttelse.

Ekstern mangel på kompetencer eller medarbejdere i andre sektorer påvirker behandlingspsykiatrien og genfindes i patientinventeringsdata. Rekrutteringsudfordringer og manglen på privatpraktiserende psykiatere i primærsektoren beskrives på tværs af regionerne, men med store geografiske forskelle. Manglen på privatpraktiserende psykiatere skaber lange ventetider eller store geografiske afstande til udredning og behandling hos privatpraktiserende psykiater. De ambulante psykiatriske enheder mærker i større udstrækning manglen på privatpraktiserende psykiater end sengeafsnittene. Ambulatorierne presses af flere henvisninger og flere patientforløb. Samtidigt oplever de ambulante enheder større udfordringer med at få afsluttet patienterne til videre opfølgning ved en privatpraktiserende psykiater. Det oplyses, at særligt de ambulante psykiatriske enheder/teams, der beskæftiger sig med affektive lidelser, ADHD, autisme, personlighedsforstyrrelse og angsttilstande, presses af manglen på privatpraktiserende psykiatere. Der er dermed risiko for, at disse patientløb foregår på et højere indsats- og ressourceniveau, end det vurderes fagligt nødvendigt.

Vigtigste indsigter angående rekruttering og tilknytning til behandlingspsykiatrien

Drivkræfter og årsager:

- Rekrutteringsudfordringer i behandlingspsykiatrien skaber betydelige interne og eksterne flaskehalse, ventetider, opgaveforskydninger, kapacitetsudfordringer og påvirker behandlingskvalitet, kompetenceniveau og arbejdsmiljø negativt.
- Geografisk ulighed i omfanget af personalemangel og rekrutteringsudfordringer, blandt andet som følge af konkurrence med og/eller bedre løn- og arbejdsvilkår i forhold til det private, samt konkurrence mellem yderegionerne og de større byer.
- Lavere erfarings- og kompetenceniveau bidrager til et hårdt arbejdsmiljø resulterende i en høj personaleomsætning med selvforstærkende effekt.

3.3.6 Kompetencer

En gennemgående udtalelse fra enhedsledere og medarbejdere i behandlingspsykiatrien er at de har et lavere erfarings- og kompetenceniveau end ønsket i medarbejdergruppen, grundet de ovenfor beskrevne rekrutterings- og tilknytningsudfordringer.

Mangel på sygeplejersker ses både i sengeafsnit og ambulatorier. Det medfører underbemanding eller udfordringer med at dække hele døgnet i sengeafsnittene, og i ambulatorierne færre behandlersygeplejersker, hvorved der foregår en uhensigtsmæssig opgaveforskydning og kompetenceudnyttelse mellem de forskellige faggrupper.

Et lavt erfaringsniveau blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter medfører længere indlæggelsesforløb, da manglende erfaring og viden kan forsinke rettidig klinisk vurdering og handling, hvilket igen påvirker behandlingskvaliteten. Når medarbejdere mangler erfaring og kompetencer til at håndtere bestemte patientgrupper, fx når patienter ikke er indlagt på specialafsnit eller modtager ambulant specialbehandling, forringes behandlingskvaliteten, og patientforløb forlænges. Dette belaster medarbejderne følelsesmæssigt og påvirker arbejdsmiljøet negativt,

hvilket bidrager til øget personaleudskiftning og hæmmer opbygningen af erfaring og kompetencer.

Manglende speciallægekompetencer – fx ansættelse af nyuddannede læger eller læger uden speciallægeuddannelse – beskrives og observeres i patientinventeringsdata at være en betydelig intern flaskehals. Både i sengeafsnit og ambulatorier ses ventetid på udredninger, klinisk vurdering og beslutningstagning. Det har både betydning ved indlæggelse i psykiatrien (vurdering af indlæggelsesbehov, plan, ambulant forløb), under indlæggelsesforløbet og i forbindelse med udskrivelse/afslutning af ambulante forløb.

Det kommer under patientinventeringen særligt tydeligt frem i to regioner, at botilbuddene ikke skønnes at have de rette sundhedsfaglige kompetencer til særligt komplekse, kroniske psykiatriske patienter – kombinationen af diagnoserne skizofreni og mental retardering nævnes specifikt – og der mangler botilbud med kompetencer til psykisk sygdom og rusmiddelbehandling. I enkelte regioner nævnes specifikt, at en psykiatrisk speciallægekonsulent tilknyttet bosteder kunne aflaste behandlingspsykiatrien. Det gælder særligt i forhold til langvarige patientforløb i den ambulante psykiatri til medicinkontroller af visse typer antipsykotisk medicin.

Patientinventeringen har ikke undersøgt, om der mangler botilbud til de kroniske psykiatriske patienter, eller om udfordringen er, at der mangler de rette sundhedsfaglige kompetencer på de eksisterende botilbud.

Vigtigste indsigter om kompetencer i behandlings- og socialpsykiatrien

Drivkræfter og årsager:

- Lavere erfarings- og kompetenceniveau blandt medarbejdere i behandlingspsykiatrien fører til forsinket klinisk vurdering og intervention, hvilket forlænger indlæggelsesforløb og forringer behandlingskvaliteten.
- Socialpsykiatriske botilbud mangler nødvendige sundhedsfaglige kompetencer til at håndtere komplekse psykiatriske patienter, hvilket resulterer i uhensigtsmæssige indlæggelser og et øget behov for ambulante forløb.
- Reduceret kompetenceniveau og mangel på rette faglige kvalifikationer kan medføre opgaveløsning på et højere indsatsniveau end påkrævet.

3.3.7 Tværgående kapacitetsudfordringer internt og eksternt

Det er et gennemgående mønster på tværs af alle fem regioner, at der beskrives store kapacitetsudfordringer både internt i den regionale behandlingspsykiatri og i socialpsykiatrien. Det skaber forskydninger i kapacitetsudfordringerne og hindrer kapacitetsudnyttelse på rette indsatsniveau. Der ses kapacitetsforskydninger internt imellem sengeafsnittene og den ambulante behandlingspsykiatri (begge veje) og eksternt mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien (begge veje). Samtidig ses forskydninger i forhold til kapaciteten af privatpraktiserende psykiater ind i den ambulante regionale psykiatri, da manglen på privatpraktiserende psykiatere "presser" flere patientforløb over i den regionale psykiatri. Samspillet mellem disse kapacitetsudfordringer forstærker hinanden negativt og resulterer i uhensigtsmæssige patientforløb, flaskehalse og længere ventetider, hvilket forhindrer rettidig behandling på det rette sted.

Interne kapacitetsproblemer i sengeafsnit kan fx betyde, at patienter ikke kan placeres på de rette specialafsnit, fx at patienter med skizofreni og psykotiske symptomer indlægges på affektive afsnit. Dette kan resultere i, at de ikke modtager optimal behandling, da personalet mangler den nødvendige specialviden. Det påvirker behandlingskvaliteten og kan forlænge indlæggelsen. Undersøgelsen viser desuden, at hospitalsenhederne i deres kapacitetsplanlægning kalkulerer med, at op mod 30 % af patienterne placeres på afsnit med anden fagområdespecialisering end

diagnosen tilsiger, hvilket kan forringe behandlingskvaliteten og effektiviteten yderligere. Kapacitetsproblemer kan også føre til accelererede patientforløb og hurtigere udskrivelser, hvilket øger risikoen for genindlæggelser og samtidig presser kapaciteten i den ambulante psykiatri og socialpsykiatrien, som dermed må håndtere mere komplekse patienter. Når kapacitetsproblemer midlertidigt løses ved fx at placere patienter på tværs af specialer, fører det således til nye udfordringer som følge af mangel på specialiserede kompetencer og uhensigtsmæssige sammenlægninger af patientgrupper med risiko for klinisk forværring og længere udrednings- og indlæggelsesforløb. Disse gentagne problemer skaber en selvforstærkende mekanisme, hvor kapacitetsudfordringer får forrang over patienternes egentlige behandlingsbehov. I praksis betyder det, at jo mere fokus der er på at maksimere kapacitetsudnyttelsen, desto mindre sandsynligt er det, at patienterne placeres i den rette specialenhed. Dette forværrer kapacitetsudfordringerne yderligere og skaber en gordisk knude, hvor de grundlæggende problemer forbliver uløste, og situationen bliver stadig mere kompleks og vanskelig at håndtere.

Manglende kapacitet af privatpraktiserende psykiatere kan forskubbe flere patientforløb over i den regionale behandlingspsykiatri. Særligt observeres et øget pres på og behov for ADHD- og autisme-udredning eller udredning og behandling af depression af moderat grad i den ambulante psykiatri. Dermed presses kapaciteten uhensigtsmæssigt i den ambulante behandlingspsykiatri, der får færre ressourcer og kompetencer til håndtering af de mest komplekse og skrøbelige psykiatriske patienter. Der opleves forringede muligheder for opfølgning, overbookinger og samlet en nedsat behandlingskvalitet. Dette observeres at øge risikoen for alvorlig klinisk forværring, før behandling eller indlæggelse bliver iværksat. Ved sen indgriben ved klinisk forværring beskrives behov for efterfølgende længere indlæggelsesvarighed.

Vigtigste indsigter angående tværgående kapacitetsudfordringer

Drivkræfter og årsager:

- Kapacitetsudfordringerne på tværs af behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien skaber kapacitetsforskydninger mellem sektorer, enheder og de forskellige indsatsniveauer.
- Den gensidige påvirkning skaber flaskehalse, øgede ventetider og deraf følgende dårligere behandlingskvalitet samt påvirkning af arbejdsmiljøet med dårligere trivsel resulterende i en negativ og selvforstærkende spiral.

3.4 Indsatsområder i forhold til effektiv kapacitets- og ressourceudnyttelse

I det følgende præsenteres de væsentligste indsatsområder, som er fremkommet gennem kortlægningen af årsager og drivkræfter til uhensigtsmæssige forløb i behandlingspsykiatriens perspektiv.

3.4.1 Indsatsområde: patienter i særlig risiko for uhensigtsmæssige forløb

Patienter med høj bio-psyko-social kompleksitet, herunder dobbeltdiagnosepatienter og retslige patienter, er særligt udsatte for uhensigtsmæssige og forlængede forløb på grund af manglende kontinuitet, adgangsbarrierer og utilstrækkelig koordination og støtte på tværs af sektorer og enheder.

Under indsatsområdet "Patienter i særlig risiko for uhensigtsmæssige forløb" er følgende indsatsområder identificeret:

- Etablering af integrerede behandlingstilbud til særligt udsatte patienter, herunder patienter med dobbeltdiagnoseproblematik, kan forbedre behandlingsforløb for målgruppen.

Etablering af integrerede behandlingstilbud til særligt udsatte patienter, hvor behov håndteres samlet og koordineret, kan bidrage til at forbedre behandlingskvaliteten og forbedre kapacitets- og ressourceudnyttelsen ved at samle behandlingsindsatserne på ét sted. Dette kan bidrage til at reducere hyppigheden af fragmenterede og ineffektive forløb, da patienterne får adgang til en helhedsorienteret behandling, der adresserer både deres psykiatriske og somatiske problemer samt eventuelle rusmiddelproblematikker og sociale udfordringer. Det vil forbedre kontinuiteten i behandlingsforløbene, optimere personalets arbejdsindsats og mindske risikoen for forlængede indlæggelser, hvilket samlet set kan sikre en mere effektiv indsats og en bedre behandlingskvalitet.

Hvad kan der konkret arbejdes med:

- Robust implementering og evaluering af effekterne af det nyoprettede (1. september 2024) samlede behandlingstilbud til dobbeltdiagnosepatienter i regionalt regi
- Udvikling af tværgående arbejdsgange, der understøtter lettilgængelig, fleksibel, tryg og sikker overgang mellem behandlings- og socialpsykiatrien (*no wrong door*-princip)
- Tilbud med en transdiagnostisk tilgang[23] til udredning og behandling af flere psykiske lidelser sideløbende
- Kapacitetsopbygning af socialpsykiatriske tilbud med kompetencer til rusmiddelbehandling.

3.4.2 Indsatsområde: samarbejdspartnere, samarbejdsstrukturer og arbejdsgange

Patienter i behandlingspsykiatrien har komplekse bio-psyko-sociale behov, der kræver koordinerede indsatser fra flere aktører på tværs af sektorer og myndigheder. Denne kompleksitet afspejles i en tilsvarende kompleks organisering med varierende strukturer, forskellig forvaltningspraksis og lovgivning mellem regioner og kommuner, uklare visitationskriterier samt forskelligartede IT-systemer. Den manglende ensartethed og koordinering skaber ineffektiv ressourceudnyttelse, kontinuitetsbrud og dårlig behandlingskvalitet, hvilket resulterer i ukoordinerede patientforløb og tab af overblik over behandlingsmulighederne.

[23] Transdiagnostisk tilgang: udrednings- og behandlingstilgang, der går på tværs af en række psykiske lidelser, hvilket kan være en fordel, hvor man arbejder samtidigt og med virkning på flere lidelser inkl. inddragelse af komorbide lidelser i samme behandlingsforløb.

Under indsatsområdet "Samarbejdspartnere, samarbejdsstrukturer og arbejdsgange" er følgende indsatsområder identificeret:

- Udvikling og implementering af ensartede procedurer, standardiserede arbejdsgange og ensartet tilgængelighed af tilbud kan styrke koordinering på tværs, reducere ineffektive arbejdsgange og sikre bedre sammenhæng og kvalitet i patientforløb.
- Etablering af integrerede og koordinerede behandlingstilbud, der adresserer både psykiatriske behandlingsbehov, somatiske behandlingsbehov og sociale behov, kan bidrage til af forbedre behandlingskontinuitet og -kvalitet.

Disse tiltag kan bidrage til at reducere fragmentering i behandlingsforløb og forbedre behandlingskontinuitet og -kvalitet, herunder mindske de organisatoriske udfordringer, der skaber ukoordinerede og ineffektive patientforløb, og derigennem sikre, at ressourcerne samlet bruges mere effektivt.

Hvad kan der konkret arbejdes med:

- Forenklede og standardiserede arbejdsgange og samarbejdsstrukturer med fokus på robust implementering
- Bedre sammenhæng mellem tilbud og indsatser på tværs af regioner og kommuner for at imødekomme en helhedsorienteret tilgang
- Tværfaglige og tværsektorielle teams og mødefora med beslutningskompetencer understøttet af organisatoriske rammer der forpligter til samarbejde
- Lovgivning, incitamentsstrukturer og nationale vejledninger, der skaber forpligtelse til helhedsorienterede handlingsplaner på tværs af sektor, myndigheder og hospitalsafdelinger (psykiatrien og somatikken)
- Tydeligere og smidigere visitationsprocedure internt i behandlingspsykiatrien og målrettet eksterne samarbejdspartnere med synliggørelse af henvisningsveje og behovet for oplysninger
- Ensrettet informationsudveksling, IT-infrastruktur og kommunikationsveje.

3.4.3 Indsatsområde: kommuner og botilbud

Kommunale flaskehalse og begrænsede støtteforanstaltninger, mangel på botilbud med passende sundhedsfaglige kompetencer og begrænsede beføjelser i socialpsykiatrien påvirker kapacitetsudnyttelsen i behandlingspsykiatrien, resulterende i uhensigtsmæssige indlæggelser, afbrudte patientforløb og forværring af patienternes tilstand.

Under indsatsområdet "Kommuner og botilbud" er følgende indsatsområder identificeret:

- Forbedring af kommunale støtteforanstaltninger og øgede sundhedsfaglige kompetencer på botilbuddene samt forpligtende partnerskaber på tværs af socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien kan understøtte mere sammenhængende og bedre kvalitet i patientforløbene.

For kapacitet og ressourceudnyttelse betyder forbedring af kommunale støtteforanstaltninger og sundhedsfaglige kompetencer på botilbud samt etableringen af forpligtende partnerskaber, at patienterne kan modtage mere effektiv og rettidig behandling uden kontinuitetsbrud og unødvendige forlængelser af deres forløb. Dette kan potentielt frigøre sengekapacitet i behandlingspsykiatrien, reducere flaskehalse og sikre, at ressourcerne anvendes bedre. Ved at sikre bedre kompetencer og samarbejde kan flere patienter behandles på det rette indsatsniveau, hvilket forbedrer den samlede kapacitetsudnyttelse og reducerer spild af sundhedsressourcer.

Hvad kan der konkret arbejdes med:

- Nedbringelse af ventetiden på kommunale udredninger, støtteforanstaltninger og botilbud
- Aftaler og incitamentsstrukturer, der understøtter en handlingsplan for patienten på tværs af sektorer.
- Opbygning af sundhedsfaglige kompetencer i socialpsykiatriske botilbud, fx tilknytning af faste læger
- Tværsektorielle samarbejdsfora mellem social- og behandlingspsykiatrien, fx oprettelse af en koordinerende funktion med ansvar for den helhedsorienteret handlingsplan og det tværgående samarbejde.

3.4.4 Indsatsområde: rekruttering, tilknytning og kompetencer i psykiatrien

Rekrutteringsudfordringer i behandlingspsykiatrien fører til flaskehalse, ventetider, og kapacitetsproblemer, der forringer behandlingskvaliteten og arbejdsmiljøet. Et lavere erfarings- og kompetenceniveau blandt medarbejdere i behandlingspsykiatrien, særligt i yderområder bidrager til et hårdt arbejdsmiljø og kan føre til forsinket klinisk vurdering, forlængede indlæggelsesforløb og et unødvendigt højt indsatsniveau for opgaveløsning.

Under indsatsområdet "Rekruttering, tilknytning og kompetencer i psykiatri" er følgende indsatsområder identificeret:

- Forbedret og holistisk tilgang til rekruttering og tilknytning af speciallæger, sygeplejersker og psykologer på tværs af psykiatrien kan sikre bedre effektivitet og kvalitet i behandlingen.
- Styrket fokus på kompetenceudvikling af sundhedsfagligt personale og efteruddannelse med opbygning af de rette psykiatriske fagkompetencer i behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, kan medvirke til at reducere belastningen på behandlingspsykiatrien og forbedre behandlingskvaliteten.

En forbedret og holistisk rekrutteringstilgang kan tiltrække og fastholde speciallæger, sygeplejersker og psykologer, hvor manglen er størst, hvilket vil mindske flaskehalse, reducere ventetider og sikre en mere stabil og kvalificeret arbejdsstyrke. Dette vil forventeligt øge effektiviteten og kvaliteten i behandlingen, da flere patienter kan behandles rettidigt af medarbejdere med de rette kompetencer.

Styrket fokus på kompetenceudvikling og efteruddannelse vil sikre, at sundhedsfagligt personale i både behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien har de nødvendige psykiatriske fagkompetencer. Dette kan bidrage til at reducere arbejdspres, forbedre behandlingskvaliteten og skabe et bedre arbejdsmiljø, hvilket igen kan mindske personaleomsætningen og styrke den samlede kapacitets- og ressourceudnyttelse.

Hvad kan der konkret arbejdes med:

- Skabe et trygt og attraktivt arbejdsmiljø i psykiatrien
- Tiltag, der understøtter tilknytningen i psykiatrien med opbygning af højere erfaringsniveau
- Styringsredskaber, der understøtter en mere ligelig allokering af personaleressourcer
- Efteruddannelse og kompetenceudvikling af personale målrettet psykiatriske specialkompetencer
- Styrke samarbejde med sundhedsfaglige uddannelsesinstitutioner samt større fokus på det psykiatriske speciale under uddannelse
- Fordeling af uddannelseskapacitet i yderområder
- Tilknytning af læge- og sygeplejefaglige kompetencer på de socialpsykiatriske botilbud
- Bedre tilgængelighed til sundheds- og lægefaglig rådgivning og sparring.

3.4.5 Indsatsområde: tværgående kapacitetsudfordringer

Kapacitetsudfordringer på tværs af behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien skaber forskydninger mellem sektorer, enheder og indsatsniveauer, hvilket fører til flaskehalse, øgede ventetider, dårligere behandlingskvalitet og et forringet arbejdsmiljø. Dette skaber en negativ spiral med dårlig trivsel og yderligere ineffektivitet.

Under indsatsområdet "Tværgående kapacitetsudfordringer" er følgende indsatsområder identificeret:

- En holistisk tilgang til kapacitets- og ressourcestyring, både internt i behandlingspsykiatrien og eksternt i samarbejde med socialpsykiatrien, med fokus på den rette allokering i forhold til indsatsniveau, kan bidrage til at sikre en effektiv udnyttelse af de samlede ressourcer i psykiatrien.

En holistisk tilgang til kapacitets- og ressourcestyring, der integrerer behandlings- og socialpsykiatrien, kan effektivt allokere ressourcer, hvor de gør mest nytte, og derigennem reducere flaskehalse og udjævne kapacitetsforskydninger mellem enheder og sektorer. Dette vil forbedre koordinering, reducere ventetider og sikre, at patienter får den rette behandling på det rette tidspunkt. Samtidig vil det forventeligt øge effektivitet, forbedre behandlingskvalitet og arbejdsmiljø, hvilket bidrager til en mere sammenhængende psykiatrisk behandling og bedre patient- og medarbejdertrivsel.

Hvad kan der konkret arbejdes med:

- National og tværgående styring af kapaciteten og allokering af ressourcer
- Nedbrydning af silotænkning og tilpasning af incitamentsstrukturer mellem sektorer og myndigheder
- Tættere kobling af visitationskriterier og procedurer med kapacitet og ressourceallokering
- Initiativer, der minimerer flaskehalse og reducerer ventetider i behandlings- og socialpsykiatrien
- Implementering af stepped-cared-model og fokus på tidlige og forebyggende indsatser
- Tværsektorielle samarbejdsfora mellem social- og behandlingspsykiatrien og fx oprettelse af en koordinerende funktion med ansvar for den helhedsorienterede handlingsplan og det tværgående samarbejde.

De beskrevne indsatsområder danner afsæt for en indsatsanalyse i Kapitel 5, der peger på konkrete strategier og tiltag til forbedring af kapacitets- og ressourceudnyttelse i psykiatrien.

3.5 Opsamling

Formålet med dette kapitel har været at analysere årsager og drivkræfter, der fører til uhensigtsmæssigheder i behandlingsforløb, set fra fagprofessionelle i udvalgte dele af behandlingspsykiatrien. Vi har set på, om patienterne får den rette behandling på rette tidspunkt og rette sted, og på drivkræfter og årsager til uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Endelig har vi på baggrund af identifikation af drivkræfter og årsager formuleret en række indsatsområder.

Analysen har fokuseret på to afdelinger i hver af de fem regioner. Det giver et billede af omfanget af spild fordelt på forskellige spildtyper og et billede af, hvilke mekanismer der særligt medvirker til enten ringe eller uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Det er klart, at størrelser og mekanismer ikke kan generaliseres direkte til alle dele af psykiatrien. Men vores fund giver et fingerpeg om omfanget af spild, og hvad de fagprofessionelle fra behandlingspsykiatriens side mener, der kan gøres ved det. Perspektivet i analysen er *lokalt*. Det vil sige, at der ses på, hvad der inden for den eksisterende ansvarsfordeling vurderes at kunne give bedre ressourceudnyttelse, set ud fra de udvalgte afdelinger. Perspektivet indebærer ikke et såkaldt stock-element og giver ikke et samlet billede af ressourcetræk til afdelingernes opgaver over en længere periode og kan ikke aggregeres eller ekstrapoleres.

Det er desuden vigtigt at bemærke, at resultatet af patientinventeringen ikke repræsenterer de mest sårbare og udsatte patienter, der ikke formår at benytte sig af behandlingspsykiatriens tilbud. Disse patienter kan have unikke behov og udfordringer, der ikke er blevet adresseret i inventeringen. Deres perspektiver og oplevelser kan være anderledes, og det kræver yderligere afdækning at sikre, at deres behov også bliver taget i betragtning i udviklingen af samarbejdsstrukturer, tilgængelige tilbud og behandlingsmuligheder.

Vores fund opsamles kort nedenfor.

Betydeligt forbedringspotentiale i anvendelsen af sengepladser og ambulante tilbud

Vi har fundet betydeligt spild eller uhensigtsmæssig anvendelse af sengepladser og ambulante tilbud på de undersøgte afdelinger. Det gælder også, når man tager i betragtning, at 100 procent belægning ikke er et hensigtsmæssigt mål.

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.

Patientinventeringen i de fem *ambulante enheder* viser: At der i 77 % af de ambulante kontakter var tale om den rette patient i rette forløb, 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 registreret 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.

Betydeligt forbedringspotentiale

I forlængelse af spild-analysen finder vi et betydeligt forbedringspotentiale i forhold til tilgængelighed, sammenhæng og kapacitet i behandlingspsykiatrien. Der er behov for styrket sammenhæng på tværs med klare visitationsprocedurer, samarbejdsaftaler og ensartede arbejdsgange og tilbud. Herunder er der behov for, at disse implementeres robust.

Vi finder videre, at sammenhængende indsatser mellem sektorer, kontinuiteten, arbejdsgangene og ansvarsfordelingen udfordres af skiftet mellem sundhedsloven og serviceloven i de to sektorer og bidrager til uhensigtsmæssige patientforløb og et samlet øget ressourceforbrug.

Der er arbejdsgange, aftaler og processer, der udfordres af uens IT-systemer og mangel på sikre kommunikationsveje til fælles videns- og informationsdeling på tværs af behandlings- og socialpsykiatrien.

Selvforstærkende kapacitetsudfordringer i komplekse patientforløb

Patientinventeringen har vist, at kapacitetsudfordringer på ét område kan have omfattende konsekvenser for et andet område, hvilket skaber en negativ og selvforstærkende spiral. Når et område oplever mangel på ressourcer og personale, bliver patienter ofte omdirigeret til andre tilbud. Dette medfører øget belastning og lignende kapacitetsproblemer i de modtagende tilbud. Når flere områder overbelastes, forværres problemerne yderligere, da hver enhed forsøger at håndtere den øgede patientstrøm og de begrænsede ressourcer. Denne gensidige påvirkning kan resultere i dårligere behandlingskvalitet, længere ventetider, påvirkning af arbejdsmiljø og dårlig trivsel, hvilket igen forværrer kapacitetsproblemerne. For at bryde denne spiral er det nødvendigt med bedre planlægning af kapacitet og ressourcestyring i et samarbejde mellem de berørte områder.

Kompleksitet som hovedudfordring

Patientinventeringen har vist, at risikoen for uhensigtsmæssige forløb i langt højere grad er koblet til bio-psyko-social kompleksitet end til specifikke singulære psykiatriske diagnoser. De komplekse og mest skrøbelige patienter har et særligt behov for tværfaglige og tværsektorielle indsatser for at gennemføre et patientforløb i behandlingspsykiatrien. Den store hyppighed af komplekse psykiatriske sygdomsbilleder, ofte sammen med somatisk sygdom og sociale udfordringer, øger den samlede kompleksitet og skaber et øget behov for at arbejde helhedsorienteret med afsæt i den enkelte patients behov og ressourcer i en fælles tværsektoriel og tværfaglig handlingsplan. Der er behov for mere klare samarbejdsstrukturer og forpligtelser mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, hvis der skal skabes kontinuitet i disse patienters forløb, ofte med behov for flere sideløbende indsatser.

Syv drivkræfter og årsager til spild og uhensigtsmæssig drift og 5 indsatsområder set fra behandlingspsykiatrien

Vi finder syv drivkræfter og årsager til spild og uhensigtsmæssigheder, der også peger på fem indsatsområder, hvor der er forbedringspotentiale. Inden for hvert område peger vi på mulige indsatser. De fem indsatsområder er:

- Patienter i særlig risiko for uhensigtsmæssige forløb
- Samarbejdspartnere, samarbejdsstrukturer og arbejdsgange
- Kommuner og botilbud
- Rekruttering, tilknytning og kompetencer i psykiatrien
- Tværgående kapacitetsudfordringer.

Indsatsområderne peger i høj grad på samarbejdet med andre aktører.

Det drejer sig fx om tilbud og indsatser i civilsamfundet, der spiller en stor rolle for målgruppen. Vi observerer i patientinventeringen ikke spildhændelser i relation til ventetid på tilbud i civilsamfundet. En årsagsforklaring kan være, at tilbud i civilsamfundet ikke forlænger indlæggelser, som beskrives under en af patientinventeringerne. Det vil kræve yderligere afdækning at forstå civilsamfundets rolle, kapacitet og samarbejdsudfordringer relateret til disse tilbud.

En anden væsentlig samarbejdspartner, der peges på i indsatsområderne, er socialpsykiatrien. I Kapitel 4 får vi perspektiver fra socialpsykiatrien på samarbejdsflader, uhensigtsmæssigheder i forløb, og forbedringspotentialer inden for forskellige indsatsområder.

4 Årsager til uhensigtsmæssige forløb: Perspektiver fra socialpsykiatrien

Formålet med dette kapitel er at analysere årsager og drivkræfter, der fører til uhensigtsmæssigheder i behandlingsforløb, set fra socialpsykiatrien. Analyserne er baseret på interviews med medarbejdere i socialpsykiatrien i fire kommuner, der har samarbejdsflader med behandlingsenheder, der indgik i analyserne i Kapitel 3.

De fagprofessionelle i socialpsykiatrien, navnlig på botilbuddene, kan siges at arbejde i længere forløb med borgerne. Et eller flere behandlingsforløb eller en eller flere akutindlæggelser i behandlingspsykiatrien kan være del af en længere periode i borgerens liv, hvor fagprofessionelle fra socialpsykiatrien følger, støtter og samarbejder med borgeren. Derfor er det relevant at søge efter årsager til uhensigtsmæssige forløb i forskellige faser eller dele af en borgers forløb, og derefter se på tværs efter mulige tilpasninger i organisering eller kapacitet, der på tværs af disse faser kan bidrage til bedre ressourceudnyttelse. Kapitlet følger i sin opbygning denne logik. De første tre afsnit følger faser i et forløb imellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. Herefter kommer et tværgående afsnit, og til sidst en opsamling:

- Veje ind i behandlingspsykiatrien (4.1)
- Udredning og behandling (4.2)
- Udskrivelse – borgerens vej ud af behandlingspsykiatrien (4.3)
- Tilpasning i organisering eller kapacitet for at opnå bedre ressourceudnyttelse (4.4)
- Opsamling (4.5).

I hvert af afsnittene 4.1-4.4 sammenfattes drivkræfter og årsager i en tekstboks.

4.1 Veje ind i behandlingspsykiatrien: henvendelse og indlæggelse

De interviewede fagprofessionelle har belyst forskellige drivkræfter og årsager til uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse, der knytter sig til borgernes veje ind i

behandlingspsykiatrien. Fokus er her særligt på de borgere, der allerede har en tilknytning til socialpsykiatrien.

4.1.1 Drivkraft: Vanskeligt for borgere og fagprofessionelle at finde den rette vej og det rette tilbud

Den første årsag, der nævnes, er på sin vis selvmodsigende. Det er en konstatering af, at der for borgeren er mange veje og indgange til at opsøge hjælp og støtte. At der er mange indgange – fra almen praksis over politi til skadestue og akutbil – er i udgangspunktet positivt. Men det fremgik af interviews i alle fire kommuner, at det kan gøre det vanskeligt for både borgere og fagprofessionelle at finde den rette vej, og det rette tilbud, imellem de mange forskellige afdelinger, afsnit og funktioner. I forbindelse med interviewene blev interviewpersonerne præsenteret for vores kortlægning af den regionale behandlingspsykiatri, som de hører til.

Fælles for interviewene var, at medarbejderne i socialpsykiatrien alle konstaterede, at de havde meget begrænset overblik over behandlingspsykiatriens organisering i de regioner, som de samarbejder med. Som en fagprofessionel fra myndighedsområdet i en kommune svarede:

> *Jeg er superbruger på det system, vi bruger til at indhente lægeattester fra regioner fra en læge, så derfor kan jeg sådan rimelig sige for alle, at der ikke er nogen, der 100 % har overblikket over, hvad de forskellige afdelinger hedder, eller hvorfor [patienten] er det ene sted frem for det andet. Og det er også tit, at noget bliver sendt forkert, hvilket i sidste ende går ud over borgeren.*

De interviewede fortæller, at det giver forsinkelser i borgernes forløb og ringere effekt i det samlede forløb, når borgeren oplever ikke at komme det rette sted hen.

De interviewede peger samtidig på gode erfaringer med mindre lokale initiativer på tværs af social- og behandlingspsykiatrien, som kan højne kendskabet til hinanden og de forskellige indgange og veje. De interviewedes oplevelse af disse møder og vigtigheden af at opnå et kendskab til hinanden beskrives yderligere i Boks 4.3.

Boks 4.3 Informationsmøder på tværs opleves som gavnlige i forhold til at skabe kendskab til tilbud og vejene ind

Nogle af de interviewede medarbejdere i socialpsykiatrien beskriver, hvordan det manglende overblik over og kendskab til behandlingspsykiatriens henvendelsesmønstre har ført til små initiativer, såsom at invitere sig selv til møder med den lokale regionalpsykiatri for at forbedre samarbejdet og få en bedre forståelse af de rette procedurer og "veje" ind i behandlingspsykiatrien.

> *Vi har herfra inviteret os selv ind til et møde ved den lokale regionalpsykiatri, fordi vi gerne vil forbedre vores samarbejde. Også gerne blive klogere på, hvad er den rette vej ind for de borgere, vi samarbejder om hernede. Både i forhold til den ordinære vej, men også, hvis vi står med en borger med ild i – hvad gør vi så?*

Nogle af de interviewede medarbejdere i socialpsykiatrien beskriver således, hvordan de via lokale initiativer aktivt forsøger at bryde barriererne ved at opsøge samarbejde og viden om de forskellige afdelinger og deres specialiseringer. Formålet med disse initiativer er ikke blot at sikre, at de daglige rutiner fungerer bedre, men også at være forberedt på akutte situationer, hvor der er brug for hurtig og effektiv handling. Møder mellem social- og behandlingspsykiatrien er ifølge de interviewede afgørende for at skabe en fælles forståelse og finde løsninger, der kan lette kommunikationen og samarbejdet til gavn for borgerne. Ved at kende til de forskellige afdelingers kompetencer og funktioner kan socialpsykiatrien bedre navigere i systemet og sikre, at borgerne får den rette hjælp på rette tidspunkt, samt at de kommer ind i systemet ad den rette vej.

4.1.2 Drivkraft: Manglende anerkendelse af viden i forbindelse med henvendelse eller indlæggelse

En anden drivkraft for ressourcespild, der peges på, er manglende anerkendelse af viden hos medarbejdere i socialpsykiatrien. De interviewede medarbejdere giver udtryk for, at de, når de henvender sig om en borger, bliver behandlet på linje med pårørende eller lægfolk – det vil sige som personer uden specialiseret viden og uden særlig faglig indsigt i borgerne og deres behov. Medarbejderne oplever ikke, at deres rolle er aktivt tænkt ind i arbejdsgangene, hverken som informationsbærere eller fagpersoner, hvis observationer vægtes eller tillægges særlig værdi i forhold til udredningen eller behandlingen.

Som en medarbejder beskriver det, kan det lede til en oplevelse af, at den viden og faglighed, de har, ikke anerkendes eller udnyttes fuldt ud, og at der bruges unødige ressourcer på langsommelige sagsbehandlingsgange, fordi de behandles som lægfolk.

En anden af de interviewede fortæller om sin oplevelse på tværs af flere borgerforløb. Han oplever, at borgerens egen læge kan være tøvende og vævende i forhold til en indlæggelse, mens "vi, der har en meget tæt kontakt til borgerne, ikke bliver anerkendt for det, vi ved, i forhold til en eventuel indlæggelse". Nogle af de interviewede oplever, at borgerne ikke altid selv, særligt når deres sygdomsbillede forværres, er gode til at sætte ord på deres symptomer, og at det derfor kan vække frustration, når relevante observationer ikke inddrages eller bliver anerkendt af almen praksis.

De interviewede fortæller, at samme problematik omkring manglende inddragelse og anerkendelse af deres viden om borgeren gør sig gældende i samarbejdet med behandlingspsykiatrien. Fagprofessionelle fra en region fortæller fx, at der i psykiatrisk akutmodtagelse kan opstå situationer, hvor de mener, det vil være mere hensigtsmæssigt at blive taget med på råd:

> *Det er os, der kender borgerne og kan sige til [akutmodtagelsen], at nu er det en indlæggelse, der skal til. Så kan det være svært, når man hører, at akutmodtagelsen ikke finder, at der er grundlag for indlæggelse. Der savner vi at komme med på råd. Det fungerer bedst med de permanente aftaler.*

Medarbejdere i interviewene efterspørger generelt set at blive taget med på råd og inddraget i samarbejdet omkring patienten – gerne så tidligt som muligt, og i denne kontekst gerne i forbindelse med henvendelsen til PAM.

Medarbejderne peger også på gode erfaringer med forskellige typer af samarbejder.

For det første fungerer samarbejdet og inddragelsen mellem socialpsykiatrien og psykiatrisk akutmodtagelse bedst med permanente aftaler. Et eksempel på det er brugerstyrede indlæggelser, der findes i nogle regioner. Flere medarbejder ser generelt et behov for procedurer for, hvad man gør med de patienter, der er i gråzonen. Det kan handle om de borgere, som socialpsykiatrien mener, er for dårlige til at være på deres tilbud, men som behandlingspsykiatrien samtidig ikke oplever, at den kan tilbyde en effektiv eller specialiseret behandling. Der er derfor borgere, som afvises i psykiatrien. Fra socialpsykiatriens perspektiv forårsager det mere arbejde – såkaldt "reparationsarbejde" – med at samle borgere op efterfølgende.

For det andet peger flere fagprofessionelle på, at det fungerer godt, når de kan følge med borgeren ind på akutmodtagelsen. En medarbejder forklarer det således:

Jeg har oplevet at følge en borger ud på akutmodtagelsen, da han var selvmordstruet, og hvis ikke jeg var med, havde de afvist ham derude, fordi han ikke formåede at give udtryk for, hvor slemt det var. Og der måtte jeg bryde ind og sige, at det ikke går at sende ham hjem, og så endte det med, at han blev indlagt. Tænker, at hvis ikke jeg havde været der, var han blevet sendt hjem. (Faglig koordinator)

Eksemplet illustrerer betydningen af medarbejdernes specifikke kendskab til den enkelte borger og vigtigheden af, at denne inddrages igennem hele patientens forløb, som det tidligere er berørt i rapporten.

For det tredje fremhæves, at det har positiv betydning, at der er kommet ny lovgivning på området i forhold til, at patienten skal tilses i akutmodtagelsen. Det indebærer, at akutmodtagelsen skal tage borgerne til vurdering, hvilket vi også berører i næste afsnit.

4.1.3 Drivkraft: Manglende kapacitet i akutmodtagelsen

Trods en bedre ramme i den nye lovgivning, udtrykker de fagprofessionelle, at lovgivningens mål ikke helt indfris, fordi der mangler kapacitet i akutmodtagelsen. Dette er en selvstændig drivkraft for uhensigtsmæssige arbejdsgange.

Det handler for det første om ventetid og for det andet om pladser. Ventetid i akutmodtagelser – somatiske som psykiatriske – kan forventes, i og med at akutte situationer sjældent kan forudses. Det er dog en udfordring i forhold til ventetid i psykiatrisk akutmodtagelse, at der ofte ligger meget arbejde forud for, at en borger indvilliger i at opsøge en psykiatrisk akutmodtagelse. Det kan være, at medarbejderne i socialpsykiatrien har brugt tid og ressourcer på at støtte og motivere en borger, hvis tilstand er forværret, til at blive udredt i akutmodtagelsen. Ofte har borgerne også brugt mange ressourcer på at række hånden ud og bede om hjælp. Derfor tages der motivation fra borgerne, når de oplever længere ventetid i PAM. En af de interviewede medarbejdere forklarer således:

Sidste indlæggelse endte det med, at han ville hjem igen, selvom han var motiveret for indlæggelsen, fordi ventetiden var så lang. Psykiateren syntes også, at det var en god ide. Fordi vi havde siddet der hele dagen (...) Man sidder der i flere timer og ikke kommer nogle vegne. Den ventetid, når borgeren er motiveret til, at der skal ske noget nu – det er super ærgerligt. (Medarbejder, botilbud)

Borgerne risikerer således at miste motivation og forlader ind i mellem PAM uden at være blevet tilset. Hvis borgeren derimod kan holde ventetiden ud, rejser de inter-

viewede to andre problemstillinger i forhold til akutmodtagelsen: dels de problemer, der kan opstå, når borgerne *afvises,* og dels, at de visitationsprocedurer, borgerne skal igennem (forhold der gælder alle andre patienter). Medarbejderne udtrykker således, at der hersker en generel opfattelse af, at der er nogle typer af borgere, der bliver afvist af akutmodtagelsen igen og igen, og her efterspørger de interviewede et rum for, at man i stedet kan aftale, hvad der skal ske med disse borgere.

Samarbejdet mellem socialpsykiatrien og PAM fungerer ifølge de interviewede bedst med permanente aftaler. Her refereres eksempelvis til de brugerstyrede indlæggelser, der findes i nogle regioner. En medarbejder fremhæver i forbindelse med en lignende pointe, at det har haft stor betydning, at der er kommet ny lovgivning på området i forhold til, at patienten skal tilses i akutmodtagelsen, men at der dog også er opstået nye udfordringer i kølvandet på denne lovgivning:

> *Vi har heldigvis et kort at trække på og sige: "I skal tage dem til vurdering. Det siger den nye lovgivning." Og så siger de: "I kan bare komme." Men vi ved også godt, at når de kommer med den kommentar, så vil de ikke sende dem videre. Vi kan godt køre på PAM med borgere, men bliver sendt hjem igen. Møder også, at de spørger os, om vi ikke kan gøre noget selv, fordi de ikke har pladser. Eller hvis borgeren er for fuld, der skal de ikke i PAM, der skal de på affektiv, så "dem skal vi ikke have ind her".* (Afdelingsleder, botilbud)

Medarbejdernes beskrivelser af deres oplevelser i akutmodtagelserne tegner et tydeligt billede af, at der mangler procedurer for, hvad man gør med de patienter, der er i gråzonen. Det omhandler især de borgere, som "falder mellem flere stole" eller "bliver kastebolde" mellem flere afdelinger, som er de udtryk, de interviewede bruger.

4.1.4 Drivkraft: Manglende kapacitet og mulighed for at kende (nogle) borgere i almen praksis

Som beskrevet indledningsvis i rapporten ligger det ikke i opdraget at inkludere almen praksis i denne undersøgelse. Almen praksis spiller dog en rolle i det samlede sundhedsvæsen, herunder i psykiatrien, hvorfor denne ikke kan udelukkes, når der tales om henvendelser og indlæggelse. I interviewene blev samarbejdet med almen praksis derfor naturligt omtalt. Både i forhold til planlagte henvendelser og akutte henvendelser opleves der barrierer og ressourcespild.

Når borgerens symptomer forværres eller ændrer karakter, kan medarbejderne i socialpsykiatrien spille en forebyggende rolle ved at motivere, støtte og guide borgeren til at rette henvendelse til almen praksis med henblik på at få en ordinær udredning eller behandling. I de tilfælde, hvor borgeren er i stand til at møde op hos den

praktiserende læge, er det lægen, der henviser borgeren – den planlagte (elektive) patient til udredning eller behandling.

Flere af de interviewede oplever, at henvisninger fra almen praksis, set fra deres faglige perspektiv og funktion, udtrykker et mangelfuldt kendskab til borgerens problemstillinger, manglende kompetencer på det psykiatriske område, eller at have manglende tid til at tale med borgeren. Her tales primært om de borgere, der er kendte og modtager støtte i socialpsykiatrien. For disse borgere mener flere af de interviewede, at det er en barriere for borgerens forløb, at den alment praktiserende læge har henvisningsretten i forhold til ordinære henvendelser.

Indimellem kan borgers tilstande forværres akut og ændre karakter på en måde, som kræver øjeblikkelig udredning og behandling. I de tilfælde kan almen praksis spille en rolle. Der kan også være tilfælde, hvor borgeren ikke har en sygdomserkendelse, og frivillig indlæggelse dermed ikke er på tale, men hvor ibrugtagning af tvang er nødvendig for at passe på borgeren. Her er det væsentligt, at den læge, der vurderer borgeren, har et godt kendskab til sygdomsforløb, borgerens aktuelle situation, ressourcer og støttemuligheder. For både planlagte og akutte forløb er det væsentligt, at der er en god overlevering af viden og vurdering omkring sygdomsforståelse. Hvis der stilles ny diagnose, enten i behandlingspsykiatrien eller hos en privatpraktiserende psykiater, kan det med andre ord være vanskeligt for den praktiserende læge at vurdere og handle mere konkret i forhold til, hvad næste skridt for patienten er.

Flere af de fagprofessionelle peger på gode erfaringer med fx botilbudslæger eller botilbudsteams. De oplever, at disse funktioner ofte har lettere ved at få det væsentlige gode kendskab til borgeren og en god inddragelse af socialpsykiatrien.

4.1.5 Drivkraft: Borgere med komplekse tilstande og symptomer, der ikke passer ind

En femte drivkraft til ressourcespild, som de fagprofessionelle fremhæver i forhold veje ind i psykiatrien, vedrører om borgere med meget komplekse problemstillinger, der, som det udtrykkes, "ikke rigtig passer ind i kasserne". Med det refererer de til de specialiseringer i forhold til sygehusafdelingerne, som er omtalt i Kapitel 2. Oplevelsen er, at borgerne kan komme relativt let igennem systemet, såfremt de "passer ind", fx har en affektiv lidelse eller en psykose, og skal symptomreguleres. Men ved mere komplekse symptomer, et uklart sygdomsbillede, sker det oftere, at en patient afvises.

Det handler også om de borgere, som socialpsykiatrien mener, er for dårlige til at være på deres tilbud, men som behandlingspsykiatrien samtidig ikke oplever, at de kan tilbyde en "effektiv" eller specialiseret behandling. Der er derfor borgere, som afvises i psykiatrien af forskellige årsager, og afvisninger kan forårsage mere arbejde

og såkaldt "reparationsarbejde" i socialpsykiatrien med at samle borgere op efterfølgende. Det er et tema, der går igen i flere faser, at borgere med komplekse tilstande ikke mødes med tilstrækkelige ressourcer på tværs.

Vigtigste indsigter angående henvendelse og indlæggelse

Drivkræfter og årsager:

- Manglende overblik over tilbud. Det er vanskeligt at vide, hvilke tilbud der er til rådighed i behandlingspsykiatrien, og hvad der er den rette indgang.
- Manglende anerkendelse af viden i socialpsykiatrien medfører ringere belysning af borgerens behov og ressourcer, og ineffektivt behandlingsforløb.
- Manglende kapacitet og mulighed for at dele kendskab til nogle borgere i almen praksis.
- Manglende støtte til borgere med komplekse problemstillinger.

4.2 Udredning og behandling

De interviewede fagprofessionelle har belyst forskellige drivkræfter og årsager til uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse, der knytter sig til udredning og behandling af borgerne i behandlingspsykiatrien. Særligt er fokus dermed igen på de borgere, der allerede har en tilknytning til socialpsykiatrien.

4.2.1 Drivkraft: Tab af viden

En af årsagerne til uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse under udredning og behandling handler ifølge de interviewede om manglende videndeling og dermed risikoen for tab af vigtig viden om borgerne. En af de interviewede udtrykker det således:

> *Der går så utroligt meget tabt i den viden, man hver især sidder med [hhv. social- og behandlingspsykiatrien]. To forskellige sider af ét hele, og man mangler ligesom den anden vigtige halvdel, når man ikke ved, hvad det er,*

de [behandlingspsykiatrien] laver. Det går ud over borgeren, som sidder tilbage som taberen i det. (Faglig koordinator).

På tværs af interviewene er der en bred enighed om, at samarbejdet med behandlingspsykiatrien er utilstrækkeligt koordineret. Dette fører til, at vigtige oplysninger, som at en borger er blevet indlagt, ofte ikke deles rettidigt. Ifølge de interviewede kan socialpsykiatriens viden om borgerens daglige problemstillinger og levede hverdagsliv supplere behandlingspsykiatriens fokus på den kliniske behandling. Som en medarbejder fremhæver, kræver en sammenhængende indsats, at denne tværfaglige viden om borgere ikke går tabt under udredning og indlæggelse. Flere af de interviewede, både fra myndighedsområdet og det udførende område, oplever derfor, at de skal være meget opsøgende for at finde ud af, hvorvidt en borger overhovedet er indlagt eller ej.

Flere fagprofessionelle fortæller om gode erfaringer, når behandlingspsykiatrien er imødekommende i forhold til at inddrage socialpsykiatrien. De oplever dog også, at dette samarbejde sjældent sker på behandlingspsykiatriens initiativ. En medarbejder fortæller, at når de selv rækker ud til samarbejdspartnere, så er de velkomne. De ser dog et behov for, at der er klarere aftaler om, hvem der tager et sådant initiativ.

4.2.2 Drivkraft: Mangel på faste procedurer og forpligtende samarbejdsstrukturer

En central problemstilling i samarbejdet under udredning og behandling er fraværet af faste procedurer og forpligtende samarbejdsstrukturer. Når en borger bliver indlagt eller er under udredning i behandlingspsykiatrien, er der ifølge de interviewede uklare retningslinjer for, hvornår og hvordan socialpsykiatrien bør inddrages. En medarbejder fra socialpsykiatrien beskriver, at det er tilfældigheder, der afgør, om hun bliver inviteret til samtaler og møder i komplekse patientforløb. Medarbejderen fortæller, at det oftest er hende selv, der tager initiativet til at deltage, og at der mangler klare retningslinjer, som sikrer, at socialpsykiatrien automatisk inddrages i relevante beslutninger om borgerens behandling.

Denne manglende struktur i samarbejdet kan resultere i, at socialpsykiatrien ikke er informeret om vigtige aspekter af borgerens behandlingsforløb. De interviewede medarbejdere fremhæver, at både behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien er afhængige af hinandens viden for at kunne støtte borgeren bedst muligt. Fraværet af faste procedurer betyder, at medarbejdere socialpsykiatrien ofte ikke er i stand til at bidrage effektivt til borgerens behandlingsplan.

Trods disse udfordringer er der eksempler på velfungerende samarbejde, når det formidles via netværksmøder. En medarbejder beskriver, hvordan socialpsykiatrien

kan understøtte borgerens behandlingsforløb ved at forberede dem på møder i eksempelvis F-ACT-forløb. Faste og forpligtende procedurer er nødvendige for at skabe et mere systematisk og effektivt samarbejde, hvor begge sektorer arbejder mod samme mål.

Fælles kendskab og samarbejde på tværs af sektorerne, herunder brug af digitale løsninger som videokonsultationer, kan bidrage til bedre håndtering af patienternes behov, vurderer de interviewede.



Vigtigste indsigter angående udredning og behandling

Drivkræfter og årsager:

- Tab af viden
- Mangel på faste procedurer og forpligtende samarbejdsstrukturer.

4.3 Udskrivelse – borgerens vej ud af behandlingspsykiatrien

Nogle af de nævnte drivkræfter til uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse går igen i forbindelse med udskrivelse, men kommer til udtryk på lidt andre måder. Derfor fremstilles de selvstændigt her. Vi ser på ikke-rettidig deling af viden, mangel på den rette viden og mangel på kapacitet i tilbud.

4.3.1 Drivkraft: Ikke-rettidig deling af viden

De interviewede peger på, at de ofte ikke orienteres i god tid om en patients udskrivelse. En af de fagprofessionelle udtrykker det således:

> *Nogle gange har jeg borgere, som jeg ikke engang ved, har været indlagt eller er blevet udskrevet. Har de brug for mere eller mindre støtte? Det sker ofte. Det bliver borgerne, der bliver vidensbærende, og de er jo udfordret i forvejen.* (Myndighedsrådgiver)

Som det fremgår af citatet, ser de fagprofessionelle en risiko for, at det er borgeren, der så skal videreformidle vurderinger og aftaler fra behandlingspsykiatrien. Der er mange borgere, der ikke har forudsætningerne for det.

En anden udfordring, som italesættes i interviewene, og som stadig vedrører manglende viden, er tilfælde med borgere, som pludselig står i døren på et botilbud, uden at medarbejdere har været vidende om en udskrivelse. Det gør, at man har hverken har tid eller rum til at sikre borgerens overgang og den videre indsats for borgeren. Det er en problemstilling, der også gør sig gældende for de forebyggende indsatser og støtten i eget hjem, da disse typisk er helt lukkede uden for normal arbejdstid. Mangel på viden i forbindelse med udskrivelse fra behandlingspsykiatrien rummer flere udfordringer end den manglende orientering omkring status på borgerens situation. Den manglende orientering indebærer også, at de sociale indsatser ikke får indblik i den plan, der er lagt for borgeren, og dermed ikke har mulighed for at følge op på, om borgeren fx har fået fx ny medicin, eller der er opstået nye behov for støtte, som er afgørende viden for at sikre den fremtidige indsats og støtte. Flere interviewede beskriver således, at de ofte oplever at, at papirerne kommer, efter at borgeren er kommet tilbage til fx botilbuddet.

4.3.2 Drivkraft: Mangel på den rette viden

De interviewede fortæller, at der eksisterer både lovgivning og værktøjer, som har til hensigt at sikre bedre sammenhæng og vidensdeling. Det drejer sig om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner (som er bestemt i lovgivningen), og udskrivningsmøder (som er et greb eller værktøj).

De interviewede oplever dog, at disse værktøjer sjældent anvendes i det hele taget, eller ikke anvendes fyldestgørende. Fra de fagprofessionelle i socialpsykiatriens side er det et stort problem, når der slet ikke findes en udskrivningsaftale. Flere nævner i relation til dette, at Rigsrevisionen i en nylig analyse kunne bekræfte deres oplevelse af manglende udskrivningsaftaler (Rigsrevisionen, 2023). Rigsrevisionen fandt i en analyse af 4.483 indlæggelser, at borgerne i 73 % af tilfældene blev udskrevet fra indlæggelse uden den lovpligtige udskrivningsaftale.

Når så udskrivningsaftalerne findes, oplever de fagprofessionelle, at disse enten kan være underbelyste eller overbelyste.

At sagerne er *underbelyste*, handler fx om borgerens sociale problemstilling. En interviewperson fra myndighedsområdet oplever, at udskrivningsaftalerne ofte ikke berører borgerens socialproblemstilling. I en kommune giver de interviewede også udtryk for, at det ofte er socialrådgivere, der skriver udskrivningspapirerne og er kontaktpersoner, selvom det ikke er dem, der har haft den tætte løbende kontakt

med borgeren. En fordel ved at det er socialrådgivere, der sidder med udskrivelserne, er dog, at de interviewede personer fra denne kommune oplever, at de ved, hvem de kan kontakte i behandlingspsykiatrien.

At sagerne kan være *overbelyste*, handler om, at disse set fra socialpsykiatriens perspektiv indeholder en bestemt agenda i forhold til, hvilken socialindsats behandlingspsykiatrien mener, at borgeren skal have. En af de interviewede forklarer:

> *Den største udfordring med at modtage skemaerne er, at der er en tydelig agenda med dem. De har besluttet, at nu kan de ikke komme videre med behandling, og nu skal den her borger på botilbud. De har også talt med borgeren om det. Så der er ligesom allerede lagt et net eller forventning ned over henvendelsen.* (Afdelingsleder)

Afdelingslederen oplever, at det påvirker processen negativt, da det kan skabe forventninger hos borgerne og deres pårørende, som ikke er i overensstemmelse med de faktiske muligheder og ressourcer i socialpsykiatrien – heller ikke med en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang. Dette kan føre til frustration og misforståelser, hvis borgerne oplever, at deres forventninger ikke bliver indfriet. Det er interessant at sammenholde denne oplevelse i socialpsykiatrien med oplevelsen, som vi finder i behandlingspsykiatrien: De ser det som uhensigtsmæssigt, at deres vurdering ikke har nok vægt hos socialpsykiatrien. Vi vender tilbage til dette i Kapitel 5.

De fagprofessionelle fortæller, at de mener, at det er meget nyttigt både i forhold til rettidig deling af viden og deling af den rette viden og vurdering, at der gennemføres udskrivningsmøder eller netværksmøder. De interviewede er overordnet positive i forhold til værdien af disse møder. Oplevelsen blandt de interviewede er dog, at udskrivningsmøderne (sammen med den øvrige proces og også netværksmøder), såfremt det en sjælden gang lader sig gøre at afholde dem, ofte bærer præg af, at de rette aktører ikke altid er til stede. Det betyder, at der ofte er fravær af en myndighedsperson og fravær af overlæge/sygeplejersker med kendskab til patienten.

Vigtigste indsigter angående udskrivelse

Drivkræfter og årsager:

- Ikke rettidig deling af viden
- Mangel på den rette viden.

4.4 Tilpasning i organisering eller kapacitet for at opnå bedre ressourceudnyttelse

På tværs af de forskellige faser – henvendelse/indskrivning, udredning og behandling og udskrivning – ser de fagprofessionelle i socialpsykiatrien mangel på kapacitet i behandlingspsykiatrien eller imellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri som en hæmsko for at udnytte ressourcer optimalt. Der fremhæves tre typer: mangel på specialiserede kompetencer enten i egne tilbud eller ved sparring, mangel på tilbud i behandlingspsykiatrien og mangel på tværgående tilbud.

4.4.1 Drivkraft: Mangel på specialiserede kompetencer – enten i egne tilbud eller ved adgang til sparring

Generelt har flere af de interviewede en oplevelse af, at patienterne udskrives hurtigere fra den regionale psykiatri og har kortere indlæggelser end tidligere (Sundhedsstyrelsen, 2018). De oplever et øget behov i socialpsykiatrien for at kunne trække på specialiserede kompetencer fra den regionale psykiatri. Denne adgang til specialiserede kompetencer relateres både til akutte situationer og ordinære forløb.

4.4.2 Drivkraft: Mangel på tilbud i behandlingspsykiatrien fører til uhensigtsmæssige indlæggelser og behandlingsforløb

Som nævnt ovenfor er der et udtalt behov i socialpsykiatrien for et bedre kendskab til de (ofte mange) tilbud, der findes i den regionale psykiatri. Ud over den manglende viden oplever medarbejderne i socialpsykiatrien dog et reelt behov for tilbud i

behandlingspsykiatrien, for at borgerne får det bedste samlede forløb. De peger specifikt på flere typer tilbud, hvor en tilførsel af kapacitet efter deres vurdering vil aflaste deres arbejde væsentligt og føre til bedre borgerforløb.

En type tilbud, der nævnes, vedrører borgere med selvskade eller spiseforstyrrelser. En anden type tilbud vedrører borgere, der ud over en psykiatrisk diagnose har været udsat for overgreb eller er i hjemløshed. En tredje type, der nævnes, er tilbud, hvor medicinering ikke er løsningen: De interviewede oplever, at der mangler tilbud, som i stedet for eller i kombination med medicinering anvender andre former for behandling, og der foreslås fx miljøterapi, samtalegrupper, og bedre/billigere adgang til psykologhjælp til borgere. Endelig nævnes tilbud til borgere med borderline og personlighedsforstyrrelse. Det er vigtigt at bemærke, at oplevelsen af mangel på tilbud er meget forskellig blandt de interviewede i de fire kommuner.

4.4.3 Drivkraft: Mangel på tværgående tilbud

De fagprofessionelle i socialpsykiatrien ser et samlet behov for, at større budgetandele, end tilfældet er nu, prioriteres til tværgående indsatser.

På tværs af interviewene efterspørger de interviewede tilbud, som går på tværs af behandlings- og socialpsykiatrien. Det gælder særligt tværfaglige tilbud, der involverer aktører på tværs af region og kommune, og som kan sikre gode overgange mellem sektorerne i borgernes forløb.

En type tilbud, der efterspørges af nogle af de interviewede er OPUS- og F-ACT-teams. I vores afdækning bemærker vi, at der er forskelle på, i hvor høj grad tværfaglige tilbud efterspørges blandt de interviewede, da regionale forskelle har betydning. Det gælder særligt F-ACT og OPUS, som af de interviewede italesættes mere i én region og mindre i en anden. Dog er der også forskel på, hvorvidt socialpsykiatrien i regionerne involveres i eksempelvis F-ACT, og der argumenteres for nødvendigheden af en klarere arbejdsdeling på tværs.[24]

En anden type tilbud er dobbeltdiagnosetilbud. De interviewede oplever, at der stilles særlige krav til borgere med psykisk diagnosee og samtidig misbrugsproblematikker i forhold til krav om at være stoffri i flere måneder forud for indgåelse i behandlingstilbud. De ser det som hensigtsmæssigt med særlige pladser, der kan tage hånd om dette. I forlængelse af det, efterspørges også mellemrumstilbud som alternativ til særlige pladser i psykiatrien. Disse pladser sammenlignes med de særlige

[24] Som nævnt i Afsnit 2.2 har regionerne i forbindelse med implementering af forløbsbeskrivelser for mennesker med psykoselidelser prioriteret midler til udbredelse af ambulant, tværfaglig behandling af målgruppen, eksempelvis i form af OPUS. Dette er finansieret med 107 millioner kroner varigt.

pladser i psykiatrien. Hvorvidt mellemrumstilbud burde være underlagt sundheds- eller serviceloven er der blandt de interviewede delte meninger om.

En tredje type tilbud handler om fleksible pladser. Disse kan fungere som en afklaringsplads forud for udskrivning. De kan fungere som tilbud til borgere, der oplever en akut krise, der kan håndteres uden indlæggelse. Og de kan fungere som en kortvarig plads, hvis en patient viser sig at være fejldiagnosticeret eller ikke responderer tilstrækkeligt på medicin til at kunne komme hjem.

En fjerde type tilbud, som de fagprofessionelle har positive erfaringer med, er brugerstyrede indlæggelser. De opleves at sikre, at patienten bliver indlagt til "rette tid". Her foregår samarbejdet mellem socialpsykiatrien og sengeafsnittene også typisk direkte, dvs. uden at det er nødvendigt at involvere akutmodtagelse eller almen praksis.

Vigtigste indsigter angående tilpasning i organisering eller kapacitet

Drivkræfter og årsager:

- Mangel på tilbud i behandlingspsykiatrien fører til uhensigtsmæssige indlæggelser og behandlingsforløb.
- Mangel på tværgående tilbud med både socialpsykiatriske og behandlingspsykiatriske elementer medfører dyre og uhensigtsmæssige indlæggelser og større ressourcetræk til indsatser efterfølgende i socialpsykiatrien.

4.5 Opsamling

Formålet med dette kapitel har været at analysere årsager og drivkræfter, der fører til uhensigtsmæssigheder i behandlingsforløb, set fra socialpsykiatrien. Vi har belyst drivkræfter, der vedrører tre faser i en borgers forløb, og et sæt af tværgående drivkræfter omkring typer af kapacitetsmangel, der i socialpsykiatrien opleves at medføre uhensigtsmæssig brug af ressourcer.

Vanskeligt at få overblik over tilbud og indgange hos samarbejdspartnere

Samarbejdet omkring det, der betegnes som "vejene ind" i behandlingspsykiatrien, beskrives af mange som komplekst og mangelfuldt. Medarbejdere i socialpsykiatrien oplever, at de mange indgange, funktioner og personer gør det svært at finde den rette afdeling, hvilket kan føre til uhensigtsmæssige behandlingsforløb. Manglen på overblik over behandlingspsykiatriens organisering gør, at henvendelser ofte sendes til forkerte afdelinger, hvilket forsinker behandlingen og kan forværre borgernes situation.

Manglende anerkendelse og brug af faglig relevant viden om borgeren

De fagprofessionelle i socialpsykiatrien oplever, at deres viden og indsigt om borgerne ofte ikke anerkendes eller inddrages i samarbejdet med både almen praksis og behandlingspsykiatrien. Dette kan føre til ineffektiv sagsbehandling og unødvendigt ressourcetræk. Manglende anerkendelse af medarbejdernes rolle skaber frustration, fx når det gælder beslutninger om indlæggelse. Medarbejderne efterspørger en større inddragelse i beslutningsprocesserne og fremhæver, at samarbejdet fungerer bedst, når der er faste procedurer og permanente aftaler, især i gråzonetilfælde, hvor patientens behov falder mellem social- og behandlingspsykiatrien.

Behov for stærkere samarbejdsaftaler og -fora

På tværs af faser finder vi, at der er potentiale i at have fastere og klarere aftaler imellem social- og behandlingspsykiatri. Det kan give en bedre deling af den rette viden og en mere rettidig deling af viden. Der er enighed blandt de fagprofessionelle om, at eksisterende lovgivning og værktøjer, som udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, er en god ramme for samarbejde, men de opleves sjældent at blive anvendt i praksis. Der er behov for, at lovgivningen implementeres og følges i højere grad.

De interviewede vurderer derudover, at fælles viden og samarbejde på tværs af sektorer samt anvendelsen af digitale løsninger som videokonsultationer kan hjælpe med at forbedre håndteringen af patienternes behov.

Borgere med komplekse forløb, der ikke passer ind i kasserne

De fagprofessionelle oplever behandlingspsykiatrien som præget af specialiseringer, hvor borgere med komplekse problemstillinger har svært ved at få hjælp, mens mere klare lidelser lettere behandles.

Integrerede indsatser

De fagprofessionelle vurderer, at borgere med særligt komplekse forløb bliver bedre og mere ressourceeffektivt hjulpet gennem samarbejder og indsatser på tværs af behandlingspsykiatri og socialpsykiatri.

Generelt mener de fagprofessionelle, at det er hensigtsmæssig brug af deres ressourcer, og kan skabe mere kontinuitet i borgeres forløb under og efter indlæggelse, hvis de i højere grad følger borgere på vej ind i og ud af behandlingspsykiatrien

Mangel på kompetencer: kapacitet og adgang til specialistkompetencer

Medarbejdere i socialpsykiatrien oplever større pres og øget kompleksitet i deres arbejde som følge af kortere indlæggelser og kapacitetsproblemer i behandlingspsykiatrien. Det betyder, at patienter med mere komplekse behov udskrives hurtigere og overgår til socialpsykiatrien. Fagprofessionelle føler sig ofte utilstrækkeligt forberedt på de nye udfordringer, hvilket skaber et behov for kompetenceudvikling. Medarbejderne har brug for både styrket faglig viden om sygdomsforståelse og behandling samt bedre adgang til specialiseret ekspertise.

5 Indsatsområder og potentialer

Formålet med dette kapitel er at afdække indsatsområder i behandlingspsykiatrien, i socialpsykiatrien og hos samarbejdspartnere, der kan give en mere effektiv opgaveløsning inden for de givne rammer og beskrive mulige potentialer inden for disse områder. Kapitlet samler kvalitative vurderinger af mulige indsatsområder, og hvad de kan indebære og forudsætte. Kapitlet foretager ikke en rangordning, prissætning eller nettoeffektvurdering af indsatserne.

Fælles udfordringsbillede på tværs af behandlingspsykiatri og socialpsykiatri: Kapacitetsmangel fører til uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse og mindre værdi pr. krone

Udgangspunktet for at formulere indsatsområder er, at det på et overordnet plan er det samme udfordringsbillede, som udtrykkes af vores informanter i både behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien samt i vores ekspertgruppe. I interviewene 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. Et eksempel på dette er udvidelse af målgruppen til et tilbud for at udnytte kapaciteten (for ikke at have en tom plads), hvilket fører til uhensigtsmæssig sammensætning af patientgruppen. Det kan være en gerontopsykiatrisk (ældre) patient, der får en forværret klinisk tilstand ved at være indlagt sammen med mennesker med psykotiske lidelser. Det giver en dårligere behandling og et mere langstrakt forløb. Et andet eksempel, der nævnes af ekspertgruppen, er, at når "ambulant aktivitet og støttetilbud halter så meget bagefter, så får du en uhensigtsmæssig udnyttelse af kapaciteten".

Bredere tales der i interviewene og i inventeringen om, at man kan mærke uhensigtsmæssighederne, når en samarbejdspartner trækker ressourcer ud af et samarbejde, som forlængede, forværrede forløb for borgerne og fordyrende og belastende forløb for medarbejderne. De fortæller, at det medfører, at de måder, man løser opgaven på, bliver mindre til patientens langsigtede bedste. En af eksperterne udtrykker det sådan: "Det handler om det som er nævnt i det Faglige oplæg – det handler om kapaciteten og kvaliteten og alle de afledte konsekvenser, som også fører til en kultur og en måde at håndtere tingene på, som er helt utilstedelig". Generelt ser denne ekspert, at der er en tendens til at tænke kortsigtet og reducere spild inden for en kort periode. "Du gør ingenting færdigt, og så kommer problemerne bare igen". Andre informanter bruger et andet ordvalg og udtrykker i mindre grad en værdidom. Men de peger på den samme mekanisme som den nævnte ekspert. Samlet flugter det udfordringsbillede, som vores informanter tegner, på mange måder med det Faglige oplæg til en tiårsplan.

Hvordan kan man udnytte ressourcer bedre inden for den eksisterende ramme? Og hvilke indsatsområder kan med fordel prioriteres?

Spørgsmålet er så, hvordan man kan udnytte ressourcerne bedre inden for den eksisterende ramme, og hvilke indsatsområder der med fordel kan prioriteres, uanset hvad den økonomiske ramme er.

Vores undersøgelse bidrager til at svare på disse spørgsmål gennem kvalitative perspektiver. De perspektiver kan komplementere mere kvantitative beskrivelser af belægningssituationer på afdelinger, antal af forskellige typer af patientforløb inden for bestemte diagnosegrupper, antal indlæggelsesdage og så videre. De kvalitative perspektiver fra fagprofessionelle og eksperter siger noget om, hvilke årsager der er til uhensigtsmæssigheder, og hvad de består i. Desuden peger de interviewede til denne undersøgelse 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. I dette kapitel knytter vi de forskellige perspektiver sammen, og vi knytter an til udvalgt forskning, der kan hjælpe til yderligere belysning af potentialer eller forudsætninger.

Fem typer indsatsområder

Vi ser på fem typer indsatsområder. For hvert indsatsområde redegør vi for, hvilken udfordring der adresseres, hvad indsatsen går ud på, hvad potentialet består i, og hvad forudsætningerne er for at opnå et sådant potentiale. Vores vurdering af potentialer er kvalitativ ud fra det foreliggende materiale.

Det er tilsigtet, at vi præsenterer flere indsatsområder sammen. Vi ser både på kapacitet (fx hvilke ekstra personaleressourcer eller pladser der særligt vil styrke ressourceudnyttelsen) og ressource- eller kapacitetsudnyttelse (hvordan optimeres brugen af de personaleressourcer og tilbud, der er). Nogle indsatsområder kan virke indlysende, såsom at prioritere bedre arbejdsmiljø. Men de er medtaget, fordi de er en forudsætning for at implementere nye arbejdsgange, der kan give kortsigtede rationaliseringer. Andre indsatsområder er gældende på et nationalt plan og vedrører ny lovgivning. Men for de fleste indsatsområder gælder, at de må prioriteres forskelligt i forhold til de enkelte regioner og kommuners eksisterende organisering og indsatsvifte.

De fem indsatsområder og tiltag under dem er sammenfattet i Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Indsatsområder og tiltag

Indsatsområde	Tiltag
Indsatser, der styrker kapaciteten inden for de forskellige afdelinger	Stabil medarbejderstyrke Justering af kapacitetsfordelingen på afdelinger
Indsatser omkring samarbejdsaftaler og -fora, der ikke kræver ny ressourcetilførsel	Klare samarbejdsaftaler, overblik og standarder Investering i relationel koordinering Understøtte formater for informationsdeling
Indsatser omkring nye tilbud eller anden fordeling af ansvar, der ikke kræver ændret lovgivning, men kan kræve omfordeling af økonomi eller organisering	Følge-på-vej mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri Botilbudslæger/teams Sundhedsfaglige kompetencer på botilbud Brugerstyrede senge
Ændringer i organisatoriske strukturer eller incitamentstrukturer	Struktur for samarbejde – klynger Incitamenter til samarbejde
Indsatser omkring ansvars- og opgavefordeling, der kræver lovændring, fx i udmøntning af rettigheder og tildeling af beføjelser	Beføjelser til tvangsbehandling

Kilde: VIVE.

Indsatsområder og mulige tiltag gennemgås i det følgende.

5.1 A: Indsatser, der styrker kapaciteten inden for de forskellige afdelinger

Det første indsatsområde fokuserer på, hvordan man inden for den enkelte afdeling kan styrke kapaciteten.

Det er en udfordring inden for den enkelte afdeling med lav kapacitet, at kortsigtet placering af ansvar for opgaver hos en medarbejdergruppe, der ikke har de rette kompetencer eller rammer til at løse opgaven tilstrækkeligt, giver dårlige patientforløb og ringe ressourceudnyttelse. Det giver endvidere dårlig medarbejdertrivsel, hvilket fører til høj personaleomsætning, som så igen gør det vanskeligt at oplære nyt personale, at opnå fælles faglig viden og hensigtsmæssige arbejdsgange på afdelingen og med samarbejdspartnere.

Tiltag: justering af kapacitetsfordelingen på afdelinger

I patientinventeringen fandt vi, at patienter placeres på forkerte specialafsnit grundet interne kapacitetsproblemer på sygehusene. Informanterne peger på en øget risiko for, at patienter ikke modtager optimal behandling, da personalet kan mangle den nødvendige faglige viden, og der ikke kan skabes de rette rammer for

patientbehandlingen. Resultatet er en forringet behandlingskvalitet, længere indlæggelsesforløb og øget risiko for genindlæggelser. Dette skaber en negativ spiral, hvor kapacitetsproblemerne forstærkes.

Vi er ikke bekendt med forskning, der specifikt belyser sammenhængen mellem kapacitet og behandlingskvalitet i psykiatrien. Inden for somatikken viser forskning, i såvel dansk som international kontekst, dog en sammenhæng mellem belægningsprocenter på hospitaler og behandlingskvalitet (Bosque-Mercader et al., 2022; Boden et al., 2016; Blauenfeldt et al., 2023). Høje belægningsprocenter, især over 85-90 %, kan føre til forringet behandlingskvalitet og flere genindlæggelser. Dette naturligvis under iagttagelse af, at to af tre undersøgelser, vi har fundet, er baseret på det engelske sundhedsvæsen og at der derfor kan være forskelle i retningslinjer og styringslogikker sammenlignet med det danske sundhedsvæsen. I en dansk kontekst er det ikke i samme omfang som i fx en britisk kontekst antallet af sengepladser, der er udfordringen. Her kan det snarere handle om, hvorvidt der er de rette personaleressourcer, både i forhold personaletimer (normering) og specialisering. Nogle af vores interviewpersoner vurderer, at når hospitalerne opererer med en lavere udnyttelsesgrad af de tilgængelige senge, så kan de bedre matche patienterne med de rigtige specialister, forebygge klinisk forværring og undgå for tidlige udskrivelser, som ellers kan føre til genindlæggelser. De vurderinger vi får fra vores informanter i behandlingspsykiatrien går på, at det samlet vil give effektivisering inden for det enkelte sygehus, hvis man øger kapaciteten (antal senge) på de (dyrere) specialiserede afsnit.

Tiltag: stabil medarbejderstyrke

Løsningen på dette niveau handler om at bryde personaleomsætningsraten og få en bæredygtig medarbejderstyrke. Det forudsætter god onboarding af nye medarbejdere, og kompetenceløft, så medarbejdere kan varetage flere opgaver. Det handler om en fastholdelsesstrategi, så man ikke mister erfarings- og kompetenceniveau. Det handler om at styrke arbejdsmiljø. Og det handler om samarbejde med uddannelsesinstitutioner, så studerende får et større kendskab til psykiatrien og mulige kommende medarbejdere er bedre rustet til overgangen fra uddannelse til arbejdsliv.

En reduktion i høj medarbejderomsætning har et betydeligt potentiale for at skabe en mere bæredygtig medarbejderstyrke. Forskning fra NUCAP-programmet [25] i Region Sjælland, i samarbejde med Aarhus Universitet, viser, at afdelinger med lav sygeplejerskeomsætning er karakteriseret ved faktorer som højere sygeplejerskebemanding, et erfarent og veluddannet personale, et godt arbejdsmiljø samt øget patientsikkerhed og tilfredshed. Disse forhold bidrager ikke blot til forbedrede patientresultater, såsom færre genindlæggelser og lavere dødelighed, men skaber også bedre arbejdsforhold for medarbejderne. Mindre personaleomsætning kan videre

[25] Se herom: https://pure.au.dk/portal/da/projects/nucap-defining-nursing-capacity

medføre et mindre forbrug af vikarer. Dermed kan en stabil og tilfreds medarbejderstab føre til både økonomiske og menneskelige gevinster i sundhedsvæsenet.

5.2 B: Indsatser omkring samarbejdsaftaler og -fora, der ikke kræver ny ressourcetilførsel

Det næste indsatsområde handler om forbedring af samarbejdet mellem forskellige aktører.

Det er et vigtigt fund på tværs, at både behandlingspsykiatri og socialpsykiatri ser et stort ressourcespild, når samarbejdet ikke fungerer. I en forstand peger de to områder fingeren mod hinanden, og siger, at det vil virke bedre samlet set, hvis deres respektive samarbejdspartnere rykkede tættere på og lagde flere ressourcer i samarbejdet. Men de peger også på sig selv og på gode erfaringer med bedre ressourceudnyttelse gennem det tværfaglige samarbejde. Der er peget på forskellige områder, hvor og hvordan dette kan prioriteres. Det handler om at skabe gensidig anerkendelse, at give godt overblik og god brug af hinandens viden og have klare fælles standarder.

Det er et gennemgående fund, at de mange samarbejdspartnere på tværs af behandlingspsykiatri og socialpsykiatri giver et stort behov for at skabe overblik og at der er store omkostninger ved at finde den rette information om, hvem der skal kontaktes og laves aftaler med i relation til et bestemt borgerforløb, eller ved at indhente viden. Et eksempel fra patientinventeringen er, at man sidder som sygeplejerske og skal have samarbejdsflade til et stort antal kommuner, der hver er organiseret på forskellige måder, og som har forskellige indsatsvifter. Dette perspektiv fra medarbejdere og afdelingsledere i patientinventeringen støttes af anden forskning, hvor strategisk og faglige ledelse i to regioner blev interviewet (Ibsen et al., 2024). Interviewpersonerne fra begge regioners strategiske ledelser gav udtryk for et meget stort behov for et overblik over og standarder for tilbud i kommunerne i regionen. De gav også udtryk for, at et sådant overblik ikke findes endnu. Erfaringen er, at det medfører tidsspilde ved koordinering, og at det er vanskeligere at finde det rette tilbud til borgeren. Vi så det samme forhold – store omkostninger ved søgning efter information – da vi skiftede perspektiv til socialpsykiatrien.

Tiltag: aftaler om arbejdsgange, overblik og standarder

De interviewede peger på flere gode erfaringer, der kan bygges på til løsning af problemer med uklare aftaler. I en region er der gennemført aftaler om overblik og standarder mellem region og kommune i forhold til ensartethed i tilbud og centrale arbejdsgange i patienternes overgange mellem sektorer. Ved indskrivning gør man

det nogenlunde ens. Som det er fremhævet både for behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, ses det som et væsentligt problem, at eksisterende aftaler ikke er implementeret tilstrækkeligt.

Der findes ikke forskningsbaseret viden, der kan indikere, hvor meget der vil kunne spares for hvilke aktører ved dette tiltag. Det vil skulle bestemmes regionalt ud fra gældende arbejdsgange, samarbejdsflader, patientsammensætning med videre.

Tiltag: investering i relationel koordinering

Et andet tiltag handler om, at man ud over at præcisere aftaler og sikre overblik styrker den relationelle koordinering.

Både behandlingspsykiatripersonale og personale i socialpsykiatrien oplever en manglende anerkendelse af deres faglige viden og indsigt i den enkelte patient eller borgers behov. For eksempel fortæller medarbejdere i behandlingspsykiatrien, at de oplever, at de har et godt kendskab til borgeren og dennes aktuelle behov efter en 3 måneder lang indlæggelse. De kan have et klart billede af, at en borger vil have bedst af på kort sigt at få et botilbud. De oplever så, at processen bliver langsom i kommunen, fordi der skal foretages en VUM-udredning, og man skal finde det rette tilbud, hvor der er plads. De oplever, at det kan være en fordel, hvis deres ord og vurdering blev givet mere vægt.

Denne oplevelse spejles hos medarbejdere i socialpsykiatrien, der – som vi så i Kapitel 4 – oplever, at deres ord ikke har den vægt, som de burde, i vurderinger om fx henvisning eller udskrivning fra henholdsvis almen praksis eller behandlingspsykiatri.

Flere interviewpersoner peger på gode erfaringer med relationel koordinering på tværs. Hvis man kender hinanden, får man lettere arbejdet til at glide, og borgere kommer lettere rette sted hen til rette tid.

Et eksempel, der nævnes af vores interviewpersoner, er en brobyggerfunktion, enten formelt eller uformelt. Det kan fx være en socialrådgiver, der bliver ansat. Et andet eksempel er fælles kompetenceudvikling, der kan forbedre relationel koordinering. Man øger forståelsen af systemerne, og man øger forståelsen for hinandens rammer og muligheder for at løfte den fælles opgave med en borger.

Dette knytter an til fund fra anden forskning, både vedrørende tværfagligt samarbejde generelt (Hjelmar et al., 2024) og med specifikt fokus på sundhedsvæsenet (Madsen, 2024).[26] Madsen (2024) finder, at når man ikke bliver belønnet for at lave det tværgående arbejde, men alene skal "komme i bund" med egne opgaver på afdelingen, medfører det, at man som medarbejder ikke løfter de tværgående

[26] Se bl.a. Madsen (2024, s. 23), der henviser videre til Buch og Jakobsen (2016) og Buch og Johansen (2022).

opgaver. Vores interviews peger på, at virkningen af ikke at løfte disse opgaver er uhensigtsmæssig brug af ressourcer og arbejdspres. Det understøtter behovet for en mere relationel koordinering og et fælles sprog på tværs af sektorer.

I international litteratur om relationel koordinering redegøres for forskellige forudsætninger for at styrke den relationelle koordinering. Det handler blandt andet om, at der foretages strategiske valg imellem samarbejdende organisationer om, hvilke arbejdsopgaver der særligt skal samarbejdes om, og disse skal kortlægges. Her kan perspektiverne fra denne analyse være et udgangspunkt. Når disse opgaver er bestemt og kortlagt, så kan det være nyttigt at opstille mål for resultater inden for kvalitet og effektivitet – hvilke arbejdsgange der skal optimeres, og måling af aktiviteter, der understøtter koordinering (Gittell, 2012). Det er uhensigtsmæssigt, hvis de styringsmål, som en enkelt enhed bliver vurderet på, primært fokuserer på intern optimering frem for optimering på tværs. Intern optimering kan fx rettes mod en hospitalsafdelings aktivitet og genindlæggelsesfrekvens (Madsen, 2024, s. 15).

Tiltag: understøttende formater for den information, der deles om borgerne

Et videre tiltag handler basalt om at optimere ressourceforbruget ved at have klarere formater for den information, der deles. Det er en type tiltag, der særligt kan lette arbejdet for nogle aktører, mens det kan fordre mere arbejde og mere indsigt eller træning af andre. På tværs af vores analyser er indtrykket, at det kan skabe mere effektive arbejdsgange og en mere effektiv dagligdag for medarbejdere i socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien, at de formater, som information videregives i, er ensartede, så det er lettere at skabe og bevare overblik. Der er flere steder, hvor det er vanskeligt som fagprofessionel at få vigtig viden, så man kan vurdere og handle hurtigt og rigtigt (Davidsen et al., 2020). Epikrise går til egen læge. Botilbud skal have en anden orienteringsform. En ambulant enhed skal have andre oplysninger igen. Den fragmenterede dataadgang forhindrer sundhedsprofessionelle i at danne et samlet overblik over patientens behandlingsforløb. Bedre datadeling kan løse disse udfordringer ved at sikre, at alle relevante aktører – uanset om det er hospitaler, almen praksis eller kommunale tilbud – har adgang til de nødvendige oplysninger. Sundhedsstrukturkommissionen (2024) peger på et uudnyttet potentiale i bedre datadeling mellem aktørerne inden for psykiatriske behandlingsforløb. En mere effektiv deling af data mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri kan styrke samarbejdet og forbedre kommunikationen, hvilket vil bidrage til mere sammenhængende og veltilrettelagte forløb for mennesker med psykiske lidelser. Rapporten understreger, at datadeling på tværs af sektorer er afgørende for at håndtere fremtidens udfordringer i sundhedsvæsenet, og fremhæver, at lettere adgang til data mellem hospitaler, praktiserende læger og kommuner kan optimere patientbehandling og reducere administrative barrierer, hvilket vil forbedre sundhedsydelsernes kvalitet og mindske ulighed i sundheden.

Derudover fremhæves det, at bedre datadeling understøtter både organisatorisk og økonomisk bæredygtighed, hvilket kan afhjælpe manglen på sundhedspersonale ved at effektivisere arbejdsgange og reducere dobbeltarbejde. Et godt eksempel er SAMBLIK-diabetesprojektet (Steno Diabetes Center Aarhus, 2022), der viser, hvordan realtidsadgang til data på tværs af sektorer kan spare tid, forbedre patientoverblikket og gøre det muligt for sundhedspersonale at træffe mere kvalificerede beslutninger, især i komplekse patientforløb.

5.3 C: Indsatser omkring nye tilbud eller anden fordeling af ansvar, der ikke kræver ændret lovgivning, men kan kræve omfordeling af økonomi eller organisering

Ud over ændrede arbejdsgange, samarbejdsformer og samarbejdsværktøjer har vores analyser af drivkræfter til ineffektiv ressourceudnyttelse, peget på områder, hvor man ved en ændret fordeling af økonomi og ansvar eller en ændret organisering kan opnå en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Vi fremhæver her botilbudsteams, ledsageordninger, styrket sundhedsfaglig kompetence på botilbud og brugerstyrede senge.

Tiltag: botilbudslæger eller botilbudsteams

En del borgere på botilbud er kronikere med sygdom og medicin, der nødvendiggør løbende opfølgning af en læge. Egen læges forudsætninger for at kende borgeren godt og inddrage viden fra fagprofessionelle på botilbud kan være begrænset. Fra almenmedicineres side er der en opmærksomhed på behovet hos borgere på botilbud, og der er udviklet redskaber til at foretage sundhedstjek for borgere på bosteder, herunder et forberedelsesskema og information til personale (Høgenhaven, 2022). Der har dog også været peget på botilbudslæger eller botilbudsteams som mulige løsninger på opgaven med opfølgning af borgere på botilbud.

Fagprofessionelle fra både behandlingspsykiatri og socialpsykiatri mener, at botilbudslæger eller botilbudsteams har potentiale til at gøre indlæggelser smidigere og aflaste den ambulante behandling på de psykiatriske afdelinger. Det kan videre aflaste de alment praktiserende læger og give en bedre kontakt. Der kan hentes inspiration fra plejehjemslæger, der kender borgeren bedre, end egen læge normalt har mulighed for. Det kan videre give en relationel fordel i kendskab til og videndeling med samarbejdspartnere. Endelig kan det være en fordel overhovedet, at borgere, som ellers har svært ved at komme til lægen, bliver tilset af en læge jævnligt (Høgenhaven, 2022).

Der er i 2017 indgået en landsdækkende aftale mellem Praktiserende Lægers Organisation, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening om botilbudslæger. Det er forskelligt, i hvilket omfang sådanne aftaler er implementeret. I 2022 er der i Region Hovedstaden indgået en rammeaftale om implementering i regionens kommuner. Der er forskellige måder, hvorpå sådanne ordninger kan sammensættes. En måde er botilbudsteams, hvor den primære lægelige kompetence er en psykiater. For denne løsning taler, at nogle borgere er kronisk syge af deres psykiatriske lidelse, og får medicin, der kræver løbende opfølgning af en læge eller en psykiater. En anden måde er botilbudslæger, hvor en eller flere praktiserende læger påtager sig en opgave, fx på vegne af en lægekreds, til at være læge for borgerne på forskellige tilbud. For denne løsning taler, at den pågældende lægelige kapacitet i højere grad kan opdage, udrede og behandle somatiske tilstande. Flere undersøgelser peger på, at der er en høj overhyppighed af somatiske problematikker og overdødelighed hos mennesker med psykiatriske lidelser (Behandlingsrådet, 2023).

I 2024 har Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen opsamlet erfaringer med botilbudsteams fra Regions Sjælland og Region Hovedstaden. Erfaringsopsamlingen finder, at botilbudsteams har forbedret sundhedsfaglig behandling, styrket det tværsektorielle samarbejde og koordinationen omkring borgerne og skabt bedre rammer for forebyggelse af uhensigtsmæssige forløb. Data fra Psykiatrisk Center Amager viser et fald i antallet af indlæggelser og genindlæggelser af borgere på de tilknyttede botilbud, og ved genindlæggelse er patienter indlagt færre dage (Sundhedsstyrelsen & Social- og Boligstyrelsen, 2024).

Tiltag: følge-på-vej mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri

Mange borgere med en psykiatrisk lidelse har svært ved at følge behandling. Det indebærer et stort ressourcetræk. For det første skal der etableres kontakt til patienten, og årsagerne til udeblivelse skal afklares. For det andet sker der ofte en klinisk forværring, der medfører et større behov for behandling og støtte fra både behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Patientinventeringen viste, at det registrerede spild i en række tilfælde skyldtes en patientudeblivelse eller en patientaflysning så sent, at tiden ikke kunne anvendes til anden kontakt. Vi så desuden et behov for at understøtte en god overgang efter behandling, både for borgere, som bor i eget hjem, og borgere, som er på botilbud.

På tværs af undersøgelsen ses et behov for, at de borgere, der er i behandling, og som også har kontakt til socialpsykiatrien, i højere grad følges på vej ind i og ud af behandlingspsykiatrien. Et eksempel, der nævnes af vores informanter, er, at en socialpædagogisk medarbejder fra botilbud eller bostøtte kan følge borgeren på vej ind til forløb på den psykiatriske afdeling. Opgaven med at følge borgeren på vej kan også varetages af andre aktører, såsom regionen. Det fremhæves i interviews, at det er en fordel, at personen kender patienten og kan varetage en

tovholderfunktion for patienten undervejs i forløbet. For nogle, mindre sårbare patienter kan en sådan funktion varetages af frivillige fra civilsamfundet, eksempelvis fra projektet Social Sundhed, hvor sundhedsfaglige studerende har indgået.

Vi kender ikke til forskning, der har foretaget en effektvurdering af en styrket ledsagelse. Dog viser en undersøgelse af patienternes oplevelser med Brobyggerne, at patienterne var mindre tilbøjelige til at aflyse deres planlagte aftaler, når de blev ledsaget (Ravn, 2020).

Tiltag: sundhedsfagligt personale i botilbud

Flere fagprofessionelle i denne undersøgelse ser et potentiale i at styrke den psykiatriske og sundhedsfaglige behandlingskompetence i botilbud. Psykiatrisk behandlingskompetence handler om at kunne vurdere den psykiatriske tilstand og effekten af den psykiatriske behandling. Sundhedsfaglig behandlingskompetence handler tilsvarende om opsporing og vurdering af somatiske tilstande og behandling samt opfølgning herpå. Det er et opmærksomhedspunkt, at det kan være vanskeligt at rekruttere disse kompetencer.

Tiltag: brugerstyrede senge

Ved brugerstyrede senge udarbejdes en kontrakt med patienter kendt i psykiatrien, der selv kan vurdere behovet og ønske indlæggelse på et bestemt sengeafsnit. Det kan eksempelvis være patienter med selvskadende adfærd eller selvmordstanker, som de ikke selv kan kontrollere og har behov for professionel hjælp til at håndtere. Det kan lette overgangen til indlæggelse og gøre patienten mere tryg at have denne mulighed. Det kan aflaste et behov andre steder eller omfanget af den nødvendige indsats på langt sigt.

I vores undersøgelse peger flere fagprofessionelle på et potentiale med brugerstyrede senge. De oplever, at der kan ske en klinisk forværring ved forsinket indlæggelse af psykiatriske patienter med længerevarende lidelser, og at dette modvirkes ved en brugerstyret indlæggelse.

I litteraturen har vi fundet et studie af effekter af disse tilbud. Paaske et al. foretager en empirisk analyse af samlede sundhedsomkostninger for patienter, der har haft brugerstyrede senge, med en tilsvarende gruppe, der ikke har fået det. De finder, at omkostningerne inden for sundhedsvæsenet er højere på både kort sigt (et halvt år) og længere sigt (24 måneder), omend sammenhængen ikke er signifikant i alle halvårsperioder. De peger på et behov for yderligere forskning i effekten på de samlede sundhedsomkostninger over en længere periode og i et bredere perspektiv (Paaske et al., 2021). I lyset af de fagprofessionelles vurderinger i denne undersøgelse vil det være oplagt at få belyst ressourcetrækket til samme gruppe mennesker inden for

andre velfærdsområder end sundhedsområdet, navnlig i forhold til sociale indsatser og beskæftigelsesindsatser eller overførsler.

5.4 D: Ændringer i organisatoriske strukturer eller incitamentsstrukturer

Ud over intern kapacitet, arbejdsgange og ny fordeling af ansvar og opgaver giver vores fund også anledning til at overveje at tilpasse organisatoriske strukturer for at styrke samarbejdet og se på incitamenter.

Tiltag: strukturel tilpasning af skalaen for samarbejde – klynger

I interviews og blandt ekspertgruppen blev der peget på vanskeligheder ved at samarbejde – både formelt og relationelt – i meget store organisatoriske enheder med mange aktører. Også dette fund støttes af anden forskning. Det kan være lettere i en mindre skala at indgå forpligtende aftaler med lavere koordinationsomkostninger. Der kan særligt være en fordel i forhold til at få tværfaglige indsatser til at virke.

Spørgsmålet om strukturel tilpasning blev berørt i VIVEs styringsgennemgang af socialpsykiatrien. Interviews med faglige og strategiske ledere i både kommuner og region gav indtryk af, at koordinationsomkostninger mellem kommuner og region kan mindskes på klyngeniveau. Nogle interviewpersoner i styringsgennemgangen fandt, at det kan være enklere for medarbejdere at få kendskab til funktioner og personer i andre systemer. Interviewpersoner i nærværende undersøgelse gav udtryk for, at når man kender hinanden, så tænker og agerer man mere helhedsorienteret og samlet mere ressourceeffektivt. Sundhedsstrukturkommissionen fandt, at klynger i den form, som de har antaget over de seneste år, har haft væsentlige begrænsninger som ramme for samarbejde. Sundhedsstrukturkommissionen foreslår øget fokus på ledelsesmæssigt og økonomisk kædeansvar. Dette kunne være i form af delestillinger på tværs.

Tiltag: incitamentsstrukturer

På tværs af de fagprofessionelle og ekspertgruppen er der mange interviewpersoner, der fremhæver manglende eller skæve incitamentsstrukturer. Nogle interviewpersoner i behandlingspsykiatrien oplever, at nogle botilbud af økonomiske grunde tager imod borgere, som de ikke har rammer og kompetencer til at hjælpe i tilstrækkeligt omfang. På samme måde finder medarbejdere i socialpsykiatrien, at behandlingspsykiatrien i nogle tilfælde udskriver borgere for tidligt, hvis de ved, at der er et botilbud, der også har et ansvar for borgeren.

Flere interviewpersoner nævner, at der er behov for stærkere incitamenter til at samarbejde på tværs. Det er dog ikke præciseret, hvordan man kunne tilpasse disse incitamenter på en hensigtsmæssig måde inden for de eksisterende økonomiske og organisatoriske sektorer. I Finland har man ved etableringen den nye regionsstruktur samlet det økonomiske og ledelsesmæssige ansvar for bl.a. sundhedsvæsenet og det specialiserede socialområde i en organisation. Der findes dog endnu ingen evalueringer af, hvorvidt denne samling i praksis har påvirket de enkelte organisationers incitamentsstrukturer.

5.5 E : Indsatser omkring ansvars- og opgavefordeling, der kræver lovændring

Udgangspunktet for lovgivningen både på sundhedsområdet og socialområdet er patienten eller borgerens rettigheder som person. Det enkelte menneske har krav på at blive inddraget. Og medmindre vedkommende er til fare for sig selv eller andre, kan hun eller han sige nej til behandling eller social støtte. Der gælder en række krav, hvis fagprofessionelle skal tvinge en borger til behandling, og de kan være vanskelige at imødekomme inden for en kort tidsperiode. Nogle af de interviewede i vores undersøgelse vurderer, at lovgivningens rammer i nogle situationer gør det vanskeligt at give borgeren en god behandling, støtte og omsorg – det gælder særligt de mest sårbare patienter og patienter med manglende sygdomserkendelse som følge af deres psykiatriske lidelse.

Der er et område, der peges på, hvor det kan overvejes at ændre lovgivningen, vedrørende tvangsbehandling på botilbud.

Tiltag: tvangsbehandling på botilbud

De psykiatriske bosteder er underlagt serviceloven frem for sundhedsloven, hvilket kan skabe udfordringer for borgernes sundhed og sikkerhed. Et eksempel, der peges på i undersøgelsen, er, når en borger mangler sygdomsindsigt og nægter at tage sin medicin, hvor personalet på bostederne ofte efterlades magtesløse og uden mulighed for tidlig indgriben. Det kan resultere i kritisk forværring af borgerens tilstand, som i værste fald kræver akut indlæggelse og tvangsmedicinering – en situation, der både kan opfattes som omsorgssvigt og ineffektiv udnyttelse af ressourcer.

Nogle medlemmer af ekspertgruppen vurderer, at tvangsbehandling med fordel kan foregå på et botilbud. En lovændring, der muliggør tidligere sundhedsfaglige indsatser, kunne forbedre borgernes trivsel, reducere behovet for tvangsforanstaltninger og spare ressourcer i sundhedsvæsenet. Potentialet for tidlig indgriben er ikke blot at styrke omsorgen for borgeren, men også mindske belastningen på psykiatriske

afdelinger. Det kræver, at der tages hensyn til, at bostederne er borgerens hjem, og at enhver lovændring skal sikre respekten for borgerne selvbestemmelse og integritet.

5.6 Opsamling

Vi har i dette kapitel afdækket fem indsatsområder og herunder redegjort for udfordringer, mulige løsninger og potentialer. De fem indsatsområder er vores bud på en opsamling og bestemmelse af relevante tiltag for at forbedre ressourceudnyttelsen ud fra vores materiale til denne undersøgelse.

Vi har med vores fremgangsmåde beskrevet forskellige af- og begrænsninger, der gælder for undersøgelsen. De to væsentligste begrænsninger vi vil nævne, er:

a) Vi har ikke haft mulighed for at have flere aktører med end de nævnte, så vi har ikke perspektiver med fra fx praktiserende læger.
b) Vi har ikke haft mulighed for at drøfte vores fund og samlede liste over indsatsområder med de interviewede fagpersoner, herunder i en form, hvor de var til stede i samme rum og kunne have mulighed for at rangere indsatsområder i forhold til deres egen geografiske og organisatoriske sammenhæng.

Vi håber, at vores opsamling af indsatsområder kan bidrage til drøftelser på nationalt, regionalt og kommunalt plan om den mest hensigtsmæssige brug af ressourcerne i psykiatrien. Og vi håber, at indsatsområderne kan kvalificeres yderligere på tværs af sektorer og med flere aktører, end dem, vi har kunnet inkludere her, så vi som samfund bedst muligt kan hjælpe de mennesker, der lever med folkesygdommen psykiatriske lidelser.



Dokumentation

6 Metode

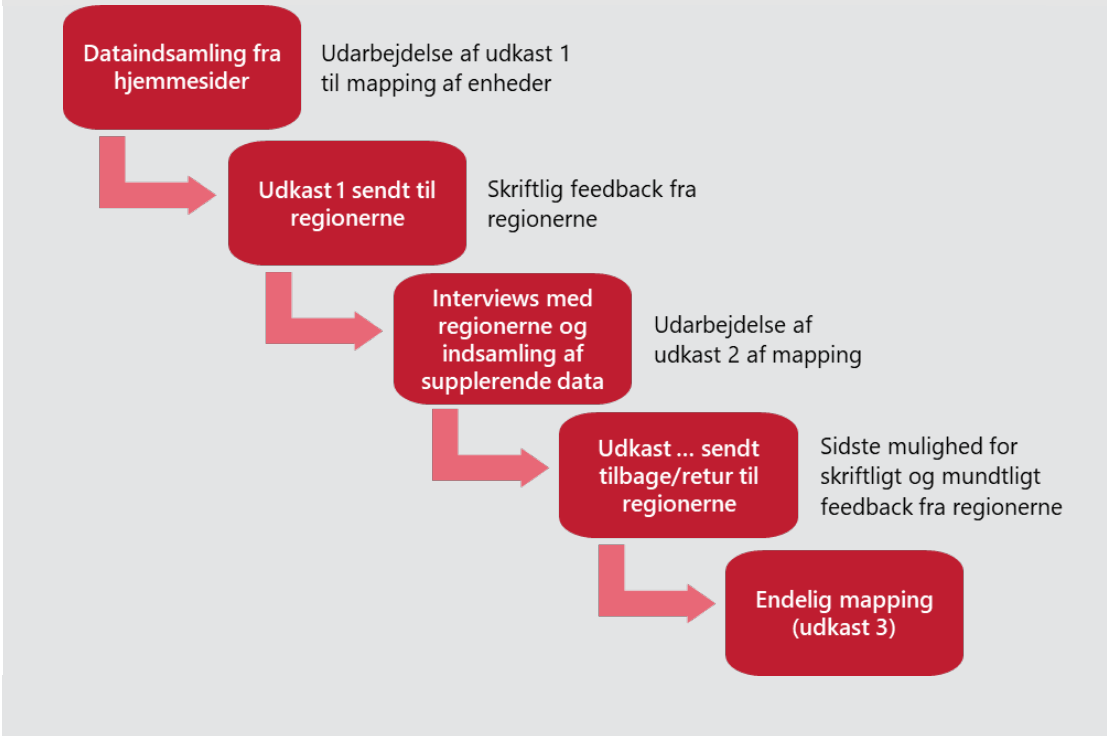
6.1 Mapping af organisatoriske enheder: dokumentanalyse og samtaler med regionerne

I dette kapitel beskrives den metodik, der er anvendt til at bidrage med viden, der kan nuancere forståelsen af, hvordan man i de fem regioner har valgt at organisere og navngive de organisatoriske enheder i den ambulante behandling og hospitalspsykiatriens åbne sengeafsnit. Det vil sige til udarbejdelsen af bl.a. de organisationsdiagrammer og de regionale områdeoptegnelser, der fremgår af Bilag 1. Nedenfor vil vi under en samlebetegnelse kalde diagrammer og områdeoptagelser for vores "mapping".

6.1.1 Proces i forhold til dataindsamlingen

Dataindsamlingen og kvalificeringen af denne i forhold til de organisatoriske enheder i behandlingspsykiatrien er foregået i perioden januar til primo marts i 2024. Der har været en række trin i processen med udarbejdelsen af mappingen, der både har involveret dataindsamling på hjemmesider, virtuelle interviews i samtlige regioner, uformelle samtaler med regionerne via e-mail og over telefonen samt indsamling af supplerende data, som flere regioner selv har stillet til rådighed i forbindelse med processen. Figur 6.1 opsummerer, hvordan de forskellige led i processen har forløbet over de 2 måneder.

Figur 6.1 Overblik over dataindsamlingen i forbindelse med mappingen



Kilde: VIVE.

6.1.2 Afgrænsning i forhold til afdækningen

Det har ikke været muligt inden for tidsramme og budget for denne videnafdækning at udarbejde en fuldstændig afdækning af behandlingspsykiatriens enheder, organisering og opgavevaretagelse. Som beskrevet var vores udgangspunkt for afdækningen voksenpsykiatrien, de åbne sengeafsnit og den ambulante behandling. I forbindelse med projektets afdækning lavede vi en yderligere afgrænsning, bl.a. med henblik på at lave en grafisk fremstilling, der krævede, at kompleksiteten og antallet af enheder blev reduceret en anelse. Vi ekskluderede dermed de sengeafsnit og de dele af den ambulante behandling, der beskæftiger sig med specialer, som ligger mere i periferien end i centrum af indsatser for patienter, der forventes at modtage tilbud i social- og behandlingspsykiatrien (Se Boks 2.3 for det samlede overblik over afgrænsningen).

Boks 6.1 Afgrænsning

I afdækningen af almen voksenpsykiatri i de enkelte regioner har vi måttet ekskludere en række enheder[27]. Der er tale om både sengeafsnit og ambulante enheder, der relaterer sig til følgende specialer/områder:

- Børn og unge
- Retspsykiatri
- Oligofreni (udviklingshæmning)
- Ældrepsykiatriske enheder (typisk rettet mod ældre over 70/demens)
- Graviditets-/fødselspsykose
- Intensive og lukkede senge
- Forskningscentre m.m. (hvor der udelukkende forskes).

6.1.3 Dataindsamling fra hjemmesider: en kompleks opgave

I forbindelse med vidensafdækningen er der foretaget en systematisk afdækning af regionernes hjemmesider for at identificere de afgrænsede/udvalgte enheder. Afdækningen er foregået ved, at vi har været inde på såvel hovedhjemmesider som afdelingsspecifikke hjemmesider for at finde frem til og ekstrahere alle relevante oplysninger om enhederne.

Som beskrevet i Kapitel 2 har det været en kompleks opgave at kortlægge de afgrænsede organisatoriske enheder i behandlingspsykiatrien på baggrund af de data, der har ligget tilgængelig på de regionale hjemmesider. Der er stor forskel på det overblik, de forskellige regioner stiller til rådighed, når man ønsker at få indblik i organiseringen af psykiatrien. Det kan både være vanskeligt at finde det overordnede organisationsdiagram, og der er stor forskel på detaljeringsgraden af de organisationsdiagrammer, der er til rådighed. Der er ligeledes forskel på, hvor opdaterede

[27] Der er dog afgørende at fremhæve, at opgavevaretagelsen og kapaciteten i almen voksenpsykiatri ikke reelt kan forstås isoleret fra de ekskluderede enheder. For eksempel kan øget efterspørgsel efter pladser i børne/ungdomspsykiatrien eller retspsykiatrien lede til omprioritering og påvirke kapaciteten i forhold til de åbne enheder, som vi har inkluderet i undersøgelsen. Lukkede afsnit udgør desuden også en stor del af de ressourcer, der allokeres til den almene voksenpsykiatri, og åbne senge kan løbende blive redefineret som lukkede eller retspsykiatriske senge.

organisationsdiagrammerne er, og det gælder ligeledes den øvrige information, som ligger tilgængelig.

Der er desuden forskel på, hvordan regionerne har valgt at opbygge hjemmesiderne for deres behandlingspsykiatri, og det afspejler antageligvis deres forskellige måder at organisere sig på. Dertil er der stor forskel på mængden af information, som regionerne har valgt at inkludere om sengeafsnittene og de ambulante enheder, samt hvor let tilgængelig informationen er på hjemmesiderne. Selvom det har været muligt at finde frem til de fleste enheder, så har det særligt været et problem på flere hjemmesider at finde ud af, hvilke organisatoriske enheder de forskellige ambulante enheder består af, og hvilke afdelinger de hører under.

Denne udfordring i forhold til tilgængelighed af information kan problematiseres i forhold til, at det begrænser både samarbejdspartneres og borgeres indsigt i, hvilke behandlingstilbud der eksisterer i behandlingspsykiatrien, ligesom det strategiske arbejde med at udvikle fx nationale strategier og evalueringer begrænses. Det betyder også, at vi i vores afdækning tager forbehold for fejl og mangler, der skyldes manglende informationer, misforståelser eller reduktioner, der kan være misvisende.

Det er dog vigtigt at fremhæve, at regionerne af flere omgange har bidraget til at supplere datamaterialet ved fx at sende os supplerende data om organisatoriske enheder, deres definitioner m.m., ligesom regionerne, som vi udfolder nedenfor, har givet konkret feedback på vores løbende udkast til mappingen, som de også har kvalificeret.

6.1.4 Interviews og løbende kvalificering

Som beskrevet i Afsnit 6.1.1 har vi løbende forsøgt at kvalificere vores mapping af de afgrænsede organisatoriske enheder. Dette er både sket uformelt via e-mailkorrespondancer og telefonsamtaler. Regionerne har således også haft mulighed for løbende at kommentere på både foreløbige og endelige versioner af de mappings, der fremgår af Bilag 1.

Vi har desuden i forbindelse med mappingen udført et mere formelt interview med personer, der er tilknyttet den Centrale Administration i psykiatrien i hver af de fem regioner. I alt har vi været i forbindelse med ni aktører fra regionerne i forbindelse med mappingen (varierende fra en til tre personer i hver region).

I alle regioner lagde vi op til at gennemføre et interview omhandlende følgende temaer:

- Kvalificering af foreløbig mapping over ambulante enheder og sengeafsnit

- Identifikation af eventuelle forløbsmønstre/opgaveflow mellem enhederne
- Identifikation af, om enhederne samarbejder med alle eller nogle specifikke kommuner.

I nogle regioner følte den person, vi var i kontakt med, sig dog ikke "klædt på" til at svare på de to sidste spørgsmål, hvorfor hovedfokus blev det første team. I andre regioner indkaldte vores kontaktperson supplerende aktører til interviewet, eller vedkommende havde selv den nødvendige viden til at kunne drøfte de to resterende temaer. Helt overordnet har vores samtaler med kontaktpersonerne dog først og fremmest handlet om at få kvalificeret de mappings, vi havde udarbejdet.

6.1.5 Det analytiske arbejde: navngivning af organisatoriske enheder

Som led i vores dataindsamlingsarbejde har vi løbende forsøgt at systematisere og analysere vores data om de organisatoriske enheder, med henblik på at skabe grafisk overblik over enheder på tværs af regionerne. Her har vi løbende skullet overveje hensynet til at skabe en simplificering.

Som beskrevet i Afsnit 6.1.1 er vores endelige mapping et resultat af flere runder af forsøg på at kvalificere materialet.

6.1.5.1 Runde 1: overblik i Excel-ark

Det første runde og udkast til mapping bestod i, at vi forsøgte at skabe et overblik i et Excel-ark, hvor de afgrænsede (og mange af de ekskluderede) organisatoriske enheder, vi kunne identificere, indgik. Til hver af de identificerede organisatoriske enheder blev knyttet følgende information (i den udstrækning at de eksisterede):

- "Sorteringsnavn"
- Officielt navn på enhed
- Region
- Geografi
- Enhedstype: sengeafsnit eller ambulant enhed
- Patientgruppe
- Medarbejdergruppe
- Optageområde.

Som det fremgår af listen over de forskellige informationskategorier ovenfor, begyndte vi allerede i forbindelse med denne proces at udarbejde en kategori, som vi betegnede "sorteringsnavn". Det skyldes, at vi kunne se et sammenfald mellem en lang række af de tilstande og patientgrupper, der blev behandlet i nogle frem for andre enheder. Vi kunne fx se, at nogle afsnit blot havde en nummerbetegnelse (fx P101), men at de behandlede affektive lidelser. Inspireret af andre afsnit, der bar betegnelsen "affektive afsnit", begyndte vi således at give disse enheder med manglende betegnelser mere retvisende navne. Dette skete med henblik på at lave en form for ensretning, der kunne give mulighed for et tværgående regionalt overblik over den opgaveløsning, som den enkelte enhed varetog. Det er dog vigtigt at fremhæve, at brugen af betegnelserne ikke er ensbetydende med, at det er patienter med de angivne tilstande, der også er i behandling i enhederne, men derimod at enhederne i udgangspunktet var tiltænkt – og specialiseret – i forhold til en specifik målgruppe.

Dette Excel-ark var det første, som vores kontaktpersoner i centraladministrationen modtog med henblik på en kvalificering af vores fund. De kom således allerede her med en række bud på justeringer og ændringer, og de mere formaliserede interviews tog også udgangspunkt i disse Excel-ark.

6.1.5.2 Runde 2 og 3: grafisk mapping og kvalificering

På baggrund af regionernes feedback på Excel-arket udarbejdede vi et grafisk overblik over de afgrænsede organisatoriske enheder. Denne grafiske mapping mindede om de mappings, der fremgår af Bilag 1. Disse grafikker blev sendt til kvalificering i regionerne sammen med en beskrivelse af, hvilke enheder vores mapping afgrænsede sig fra.

Herefter efterfulgte en proces, hvor aktørerne fra centraladministrationerne enten via e-mail eller telefonisk gav feedback på grafikken. Drøftelser vedrørte særligt, hvilke enheder der skulle frasorteres (fx om der skulle være flere teams eller enheder, der fremgik af grafikken) eller tilføjes. En anden væsentlig drøftelse vedrørte særligt vores navngivning af nogle af enhederne: om betegnelserne var dækkende nok, eksempelvis betegnelsen "psykoseafsnit", eller om de var for upræcise, fx ved betegnelsen "almene afsnit" eller "team" frem for "BO-FACT". De endelige betegnelser og inkluderede enheder afspejler således et kompromis i forhold til på den ene side at finde tilpas simple betegnelser og et tilpas antal enheder, der kunne give mening på tværs af regioner, og som kunne fremstilles grafisk, og på den anden side at skabe en tilpas kompleks grafisk fremstilling, der ikke gik for meget på kompromis med praksis.

På baggrund af disse drøftelser justerede vi vores mapping, og endnu en lignende feedbackproces blev iværksat på ny efterfølgende.

6.2 Interview i optagekommunerne

I dette afsnit beskrives den metodik, der er anvendt i forhold til interviewene med de fire kommuner. Herunder ses på udvalg af kommuner, udvalg af respondenter, formål og temaer for interviews samt databehandling.

6.2.1 Udvalg af kommunerne

Interview med de kommunale socialpsykiatriske indsatser var på forhånd afgrænset til at skulle involvere to kommuner i to regioner, der lå inden for det optageområde, som den regionale afdækning blev foretaget i. Af hensyn til at synergi med resultaterne fra patientinventeringen og gennemførelsen af interviewene inden for den på forhånd fastsatte tidsramme valgte vi at udvælge Region X og Region Y (pseudonymiseret her), som var nogle af de første regionale enheder, patientinventeringerne blev udført på. Disse to regioner repræsenterede desuden en varians i forhold til geografisk lokalitet i landet og i forhold til lokalisering i hhv. storby/provins.

I forhold til valget af kommuner, der var relateret til den geografisk udvalgte regionale afdeling i forbindelse med patientinventeringen, kiggede vi både på kommunens indbyggertal, dens geografiske placering (langt fra eller tæt på behandlingsenhederne) og patienternes færdigbehandlingsrate. Der var to kommuner, der afslog vores invitation, fordi de ikke kunne stille op med interviewpersoner inden for den nævnte deadline.

6.2.2 Udvalg af respondenter i kommunerne

Kontakten til kommunerne gik gennem socialcheferne. De blev inviteret til at stille med et hold, der afspejlede følgende personer fra socialpsykiatrien:

- Rådgiver fra myndighedsområdet
- Afdelingsleder/teamleder/koordinator fra en forbyggende indsats (§ 82)
- Afdelingsleder/teamleder/koordinator fra bostøtten (§ 85)
- Afdelings/teamleder/koordinator fra botilbudsområdet (§ 107, § 108).

Vi præciserede også, at det ville være positivt, men ikke et krav, hvis den pågældende informant havde et særligt ansvar i forhold til samarbejdet med behandlingspsykiatrien. Vi spurgte ligeledes i udgangspunktet, om der kunne afsættes 2 timer til interviewene.

Reelt blev vi nødt til at tilpasse interviewene til de betingelser, kommunerne opstillede for deltagelsen (inden for den beskrevne tidsramme). Interviewene har således varet mellem 1 og 2 timer og har bestået af mellem 1 og 5 deltagere. I én kommune valgte vi at udføre to interviews for at sikre deltagelse af respondenterne.

I alt er 16 personer blevet interviewet i kommunerne. Fire respondenter fra kommune K1, 5 respondenter fra K2 samt 5 respondenter fra kommune V1 og 2 respondenter fra Kommune V2. Der indgik deltagere fra både myndigheds- og udførerområdet i interviewene med alle kommunerne.

6.2.3 Formål og temaer for interviewene

Hovedformålet med interviewet var at udarbejde en analyse af årsager og drivkræfter, der leder til (u)hensigtsmæssigheder i behandlingspsykiatrien set fra *socialpsykiatriens perspektiv*. Afsættet for den semistrukturerede interviewguide, vi udarbejdede i forbindelse med vores interviewguide, tog således afsæt i de centrale undersøgelsesspørgsmål.

- Hvilke årsager og drivkræfter kan lede til (u)hensigtsmæssigheder i behandlingsforløbene på grund af fx utilstrækkelig tilgængelighed, sammenhæng eller kapacitet?
    - Er der et mønster i, hvilke typer patienter der er særligt udsatte for (u)hensigtsmæssige behandlingsforløb?
    - Hvor opstår der flaskehalse og adgangsbarrierer internt i behandlingspsykiatrien og i relation til samarbejdet med socialpsykiatrien?
    - Imellem hvilke enheder hhv. mangler og eksisterer der en klar ansvars- og arbejdsfordeling, samt klare forløbsgange og sammenhænge?
    - Hvor efterspørges der tilbud, og hvilke tilbud efterspørges (herunder ventetider)?
    - Hvor er der tilbud, der virker unødvendige/ineffektive?
    - Hvor og hvordan anvendes personaleressourcerne og kompetencer ikke optimalt?

For at sikre, at vi både afdækkede respondenternes syn på deres generelle samarbejde med behandlingspsykiatrien og det lokale samarbejde (med de regionale behandlingsenheder, hvor patientinventeringen var udført), inddelte vi interviewguiden i tre overordnede temaer:

- Oplevelsen af den "generelle" sammenhæng, tilgængelighed og kapacitet i forhold til samarbejdet om behandlingsforløb
- Oplevelsen af den "lokale" sammenhæng, tilgængelighed og kapacitet i forhold til samarbejdet om behandlingsforløb
- Ideer til indsatsområder.

Undertemaer i forhold til den *generelle* afdækning var bl.a. spørgsmål om, hvilke drivkræfter og årsager respondenterne oplever, typisk leder til hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige behandlingsforløb (vedrørende sammenhæng, tilgængelighed og kapacitet) i forhold til tre samarbejdsfaser:

- når borgeren skal udredes eller indlægges
- når borgeren er indlagt eller modtager
- når borgeren udskrives.

Undertemaer i forhold til den lokale afdækning var bygget op omkring en introduktion til den regionale mapping (se Bilag 1). Vi viste dem konkret mappingen og spurgte på baggrund af den mere specifikt ind til deres kendskab til de regionale tilbud[28] (og organiseringen af disse), og til samarbejdet ind og ud af behandlingsenhederne i det udvalgte optageområde samt samarbejdet med andre enheder uden for optageområdet (specialfunktionsenheder). Herunder var også fordele og ulemper ved organiseringen.

Underspørgsmål i forhold til indsatsområder tog først og fremmest udgangspunkt i et spørgsmål om, hvor respondenterne først og fremmest ville anbefale, at man satte ind, hvis man ønskede at styrke samarbejdet mellem behandlings- og socialpsykiatrien.

6.2.4 Databehandling

Interviewene blev optaget og udskrevet herefter. Derefter blev materialet analyseret i henhold til vores undersøgelsesspørgsmål.

[28] Af hensyn til pseudonymitet fortalte vi ikke konkret, hvilke enheder patientinventeringerne var udført på, men drøftede derimod samarbejdet med alle enheder, herunder dem, der var udført patientinventering på.

6.3 Ekspertworkshop

I dette afsnit beskrives, hvordan udvalgte eksperter blev inddraget og deltog i en ekspertworkshop. Beskrivelsen er struktureret under overskrifterne: formål, udvælgelse af eksperter, den praktiske gennemførelse og databehandling.

6.3.1 Formål

Formålet med ekspertworkshoppen var at indhente kvalitative vurderinger og perspektiver fra eksperter og fagpersoner på de indsatser, der er blevet identificeret på tværs af undersøgelsen. Ekspertgruppen bidrog med input til at identificere indsatsområder, og til at vurdere og videreudvikle indsatsområder, der kan bidrage til bedre opgaveløsning, kapacitetsudnyttelse og organisering på tværs af behandlings- og socialpsykiatrien. Workshoppen havde desuden til formål at sammenholde erfaringer og perspektiver fra forskellige sektorer for at vurdere indsatserne.

6.3.2 Udvælgelse af eksperter

Eksperterne repræsenterede forskellige aktører og blev udvalgt ud fra deres centrale roller og brede indsigt i området. I alt blev otte eksperter inviteret, hvoraf syv takkede ja til at deltage. To af de oprindelige inviterede foreslog at sende andre fra deres organisation, som også havde omfattende erfaring med området.

Workshoppen bestod således af en tværsektoriel ekspertgruppe med repræsentanter fra kommuner, regioner og civilsamfundsorganisationer. En enkelt ekspert, der ikke kunne deltage på dagen, blev kontaktet efterfølgende og fik mulighed for at kommentere på indsatsområderne og bidrage med kvalitative vurderinger.

6.3.3 Den praktiske gennemførelse af ekspertworkshoppen

Workshoppen blev gennemført som et virtuelt møde i foråret 2024. Mødet blev faciliteret af projektgruppen, som bestod af repræsentanter fra VIVE og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, PS! Workshoppen indeholdt en præsentationsrunde med Introduktion af eksperterne, en indledende præsentation af undersøgelsens og workshoppens formål, præsentation af undersøgelsens foreløbige resultater fra den kommunale og regionale afdækning, herunder de foreløbige erfaringer og identificerede indsatsområder, efterfuldt af en drøftelse og dialog med eksperterne med henblik på en yderligere identificering og kvalificering af indsatsområder. Workshoppen blev afsluttet med en kort opsummering.

Efter workshoppen blev en opsamling sendt til deltagerne. Nogle eksperter kom med yderligere kommentarer og vurderinger af indsatserne, enten skriftligt eller via opfølgende telefonsamtaler. Derudover har en mindre gruppe af eksperterne kommenteret på de identificerede indsatsområder med henblik på at vurdere indsatsernes potentialer. Disse samtaler blev brugt til at uddybe og validere resultaterne fra workshoppen.

6.3.4 Databehandling

Under workshoppen blev drøftelserne optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. De transskriberede data blev analyseret i forhold til undersøgelsens spørgsmål. Fokus lå på at identificere og kategorisere eksperternes kvalitative vurderinger af indsatsområderne.

6.4 Metodebeskrivelse for patientinventering

Patientinventering er en auditmetode, der giver et øjebliksbillede af en klinisk enhed på en given dag (Knudsen et al., 2020, Hermansen et al., 2020, Laubek & Beckermann, 2021). Undersøgelsespopulationen i en patientinventering er den kapacitet og de ressourcer (senge, ambulatorietider og medarbejdere), der er til rådighed på en given dag i forhold til at kunne levere diagnostik, pleje, behandling eller rehabilitering. Stikprøven afgøres af det givne antal senge eller ambulatoriekontakter på den givne dag og er således alene et udtryk for aktiviteten på dagen. Stikprøven er dermed ikke repræsentativ eller brugbar til ekstrapolering til beskrivelse af den samlede kapacitet og opgaveløsning i behandlingspsykiatrien på tværs af enheder og regioner. Stikprøven bidrager derimod til at identificere aktuelle tendenser, mønstre og sammenhænge. Hvor den traditionelle audit indeholder definerede indikatorer eller kriterier, der kan være opfyldt eller ikke opfyldt, er patientinventeringen her således eksplorativ.

Metoden anvendes til kortlægning af flaskehalse, spild, forsinkelser i patientforløb, unødige indlæggelser og ventetid på fx undersøgelser, udskrivning eller rehabilitering med henblik på at kunne skabe bedre patientforløb, større tilfredshed hos patienterne og bedre anvendelse af kapacitet og ressourcer. Metoden er velegnet til alle enheder i en organisation med henblik på at identificere mønstre og sammenhænge fx mellem placering af aktiviteter i hhv. sengeafdeling og ambulatorium.

Patientinventering kan ud over indsamlingen af data også indeholde en fase, hvor der drøftes mulige løsninger og interveneres i det enkelte patientforløb. I denne analyse har patientinventeringen alene til formål at indsamle data i forhold til

opgaveløsning, kapacitet og aktivitet i behandlingspsykiatrien og i forhold til samarbejdet med socialpsykiatrien.

6.4.1 Udvikling af auditredskab

Til patientinventeringen er anvendt et auditredskab, "Waste Identification Tool" udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI) (Resar et al., 2011). Redskabet anvendes internationalt og har været anvendt på både psykiatriske og somatiske enheder (Resar et al., 2011, Almoosa et al., 2016), og det er udviklet med mulighed for lokal tilpasning. I denne undersøgelse er redskabet tilpasset for hhv. sengeafsnit og ambulatorium i forhold til de særlige spørgsmål, der søges besvaret gennem patientinventeringen – med fokus på mulige uhensigtsmæssigheder og flaskehalse i forhold til placering af patient samt kliniske og organisatoriske forsinkelser inden for følgende fire kategorier for sengeafdelinger:

- Anvendelse af seng
- Indlæggelse og udskrivelse
- Komplikation eller fejl i behandling
- Flowforsinkelse.

For ambulatorier omfatter redskabet tre kategorier:

- Ambulatorietid, der var spild for patienten
- Ambulatorietid, der var spild for patient og hospitalet
- Ambulatorietid, der var spild for hospitalet.

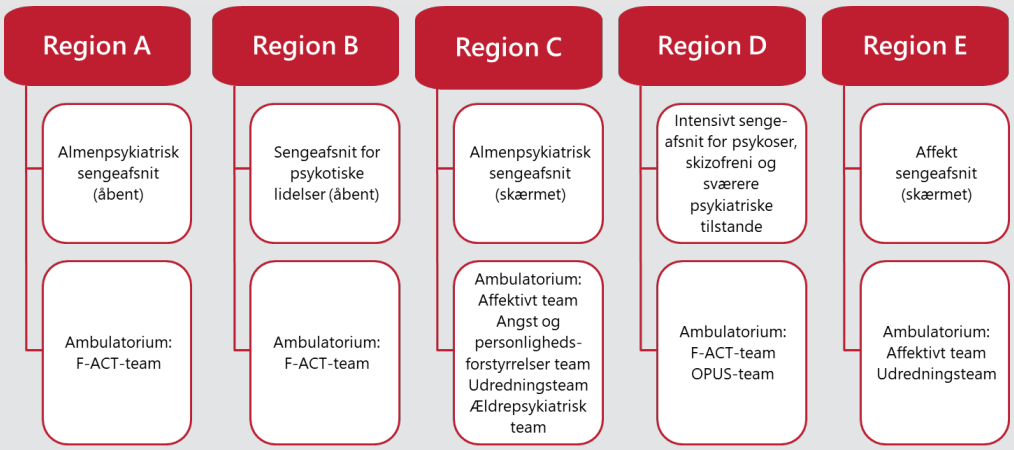
I forbindelse med patientinventeringen indgår de registreringer af spildhændelser, som de regionale medarbejdere observerede, samt informationer givet under de enkelte samtaler. Yderligere blev fremsendt et baggrundsskema, se Bilag 5, til afdelingerne inden patientinventeringen med spørgsmål om personale- og patientsammensætning, rekrutteringsudfordringer i forhold til personale, kerneydelser, typiske patientforløb, vente- og indlæggelsestider og samarbejdspartnere.

6.4.2 Praktisk gennemførelse af patientinventering

Patientinventeringen er gennemført på ét sengeafsnit og én ambulant enhed i hver af de fem regioner, se Figur 6.2. Enhederne er udvalgt i samarbejde med regionerne ud fra patient volumen, samt graden af samarbejde mellem behandlings- og social-

psykiatrien. Patientinventeringen skal tilstræbes gennemført på dage, der afspejler en "normalsituation". Afvigelser fra dette blev dokumenteret.

Figur 6.2 Beskrivelse af de auditerede sengeafsnit og ambulante enheder i de fem regioner



Note: For yderligere detaljer om de auditerede sengeafsnit og ambulante enheder se Bilag 3 og Bilag 6.

Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Patientinventeringerne blev faciliteret af en konsulent fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, hvor hver seng eller hver ambulatoriekontakt er blevet gennemgået med de kliniske medarbejdere fra enheden. Ved gennemgangen af den enkelte case er der stillet uddybende spørgsmål til de problematikker og udfordringer, som casen identificerer, for at belyse spild, uhensigtsmæssigheder og udfordringer på et generelt og systemisk plan.

Patientinventeringen blev afsluttet med en drøftelse af fund blandt de deltagende medarbejdere af fund med henblik på konsensus om tolkning af spild og uhensigtsmæssigheder. Metoden er dermed kliniknær i sit udgangspunkt, og andre typer af medarbejdere kunne have set eller svaret anderledes. Der skal derfor være opmærksomhed på, at holdninger og tolkninger er udtryk for informanternes referenceramme og vidensgrundlag. Patientinventeringen er selvstændigt alene udtryk for de regionale medarbejderes perspektiv, hvilket kan begrænse forståelsen af de overordnede tværgående problemstillinger i psykiatrien.

6.4.3 Begrebsdefinitioner

I analysen betegner et "uhensigtsmæssigt forløb" et patientforløb, hvor der fra et systemperspektiv er sket spild i forhold til de beskrevne kategorier for hhv. ambulatorier og sengeafsnit.

Spild defineres som enhver aktivitet eller ressource i en organisation, der ikke tilfører værdi for patienten, og som medfører forlængede sengedage eller unødig ambulatorietid eller bidrager til forlængelse af de ambulante forløb. "Tomme senge", der er bemandende, er en selvstændig spildkategori og registreres som spild, mens ekstra senge/overbelægningssenge uden bemanding ikke registreres som spild. Se Boks 6.2 for nærmere beskrivelser af underkategorier.

Senge belagt med patienter med en anbringelsesdom og deraf følgende lange indlæggelser er ikke registreret som spild eller uhensigtsmæssig anvendelse af seng, på trods af at dommen ofte er tidsubestemt, og at det derfor kan diskuteres, om disse senge indgår i et sengeafsnits "brugbare" kapacitet og behandlingsflow. Baggrunden herfor er, at patienter, der idømmes en anbringelsesdom, skal være indlagt eller anbragt på en psykiatrisk afdeling, og at patienter med en anbringelsesdom ikke kan udskrives, før retten ændrer dommen (Kompetencecenter for Retspsykiatri, 2021).

Boks 6.2 Kategorier af spild i sengeafdelinger med tilhørende definitioner og eksempler

Seng anvendt uhensigtsmæssigt

- Definition: seng anvendt til patient, hvor behandling kan foregå på lavere indsatsniveau eller i mere relevant enhed
- Eksempel: indlæggelse i andet specialeafsnit end diagnoserelevant, eller behandling kunne foregå ambulant

Indlæggelse/udskrivelse

- Definition: forebyggelig indlæggelse eller forsinket udskrivelse
- Eksempel: genindlæggelse eller udskrivelse efter registrering af færdigbehandling

Procedurekomplikation eller fejl i behandling

- Definition: hændelser med forlængelse af sengedage
- Eksempel: hospitalserhvervet infektion, medicineringsfejl eller uopdaget somatisk sygdom

Flowforsinkelse

- Definition: forsinkelse i patientforløb på baggrund af kommunikation og koordination mellem sundhedsprofessionelle og mellem patient, sundhedsprofessionelle og tværgående behandlingsenheder.
- Eksempel: forsinkede prøvesvar, afventning af speciallægevurdering, afventning af boligtilbud.

Ovenstående er eksempler og ikke en udtømmende liste, og andre årsager kan også berettige en afkrydsning. Det skal desuden bemærkes, at de nævnte årsager kan variere i relevans fra enhed til enhed, og der er foretaget en klinik specifik vurdering for hver enkelt enhed.

Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Institute for Healthcare Improvement (IHI) med anvendt analyseredskab tilpasset efter "Waste Identification Tool" (Resar et al., 2011).

6.4.4 Dataanalyse og -bearbejdning

De indsamlede data gennemgås systematisk med henblik på at identificere mønstre og årsager til (u)hensigtsmæssigheder i og på tværs af patientforløb, fx "flaskehalse i overgange mellem hospital og kommune".

Der er foretaget en tværgående og systemorienteret analyse, hvor data og fund fra patientinventeringen er koblet sammen med oplysningerne fra baggrundsskemaerne og observationer fra de kliniske medarbejdere under patientinventeringen. Der er ved analysen af det samlede datamateriale identificeret særlige temaer og mønstre, der går på tværs af de fem regioner, og som skaber kliniske og organisatoriske forsinkelser.

Analysen bidrager til at belyse og give indsigt i generelle og systemiske udfordringer i opgaveløsning, kapacitet og sammenhæng fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien set fra den regionale psykiatri og dens medarbejderes perspektiv. Grundet det relativt lille datagrundlag kan der ikke konkluderes generaliserende. I stedet peges der, med afsæt i klinikernes vurderinger af spild og uhensigtsmæssigheder, på fokusområder og forbedringspotentialer, der med fordel kan undersøges og afdækkes yderligere. Derudover er der under patientinventeringen observeret lokale strukturer, indsatser og udfordringer, hvor regionerne adskiller sig fra hinanden, men som findes relevante og vigtige at gøre opmærksom på.

Litteratur

Almoosa, K. F., Luther, K., Resar, R. & Patel, B. (2016). Applying the New Institute for Healthcare Improvement Inpatient Waste Tool to Identify "Waste" in the Intensive Care Unit. *The Journal for Healthcare Quality, 38*(5), 29–38.

Behandlingsrådet (2023). *Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser*. Aalborg: Behandlingsrådet.

Benjaminsen, L. (2022). *Hjemløshed i Danmark 2022: National kortlægning*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Benjaminsen, L., Grønfeldt, S. T. & Jensen, M. C. F. (2018). *Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien: En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Blauenfeldt, R. A., Damgaard, D. & Simonsen, C. Z. (2023). Stressed systems: Stroke unit bed occupancy and impact on reperfusion therapy in acute ischemic stroke. *Frontiers in Neurology, 14*, 1-7.

Boden, D. G., Agarwal, A., Hussain, T., Martin, S. J., Radford, N., Riyat, M. S., … & Whale, C. I. (2016). Lowering levels of bed occupancy is associated with decreased inhospital mortality and improved performance on the 4-hour target in a UK District General Hospital. *Emergency Medicine Journal, 33*(2), 85-90.

Bosque-Mercader, L. & Siciliani, L. (2022). The association between bed occupancy rates and hospital quality in the English National Health Service. *The European Journal of Health Economics, 24*(2), 209-236.

Danske Regioner. (n.d.). *Retspsykiatri*. Danske Regioner. https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/retspsykiatri/

Danske Regioner. (2020). *Analyse af psykiatriområdet*. København: Danske Regioner.

Davidsen, A. S., Davidsen, J., Jønsson, A. B. R., Nielsen, M. H., Kjellberg, P. K., & Reventlow, R. (2020). Experiences of barriers to trans-sectoral treatment of patients with severe mental illness. A qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems, 14*, 1-13.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136.

Frandsen, M. G., Pallesen, N. C., Havsland, A. & Dabelsteen, H. (2022). *Viden om tidlig død i psykiatrien: En undersøgelse af, hvordan retslægelige obduktioner kan fremme rettigheder for mennesker med psykiske lidelser*. København: Institut for Menneskerettigheder.

Gittell, J. H. (2012). *Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet*. København: Munksgaard.

Hermansen, S. B., Holmskov, J., Johnsen, S. P., Mainz, J. & Knudsen, S. V. (2020). Quality in practice: Applying the patient inventory method at a Danish psychiatric hospital. *International Journal for Quality in Health Care, 32*(7), 477-479.

Hjelmar, U., Fischer, R. H. & Ibsen, J. T. (2024). *Tværfagligt samarbejde om en helhedsorienteret indsats: En vidensindsamling med fokus på nordiske erfaringer og virkninger af samarbejdet*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Høgenhaven, K. (2022). Fokus på patienter med psykisk sygdom – et kvalitetsprojekt i almen praksis. *Practicus, 262*, 17-19.

Ibsen, J. T., Lemvigh, K., Dalsgaard, C. T. & Thøstesen, A. (2024). *Styringsgennemgang af socialpsykiatrien*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2018). *VEJ nr 10036 af 30/11/2018. Vejledning om epikriser*. Retsinformation. https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/10036

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023a). *2023/1 LSF. Forslag til Lov om ændring af lov om af sundhedsloven, lov om social service, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (Flytning af ansvar fra kommuner til regioner for misbrugsbehandling i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling).* Retsinformation. https://www.retsinformation.dk/eli/ft/202312L00126

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023b). *Aftale om løft af psykiatrien i 2024 sikrer mere kapacitet og bedre hjælp til børn og unge*. Regeringen.dk. https://www.regeringen.dk/nyheder/2023/aftale-om-loeft-af-psykiatrien-i-2024-sikrer-mere-kapacitet-og-bedre-hjaelp-til-boern-og-unge/

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024). *Aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL om udmøntning, implementering og opfølgning på Aftale om en 10-*

årsplan for psykiatrien og mental sundhed (2022) og Aftale om en bedre psykiatri (2023). København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Jensen, M. C. F., Petersen, A. & Kjellberg, P. K. (2018). *Din Indgang – Et nyt tilbud? Evaluering af forsøg med rehabilitering, peer-støtte og frivillighed til nye borgere på psykiatri- og handicapområdet i Fredericia Kommune*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Kessing, L. V., Ziersen, S. C., Caspi, A., Moffitt, T. E. & Andersen, P. K. (2023). Lifetime incidence of treated mental health disorders and psychotropic drug prescriptions and associated socioeconomic functioning. *JAMA Psychiatry, 80*(10), 1000–1008.

Knudsen, S. V., Hermansen, S. B., Holmskov, J., Johnsen, S. P. & Mainz, J. (2020). Patient Inventory: a quality improvement method. *International Journal for Quality in Health Care, 32*(5), 300-305.

Kompetencecenter for Retspsykiatri (2021). *Dømt til psykiatrisk behandling: Information om psykiatriske særforanstaltninger og retspsykiatriske behandlingsforløb – en kort introduktion*. København: Region Hovedstadens Psykiatri.

Laubek, C. & Beckermann, R. M. (2021). *PIXI – afrapportering på patientinventering i akutmodtagelserne i Region Nordjylland. Er rette patient på rette sted på rette tidspunkt?* Aalborg: Region Nordjylland.

Lægehåndbogen (2023). *Funktionsevne vurdering og ICF*. Sundhed.dk. https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne-og-rehabilitering/funktionsevnevurdering-og-icf/funktionsevne-vurdering-og-icf/

Madsen, M. H. (2024). *Sammenhæng ifølge sundhedspersonale: En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med at sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Mairey, S., Rosenkilde, S., Klitgaard, M. B., & Thygesen, L. C. (2022). *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme*. København: Sundhedsstyrelsen.

Maribo, T., Melchiorsen, H., Rubak, D. B., Jespersen, E. & Nielsen, C. V. (2014). Rehabilitering baseret på den bio-psyko-sociale model tager udgangspunkt i patientens sygdom, funktionsevne og kontekst. *Ugeskrift for Læger, 176*(10), 921-925.

Mors, O. & Nordentoft, M. (2016). Psykiatriens teoretiske fundament. I O. Mors, M. Nordentoft & I. Hageman (red.), *Klinisk psykiatri* (4. udgave, s. 16-29). København: Munksgaard.

Nielsen, R. E. (2023a). *Organiske psykiske lidelser*. Sundhed.dk. https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/oevrige-sygdomme/organiske-psykiske-lidelser/.

Nielsen, R. E. (2023b). *Angst.* Sundhed.dk. https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/symptomer/angst/.

Paaske, L. S., Sopina, L., Olsen, K. R., Thomsen, C. T., Benros, M. E., Nordentoft, M. & Hastrup, L. H. (2021). The impact of patient-controlled hospital admissions among patients with severe mental disorders on health care cost: A nationwide register-based cohort study using quasi-experimental design. *Journal of Psychiatric Research, 144*, 331–337.

Rahbek, A. E., Ellegaard, T. & Lomborg, K. (2016). *Brugerstyrede senge i psykiatrien - en national fokusgruppeundersøgelse af pårørendes perspektiv*. Risskov: Aarhus Universitetshospital Risskov.

Rambøll (2021). *Betydningen af uddannede socialpædagoger på socialområdet*. København: Rambøll Management Consulting.

Rambøll (2023). *Uddannede socialpædagoger på det specialiserede socialområde*. København: Rambøll Management Consulting.

Ravn, M. B. (2020). *Borgere og brobyggeres oplevelser og erfaringer med Social Sundhed – Et kvalitativt pilotprojekt*. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland.

Regeringen (2022). *Ansvar for Danmark: Det politiske grundlag for Danmarks regering*. København: Statsministeriet.

Region Hovedstaden (2021). *Angst og tvangslidelser, voksne*. Sundhed.dk. https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/pakkeforloeb/psykiatripakker/angst-og-tvangslidelser/

Region Hovedstadens Psykiatri. (n.d.). *Patientstyrede indlæggelser med stor succes*. Region Hovedstadens Psykiatri. https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk%20Center%20Ballerup/Sider/Patientstyrede-indl%C3%A6ggelser-med-stor-succes.aspx

Resar, R. K., Griffin, F. A., Kabcenell, A. & Bones, C. (2011). *Hospital inpatient waste identification tool. IHI Innovation Series white paper*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.

Rigsrevisionen (2023). *Borgerforløb fra psykiatrien til sociale botilbud. Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger*. København: Statsrevisorerne.

Social- og Boligstyrelsen (2024). *Voksenudredningsmetoden VUM 2.0*. SBST. https://www.sbst.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling/ny-voksenudredningsmetoden

Steno Diabetes Center Aarhus (2022). *Ny rapport: Stort potentiale i at dele sundhedsdata på tværs af sektorer i SAMBLIK-diabetes*. Steno Diabetes Center Aarhus. https://www.stenoaarhus.dk/nyheder/nyheder-2022/stort-potentiale-i-at-dele-sundhedsdata-paa-tvaers-af-sektorer-i-samblik-diabetes/

Sundheds- og Ældreministeriet (2016). *2016/1 LSF 207. Forslag til Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Oprettelse af særlige pladser på psykiatrisk afdeling)*. Retsinformation. https://www.retsinformation.dk/eli/ft/201612L00207

Sundheds- og Ældreministeriet (2018). *Styringsgennemgang af psykiatrien - Delafrapportering I*. København K: Sundheds- og Ældreministeriet.

Sundhedsstrukturkommissionen (2024). *Sundhedsstruktur kommissionens rapport: Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen (2018). *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser: Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2022). *Fagligt oplæg til en 10 årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2023a). *Specialevejledning for Psykiatri*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2023b). *Ny retningslinje beskriver målgruppen for et kommende tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose*. SST.

https://www.sst.dk/da/nyheder/2023/Ny-retningslinje-beskriver-maalgruppen-for-et-kommende-tilbud-til-mennesker-med-dobbeltdiagnose

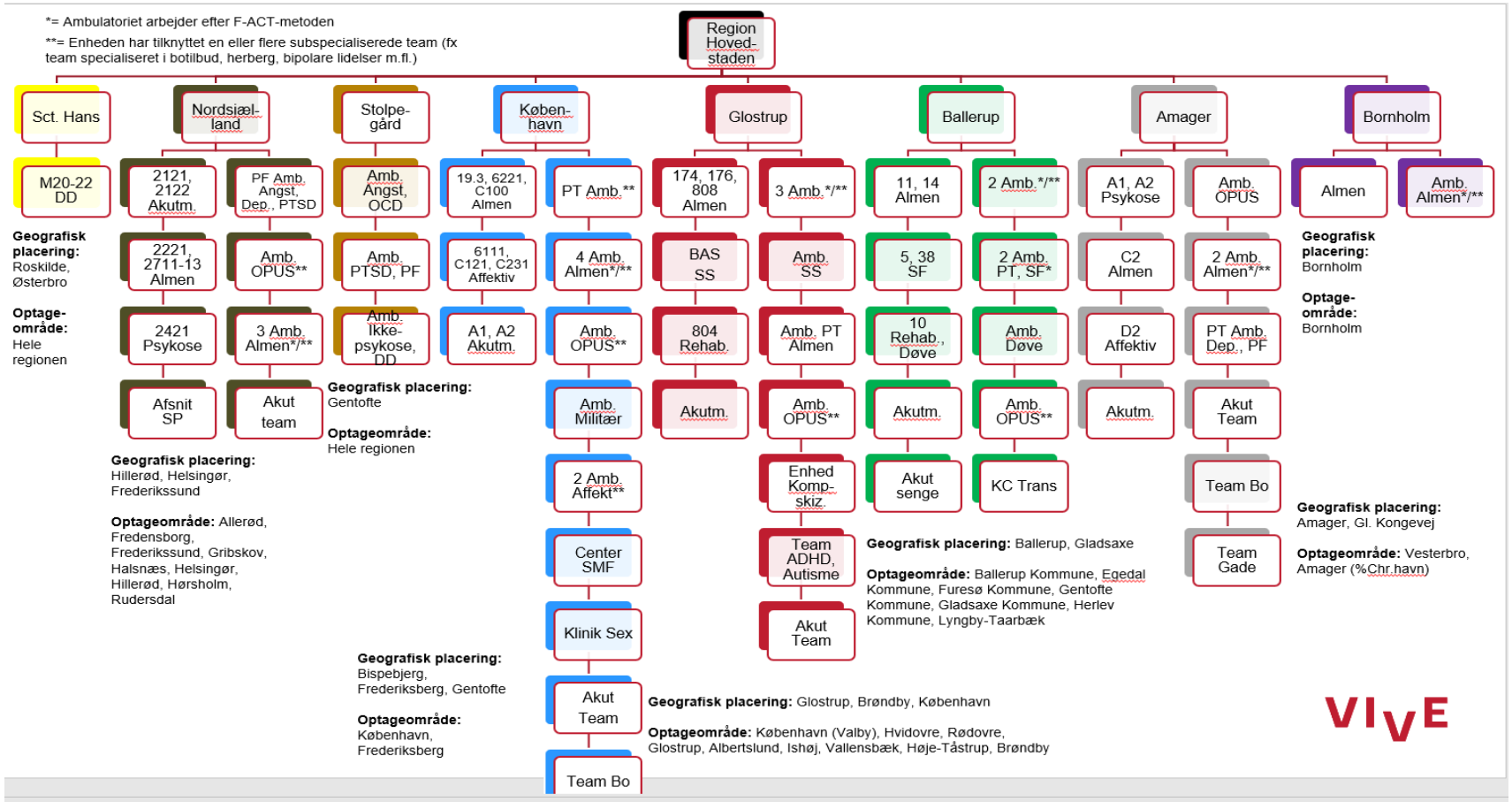
Sundhedsstyrelsen & Social- og Boligstyrelsen (2024). *Erfaringsopsamling af botil-budsteams*. København: Sundhedsstyrelsen.

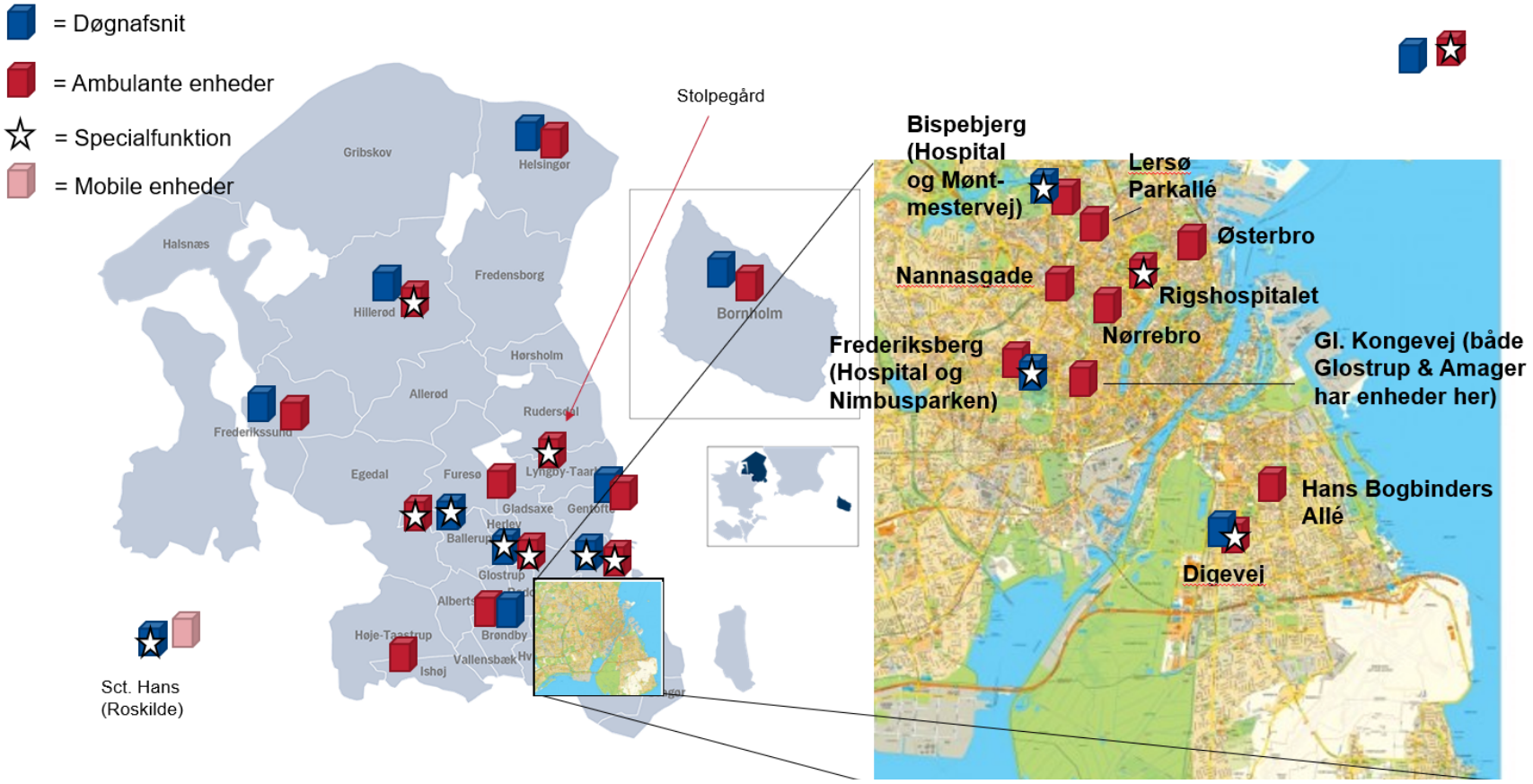
Søgård, H. J. (2005). Strukturdebatten: Psykiatri som en del af sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger, 167*(3), 310-312.

Thomsen, C. T., Benros, M. E., Maltesen, T., Hastrup, L. H., Andersen, P. K., Giacco, D. & Nordentoft, M. (2018). Patient-controlled hospital admission for patients with severe mental disorders: a nationwide prospective multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 137*(4), 355–363.

Bilag 1 Mapping af de fem regioner

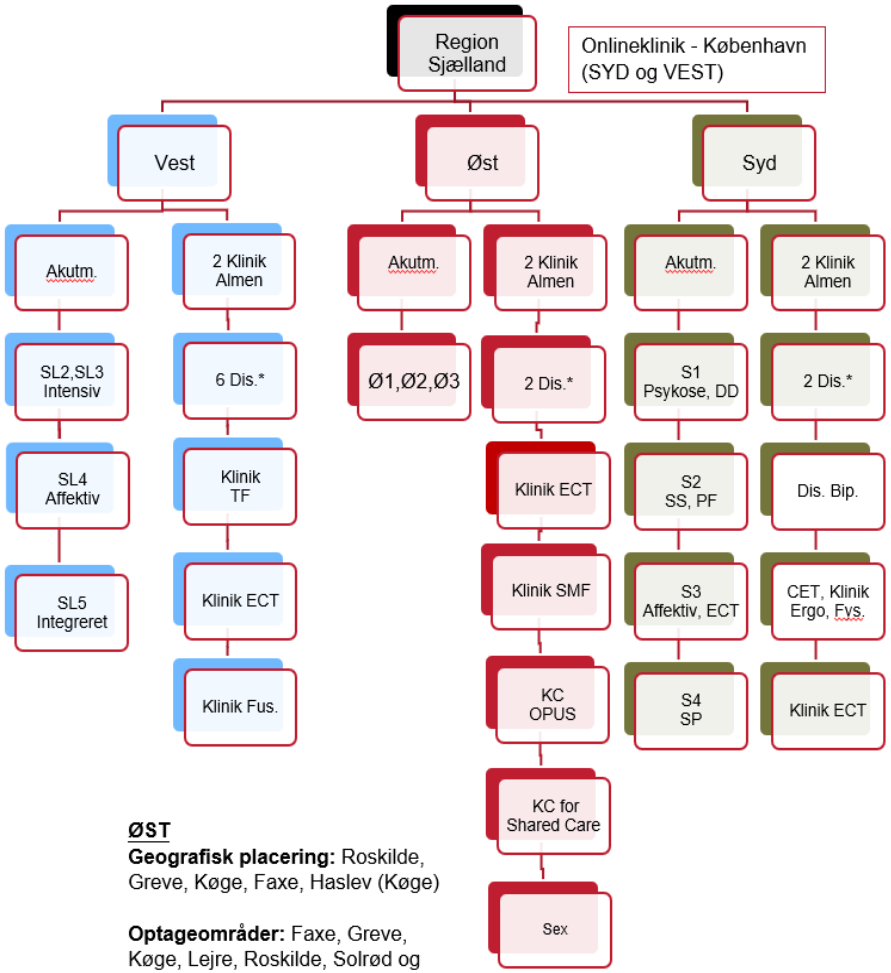
Mapping af Region Hovedstaden




= Døgnafsnit
= Ambulante enheder
= Specialfunktion
= Mobile enheder
Stolpegård
Bispebjerg (Hospital og Mønt-mestervej)
Lersø Parkallé
Østerbro
Nannasgade
Rigshospitalet
Nørrebro
Frederiksberg (Hospital og Nimbusparken)
Gl. Kongevej (både Glostrup & Amager har enheder her)
Hans Bogbinders Allé
Digevej
Sct. Hans (Roskilde)
Gribskov
Helsingør
Halsnæs
Fredensborg
Hillerød
Bornholm
Hørsholm
Allerød
Rudersdal
Frederikssund
Egedal
Furesø
Gladsaxe
Herlev
Ballerup
Glostrup
Brøndby
Høje-Taastrup
Vallensbæk
Ishøj

Mapping af Region Sjælland

*= Enheden har tilknyttet en eller flere subspecialiserede teams (F-ACT Team, -Botilbud og -Bipolar)



VEST
Geografisk placering: Slagelse, Holbæk, Kalundborg, Nykøbing Sj. (Odsherred), Sorø, Ringsted

Optageområder: Holbæk, Kalundborg, Odsherred, Ringsted, Slagelse og Sorø kommuner.

ØST
Geografisk placering: Roskilde, Greve, Køge, Faxe, Haslev (Køge)

Optageområder: Faxe, Greve, Køge, Lejre, Roskilde, Solrød og Stevns kommuner, regionsfunktion

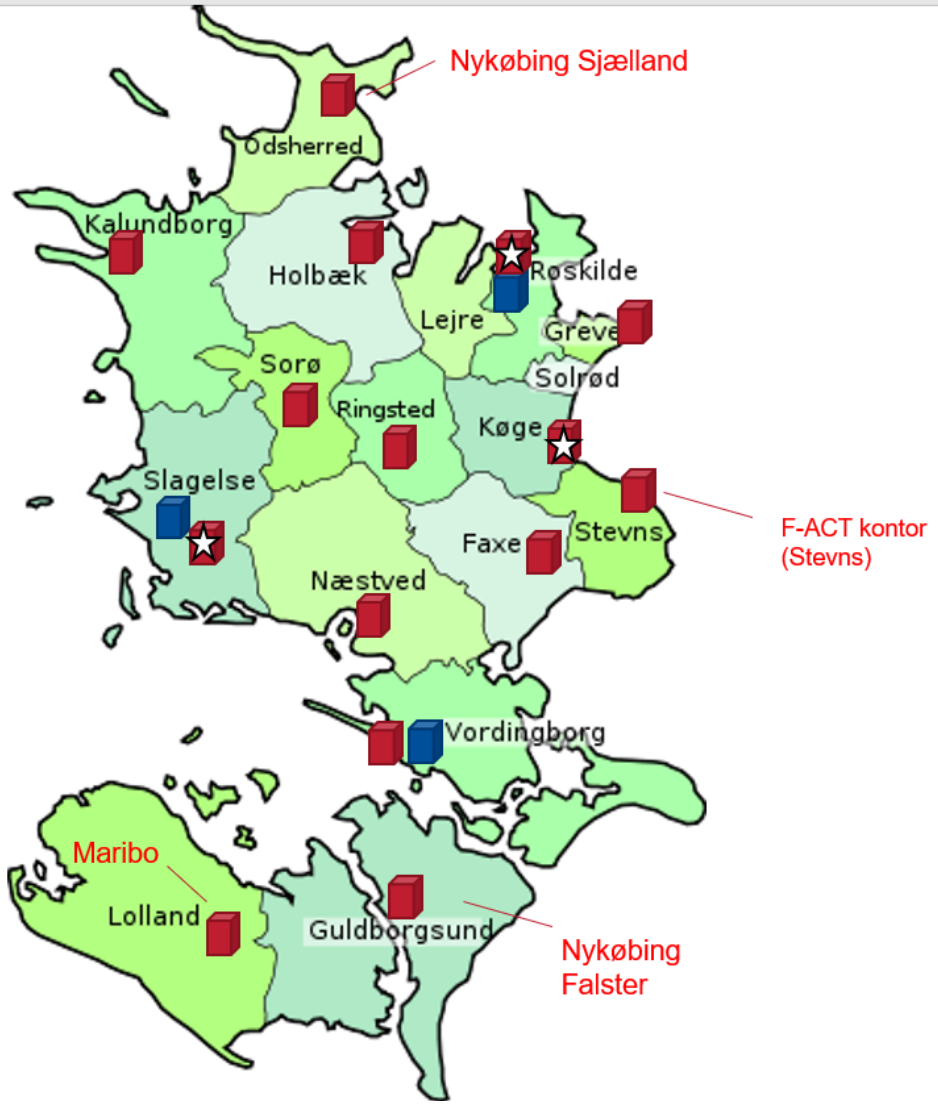
SYD
Geografisk placering: Vordingborg, Maribo (Lolland), Næstved, Nykøbing F. (Guldborgsund)

Optageområder: Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg kommuner

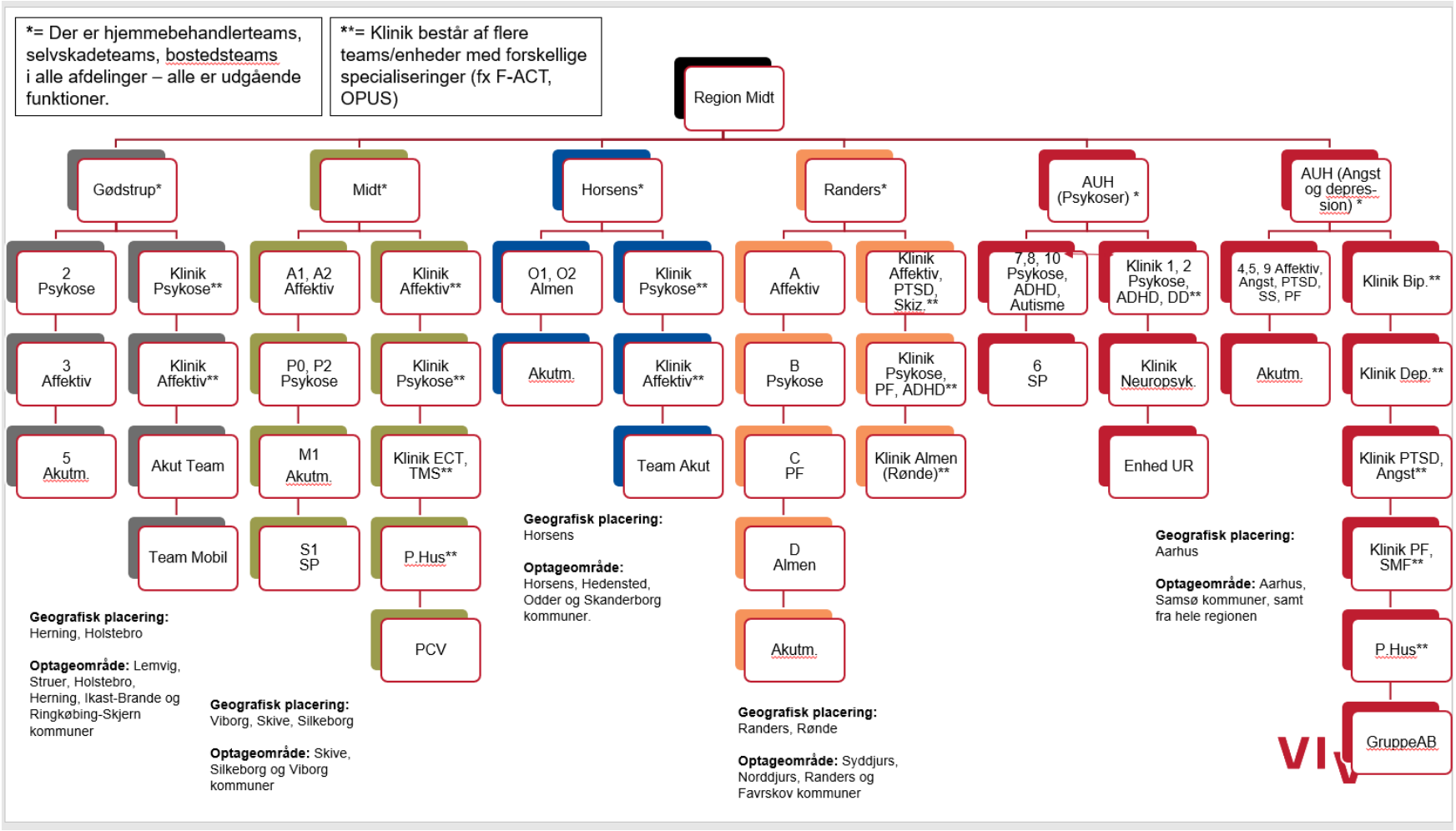
= Døgnafsnit

= Ambulante enheder (herunder F-ACT)

= Specialfunktionsniveau



Mapping af Region Midtjylland



= Døgnafsnit

= Ambulante enheder

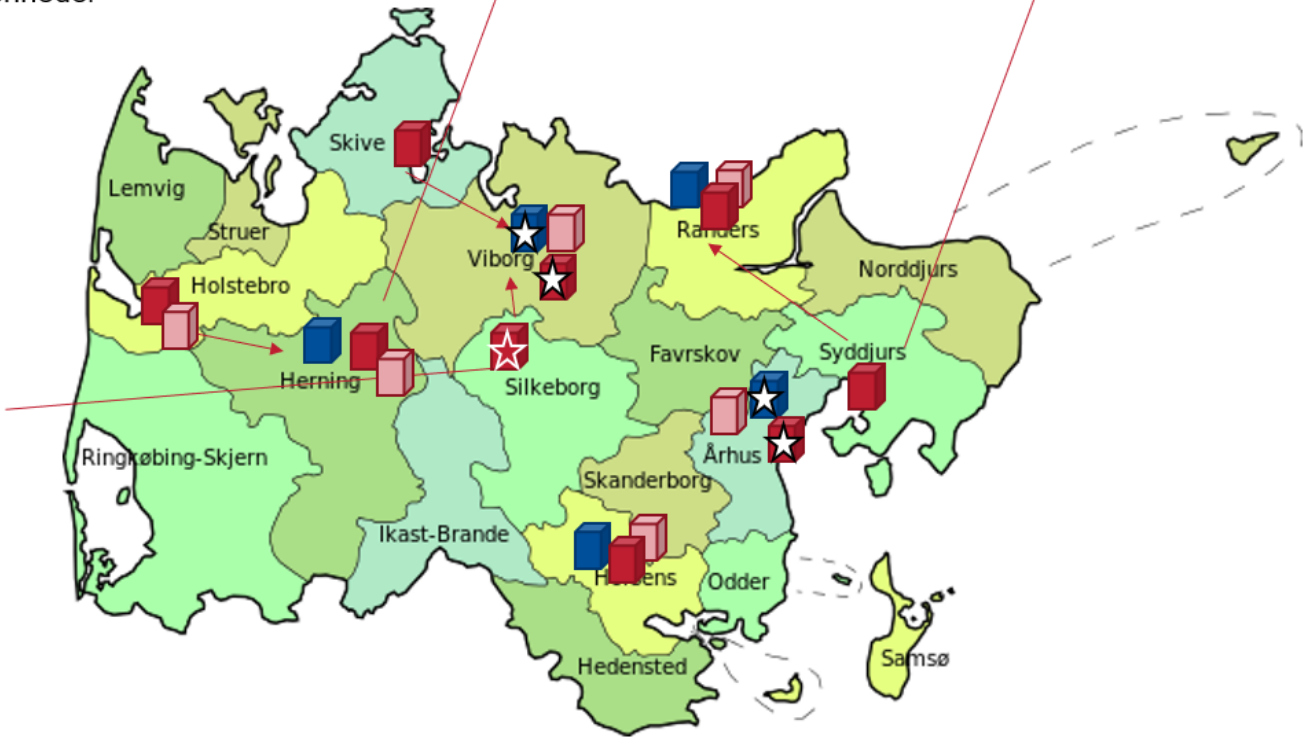
= Specialfunktion

= Mobile enheder

Gødstrup

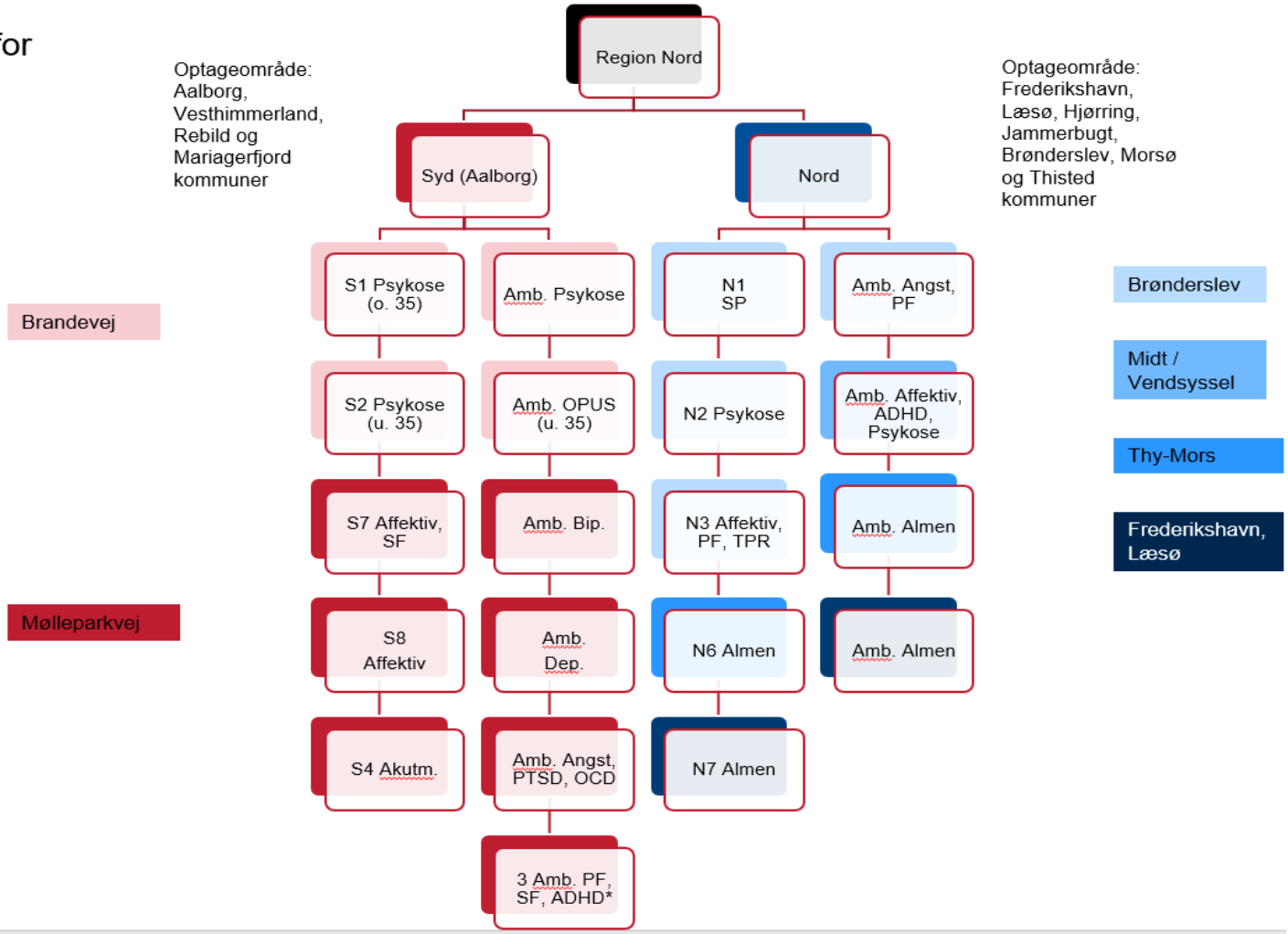
Rønde

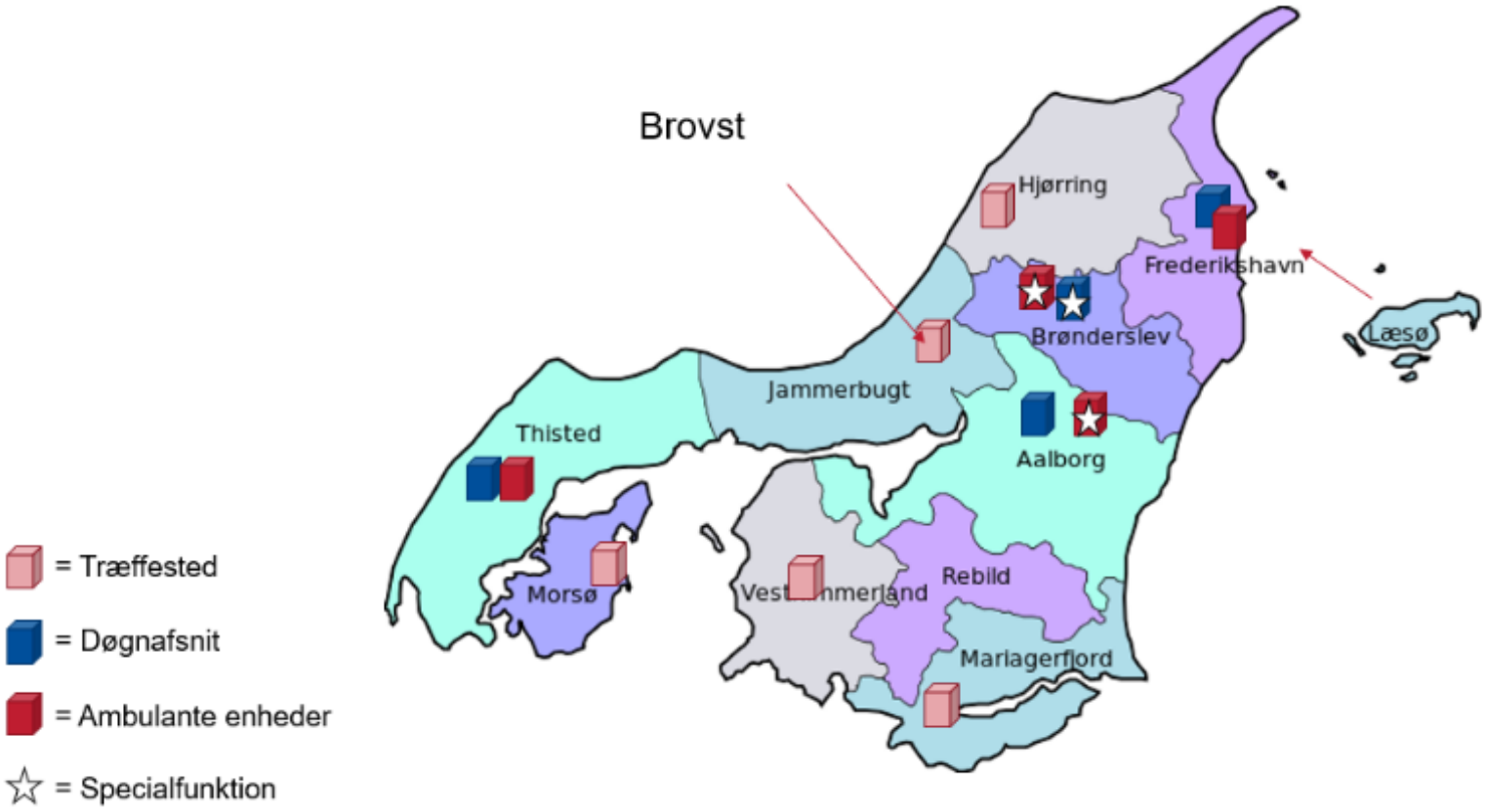
Centrale Visitation for alle elektive patienter



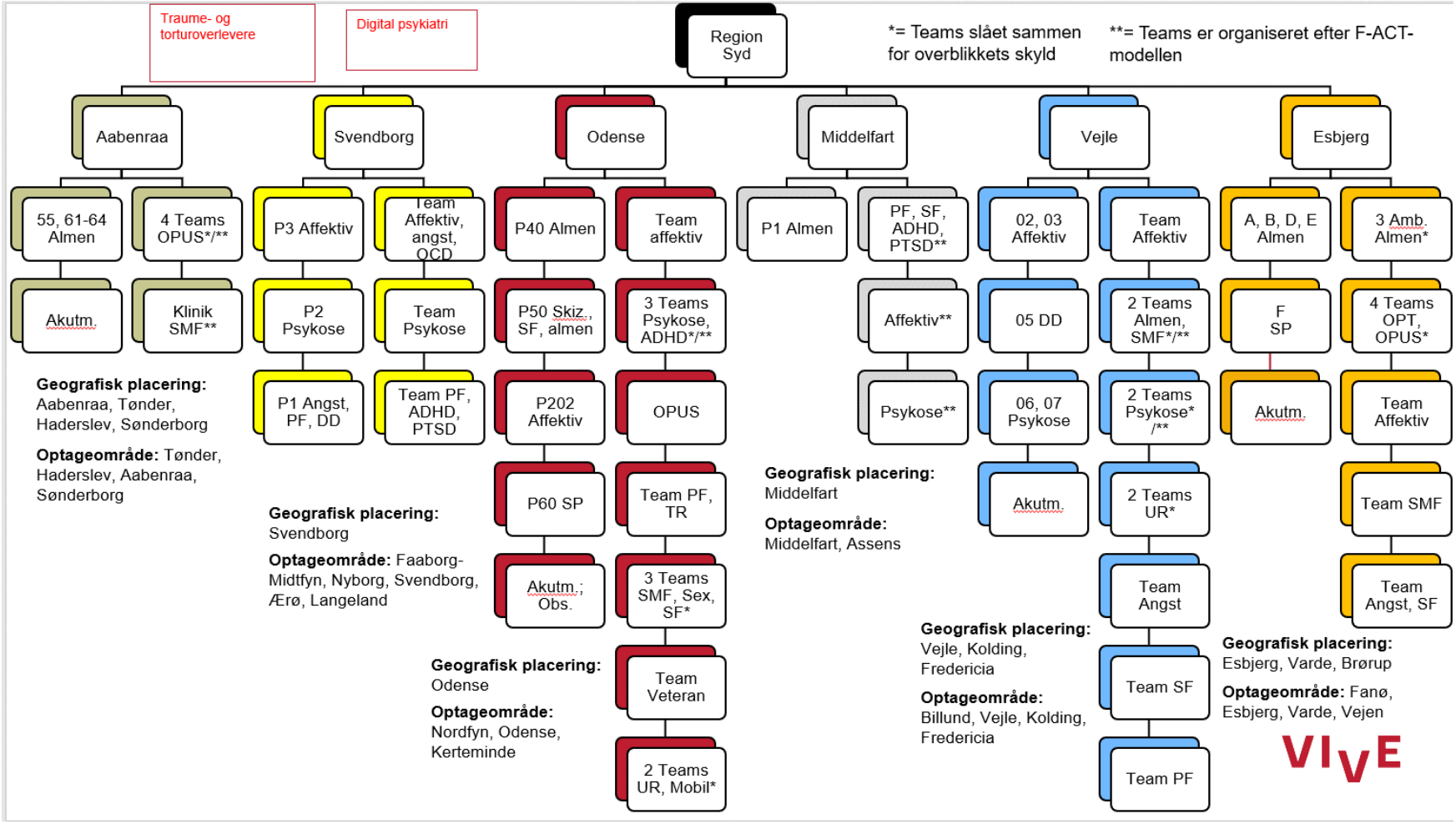
Mapping af Region Nordjylland

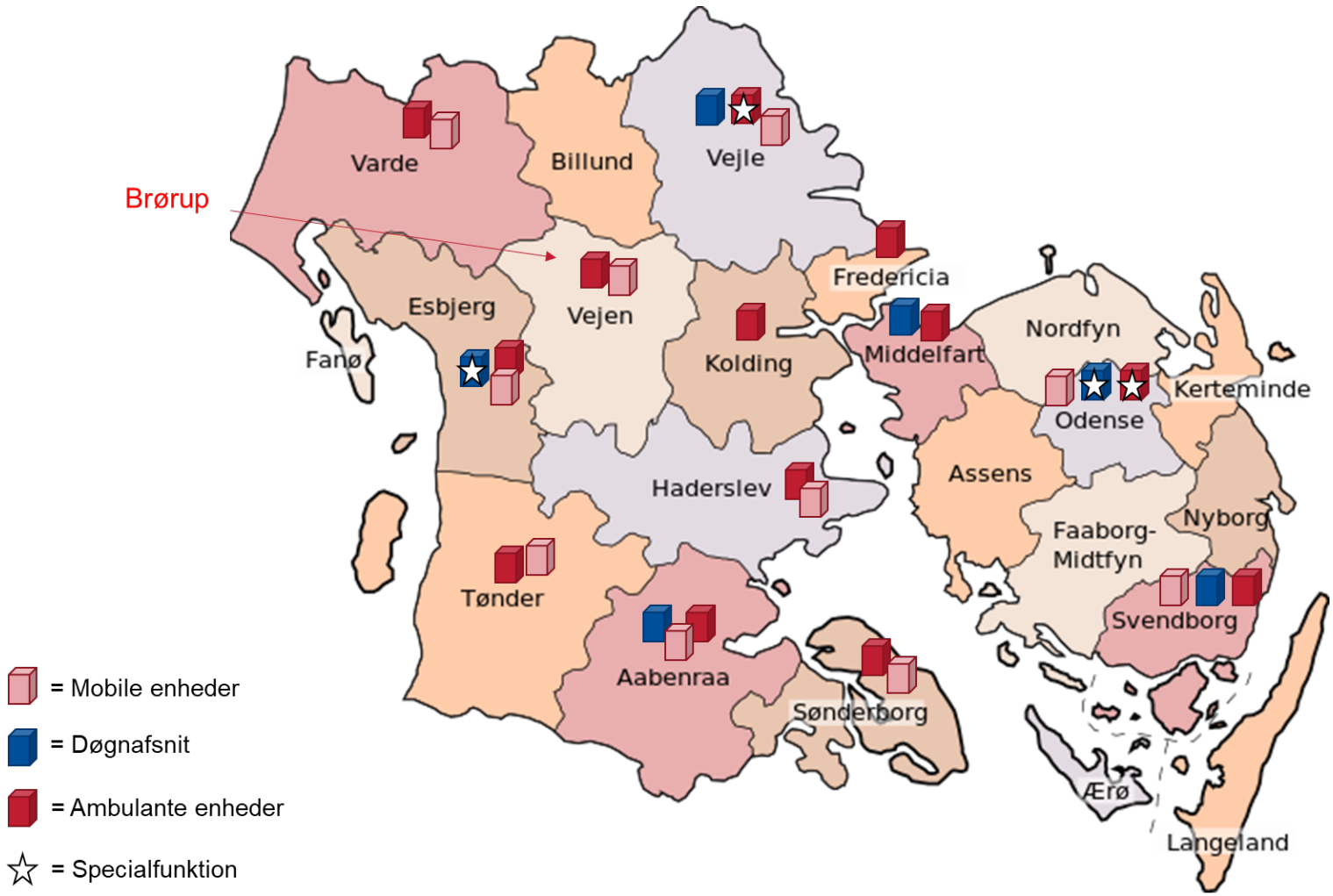
*= slået sammen for overblikkets skyld




Brovst
Hjørring
Frederikshavn
Brønderslev
Læsø
Jammerbugt
Thisted
Aalborg
Morsø
Rebild
Mariagerfjord
= Træffested
= Døgnafsnit
= Ambulante enheder
= Specialfunktion

Mapping af Region Syddanmark




Brørup
Varde
Billund
Vejle
Fredericia
Esbjerg
Vejen
Kolding
Middelfart
Nordfyn
Fanø
Odense
Kerteminde
Assens
Haderslev
Nyborg
Faaborg-
Midtfyn
Tønder
Svendborg
Aabenraa
Sønderborg
Ærø
Langeland
= Mobile enheder
= Døgnafsnit
= Ambulante enheder
= Specialfunktion

Forkortelsesliste

Forkortelse	Navn/diagnose
Akut	Akutteams og akut ambulante teams
ADHD	ADHD og ADD
Affektiv	Affektive lidelser
Akutm.	Akutmodtagelse, PAM
Almen	Almene sengeafsnit/Almene ambulante enheder: Behandling af alle slags psykiatriske diagnoser (flere end tre specificerede)
Amb.	Ambulatorium
PF Amb.	Psykoterapeutiske ambulatorier
Angst	
Autisme	Autisme
Bip.	Bipolar*
Bo	Botilbud
CET	Centerterapi
Dagb.	Psykiatrisk dagbehandling
Dep.	Depression*
DD	Dobbeltdiagnoser
Dis.	Distriktspsykiatri
Døve	Døve
ECT, TMS	
F-ACT	
Fus.	Fusionsklinikken
Gade	Gadeplan
GruppeAB	Gruppeanalytisk behandling
HB	Herberg
Intensiv	
Ikke-psykose	Ikke-psykotiske lidelser
KC	Kompetencecenter
Komp.skiz	Kompliceret skizofreni
Kronisk	Kronisk sindslidende
Militær	Militærpsykiatri
Mobil	Mobilteam
Neuropsyk.	Neuropsykiatrisk Klinik
Obs.	Observationsafsnit
OCD	Obsessive-compulsive disorder
Ops.	Opsøgende team
OPT	Opsøgende Psykoseteam

Forkortelse	Navn/diagnose
OPUS	
PF	Personlighedspsykiatri/-forstyrrelse
SM	Selvmordsforebyggende indsats
SP	Særlige Pladser
P.Hus	Psykiatriens Hus
PCV	Psykiatriens centrale visitation
Psykose	Psykotiske lidelser
PT	Psykoterapi
PTSD/traumer	Posttraumatic Stress Disorder
Rehab.	Rehabilitering
Rec.	Recovery
SMF	Selvmordsforebyggelse
SS	Selvskade
Sex	Sexologi
SF	Spiseforstyrrelse
Skiz.	Skizofreni
TPR	Tilpasningsreaktion
Trans.	Transkulturel psykiatri
TF	Traumatiserede flygtninge
TR	Traumer
TS	Tvangssygdomme
Telep.	Telepsykiatri
UR	Udredende team (Syd) / Udredningsenhed (Midt)
Veteran	Veteranbehandling

Bilag 2 Auditeringsskema sengeafsnit

Arbejdsskema til identificering af spild i sengeafsnit

PS! Dansk Selskab for PatientSikkerhed

Formål: At identificere ressourcespild relateret til brugen af senge, der har medført unødigt forlængede sengedage. Skemaet inkluderer på forhånd velkendte, potentielle spild-områder i forbindelse med stationære patientforløb.
Vejledning: Skemaet afkrydses i relevante felter, hvor der kan konstateres spild i brugen af sengen, der har betydet et forlænget antal sengedage. Eksempelvis skal opstående infektioner eller flow-forsinkelser, der har medført flere sengedage end nødvendigt, kategoriseres som spild (og felterne afkrydses). **Det er kun spild i forhold til forlængede sengedage, der skal afkrydses**. Evt. spild uden betydning for antal sengedage afkrydses ikke. Skemaet kan med fordel udfyldes af en ledende sygeplejerske med generelt kendskab til de fleste patientforløb i sengeafsnittet.
Bemærkninger: De med kursiv anførte årsager til spild er alle blot eksempler og er således ikke udtømmende. Andre årsager kan være gældende og berettige en afkrydsning. Endvidere skal det bemærkes, at de anførte årsager ikke nødvendigvis er lige relevante i alle klinikker. Eksempelvis vil hjertesvigt under "unødvendig indlæggelse" ikke være ensbetydende med spild på en medicinsk afdeling. Foretag derfor en konkret klinikspecifik vurdering.

Sengs/patient ID (ikke cpr.nr.)	Tom seng				Seng anvendt uhensigtsmæssigt	indlæggelse	Fejl i medicinering med skade	Procedure komplikation	Udskrivning	Uvisiterede sociale tilbud eller indsatser i civilsamfundet:	Flow organisatorisk forsinkelse i forløb/ - regionalt	Flow organisatorisk forsinkelse i forløb/ - kommunalt	Flow Klinisk forsinkelse i behandling	Supplerende bemærkninger	Spild	
	Seng bemandet	Seng ubemandet (Tv.stadrameter -spild)	Buffersseng	Uddybende bemærkning til tom seng (enten til med/uden bemanding eller buffersseng)	*Behandling kan foregå ambulant, anden afdeling mere relevant (speciale el subspeciale)indlagt længe før nødvendigt (fx ventetid på udredning/-behandling)*	*Indlagt fra/-genindlæggelse, forebyggelig indlæggelse, ambulantforløb ved indl/kommunalt tilbud ved indl/formål med indlæggelsen/ hvor er pt henvist fra*	*Ekstra overvågning, kontrol, paraklinisk US*	*somatisk sygdom uopdaget*	*Udskrivning planlagt/-udskrivningsdato*	*Opsøgende støtte- og kontaktpersonordning, forsorgshjem, herberg varmestuer, væresteder, natcaféer og krisecentre recovery-skoler, peer-to-peer, boligsociale indsatser, frivilligcentre, væresteder*	*Afventer stuegang, afventer overflytning til andre afdelinger/-hospital, afventer udredning*	*Afventer støtte kontaktperson, bolig, aftale med kommune*	*Afventer tilsyn, prøvesvar, specialteam, prøver gentages, behandling aflyst*	**Uddybende bemærkning til afkrydsninger, gerne præcisering af den konkrete årsag til spild/flaskehals/forsinkelse/-ressourceudnyttelse**	**Ja**	**Nej**
I alt																

FORTROLIGT

Afsnit: _____ Udfyldt af: _____ Samlet antal senge med spild identificeret: _____
Dato & kl.: _____ Samlet antal undersøgte senge: _____

Bilag 3 Auditeringsskema ambulatorium

Arbejdsskema til identificering af spild i ambulatorier

PS! Dansk Selskab for PatientS!kkerhed

Formål: At identificere ressourcespild relateret til brugen af ambulatorietider. Skemaet inkluderer på forhånd velkendte, potentielle spild-områder i forbindelse med ambulatorietider.

Vejledning: Skemaet afkrydses i relevante felter, hvor der kan konstateres spild i brugen af en ambulatorietid. Det er kun spild i forhold til unødvendige ambulatorietider, der skal afkrydses. Evt. spild uden betyding for ambulatorietiden afkrydses ikke. Skemaet kan med fordel afkrydses af relevant personale, umiddelbart efter ambulatoriet er lukket.

Bemærkninger: De med kursiv anførte årsager til spild er alle blot eksempler og er således ikke udtømmende. Andre årsager kan være gældende og berettige en afkrydsning. Endvidere skal det bemærkes, at de anførte årsager ikke nødvendigvis er lige relevante i alle ambulatorier. Foretag derfor en konkret ambulatoriespecifik vurdering.

		Spild for patienten			Spild patient/sygehus					Spild for sygehuset					Supplerende bemærkninger	Spild	
Amb. start: kl.:_____ *Første patient:* kl.:_____ *Amb. slut:* kl.:_____ Tid nr.	*Patient ID (ikke cpr. nr.)*	*(Koordinationsbesøg, mere hensigtsmæssigt andet sted - Kunne være afklaret via telefon, virtuelt, brev, mail mv. - Viderehenvisning*	*Ambulatorie-tiden kunne ikke afvikles, selvom patienten var mødt op, pga.: - Personalemangel - Forsinkelser - Overbooking*	*Uhensigtsmæssig opsplitning af patientforløb, besøg over flere dage*	*Ambulatorie-tiden kunne ikke anvendes pga.: - Manglende prøvesvar - Manglende udført tilsyn/undersøgelse (omfatter sygeplejefaglige, kommunal indsats, indsats fra social psykiatrien) - Manglende tolk/personlig hjælp*	*Ambulatorie-tiden blev afviklet, men ikke optimalt, pga.: - Manglende prøvesvar - Lang ventetid for patienten (fx overbooking) - Manglende udført undersøgelse/tilsyn - Booket læge/psykolog/anden fagperson til patienten var fraværende*	*Patienten måtte geninnkaldes som følge af ikke-optimalt udnyttet ambulatorietid*	*Patienten blev booket til en unødvendig kontrol*	*Patienten kunne være tilset af egen lægelegen psykiater/ anden del af organisationen (fx OPUS-team)*	*Patienten udeblev / (hvis patienten er indlagt og tiden ikke aflyst)*	*Patienten var forsinket pga system forsindelse fx pga.: - Manglende transport - Patienten var til undersøgelse et andet sted*	*Patienten aflyste så sent det ikke var muligt at bruge tiden til en anden patient*	*Ingen patient booket*	*Henvisningen var ikke fyldestgørende*	**Eventuelle uddybende bemærkninger til afkrydsninger, gerne præcisering af den konkrete årsag til spild**	**Ja**	**Nej**
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
I alt																	

Minutter pr. amb.-tid:				Udfyldt af:	Samlet antal ambulatorie-tider med spild identificeret:
Navn på ambulatorie og interviewet person:				Dato & kl.:	Samlet antal ambulatorie-tider der er undersøgt.

FORTROLIGT

Bilag 4 Baggrundsskema

Baggrundsskema til afdækning af bemanding og rekruttering i psykiatrien

Afd./enh/amb:_____

Hvilken rolle har du/I i Psykiatrien?

_____

Hvor lang tid har du/I arbejdet i Psykiatrien?

_____

1. Patientgrundlag:

a. Hvor mange patienter behandles typisk på din enhed/afdeling pr. måned?
b. Hvad er de primære diagnoser, I arbejder med?
c. Hvad er kerneydelsen i afsnittet/ambulatorium (e.g. udredning, behandling, terapi, adfærdstræning)

2. Personalesammensætning:

a. Hvor mange medarbejdere er ansat på enheden/afdelingen? Opdel gerne efter faggrupper (fx læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere osv.).
b. Hvordan vurderer I det nuværende behov for personale i psykiatrien?
c. Hvordan vurderer I sammensætningen af personale i forhold til behovet?

3. Rekrutteringsproblemer:

a. Har I oplevet udfordringer med rekruttering af personale inden for de seneste 12 måneder?
   Hvis ja, hvilke?
b. Hvad mener I, kan være årsagerne til eventuelle rekrutteringsproblemer?

4. Opgave flow:

a. Beskriv kort det typiske forløb for en patient fra indlæggelse til udskrivning på jeres enhed/afdeling.
b. Er der områder i opgaveflowet, hvor der typisk opstår flaskehalse eller forsinkelser? (fx mangel på tilbud, ventetid)

c. Er der særlige typer patienter som er i risikogruppen for uhensigtsmæssige behandlingsforløb? Hvis js, hvilke? Beskriv kort årsag?
d. Hvad er gennemsnits ventetiden fra henvisning til indlæggelse?
e. Hvad er gennemsnits indlæggelses-/behandlingstid

5. Primære samarbejdspartnere:

a. Hvem er jeres primære samarbejdspartnere inden for det psykiatriske område (fx andre afdelinger, private praksisser, kommunale tilbud)?
b. Hvordan fungerer samarbejdet typisk med disse partnere?
c. Hvem henvises/visiteres patienterne typisk fra (praksis sektor, behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien)?
d. Hvilken kommune/kommuner har patienterne typisk bopæl i?
e. Har kommunal tilknytning betydning for forløb? Hvis ja, hvordan?

6. Udskrivning:

a. Hvortil udskrives patienterne typisk? (kommunalt, regionalt, hjem, civilsamfund, hvis socialpsykiatri – hvilken ydelse §, hvis regionalt hvilken enhed)?
b. Er der forskel på hvorvidt ansvars- og arbejdsdeling er formaliseret ift. udskrivning fx samarbejdsaftaler/procedurer?

7. Generelle kommentarer:

Har du andre kommentarer eller observationer, som du mener er relevante for at forstå ressourceforhold og bemanding på din enhed/afdeling?

Afsluttende bemærkninger:

Din deltagelse i denne undersøgelse er meget værdsat. Dine svar vil blive behandlet fortroligt og

kun brugt i forbindelse med analyse af opgaveløsning og kapacitet i psykiatrien.

Tak for din tid!

Bilag 5 Oversigt over auditerede enheder

Beskrivelse af de auditerede enheder		Beskrivelse af personalesammensætningen i de auditerede enheder	
Region A			
Sengeafsnit	Ambulant enhed	Sengeafsnit	Ambulant enhed
Almenpsykiatrisk sengeafsnit (åbent)	F-ACT-team fordelt geografisk på to matrikler	Personalegruppe: Bred tværfaglig gruppe bestående af læger (psykiatere), sygeplejersker (største gruppe), SSA, socialrådgiver (+ tilknyttet ambulant enhed), peer-medarbejdere, aktivitetsmedarbejdere, sekretær, pedel og køkkenpersonale.	Personalegruppe: En psykiater ansvarlig for teamet med en løst tilknyttet psykiater med retspsykiatrisk ekspertise, der er tilknyttet flere teams. Sygeplejersker (største gruppe), SOSU, en psykolog, peer-medarbejder og socialrådgiver tilknyttet flere teams.
16 sengepladser	135 patient følges i teamet	Bemandingsudfordringer: Mangel på sygeplejersker for at kunne opretholde sygeplejerskebemanding hele døgnet. Tidligere mangel på psykiatere.	Bemandingsudfordringer: Mangel på sygeplejersker, særligt med kompetencer som selvstændig behandler med delegeret ansvar. Hele den ambulante enhed på tværs af teams mangler psykiatere, mangel på socialrådgiver.
Håndterer hele spektret af psykiatriske diagnoser	Håndterer patienter med psykotiske tilstande, overvejende inden for skizofreni-spektret.	Rekruttering og fastholdelse: Beskriver generelt store rekrutteringsudfordringer og fald i antal kvalificerede ansøgere.	Rekruttering og fastholdelse: Beskriver generelt for lav personalenormering i den ambulante enhed, med stor patientportefølje pr. behandler/læge. Enheden har fastholdelsesudfordringer, og rekrutteringsudfordringer tidligere, men gennem længere tid underlagt krav om ansættelsesstop.
Region B			
Sengeafsnit	Ambulant enhed	Sengeafsnit	Ambulant enhed
Diagnose-specialiseret sengeafsnit (åbent)	F-ACT-team placeret på én matrikel	Personalegruppe: Bred tværfaglig gruppe bestående af læger (flest psykiatere), sygeplejersker og SSA (lige store og de to største grupper), psykolog, pædagog, fysioterapeut, peer-medarbejdere og timelønnede afløsere	Personalegruppe: Læger, sygeplejersker (største gruppe), psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter, peer-medarbejder, pædagog og sekretær. Lægerne går på tværs af tre teams med i alt 12 læger.
16 sengepladser heraf er to senge til Patientstyrede indlæggelser (PSI).	275 patienter følges i teamet	Bemandingsudfordringer: Mangel på speciallæger i psykiatri – stillinger besat af yngre læger, mangel på sygeplejersker og generelt mangel på personale med erfaring inden for psykiatri.	Bemandingsudfordringer: Har stillinger, der ikke er besat med speciallæger.

Specialisering i patienter med skizofreni og psykotiske tilstande.	Patienter med diagnoser inden for skizofreni-spektret.	Rekruttering og fastholdelse: Svært at rekruttere personale med erfaring, ansætter ofte nyuddannede eller personale uden forudgående psykiatrisk erfaring eller speciallægeanerkendelse.	Rekruttering og fastholdelse: Der beskrives udfordringer med at rekruttere speciallæger i psykiatri og plejepersonale med erfaring inden for psykiatrien og udfordringer med fastholdelse af personalet, men ikke i lige så stor udstrækning som det opleves i de tilhørende sengeafsnit.
Region C			
Sengeafsnit	Ambulant enhed	Sengeafsnit	Ambulant enhed
Almenpsykiatrisk Sengeafsnit (Skærmet afsnit er et åbent sengeafsnit med låste døre).	Ambulant enhed består af fire teams, fordelt på tre matrikler. Alle fire teams auditeres.	Personalegruppe: Bred tværfaglig personalegruppe bestående af læger (psykiatere), sygeplejersker (største gruppe), SSA, psykologer, fysioterapeuter, psykomotorisk terapeut, timelønnede afløsere og peer-medarbejdere.	Personalegruppe: Bred tværfaglig gruppe psykiater, flere uddannelseslæger, psykologer inkl. specialpsykologer (næststørste gruppe), sygeplejersker (største gruppe), fysioterapeuter, socialrådgiver og sekretær.
25 sengepladser heraf er to fold-ud-senge, og på dagen for auditering en ekstra overbelægningsseng placeret i et depotrum. Kører med Green-card-indlæggelse*	Samlet i de fire teams 701 patienter i forløb og med samlet ca. 1.600 kontakter pr. måned.	Bemandingsudfordringer: sengeafsnittet er aktuelt fuldt normeret.	Bemandingsudfordringer: De har for nuværende ingen vakante stillinger blandt plejepersonalet, med en erfaren personalegruppe med stor andel med specialefteruddannelse i psykiatri. De mangler speciallæger i psykiatri.
Håndterer psykiatriske diagnoser bredt set – både ældrepsykiatriske patienter, og inden for de affektive lidelser, skizofreni, psykoser og personlighedsforstyrrelser.	De fire teams er diagnosespecifikke: Ældrepsykiatrisk team; Affektivt team; Angst- og personlighedsforstyrrelsesteam og et udredningsteam.	Rekruttering og fastholdelse: Sengeafsnittet beskriver ikke rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer.	Rekruttering og fastholdelse: Har ikke rekrutterings- eller fastholdelsesudfordringer i plejepersonalegruppen. Har udfordringer med at rekruttere speciallæger i psykiatri, haft stillingsopslag uden ansøgere. Beskriver, at de oplever, at udfordringerne skyldes konkurrence med storbyhospitalerne.
Region D			
Sengeafsnit	Ambulant enhed	Sengeafsnit	Ambulant enhed
Sengeafsnit for affektive lidelser opdelt i to afsnit (dynamisk sengeafsnit i forhold til åbne og lukkede senge, kan have op til 16 lukkede sengepladser).	Den ambulante enhed er placeret på tre matrikler, den besøgte enhed består af fem teams, der er auditeret på to teams.	Personalegruppe: Bred tværfaglig personalegruppe bestående af læger (psykiatere), sygeplejersker (største gruppe), SSA, en specialpsykolog, socialrådgiver, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter, sekretær og peermedarbejdere.	Personalegruppe: Bred tværfaglig gruppe bestående af psykiater, læger, psykologer inkl. specialpsykologer, sygeplejersker (langt den største gruppe), socialrådgiver, diætist, ergoterapeut, pædagog og peermedarbejdere.
30 sengepladser med mulighed for to buffersenge (overbelægningssenge). Har to brugerstyrede senge.	Der opgives ikke det specifikke antal patienter i forløb.	Bemandingsudfordringer: Mangler speciallæger og beskriver generelt i hele personalegruppen en mangel på kvalificeret og erfarent personale.	Bemandingsudfordringer: Mangel på personale med de rette kvalifikationer og erfaringsniveau – men aktuelt ikke ledige stillinger.

Håndterer overvejende patienter inden for de affektive lidelser, men har grundet manglende kapacitet i psykoseafsnittene ofte patienter med andre diagnoser indlagt.	De to auditerede teams er et affektivt team og et udredningsteam.	Rekruttering og fastholdelse: Særligt gældende for speciallæger i psykiatri med udfordringer gennem længere tid. Kan primært rekruttere nyuddannet personale.	Rekruttering og fastholdelse: Oplever både rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer, som anført særligt udfordringer med at få ansøgere med rette kompetencer og kvalifikationer.
Region E			
Sengeafsnit	Ambulant enhed	Sengeafsnit	Ambulant enhed
Diagnose-specialiseret sengeafsnit (lukket). Hospitalspsykiatrien kører kun med lukkede og integrerede sengeafsnit (åbne afsnit, men med låste døre).	Den ambulante enhed er placeret på seks matrikler, hvor af tre er satellitmatrikler. De specialiserede teams går på tværs af matriklerne. De auditerede teams er et F-ACT-team og et OPUS-team.	Personalegruppe: Bred tværfaglig personalegruppe bestående af læger (psykiatere), sygeplejersker, SSA (største gruppe), psykologer, socialrådgiver, pædagoger, ergoterapeuter, sekretær og peer-medarbejdere.	Personalegruppe: Bred tværfaglig gruppe læger overvejende speciallæger i psykiatri, læger under uddannelse til psykiater eller yngre læger, psykologer, sygeplejersker (største gruppe), socialrådgivere, diætist, ergoterapeut, pædagog og peer-medarbejdere.
14 sengepladser	Der opgives ikke det specifikke antal patienter i forløb i enheden eller de to teams – men der angives ca. 530 behandlingskontakter i gennemsnit pr. måned og 230 telefonkontakter.	Bemandingsudfordringer: Sengeafsnittet er aktuelt fuldt normeret, men ikke besat med personale med de rette kvalifikationer, de mangler sygeplejersker, og XX har et lavere sundhedsfagligt kompetenceniveau end ønsket fra ledelsens side. Det beskrives, at flere af de øvrige sengeafsnit har vakante stillinger både blandt læger og i plejepersonalegruppen.	Bemandingsudfordringer: Mangler samlet speciallæger i psykiatri og psykologer samt mangler socialrådgiver.
Håndterer overvejende patienter inden for skizofrenispektret og psykotiske tilstande samt sjældnere svære personlighedsforstyrrelser.	F-ACT- og OPUS-team håndterer patienter med lidelser inden for skizofreni-spektret og psykotiske tilstande.	Rekruttering og fastholdelse: Har udfordringer med at rekruttere medarbejdere med rette kompetencer, kvalifikationer og erfaringsniveau, ansøgere til deres stillingsopslag er ofte nyuddannede eller har ikke de rette sundhedsfaglige kvalifikationer. De har fastholdelsesudfordringer – deres vurdering er, at det skyldes en kombination af hårdt psykisk arbejdsmiljø og uerfarent personale.	Rekruttering og fastholdelse: Har rekrutteringsudfordringer – de oplever hyppigt ikke at få ansøgere til deres stillingsopslag både til læge- og plejepersonalestillingsopslag, eller at ansøgerne ikke har de rette kvalifikationer. De beskriver, at de generelt ikke oplever fastholdelsesudfordringer.

Anm.: Patient (bruger)-styrede indlæggelser og greencard-indlæggelser er initieret af patienten selv eller et botilbud og er en mulighed for patienter, der udvælges til at have denne mulighed ("kontrakt" på muligheden). SSA = social- og sundhedsassistent, SOSU = social- og sundhedshjælper.