

Praksisplan for psykiatri

Vedtaget af regionsrådet den 27. maj 2013



Region Syddanmark



Indhold

1. Indledning	4
1.1 Læsevejledning	4
1.2 Ordforklaring	4
1.3 Planens opbygning	5
2. Resumé	6
3. Baggrund for planens udarbejdelse	7
3.1 Visioner for fremtidens speciallægepraksis	7
3.2 Psykiatrispecialet	8
3.3 Høring af praksisplaner for speciallægepraksis	8
4. Nuværende kapacitet og aktivitet	9
4.1 Region Syddanmarks samlede udgifter til primærsektoren i 2011	9
4.2 Kapacitet i speciallægepraksis	10
4.3 Udgifts- og ydelsesudviklingen i speciallægepraksis	17
4.4 Kapacitet og aktivitet i den regionale sygehuspsykiatri	22
4.5 Samlede ambulante kapacitet og aktivitet i praksis og sygehusregi	25
5. Vurdering af den fremtidige kapacitet i speciallægepraksis	26
5.1 Demografisk udvikling	26
5.2 Overenskomstens bestemmelser vedrørende kapacitet og planlægning	27
5.3 Ventetiden	29
5.4 Den geografiske dækning	29
5.5 Politiske udmeldinger og beslutninger	29
5.6 Samlede anbefalinger vedrørende kapaciteten	32
6. Samarbejde mellem praktiserende psykiatere og det øvrige sundhedsvæsen	33
6.1 Opgavevaretagelse, praktiserende speciallæger	33
6.2 Arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen	34
6.3 Differentiering mellem praktiserende psykiatere og sygehuspsykiatrien	35
6.4 Samlede anbefalinger vedrørende samarbejdet mellem de praktiserende psykiatere og det øvrige sundhedsvæsen	38



7. Det sammenhængende sundhedsvæsen	40
7.1 Kommunikation	40
7.2 Fælles patientforløbsprogrammer/standarder	42
7.3 Fælles fora til videns- og erfaringsudveksling	42
7.4 Sammenhæng i patientforløb - oplysninger om ventetid	43
7.5 Anbefalinger vedrørende det sammenhængende sundhedsvæsen	43
8. Kvalitetsudvikling	45
8.1 Kliniske databaser	46
8.2 Beskrivelse af eksisterende databaser - Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)	46
8.3 Forslag til kvalitetsudvikling	46
9. Servicemål	47
10. Perspektivering - internetpsykiatri	48
11. Arbejdsgruppens samlede anbefalinger	49
11.1 Anbefalinger vedrørende kapaciteten	49
11.2 Anbefalinger vedrørende samarbejde mellem praktiserende psykiatere og det øvrige sundhedsvæsen	49
11.3 Anbefalinger vedrørende det sammenhængende sundhedsvæsen	50
11.4 Anbefalinger vedrørende kvalitetsudvikling og - sikring	50
11.5 Anbefalinger vedrørende servicemål	50
12. Bilag	51
12.1. a. Samtlige ydelser i psykiatripraksis 2011. Forbrugsstatistik	51
12.1. b. Samtlige ydelser i psykiatripraksis 2011. Produktionsstatistik	52
12.2 Ventetider i den sygehusbaserede psykiatri	52
12.3 Procedure for behandling og indgåelse af lokale aftaler	54
12.4 Nøgletal for "Fynsk - Jysk model" - se afsnit 5.5	58

1

Indledning

Praksisplanen på speciallægeområdet har til formål at indgå som en del af grundlaget for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen.

Planen er et led i styringen af kapaciteten i speciallægepraksis, og skal medvirke til at fremme samarbejdet og koordineringen med det øvrige sundhedsvæsen, ligesom den skal medvirke til at sikre den faglige kvalitet i praksis samt en god service til regionens borgere.

Planen omhandler tilrettelæggelse og udvikling af tilbuddet til borgerne om behandling hos de praktiserende speciallæger.

I forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanen har samarbejdsudvalget haft nedsat en arbejdsgruppe.

Arbejdsgruppen har bestået af:

- Afdelingschef Frank Ingemann Jensen, formand for arbejdsgruppen
- Praktiserende speciallæge i psykiatri, Frands Jakobsen, Vejle
- Praktiserende læge, Michael S. Schmidt, Kerteminde
- Ledende overlæge Britt Juul, Psykiatrisk afdeling, Svendborg
- Ledende overlæge Leif Olstrup, Psykiatricenter Midt, Haderslev
- Afdelingschef Anette Bækgaard Jacobsen, Psykiatristaben
Specialkonsulent Anita Lerche, Psykiatristaben, sekretær for arbejdsgruppen (fra og med 2. møde)
- Fuldmægtig Jørgen M. Madsen, Praksisafdelingen, sekretær for arbejdsgruppen.

Praksisplanen er gældende fra regionsrådets godkendelse af planen. Praksisplanen behandles i henhold til § 206 i Sundhedsloven en gang i hver kommunal valgperiode.

1.1 Læsevejledning

Praksisplanen består af i alt 15 delplaner, som dels beskriver formålet med planen, den nuværende kapacitet og den forventede fremtidige kapacitet i speciallægepraksis indenfor det enkelte speciale med det formål at tilvejebringe et grundlag til at vurdere opgavefordelingen samt kapaciteten af den ambulante speciallægebetjening i regionen.

For de 4 store specialer (øjen-, øre-næse-hals-, dermatologi- og psykiatrispecialet), hvor hele behandlingsforløbet eller en relativ stor del af behandlingsforløbet foregår i praksis, er planlægningen koordineret med sygehusplanlægningen.

For de øvrige specialer (kirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi, reumatologi, neurologi, intern medicin, pædiatri, plastikkirurgi, anæstesiologi, patologi), hvor en række opgaver løses i såvel praksis som sygehusregi er der udarbejdet delplaner, der fastlægger de overordnede principper for kapaciteten i speciallægepraksis og som skal fungere som retningslinjer for administrationen af praksisforholdene i planperioden.

Regionen er i planen opdelt i 4 områder svarende til de 4 hovedfunktionsområder i den sygehusbaserede behandlingspsykiatri. Hvert af disse områder er analyseret med henblik på en vurdering af den fremtidige kapacitet.

1.2 Ordforklaring

I rapporten anvendes nogle udtryk, som kan kræve en nærmere forklaring. Disse udtryk er forklaret nedenfor:

Ydernummer:

Et identifikationsnummer, som tildeles hver enkelt praksis, der praktiserer efter overenskomst med det offentlige.

Kapacitet:

Udtryk for det antal læger, der har ret til at praktisere efter overenskomst med det offentlige. Flermandspraksis vil typisk have et ydernummer og en kapacitet svarende til antallet af læger i praksis.

Fuldtidspraksis:

En praksis der drives på fuldtid og hvor man ikke kan have fuldtidsansættelse i andet regi, og hvor det forudsættes, at praksis har en årlig omsætning, der overstiger en for specialet fastsat nedre omsætningsgrænse.

Deltidspraksis:

En praksis på deltid, hvor omsætningen i praksis ikke kan overstige et for specialet fastsat omsætningsloft.

Delepraksis:

En praksis, hvor 2 eller flere speciallæger sammen driver en fuldtidspraksis, men hvor det forudsættes, at mindst en af speciallægerne ikke har fuldtidsansættelse andet sted.

Kompagniskabspraksis:

En praksis, der drives af 2 eller flere speciallæger og/eller anpartsselskaber, der har fælles økonomi, lokaler og personale. Speciallæger i kompagniskab kan kun praktisere under et og samme ydernummer.

Samarbejdspraksis:

Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller anpartsselskaber med hver deres patientkreds, men med fællesskab om lokaler og helt eller delvist om personale. Speciallæger, der driver samarbejdspraksis, praktiserer under hver sit ydernummer.

Assisterende speciallæge:

Efter ansøgning til Det Regionale Samarbejdsudvalg kan praktiserende speciallæger gives tilladelse til at ansætte 1 praktiserende speciallæge. Det er et krav, at mindst 50 % af ydelserne i praksis udføres af den ansættende speciallæge.

§ 64-aftale:

Aftale mellem regionen og en eller flere praktiserende speciallæger om forhold, der supplerer eller erstatter bestemmelser i speciallægeoverenskomsten. Aftalen indgås med hjemmel i overenskomstens § 64.

§ 66 - aftale:

Aftale mellem regionen og en eller flere speciallæger vedrørende udnyttelse af råderum, hvor alle speciallæger med ydernummer kan friholdes med op til 20 % af kapaciteten. De to parter er gensidigt forpligtiget til at indgå aftale om, hvilke opgaver der skal udføres. Aftalen indgås med hjemmel i overenskomstens § 66.

Rammeaftale:

En overenskomstfastsat ydelse der kan leveres efter at regionsrådet har truffet konkret beslutning herom.

Limitering:

Det antal behandlinger hos den praktiserende speciallæge som henvisningen fra patientens praktiserende læger giver ret til.

Omsætningsloft for deltidspaktiserende speciallæger.

Knækgrænser:

Efter speciallægeoverenskomsten reduceres speciallægenes honorarer med en vis procentdel (p.t. 40 %), når den samlede omsætning når en for specialet fastlagt grænse. Dette princip kaldes "knækmodellen" og de fastsatte grænser er knækgrænserne.

DDD

DDD (Defineret DøgsDosis) er en enhedsbetegnelse, der benyttes ved sammenlignende opgørelser af forbruget af lægemidler. En DDD er således en statistisk måleenhed og afspejler ikke nødvendigvis den faktiske dosis, som gives til en patient på en bestemt indikation.

1.3 Planens opbygning

Praksisplanen består af en del som vedrører kapaciteten, og beskriver en række forskellige forhold der indvirker på kapaciteten (kapitel 4 og 5). Afsnittene beskriver dels den eksisterende kapacitet i speciallægepraksis i dag, herunder praksis' geografiske placering, bestemmelser omkring mindsteomsætning og knækgrænser samt udvikling i ydelser og udgifter m.v., dels vurderes den fremtidige kapacitet i speciallægepraksis samt den samlede ambulante speciallægebetjening og arbejdsdeling.

Endvidere beskrives den demografiske udvikling og udbuddet af speciallæger, herunder aldersprofil og udfordringer med hensyn til rekruttering og fastholdelse.

Til slut beskrives principper for kapacitetsstyring herunder nynedsættelser, flytning samt nedlæggelse af praksis.

Derefter følger overvejelser og anbefalinger vedrørende samarbejde og sammenhæng i sundhedsvæsenet (kapitel 6 og 7) samt en beskrivelse af kvalitetsudvikling, kvalitetssikring og servicemål i praksis (kapitel 8 og 9).

I kapitel 10 er der et perspektiveringsafsnit vedrørende mulighederne for brug af internetpsykiatri.

I kapitel 11 beskrives arbejdsgruppens samlede anbefalinger for speciallægepraksis.

I kapitel 12 er samlet rapportens bilag.

2 Resumé

Planudkastet er bygget op med en beskrivelse af specialet og en beskrivelse af den ambulante speciallægebetjening i henholdsvis speciallægepraksis og på ambulatoriet.

Først følger en beskrivelse og vurdering af den eksisterende kapacitet indenfor området, herunder en række forhold som indvirker på kapaciteten.

Dernæst følger en beskrivelse og vurdering af det faglige samarbejde mellem praktiserende psykiatere og det øvrige sundhedsvæsen, først og fremmest i forhold til den sygehusbaserede psykiatri og almen praksis. Specielt fokuseres der på arbejdsdelingen.

Efterfølgende er der en beskrivelse og vurdering af det sammenhængende sundhedsvæsen. Specielt vurderes det, hvorvidt der er sammenhæng i den hjælp og behandling, der ydes i primær- og sekundærsektoren i relation til psykiatriske patienter.

Afslutningsvis er der en beskrivelse og vurdering af kvalitetsudvikling, kvalitetssikring og servicemål i praksis.

I praksisplanen er der en række konkrete anbefalinger indenfor hver af de ovenfor nævnte hovedområder.

Arbejdsgruppen konstaterer, at der ikke er nogen synlig sammenhæng mellem kapacitet og ventetid. Bl.a. som følge heraf peges der ikke på en udvidelse af kapaciteten, selvom der - udtrykt ved ventetiden - er pres på området.

På baggrund af et af regionen udmeldt besparelseskrav på 2 mio. kr. indenfor specialet, har arbejdsgruppen konkret bl.a. peget på nedlæggelse af en fuldtidspraksis i Odense samt at en ophørt deltidspraksis ikke genopslås.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der geografisk arbejdes med at sikre den enkelte patient en mere bred vifte af psykiatriske behandlingstilbud i psykiatripraksis.

Arbejdsgruppen har vurderet, at der i planperioden bør arbejdes med at præcisere målgruppen for behandlingstilbuddet hos henholdsvis praktiserende læge, praktiserende speciallæge og den sygehusbaserede psykiatri.

For at sikre bedst mulig kontinuitet til trods for behandlerskift vurderer arbejdsgruppen, at samarbejde og gensidig information mellem behandlerne skal styrkes, herunder også i forhold til kommunerne.

Arbejdsgruppen har fremsat en række anbefalinger, der i højere grad sikrer fælles retningslinjer for informationsudveksling mellem sektorerne herunder fastlagte standarder for henvisninger, svar på henvisninger, udskrivningsmeddelelser og deling af behandlingsplaner.

Arbejdsgruppen konstaterer, at ventetiden til behandling i psykiatripraksis ikke er tilfredsstillende. På den baggrund anbefales der iværksat et forsøgsprojekt i Odense Kommune, som via en ændret samarbejdsform mellem først og fremmest de praktiserende læger og de praktiserende psykiatere søger at afhjælpe de negative konsekvenser af de lange ventetider.

Endelig har arbejdsgruppen fremsat forslag, som i planperioden vil sætte fokus på kvalitetsudvikling og kvalitetssikring indenfor praksisområdet.

Praksisplanlægningen for speciallægeområdet er reguleret i Landsoverenskomsten om Speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn af 1. oktober 2011. Overenskomstens § 4 foreskriver, at regionen med udgangspunkt i de enkelte specialer foretager en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening.

Planerne skal danne grundlag for beslutning om overenskomstmæssige praksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt. Overenskomsten foreskriver, at der skal udarbejdes en praksisplan i hver valgperiode.

Planbestemmelserne indebærer, at regionen har planlægningskompetencen og skal godkende planen og herunder fastsætte den økonomiske ramme for gennemførelsen af planen. Samarbejdsudvalget behandler udkast til praksisplanen med henblik på bemærkninger, som vedlægges ved forelæggelse for regionsrådet.

Formålet med planlægningen indenfor specialet psykiatri er at tilvejebringe et grundlag til at vurdere opgavefordeling samt kapacitet af den ambulante speciallægebetjening indenfor specialet. Planlægningen skal bl.a. sikre, at der sker en hensigtsmæssig udvikling på området samt medvirke til at fremme samarbejdet og koordineringen med det øvrige sundhedsvæsen.

Praksisplanen for psykiatri bør endvidere medvirke til at sikre, at alle regionens borgere sikres psykiatrisk bistand indenfor en rimelig ventetid samt geografisk nærhed.

Målet med planlægningen er endvidere at sikre patientforløb, hvor der leveres ydelser med en høj faglig kvalitet og en effektiv ressourceudnyttelse samt at sikre og styrke den faglige udvikling i speciallægepraksis.

Planen skal ligeledes respektere og tage hensyn til den af regionsrådet truffene beslutning om strukturen indenfor sygehuspsykiatrien.

3.1 Visioner for fremtidens speciallægepraksis

Speciallægepraksis omfatter i Region Syddanmark 15 forskellige specialer. Praktiserende speciallæger fungerer i dag som selvstændigt erhvervsdrivende der, på vegne af regionen og i henhold til speciallægeoverenskomsterne, leverer sundhedsydelser til borgerne.

Speciallægepraksis er således en heterogen størrelse, hvor der er stor variation på tværs af specialerne i forhold til speciallægepraksis rolle og betydning i sundhedsvæsenet.

For nogle specialer udgør speciallægepraksis fundamentet i varetagelsen af opgaver indenfor specialet, mens speciallægepraksis for andre specialer er et muligt supplement til sygehusets funktioner.

Endvidere har strukturreformen og en ny sygehusstruktur med øget specialisering og samling af funktioner på større enheder og med større geografiske afstande, understøttet af Sundhedsstyrelsens specialevejledninger, medført behov for nye rammer for planlægning af speciallægepraksis.

I Region Syddanmark ønskes et sammenhængende og patientorienteret sundhedsvæsen, hvor der tænkes i helheder for den enkelte patient, og hvor der er kvalitet og sammenhæng i de sundhedsydelser, der leveres henholdsvis i praksis og på sygehusene. Planen skal således understøtte dette.

Visionerne for speciallægepraksis er at se speciallægepraksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen i regionen, hvor patienterne sikres et sammenhængende og meningsfuldt patientforløb.

Organiseringen af speciallægepraksis som selvstændig erhvervsdrivende giver en særlig udfordring med hensyn til sikring af integration og koordination. Dette fordrer, at der kan indgås forpligtende patientforløbsaftaler med praksis, hvor der opstilles mulige krav til opgavevaretagelsen i de enkelte praksis.

Der ønskes en speciallægepraksissektor, der er organiseret og tilrettelagt, i overensstemmelse med fremtidens opgaver. Målsætningen for psykiatripraksis er derfor:

- At praktiserende psykiatere har et højt fagligt niveau, hvor der også fremadrettet er fokus på efteruddannelse og faglig udvikling.
- At psykiatripraksis drives som en moderne praksis, hvor behandlingsmetoder er tidssvarende.
- At de praktiserede psykiatere kan dokumentere ydelser af høj kvalitet
- At der kan stilles de samme kvalitetskrav til psykiatripraksis som til sygehuspsykiatrien

- At psykiatripraksis er med til at sikre optimale og sammenhængende patientforløb, hvor der er kvalitet og sammenhæng i de ydelser, der leveres i speciallægepraksis og på sygehusene
- At psykiatripraksis er fleksible i forhold til de stadigt skiftende behov efter sundhedsydelse, sådan at der leveres ydelser, der matcher patienternes behov og regionens forsyningsbehov.
- At psykiatripraksis leverer service i form af korte ventetider, og er tilgængelig for regionens borgere såvel fysisk som telefonisk.
- At psykiatripraksis placeres, så der sikres størst mulig geografisk lighed i borgernes adgang til psykiatrisk behandling
- At psykiatripraksis leverer service i form af altid ajourførte praksisdeklarationer
- At de praktiserende psykiatere forholder sig til forebyggelse og sundhedsfremme for deres patienter (eksempelvis ud fra KRAM – faktorerne) og efter behov henviser patienterne til den tilhørende kommunes sundhedstilbud.

3.2 Psykiatrispecialet

Psykiatrispecialet er et af de fire "store" specialer indenfor speciallægeområdet.

Psykiatrispecialet omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser samt psykiske lidelser kombineret med misbrug hos voksne¹.

Det psykiatriske sygdomsbillede omfatter: Forandringer i patientens hjerne med tilhørende ændringer i bevidsthedslivet (symptomer, adfærd, affekt, realitetssvurdering m.m.), patientens subjektive oplevelse af identitet og af forholdet mellem sig selv og andre, observerbare forandringer såvel af adfærd som af personlighed samt forandringer i tilpasningen til sociale krav og forhold².

Hovedopgaver

I psykiatri er der følgende hovedopgaver:

- Organiske psykiske sygdomme
- Misbrugsrelaterede psykiatriske sygdomme
- Skizofreni og andre psykoser
- Affektive lidelser
- Angst- og tvangslidelser

- Psykisk betingede legemlige symptomer og belastnings- og tilpasningsreaktioner, herunder kriser
- Spiseforstyrrelser
- Personlighedsforstyrrelser
- Seksuelle afvigelser
- Psykiske sygdomme hos oligofrene
- Psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser opstået i barndom eller adolescens

Specialet har særlige opgaver i forhold til retspsykiatri og selvmordsforebyggelse, som går på tværs af ovenstående hovedopgaver. Specialet varetager desuden forskning, udvikling og uddannelse indenfor specialets områder³.

Behandlingen omfatter biologiske, psykoterapeutiske og psykosociale behandlingsmetoder. Vægtningen afhænger af den enkelte patients problemstilling, men alle tre spiller en rolle og samordnes i den endelige behandlingsplan.

Et grundlæggende princip er at tilbyde den behandling, der er effektiv, tilstrækkelig og mindst indgribende i patientens egen tilværelse og integritet⁴.

Psykiatrispecialet suppleres af specialet Børne- og Ungdomspsykiatri som dog ikke er behandlet i denne praksisplan.

3.3 Høring af praksisplaner for speciallægepraksis

Praksisplanen har været sendt i høring hos nedenstående parter:

Sundhedsstyrelsen
 Danske Regioner
 Foreningen af Speciallæger
 PLO Region Syddanmark
 Sygehusledelsen for psykiatrien i Region Syddanmark
 Specialerådet i psykiatri
 Kommunerne i Region Syddanmark
 Danske patienter (paraplyorganisation for flere patientforeninger)

Høringen resulterede i 17 høringssvar.

1, 3 Fra Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri

2, 4 Fra håndbog i specialevalg (dansk medicinsk selskab <http://www.hostave4.net/hsv/fhg/video/4409ayx/index3010.html>)

Nuværende kapacitet og aktivitet i den ambulante psykiatri

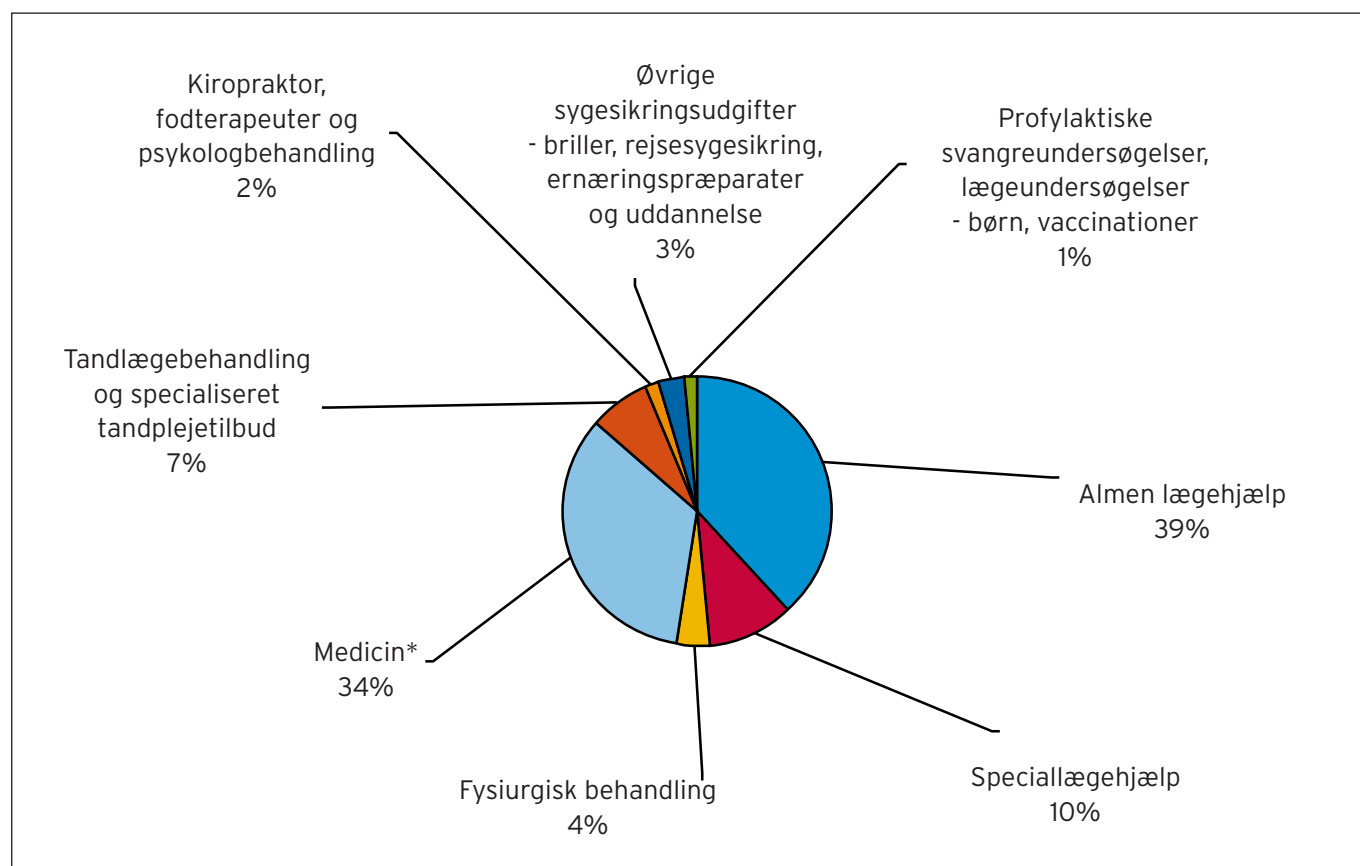
4

Dette kapitel beskriver den nuværende kapacitet og aktivitet i speciallægepraksis i Region Syddanmark. Alle nedenstående data i dette afsnit er som udgangspunkt 2011 data og opgørelserne vil være et af flere parametre der kommer til at indgå i vurderingen af den fremtidige tilrettelæggelse af speciallægekapaцитet i praksissektoren.

4.1 Region Syddanmarks samlede udgifter til primærsektoren i 2011

Speciallægepraksis er et af flere behandlingstilbud, der varetages i praksissektoren. Praksissektorens samlede udgifter går primært til hel eller delvis dækning af ydelseshonorar samt tilskud til medicinudgifter. Figur 4.1 viser fordelingen af Region Syddanmarks udgifter til praksissektoren. Af figuren fremgår det, at speciallægepraksis udgør 10% af de samlede bruttoudgifter.

Figur 4.1 Region Syddanmarks udgifter til praksissektoren i 2011



Note: * Udgift til medicintilskud.

Tabel 4.1. Region Syddanmarks udgifter til speciallægepraksis i 2011. Forbrug

Speciale	Udgift. 1.000 kr.	Udgift i %
Anæstesiologi	12.471	2,4
Diagnostisk radiologi	31	0
Dermato-venerologi	59.791	11,6
Reumatologi (Fysiurgi)	15.743	3,1
Gynækologi/obstetrik	39.943	7,8
Intern medicin	13.313	2,6
Kirurgi	22.958	4,5
Neuromedicin	14.106	2,7
Øjenlægehjælp	141.912	27,6
Ortopædisk kirurgi	22.752	4,4
Ørelægehjælp	113.379	22,0
Patologi	4.043	0,8
Plastikkirurgi	8.712	1,7
Psykiatri	34.038	6,6
Pædiatri	7.569	1,5
Børnepsykiatri	3.640	0,7
tropemedicin	0	0
Total	514.406	100

Kilde. CSC - SAS - datavehus

Tabel 4.1 viser, at regionen i 2011 havde en samlet udgift til speciallægehjælp på i alt ca. 514 mio. kr. Heraf udgjorde udgiften til psykiatripraksis knap 34 mio.kr., hvilket svarer til 6,6 % af den samlede udgift.

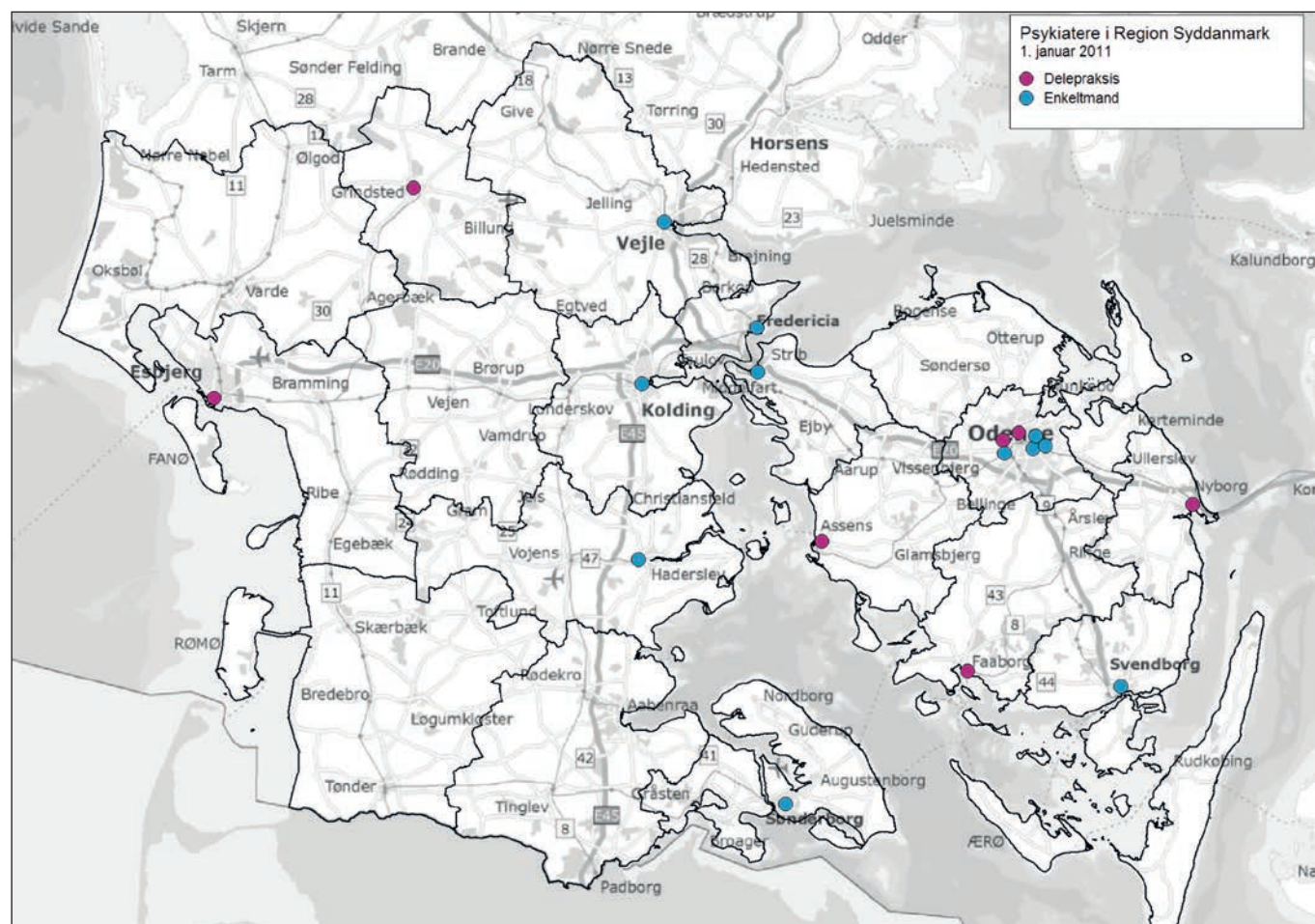
4.2 Kapacitet i speciallægepraksis

Der er i Region Syddanmark pr. 1. januar 2011 i alt 28 praktiserende speciallæger i psykiatri, fordelt på 18 speciallægepraksis (18 fuldtidspraksis). Ud af de i alt 18 fuldtidspraksis drives de 7 som delepraksis. Hertil kommer en praksis i Odense med en assisterende speciallæge (generationsskifteaftale).

Det er et særkende ved specialet, at mere end 1/3 af de psykiatriske speciallægepraksis drives som delepraksis. På Fyn er der 5 (ud af i alt 11 praksis) delepraksis. Hertil kommer ovennævnte praksis med en generationsskifteaftale. I den ene af de to delepraksis i Jylland (Esbjerg) er der tilknyttet 4 praktiserende psykiatere under ydernummeret. Delepraksis vil alt andet lige medføre en "højere" grad af udnyttelse af kapaciteten sammenholdt med en almindelig enkeltmandspraksis. Som det vil fremgå nedenfor er Fyn overrepræsenteret med praktiserende psykiatere, hvortil også kommer en "højere" kapacitetsudnyttelse i form af de 6 delepraksis/generationsskifteaftale.

Figur 4.2 viser den geografiske fordeling af psykiatripraksis i Region Syddanmark fordelt på byer pr. 1. januar 2011. Der er betydelig geografisk variation. I den sydvestlige del af regionen er der forholdsvis få praktiserende psykiatere. Derimod er Fyn kendetegnet ved mange praktiserende psykiatere.

Figur 4.2 Geografisk placering af psykiatripraksis i Region Syddanmark



I Danmark er der i alt 147 speciallægepraksis indenfor psykiatri. Tabel 4.2.1 viser fordelingen af praktiserende psykiatere opgjort som "fuldtidsenheder" fordelt på regioner. Begrebet "fuldtidsenhed" dækker over, at en fuldtidspraksis svarer til 1 fuldtidsenhed og en deltidspraksis svarer til 0,3 fuldtidsenhed. Antallet af "fuldtidsenheder" er derudover sat i forhold til befolkningstallet i de enkelte regioner.

Tabel 4.2.1 Kapaciteten indenfor specialet fordelt på regioner - opgjort på fuldtidsenheder (2010)

	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Psykiatriske speciallægepraksis ("fuldtidsenheder")	18,3	25	8	19	52
Psykiatriske praksis ved "fuldtidsenheder" pr. 100.000 indbyggere	1,53	2,0	1,38	2,3	3,15

Kilde: Øvrige regioner og Danmarks statistik

Note: Opgjort pr. 31. december 2009.

4

Tabellen viser, at hovedparten af de praktiserende speciallæger i psykiatri praktiserer i Region Hovedstaden- også set i forhold til befolkningstal. Region Nordjylland er den region, hvor der er færrest praktiserende speciallæger i psykiatri.

I gennemsnit omsatte den praktiserende psykiater (opgjort som "fuldtidsenhed") i Region Syddanmark i 2011 for 1,9 mio. kr. Samme år blev godt 8.400 forskellige patienter behandlet af de praktiserende speciallæger i psykiatri i Region Syddanmark, heraf var 3.900 nye patienter, svarende til 46 %.

I nedenstående tabel ses dækningen af praktiserende psykiatere i forhold til indbyggertal i de 4 hovedfunktionsområder indenfor den sygehusbaserede psykiatri i Region Syddanmark.

Tabel. 4.2.2
Psykiatrikapaciteten i Region Syddanmark pr. 1. januar 2011, fordelt på de 4 hovedfunktionsområder

Sygehusområder i Regionen**	Indbyggere pr. 1. jan 2011	Antal psykiatripraksis	Indbyggere pr. psykiatripraksis
Fyn	376.126	9	41.792
Lillebælt	355.375	5	71.075
Vestjylland	237.586	2*	118.793
Sønderjylland	231.569	2	115.785
Region Syddanmark	1.200.656	18	66.703

Kilde: Danmarks Statistik og CSC - Scandihealth

Noter: * Der er tale om 2 delepraksis bestående af henholdsvis 2 og 4 psykiatere.

** Kommuner som indgår se side 22.

Igen tegner der sig et billede af en skæv fordeling af psykiatrikapaciteten i Region Syddanmark: På Fyn er der ca. 40 % færre indbyggere pr. psykiatripraksis end i regionen under et. Lillebæltområdet ligger ca. på regionsniveau, mens der i Vest- og Sønderjylland er ca. dobbelt så mange indbyggere pr. psykiatripraksis som i regionen som helhed.

Alderssammensætning

I tabel 4.2.3 er der set på de praktiserende psykiateres alder. Lidt over halvdelen af de praktiserende psykiatere er i aldersgruppen 50 - 59 år.

Tabel 4.2.3

Aldersprofil for praktiserende psykiatere i Region Syddanmark pr. 1. januar 2011:

Alder	Antal	Ophør v/65 år					I alt
		2011	2012	2013	2014	2015	
Under 40	0						
40 - 49	3						
50 - 59	14						
60	3					3	3
61	1				1		1
62	1			1			1
63	3		3				3
64	2	2					2
65+	1						1
I alt	28						11

Kilde: CSC-yderregister

Note: I opgørelsen er ligeledes inddraget delekompagnoner

Forudsættes det, at de praktiserende psykiatere går på pension som 65 - årige, vil der i perioden 2011 - 2015 være behov for at rekruttere 11 praktiserende psykiatere. Hvis der tages udgangspunkt i ejerne af psykiatripraksis vil der for samme periode være behov for 8 nye praktiserende psykiatere. De mange delepraksis indenfor specialet (især på Fyn) gør prognosen en smule mere usikker.

Tabel 4.2.4. viser den tilsvarende aldersprofil for psykiatere ansat i sygehuspsykiatrien. Hvis der tages udgangspunkt i de samme forudsætninger som ovenfor om en pensionsalder på 65 år, vil der i perioden 2010 - 2014 skulle rekrutteres 37 psykiatere.

Tabel 4.2.4

Aldersprofil for overlæger og afdelingslæger ansat i sygehuspsykiatrien i Region Syddanmark 2010

Alder	Antal	Ophør v/65 år					I alt
		2010	2011	2012	2013	2014	
Under 40	3						
40 - 49	32						
50 - 59	56						
60	2						
61	7					7	7
62	3				3		3
63	7			7			7
64	5		5				5
65+	15	15					15
I alt	130						37

Kilde: Psykiatrien i Region Syddanmark, HR - afdeling.

For at bevare det samlede antal speciallæger i den samlede psykiatri i Region Syddanmark, vil der således skulle rekrutteres 48 psykiatere i planperioden.

I ovenstående er der dog ikke taget højde for, at der i den sygehusbaserede psykiatri på nuværende tidspunkt (medio 2012) er ca. 35 ubesatte lægestillinger⁵, der optimalt set også skal besættes.

Uddannelse af nye speciallæger i Region Syddanmark

I tabel 4.2.5. er der en oversigt over det forventede antal nyuddannede speciallæger i Region Syddanmark.

Tabel 4.2.5.

Forventet antal nyuddannede speciallæger i psykiatri fra afdelinger i Region Syddanmark

Ansættelsesår i H-stilling	Besatte H-stillinger	År for færdiguddannelse*
2006	5	2010
2007	10	2011
2008	9	2012
2009	10	2013
2010	9	2014
Total	43	

Kilde: Region Syddanmark -den lægelige videreuddannelse

**År for færdiguddannelse er fastsat ud fra en "alt andet lige" betragtning, hvor der ikke er taget højde for kandidaternes evt. barsel, Ph.D-forløb mv.*

Hovedforløbet i psykiatri tager fire år. På årsbasis opslås der i Region Syddanmark 11 H-forløb. På landsbasis er dimensioneringen 50 H-forløb pr. år. Tabel 4.2.5 viser det samlede antal besatte H-stillinger i Region Syddanmark pr. ansættelses- og færdiguddannelsesår.

Under forudsætning af at alle ansatte i H-forløbene gennemfører deres uddannelse, og gør det på normeret tid, vil der således blive uddannet 43 speciallæger i psykiatri indenfor de kommende fire år.

Selv under forudsætning af, at de nyuddannede speciallæger forbliver i regionen, vil rekrutteringsbehovet som følge af fratrædelse pga. alder/pension derfor knapt være dækket ind, ligesom de pt. ubesatte stillinger stadig vil være vakante.

Sundhedsstyrelsens lægeprognose 2010

Sundhedsstyrelsen udsendte i november 2010 en ny lægeprognose for udbuddet af læger og speciallæger i perioden 2010 - 2030. Generelt er der udsigt til, at der vil være 13 % flere læger i 2020 end i 2010. Det er en kraftig opjustering i forhold til den seneste prognose fra 2006. Det er stigninger, som vil berøre de fleste specialer; dog vil psykiatrispecialet i perioden 2010 - 2020, ifølge prognosen, derimod opleve en tilbagegang på 3 %. I perioden 2020 - 2030 forventes det, at denne udvikling vender, således at der sker en øget tilgang på 22 %.

Generelt er det erfaringen, at det har været, og er vanskeligt at få yngre læger til at uddanne sig til speciallæger i psykiatri. Der må derfor alt andet lige forventes en større udfordring med at imødekomme behovet for psykiatriske speciallæger indenfor de kommende år.

⁵ De 35 stillinger er udtryk for afdelingernes udmeldinger om ubesatte lægestillinger og omfatter overlæge-, afdelingslæge- og 1. reservelæge stillinger. Kilde: Opgørelse til Sygehusledelsen, møde 27. juni 2012.

Fra flere sider er der dog iværksat kampagner for at tiltrække flere yngre læger til psykiatrien, lige som der er sat fokus på at fjerne de barrierer, der opleves for at tiltrække læger til specialet. Ligeledes er der sat fokus på, hvilke forudsætninger der skal være til stede for at fastholde lægernes interesse for psykiatrien.

Ventetid:

Den ventetid, som patienten oplever fra deres kontakt til praksis og til de kommer til deres første konsultation hos den praktiserende psykiater, kan være en indikator for, om speciallægekapaciteten i praksissektoren er tilstrækkelig. Ved en sådan forudsætning skal der imidlertid tages højde for, at der kan være en tendens til, at den udbudte kapacitet udnyttes, således at jo større antal speciallæger, jo større vil efterspørgslen/behovet for speciallægehjælpen være. Dette kan delvis forklares ved, at afstand til et behandlingstilbud kan virke begrænsende på nogle patienters efterspørgsel efter ydelserne. Samtidig vil en større kapacitet kunne påvirke bredden af målgruppen til behandlingstilbuddet.

For patienter med et ikke - akut behandlingsbehov, varierer igangsætningen af behandlingen fra ca. 1 måned og op til 1 1/2 år.

Ultimo 2011 var ventetiden for ikke - akutte patienter følgende indenfor de 4 hovedfunktionsområder:

Fyn (11 praksis)

Her varierer ventetiden fra ca. 1 måned til 1,5 år. Af de i alt 11 praksis har 4 praksis en ventetid på 1-4 måneder. Herover for er der 2 praksis med en ventetid på 1,5 år. De resterende 4 ligger i intervallet 1/2 - 1 år.

I Odense er der i alt 2 psykiatripraksis, hvor ventetiden varierer mellem 3 - 4 måneder. De resterende praksis har en ventetid på 3/4 - 1,5 år.

Lillebælt (3 praksis)

Her varierer ventetiden fra 4 måneder - lidt over 1 år. 1 praksis har ca. 4 måneders ventetid. De resterende 2 har en ventetid på 1/2 - 1 år.

Vestjylland (2 praksis)

Her er ventetiden henholdsvis 3 måneder og 1/2 år.

Sønderjylland (2 praksis)

Her er ventetiden for de 2 praksis på henholdsvis 2 måneder og 1/2 år.

Ventetiden for ikke - akutte patienter til psykiatripraksis må betegnes som værende lang. Selv om der på Fyn er 2 praksis med de korteste ventetider i regionen (1 - 2 måneder), så er det generelle billede, at ventetiden er stigende fra den vestlige del af regionen til den østlige del af regionen. Den forholdsvis lange ventetid på Fyn er bemærkelsesværdig set i lyset af, at Fyn har den bedste dækning af praktiserende psykiatere. Det kan indikere, som der ses nærmere i afsnit 5, at der indenfor specialet kan eksistere en udbudsskabt efterspørgsel - også kaldet stærekasseeffekt - således at flere borgere vil ønske og modtage behandling, hvis adgangen til behandling bliver lettere. Den lettere adgang opnås bl.a. ved kortere ventetid samt nedsættelse af flere speciallægepraksis.

Praksisomsætning:

Overenskomsten fastsætter kriterier for de praktiserende psykiateres omsætning. Den praktiserende psykiater skal både opretholde et vist omsætningsniveau (nedre omsætningsgrænse), og samtidig er der en knækgrænse, som bevirker, at honorarerne reduceres med 40 %, hvis omsætningen i praksis, ekskl. § 64 - og rammeaftaler, når en vis grænse. I 2011(1. april) var den nedre omsætningsgrænse 867.289 kr. mens knækgrænsen var 3.000.705 kr.

Rationalet bag knækgrænsen er, at når den praktiserende speciallæge når en vis omsætning, er de faste udgifter dækket. Marginalomkostningerne er derfor faldende, hvilket afspejles i den reducerede honorering efter knækket.

Er omsætningen i praksis væsentligt under knækgrænsen må det som udgangspunkt vurderes, at der er en potentielt uudnyttet kapacitet til stede i praksis.

Knækgrænsen kan for nogle speciallæger virke som et loft, således at der ikke behandles patienter over knækgrænsen.

Tabel 4.2.6 viser den gennemsnitlige aktivitet i psykiatripraksis i Region Syddanmark i 2011. Af tabellen fremgår det, at hver psykiatripraksis (ydernummer) i gennemsnit behandlede 468 patienter pr. år (2 pr arbejdsdag), og at den gennemsnitlige psykiatripraksis havde 3.750 patientkontakter (17 pr arbejdsdag).

Endelig har den gennemsnitlige psykiatripraksis i Region Syddanmark fået udbetalt 1,9 mio. kr. i honorar fra den offentlige sygesikring i 2011.

Tabel 4.2.6

Gennemsnitlige aktivitet i psykiatripraksis i Region Syddanmark 2011. Produktion

Gennemsnitsberegninger	2011
Patientkontakter	67.493
Gennemsnitlige antal kontakter (kons./særyd.) pr. psykiatripraksis år/arbejdsdag	3.750/17
Antal patienter	8.432
Gennemsnitligt antal patienter pr. psykiatripraksis(ydernummer) år/arbejdsdag	468/2
Udbetalt bruttohonorar kr. i Region Syddanmark *)	34.177.649
Gennemsnitlige bruttohonorar kr. pr. psykiatripraksis (ydernr.)	1.898.758

* *Bruttohonorerer lig faktisk honorar udbetalt for en ydelse. Honoraret reguleres 2 gange årligt.*

Spredningen af patientkontakter for den enkelte psykiatripraksis i 2011 varierer fra 1.905 - 7.355 kontakter. Ses der tilsvarende på antallet af patienter i praksis, så er spredningen for 2011 på 209 patienter til 1.062 patienter. Ses der på spredningen i antal ydelser/patient så er den i intervallet 4,5 ydelser/patient og 13,8 ydelser/patient. De fynske psykiatripraksis ligger i top med gennemsnitlig 8,8 ydelser pr patient sammenholdt med gennemsnitlig 6,3 ydelser/patient for de jyske psykiatripraksis.

Delepraksis/enkeltmandspraksis

Tabel 4.2.6 b

Gennemsnitlig aktivitet i delepraksis / - enkeltmandspraksis (fuldtid) 2011. Produktion

	Delepraksis*	Enkeltmandspraksis - fuldtid
Antal patientkontakter pr. psykiatripraksis (ydernummer) år	4.510	3.141
Antal patienter pr psykiatripraksis (ydernummer)	508	450
kontakter/patient	8,9	7,0

Note *: Inklusiv generationsskiftepraksis.

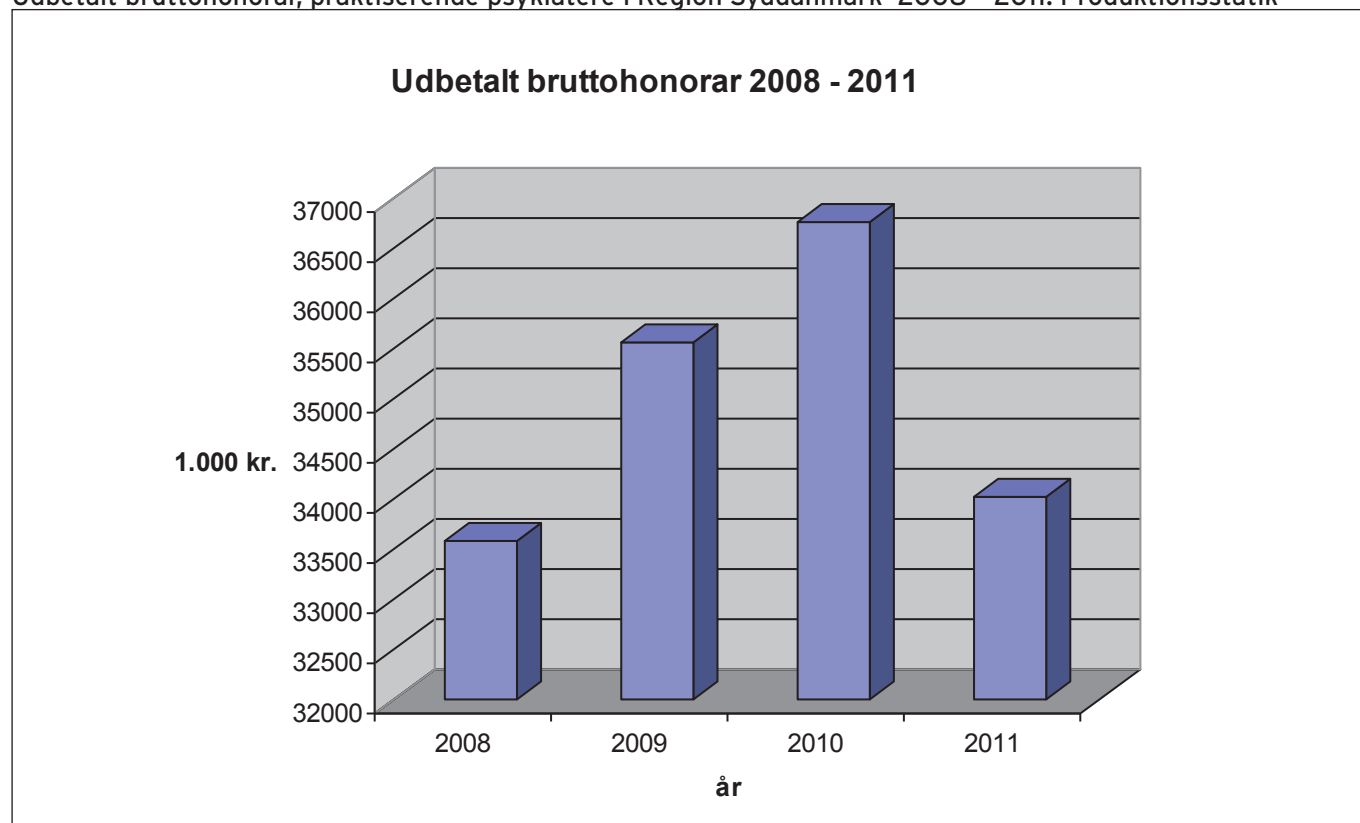
Som det fremgår af tabel 4.2.6. b er der en højere aktivitet i delepraksis, hvad angår antal patienter samt patientkontakter. Ses der på antal kontakter/patient ligger delepraksis ligeledes højest. I den forbindelse skal det nævnes, at der på Fyn er 2 enkeltmandspraksis, som har det højeste antal patienter i hele regionen.

4.3 Udgifts - og ydelsesudviklingen i speciallægepraksis

Figur 4.3.1 viser udbetalt bruttohonorar til praktiserende psykiatere i Region Syddanmark i perioden 2008 til 2011.

Figur 4.3.1.

Udbetalt bruttohonorar, praktiserende psykiatere i Region Syddanmark 2008 - 2011. Produktionsstatik



Kilde: SAS - datavarehus, Praksisafdelingen.

Samlet har der i perioden 2008 - 2011 været en negativ vækst. I faste priser er der tale om et fald på 8,5 %. Den negative vækst i 2011 skyldes først og fremmest nedlæggelsen af en deltidspraksis samt sygdom.

Tabel 4.3.2 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på 2 hovedgrupper i perioden 2008 - 2011 var på 5,5 %. Tilsvarende vækst i perioden 2009 - 2010 samt 2010 - 2011 var henholdsvis 3,7 % og - 7,6.

Tabel 4.3.2

Honorar udbetalt til psykiatripraksis i Region Syddanmark fordelt på 2 hovedgrupper. 1.000 kr. Produktionsstatistik.

Ydelser	2008	2009	2010	2011	Udgifts- stigning 2008/09 i %	Udgifts- stigning 2009/10 i %	Udgifts- stigning 2010/11 i %
Grund- og tillægsydelser	32.985	34.540	36.063	33.444	4,7	4,4	- 7,3
Tolkebestand	856	1.155	937	727	34,9	- 18,9	- 22,4
I alt	33.841	35.695	37.000	34.171	5,5	3,7	-7,6

Kilde: CSC. SAS datavarehus.

Forbruget af tolkebestand siger isoleret set ikke så meget om aktiviteten. Dog vil flere patienter med behov for tolkebestand alt andet lige - for den enkelte psykiater medføre et øget tidsforbrug.

Den gennemsnitlige omsætning i psykiatripraksis i Region Syddanmark var i 2011 på 1,9 mio. kr. Omsætningen i praksis kan (jf. ovenfor) være en indikator på, i hvor høj grad kapaciteten i den enkelte praksis udnyttes.

Den højeste omsætning i 2011 for en praksis (fuldtidsydernummer) i regionen var på ca. 3,5 mio. kr., og den laveste omsætning var på ca. 0,9 mio. kr.

Tabel 4.3.2 viser Region Syddanmarks udgifter til praktiserende psykiatere pr. indbygger sammenholdt med udgifterne i de fire andre regioner. Af figuren ses, at Region Syddanmark har den næstlaveste udgift pr. indbygger. Kun Region Nordjylland afholder færre udgifter pr. indbygger. I forhold til Region Syddanmark er forbruget på praktiserende psykiatere i Region Hovedstaden næsten 100 % højere.

Tabel 4.3.2

Regionernes udgifter til psykiatripraksis i 2011 opgjort pr. indbygger.

	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Udgifter 2011 (kr.)	28	33	25	42	55

Kilde: CSC Targit og Danmarks Statistik

Nedenstående tabel viser antal ydelser i psykiatripraksis fordelt på 2 hovedgrupper i 2008 - 2011 samt den procentvise udvikling i ydelserne (specificeret ydelsesoversigt ses i bilag 1)

Tabel 4.3.3
Antal ydelser i psykiatripraksis fordelt på 2 hovedgrupper i 2009 - 2011. Produktion

Ydelser	Antal ydelser 2009	Antal ydelser 2010	Antal ydelser 2011	Ydelsesstigning	
				2009/10 i %	2010/11 i %
Konsultationer	71.872	75.439	67.493	5,0	-10,5
Tolkebistand	5.974	4.819	3.716	-19,3	-22,9
Antal patienter behandlet i psykiatripraksis	8.580	8.729	8.432	1,7	-3,4

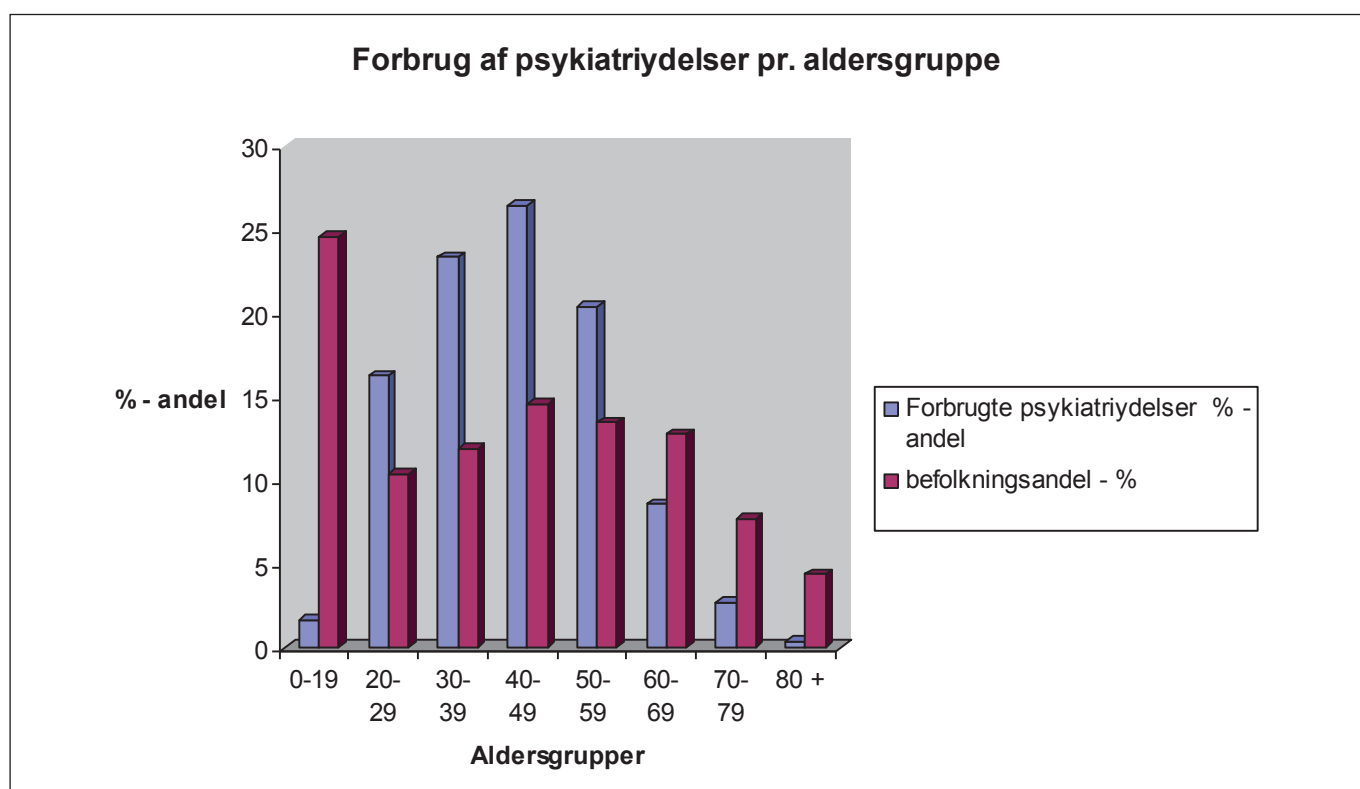
Kilde: CSC Esperant.

I perioden 2009/10 er stigningen i antal konsultationer forholdsvis højere end stigningen i antal behandlede patienter i praksis. I perioden 2010/11 er det modsat, idet faldet i antal konsultationer er forholdsvis højere end nedgangen i antal behandlede patienter.

Vedrørende brugen af tolke så er der i begge perioder tale om en negativ vækst på omkring 20 %.

Figur 4.3.4 viser aldersfordelingen for patienter i psykiatripraksis i Region Syddanmark. Det fremgår af figuren, at gruppen af 30 - 49-årige modtager flest ydelser, også sammenholdt med befolkningsandelen. Generelt er der en overrepræsentation i forbruget af psykiatrydelser i aldersintervallet 20 - 60 år.

Figur 4.3.4
Forbrug af ydelser i psykiatripraksis fordelt på aldersgrupper. Region Syddanmark 2011



Kilde: CSC Esperant og Danmarks Statistik.

4

Tabel 4.3.4 viser borgerne i Region Syddanmarks forbrug af praktiserende psykiatere i 2011 fordelt på bopælskommune og hovedfunktionsområde. Af tabellen fremgår det, at det højeste forbrug pr. indbygger har været i Nyborg og Odense Kommune og det laveste i Tønder Kommune. Ses der på hovedfunktionsområder, ligger forbruget højest på Fyn og lavest i det sønderjyske område.

Tabel 4.3.4

Borgerne i Region Syddanmarks forbrug af praktiserende psykiatere i 2011 fordelt på bopælskommune og planlægningsområde. Forbrug.

Hovedfunktionsområde	Sikredes kommune	Udgift i alt kr. 1.000	Udgift pr. indbygger kr.
Fyn	Faaborg-Midtfyn	1.654	32
	Kerteminde	999	42
	Nyborg	2.099	67
	Odense	12.273	65
	Svendborg	2.165	37
	Langeland	341	26
	Ærø	71	11
	I alt	19.608	52
Lillebælt	Middelfart	1.235	33
	Nordfyn	701	24
	Assens	1.490	36
	Fredericia	1.484	30
	Kolding	1.697	19
	Vejle	1.992	19
	I alt	8.599	24
	Vestjylland	Billund	373
Esbjerg		2.137	19
Fanø		48	15
Varde		924	18
Vejen		326	8
I alt		3.808	16
Sønderjylland		Haderslev	666
	Sønderborg	886	12
	Tønder	90	2
	Aabenraa	384	10
	I alt	2.026	9
Region Syddanmark	I alt	34.041	28

Kilde: Danmarks Statistik og CSC - Scandihealth.

I speciallægepraksissektoren er der frit valg af speciallæger over hele landet. Nogle borgere i regionen vælger at blive behandlet i andre regioner, ligesom borgere i andre regioner vælger at blive behandlet af praktiserende speciallæger i Region Syddanmark.

I 2011 betalte Region Syddanmark ca. 0,9 mio. kr. til andre regioner for behandling af regionens borgere hos praktiserende psykiatere, mens de praktiserende psykiatere i Region Syddanmark behandlede andre regioners borgere for i alt 1,1 mio. kr., hvilket svarer til et nettooverskud på ca. 0,2 mio. kr.

Opsummering af afsnit 4.2 og 4.3 vedrørende kapacitet og aktivitet i speciallægepraksis

National sammenligning:

Region Syddanmark har næst færrest antal praktiserende psykiatriske speciallæger og den næst laveste udgift til psykiatrisk speciallægehjælp pr. indbygger på nationalt plan.

Ydelser og udgifter pr. borger:

Der er flest udgifter og ydelser pr. patient på Fyn, hvor der også er flest praktiserende psykiatere pr. indbygger.

Behandlinger pr. patient:

Der gives flest behandlinger pr. patient på Fyn. Ligeledes gives der flere behandlinger pr. patient i delepraksis sammenlignet med enkeltmandspraksis.

Ventetid:

Ventetiden på behandlingen spænder fra 2 måneder til 1,5 år. Ventetiden er lavest, hvor der er færrest praktiserende speciallæger (Vest- og Sønderjylland), og højest hvor der er flest (Fyn).

Dette kan bl.a. forklares af, at der ikke er kendskab til muligheden for behandling ved praktiserende psykiatere i de tyndt befolkede områder, hvorfor søgningen er lav, eller ved at patientomsætningen i praksis er lav på Fyn.

Delkonklusion:

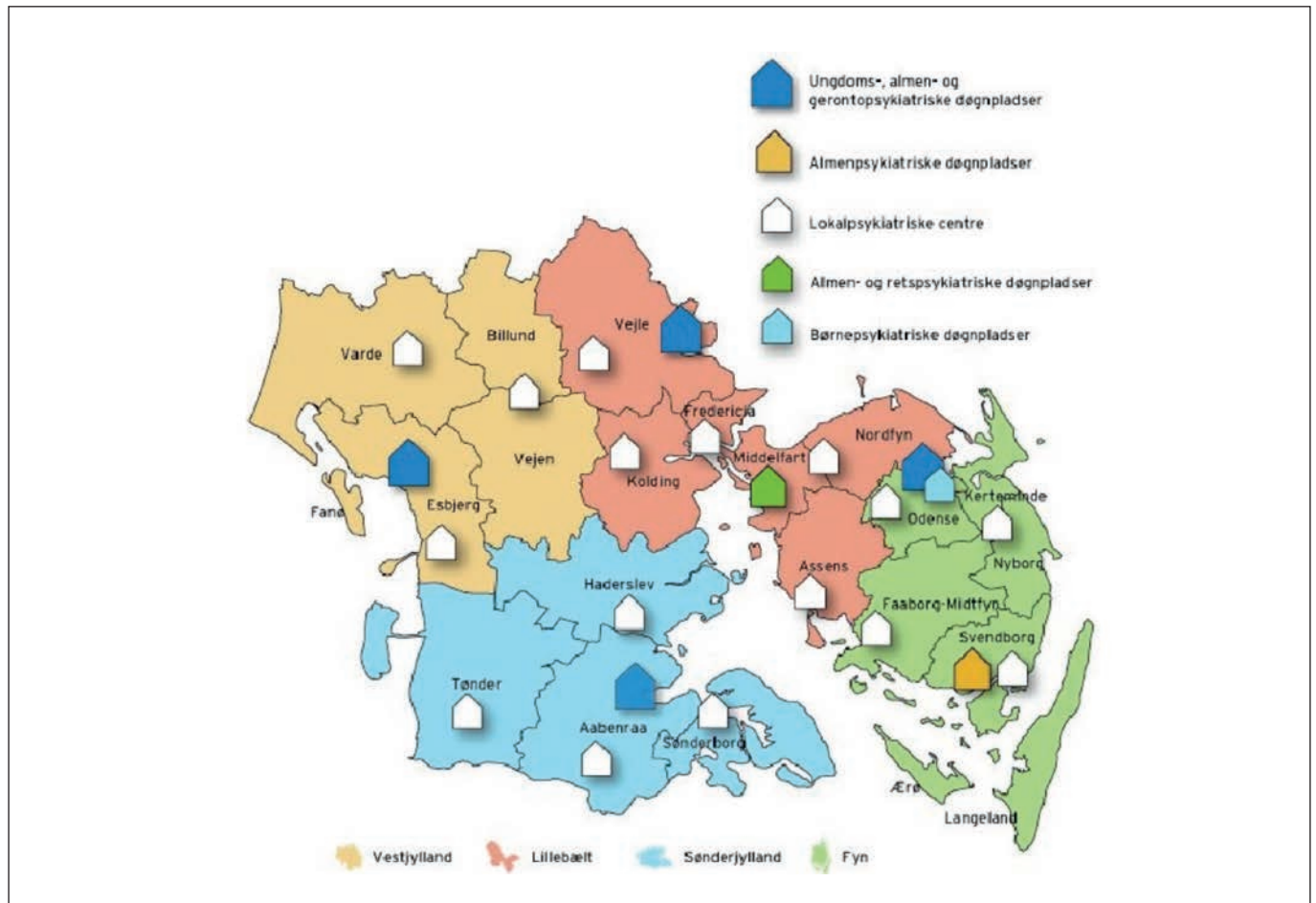
Der er på baggrund af de ovenstående data ingen synlig sammenhæng mellem kapacitet og ventetid.

4

4.4 Kapacitet og aktivitet i den regionale sygehuspsykiatri

Organisering af den regionale behandlingspsykiatri i Region Syddanmark

Den regionale behandlingspsykiatri i Region Syddanmark er organiseret i fire hovedfunktionsområder jf. Sundhedsstyrelsens definition⁶. Opdelingen i hovedfunktionsområderne fremgår af nedenstående kort:



Hvert hovedfunktionsområde indeholder ambulante og stationære tilbud indenfor børne- og ungdomspsykiatri og almen psykiatri, herunder gerontopsykiatri og behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge/torturofre, samt udviklingshæmmede mennesker med psykisk lidelse.

Hovedparten af patientkontakten foregår ambulantly.

Almen psykiatri

Udredning og behandling i almen psykiatrien foregår hovedsageligt ambulantly i de lokalt forankrede behandlingstilbud i lokalpsykiatrien, samt i ambulatorier i tilknytning til de stationære funktioner. De stationære funktioner består af sengeafdelingerne i Vejle, Kolding, Esbjerg, Haderslev, Augustenborg, Middelfart, Odense og Svendborg, hvor der ligeledes foretages udredning og behandling.

⁶ En hovedfunktion defineres jf. Sundhedsstyrelsen som en funktion, der omfatter "ca. 90 % af al aktiviteten indeholdende forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor såvel sygdom som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, hvor ydelserne er af begrænset kompleksitet, og hvor ressourceforbruget ikke tilsiger en samling af ydelserne".

Den ambulante indsats er som følge af vedtagelsen af psykiatriplanen "Fremtidens Psykiatri" tilrettelagt således, at Lokalpsykiatrien fungerer som indgangsporten til og omdrejningspunktet for sygehuspsykiatrien. Når planen er fuldt implementeret, vil der være etableret 16 lokalpsykiatrier, svarende til et befolkningsunderlag på ca. 55-60.000 borgere pr. lokalpsykiatri. Hver lokalpsykiatri vil som minimum indeholde en almen funktion, en psykosefunktion og en akutfunktion.

Døgnsengene fungerer som bagland for den ambulante funktion og yder behandling der, hvor de lokalpsykiatriske tilbud ikke rækker, og hvor en indlæggelse kan give den ro om patienten, som er nødvendig for det videre behandlingsforløb.

Aktiviteten i den regionale behandlingspsykiatri er vist i tabel 4.4.1.

Tabel 4.4.1
Ambulant aktivitet 2011 fordelt på hovedfunktionsområder

Almen psykiatri Ambulant Aktivitet 2011	Antal kontakter	Antal nye kontakter	Antal nye cpr-nr.	Antal afslut- tede kontakter	Antal afsluttede patientforløb
Vestjylland	42.432	9.566	3.727	9.440	3.927
Lillebælt	39.773	5.846	3.697	5.247	3.595
Fyn	46.219	10.937	5.689	10.358	5.746
Sønderjylland	37.946	2.643	2.004	2.352	1.854
Total	166.370	28.992	15.117	27.397	15.122

Kilde: Psykiatriens LIS

Af tabel 4.4.1 fremgår det, at der i 2011 i alt var godt 166.000 ambulante patientkontakter i den sygehusbaserede psykiatri. På årsbasis blev der set godt 15.000 nye patienter⁷ og opstartet knap 29.000 nye forløb. Disse tal dækker over, at samme patient kan være afsluttet fra ét behandlingsforløb og startet i et nyt indenfor samme år.

Sammenlignende kan det ses af tabel 4.4.2, at der i 2011 har været indlagt knap 5.000 patienter. Disse har tegnet sig for godt 8.000 indlæggelsesforløb og i alt godt 160.000 sengedage.

Tabel 4.4.2
Stationær aktivitet 2011 fordelt på hovedfunktionsområder

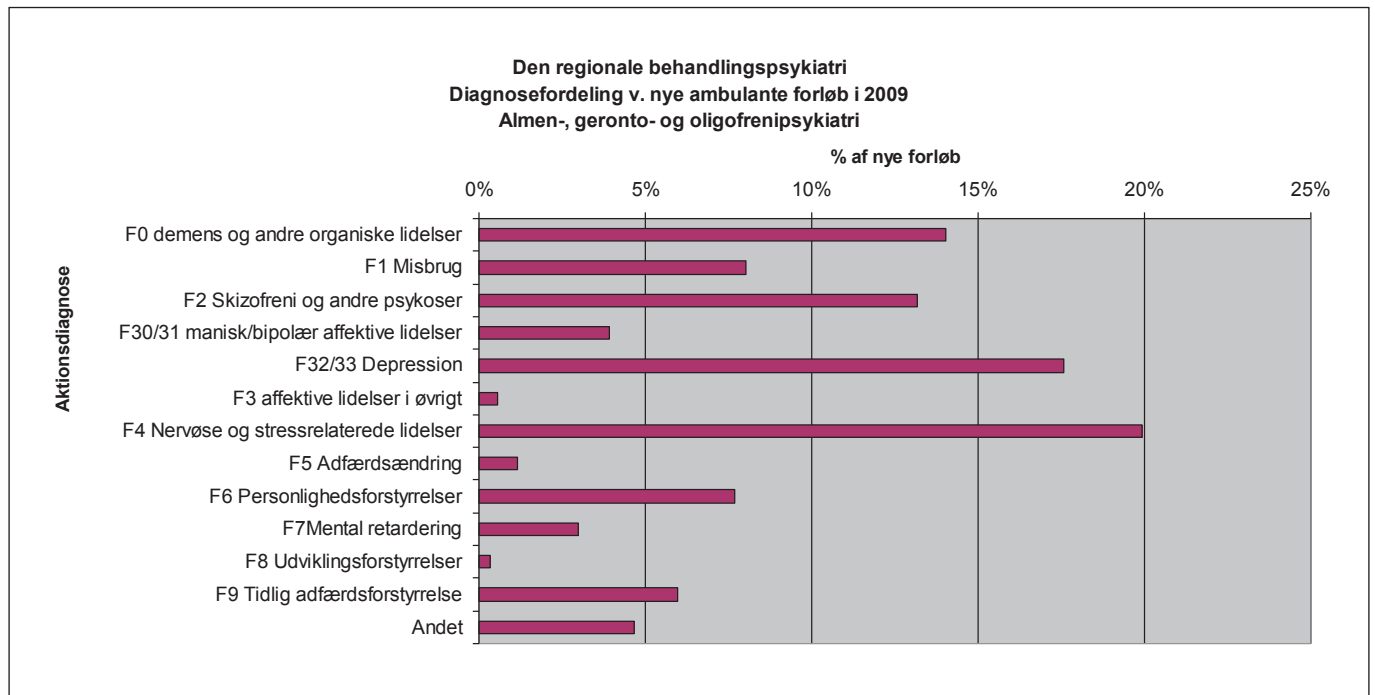
Stationær aktivitet 2011 Almen psykiatri	Antal sengedage	Antal indlæggelser	Antal indlagte cpr.numre
Vestjylland	29.905	1.639	866
Lillebælt	37.828	2.008	1.142
Fyn	60.654	3.228	1.919
Sønderjylland	33.788	1.698	950
Total	162175	8573	4877

Kilde: Psykiatriens LIS

⁷ Med nye cpr-nr. forstås patienter, der ikke tidligere samme år har haft kontakt til psykiatrien.

I figur 4.4.9 er der en opgørelse af diagnosefordelingen ved nye ambulante forløb i 2009 indenfor almen-, geronto- og oligofrenipsykiatri.

Figur 4.4.9.
Diagnosefordeling ved nye ambulante forløb indenfor den regionale behandlingspsykiatri.



Kilde: Psykiatriens LIS.

Af oversigten fremgår det, at hovedparten af behandlingsforløbene har været rettet mod ikke-psykotiske lidelser (nervøse og stressrelaterede lidelse samt depression - i alt ca 37%), samt mod demens og andre organiske lidelser (14%). Behandling for psykotiske lidelser tegner sig for ca. 13% af alle behandlingsforløb.

Ventetider i den sygehusbaserede psykiatri i 2012:

Ventetiderne⁸ til behandling ved de psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark (stationært og ambulante) var pr. juni 2012 på mellem 7 og 13 uger, for de diagnoser, hvor der er registreret den længste ventetid. Den angivne, gennemsnitlige ventetid har været godt 8 uger.

Hvis man opgør ventetiden som den tid patienterne reelt har ventet fra henvisningstidspunkt til behandlingsopstart har 89 % af alle henviste patienter i 2011 til psykiatriske afdelinger påbegyndt udredning indenfor 2 måneder.

Se bilag 12.2 for uddybning af tallene.

⁸ Indberettet til Venteinfo.dk.

4.5 Samlede ambulante kapacitet og aktivitet i praksis og sygehusregi

I 2011 var der i alt 18 psykiatripraksis med i alt 28 praktiserende psykiatere. En del af de praktiserende psykiatere i delepraksis må formodes også at have ansættelse i sygehuspsykiatrien. Heroverfor var der i den ambulante sygehuspsykiatri i 2010 beskæftiget 130 overlæger/ afdelingslæger. En del af disse er ligeledes beskæftiget med de stationære funktioner. Hertil kommer også, at den sygehusbaserede psykiatri i 2010 havde ca. 45 ubesatte lægestillinger.

I 2011 havde regionen en udgift til de praktiserende psykiatere på 28 kr. pr indbygger i Region Syddanmark.

I 2011 var der gennemsnitligt 3.750 kontakter pr. psykiatripraksis (gennemsnitlig 477 patienter pr psykiatripraksis). Indenfor den ambulante sygehuspsykiatri var der i 2010 gennemsnitlig 1.193 kontakter pr. psykiatrisk overlæge/ afdelingslæge.

I 2011 var ventetiden for ikke - akutte patienter i psykiatripraksis gennemsnitligt 33 uger (simpelt uvejlet gennemsnit). Indenfor den sygehusbaserede psykiatri blev 85 % af de henviste patienter påbegyndt udredning indenfor 2 måneder (tal for 2012).

Der foreligger ingen opgørelse over, i hvilket omfang patienter, der egentlig tilhører målgruppen for behandling i psykiatripraksis, bliver henvist til behandling i den sygehusbaserede psykiatri p.g.a. den lange ventetid.

5 Vurdering af den fremtidige kapacitet i speciallægepraksis

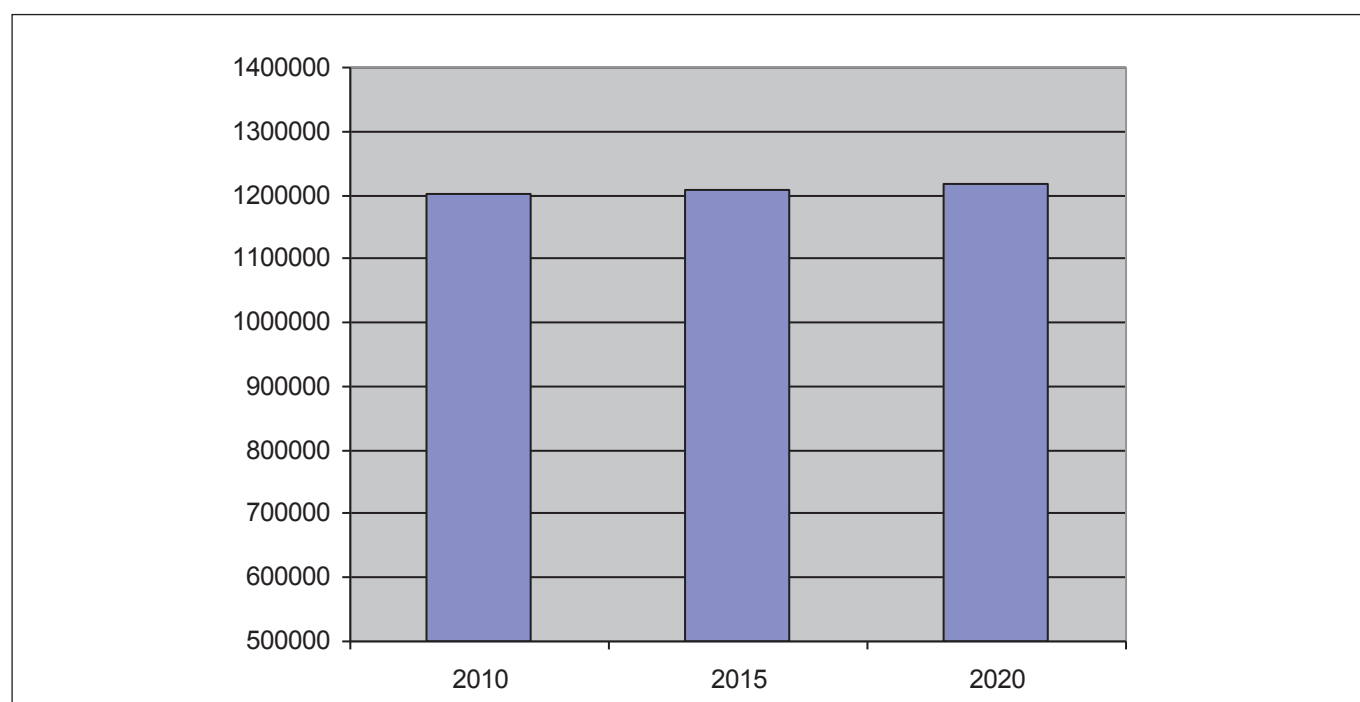
I dette kapitel vurderes den fremtidige kapacitet i psykiatripraksis samt den samlede ambulante psykiatriske betjening. Til belysning heraf inddrages den demografiske udvikling, overenskomstens bestemmelser vedrørende kapacitet og planlægning, ventetiden, den geografiske dækning samt politiske udmeldinger. Arbejdsdelingen er ligeledes af betydning, men vil blive behandlet særskilt i kapitel 6.

5.1 Demografisk udvikling

Dette afsnit viser den demografiske udvikling i regionen. Samtlige data vedrørende befolkningsudvikling er fra Danmarks Statistik.

Som det fremgår af figur 5.1 forventes befolkningstallet i Region Syddanmark at stige fra 1.200.277 i 2010 til 1.208.383 i 2015 og til 1.217.115 i 2020 svarende til en samlet forventet stigning på ca. 1,5% eller 16.838 indbyggere.

Figur 5.1.
Befolkningsprognose Region Syddanmark 2010 - 2020

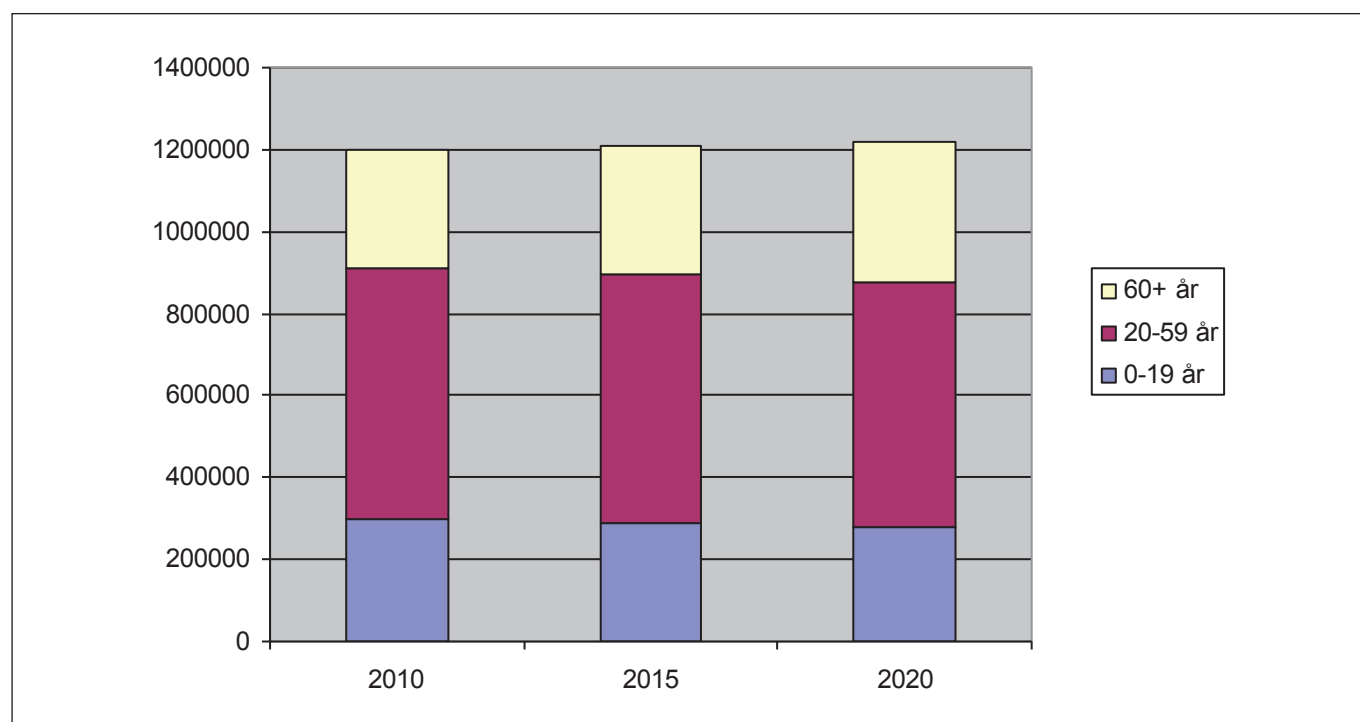


Kilde: Danmarks Statistik.

Af figur 5.2 nedenfor ses, at gruppen over 60 år bliver en procentvis større del af den samlede befolkning end tilfældet er i dag, hvor aldersgruppen udgør 24%.

En aldersstandardiseret beregning viser, at udviklingen i befolkningens alderssammensætning vil betyde en negativ udgiftsvækst fra 2010 til 2015 på 1/2 mio. kr. og fra 2015 til 2020 på - 600.000 kr., hvilket i den samlede periode vil svare til ca. et 1/2 - ydernummer.

Figur 5.2
Prognose over udvikling i aldersfordelingen i regionen 2010 -2015



Kilde: Danmarks Statistik.

5.2 Overenskomstens bestemmelser vedrørende kapacitet og planlægning

Overenskomstens planlægningsbestemmelser betyder, at regionen har frihed til at fastlægge kapaciteten og serviceniveauet i regionen, når det sker i respekt for overenskomstens hovedmålsætning om at sikre befolkningen adgang til speciallægehjælp efter Sundhedslovens bestemmelser ved hovedsagligt fuldtidspraktiserende speciallæger.

Udover fuldtidspraksis kan speciallægepraksis i henhold til overenskomsten tilrettelægges som deltidspaksis, overlægepraksis og delepraksis, ligesom der kan ske ansættelse af assisterende speciallæge. Indgåelse af delepraksis samt ansættelse af assisterende speciallæger kan dog kun ske efter tilladelse fra samarbejdsudvalget.

Praksisplanen skal, i henhold til Overenskomsten for Speciallægehjælp, danne grundlag for beslutning om overenskomstmæssige praksisforhold og fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt. Praksisplanen skal ud fra hensynet til effektivitet og kvalitet sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening indenfor sygehusvæsenet og i speciallægepraksis samt sikre en samordning med almen praksis.

Ved planlægningen skal det tilstræbes, at der i regionen er et tilstrækkeligt antal speciallægepraksis, hvortil der er handicapvenlig adgang.

Strukturreformen har betydet nye geografiske rammer for planlægningen. Regionen er indenfor det psykiatriske område inddelt i 4 hovedfunktionsområder (jf. afsnit 4.4.). Praksisplanlægningen skal således ske i relation til de nye planlægningsområder og dermed være med til at skabe en samlet sundhedsplanlægning i regionen.

Praksisplanen fastlægger endvidere retningslinjer for nynedsættelser, flytning samt nedlæggelse af praksis.

Lokale aftaler:

§ 64 - aftaler

Udover de i overenskomsten aftalte ydelser kan der med hjemmel i overenskomsten indgås lokale aftaler, der fraviger eller supplerer den eksisterende overenskomst (de såkaldte § 64 - aftaler (tidligere § 3 - aftaler)).

Der er således mulighed for at indgå aftaler om f.eks. udlægning af sygehusopgaver til speciallægepraksis, som kan foretages ambulært, og som regionen finder, der er behov for.

Der kan også være situationer, hvor man som en forsøgsordning lokalt gerne vil afprøve behandlingsteknikker, som er relevante for speciallægepraksis, men som endnu ikke er optaget i speciallægernes ydelsessortiment (forsøgsordning).

En sådan forsøgsordning bør dog have et landsdækkende perspektiv, således at forsøgsordningens beskrivelse og evaluering evt. kan indgå i et generelt moderniseringsarbejde for specialet eller i en lynmodernisering.

Det er ligeledes muligt at inddrage de praktiserende speciallæger i ventelisteafviklingen ved indgåelse af lokale aftaler mellem regionen og speciallægen.

Der er mellem Region Syddanmark og de praktiserende psykiatrispeciallæger ikke p.t. indgået lokale aftaler.

§ 66 - aftaler (20 % kapacitetsaftaler)

I forbindelse med indgåelse af den sidste overenskomst indenfor speciallægehjælp var der enighed om, at speciallægepraksis skal indgå i et tættere samarbejde med resten af sundhedsvæsenet og dermed blive en mere integreret del af det offentlige sundhedsvæsen.

I den forbindelse har det været afgørende, at regionerne mere fleksibelt kan indgå aftaler med speciallægerne, og det kræver, at en del af kapaciteten i speciallægepraksis friholdes, så den kan bruges i henhold til regionernes behov.

Ovenstående er indarbejdet i overenskomstens § 66. Heraf fremgår det, at der etableres et råderum svarende til 20 % af kapaciteten i speciallægepraksis. Regioner og speciallæger (eller grupper af speciallæger) er gensidigt forpligtiget til at indgå aftale om råderummets anvendelse. Råderummets indhold aftales mellem grupper af speciallæger indenfor samme speciale og regionen.

Forhandlingerne gennemføres med FAPS som bisidder. Der kan indgås aftale om såvel eksisterende overenskomstydelser samt andre, nye ydelser. Såvel regionen som speciallægen er forpligtiget til at indgå aftale om den friholdte kapacitet. Den enkelte praksis er sikret en aktivitet på samme niveau som tidligere.

Bestemmelsen tilgodeser regionernes behov for at se kapaciteten i speciallægepraksis som en del af den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet og dermed inddrage speciallægepraksis mere i den samlede sundhedsplanlægning.

Da der er tale om en nyskabelse som først lige er trådt i kraft, foreligger der p.t. ingen § 66 - aftaler i Region Syddanmark. I kapitel 7 er nærmere beskrevet et konkret forslag til iværksættelse af en § 66 - aftale i Region Syddanmark.

Generelt for praksisområdet (speciallæger) er der indgået aftaler om:

- Honorering for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i konferencer og faglige møder på sygehusene.
- Honorering for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i udvalg og arbejdsgrupper.
- Praktiserende speciallægers og praksispersonales efteruddannelse på sygehuse og sygehusansatte speciallægers ophold i speciallægepraksis samt alment praktiserende lægers efteruddannelsesophold i speciallægepraksis.

Region Syddanmark har udarbejdet særlige principper for indgåelse af § 64 -aftaler, der nærmere beskriver proceduren for behandling og indgåelse af § 64-aftaler. Proceduren fremgår af bilag 12.3.

5.3 Ventetiden

Med udgangspunkt i ventetiden for ikke - akutte patienter fremgik det af 4.2, at langt hovedparten af patienterne indenfor sygehuspsykiatrien fik igangsat en behandling indenfor 2 måneder. Derimod blev der konstateret lange ventetider indenfor psykiatripraksis, hvor hovedparten har ventetider på 1/2 - 1 år. Ventetiden er særlig fremtrædende på Fyn, som samtidig har den bedste dækning af psykiatripraksis.

Ventetiderne er dog præget af stor variation de enkelte psykiatripraksis imellem. Den korteste ventetid er 4 - 8 uger (Middelfart og Svendborg) og den længste på 78 uger (Odense og Nyborg).

Umiddelbart taler det for, at den nuværende kapacitet ikke er dækkende, men at der er behov for at udvide kapaciteten, og ad den vej nedbringe ventetiden. Meget tyder imidlertid på, at der ikke nødvendigvis er en direkte sammenhæng mellem kapaciteten og ventetiden. I stedet lader det til, at der er tale om udbudsindiceret efterspørgsel, således, at såfremt der oprettes ekstra kapacitet, vil den samlede efterspørgsel og dermed aktivitet i området ikke være uændret, men derimod stige som følge af det "ekstra" tilbud.

5.4 Den geografiske dækning

I afsnit 4 blev det påvist, at der er en skæv geografisk fordeling af de nuværende psykiatripraksis, hvor hovedparten er koncentreret på Fyn, mens det vest - og sønderjyske område har den dårligste dækning. Den politiske målsætning om, at psykiatripraksis placeres, så der sikres størst mulig geografisk lighed i borgernes adgang til psykiatrisk behandling er således ikke umiddelbart opfyldt.

Det taler for, at såfremt der åbnes op for en udvidelse af kapaciteten eller en flytning af den eksisterende kapacitet, at denne placeres i det vest - og sønderjyske område.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i forbindelse med en eventuelt udvidelse af kapaciteten eller en flytning af den eksisterende kapacitet, at denne placeres i det vest - og sønderjyske område.

5.5 Politiske udmeldinger og beslutninger

Vurderingen af den fremtidige kapacitet indenfor det ambulante psykiatriske område er endvidere afhængig af politiske prioriteringer. I afsnit 3.1. blev Region Syddanmarks målsætninger for psykiatripraksis kort beskrevet. Herudover har regionsrådet i forbindelse med budgetforhandlinger berørt psykiatripraksis.

Af budgetforliget for Region Syddanmark for 2012-2015 fremgår det, at der skal nedlægges to ydernumre i Odense ved naturlig afgang. Hvorvidt det er delepraksis eller fuldtidsydernumre, der vil blive nedlagt, beror på den aktuelle situation⁹.

⁹ Forslag til budget 2012 - Sundhed: Udfordringer og forslag til håndtering: aktivitetsdæmpende initiativer, fremrykning af strukturændringer og effektiviseringer/sparekatalog, behandlet i Regionsrådet 1. gang d. 22. august 2011

Nedenfor vil udmøntningen af denne besparelse blive nærmere drøftet.

I praksisplanen er det flere gange kommet til udtryk, at der i Region Syddanmark går en skillelinje ned gennem Lillebælt mellem praktiserende psykiatere på henholdsvis Fyn og den jyske del af regionen.

Nedenfor vil den såkaldte "fynske" og "jyske" model blive nærmere analyseret. Resultatet heraf vil dels indgå i udmøntningen af ovennævnte pålagte besparelse, dels blive brugt i vurderingen af den generelle kapacitet på området.

Den "fynsk - jyske model"

Udover at Fyn har den bedste dækning af praktiserende psykiatere, flest delepraksis, den højeste aktivitet og længste ventetid m.m., så er der også tale om - på overordnet plan - at en stor del af de praktiserende psykiatere på Fyn, særligt omkring Odense, har en anden tilgang til behandling af henviste patienter end i den jyske del af regionen, idet de i højere grad anvender psykoterapi som behandlingsform frem for "almen psykiatrisk behandling", som i henhold til overenskomsten omfatter diagnostik, medikamentel behandling, rådgivning, vejledning og støtte samt psykoterapeutiske samtaler (jf. overenskomstens § 1, stk. 1, specielle del). I nedenstående tabel 5.5. er forskellige nøgletal for aktiviteten i psykiatripraksis i henholdsvis Odense (Kommune), Fyn og Jylland (den jyske del af Region Syddanmark) beskrevet.

Tabel 5..

Nøgletal for psykiatripraksis i 3 områder af Region Syddanmark. 2011. Produktion

Område	1. kons.* % - andel	Udgift/pers. (kontakter) Kr.	Medicin Ddd/per- son**	Sygesikr. i alt kontakter + medicin/ pers kr.	Psykoterapi Vs Almen psy- kiatri % - andel ydelse	Ventetider 1. kons. (ikke akut) uger
Odense	38	5.461	390	7.285	40-60	12-78
Fyn	35	4.339	436	6.922	35-65	4-78
Jylland	47	3.046	358	4.811	26-74	8-60
Region Syddanmark	39	3.871	410	6.158	33-67	4-78

Kilde: CSC - SAS -datavarehus

* ydelse 0110

** tilskudsberettiget medicin

I første kolonne er andelen af 1. konsultationer i forhold til antal behandlede personer (unikke cpr.) angivet. Kolonnen fortæller lidt om gennemstrømningen af patienter i praksis. I Odense og på Fyn fik mellem 35 - 38 procent af patienterne en 1. konsultation mens det i Jylland var næsten hver anden (47 %). Det giver et fingerpeg om, at forholdsvis flere patienter på Fyn er i længerevarende forløb end i Jylland. I bilag 12.4 er der en uddybning af ovenstående tabel med en angivelse af de mindste og højeste værdier for de enkelte praksis. Således er der en praksis med en 1. konsultationsandel på 22 % og i den øvre ende en praksis med en 1. konsultationsandel på 62 %.

I 2. kolonne er de samlede udgifter til kontakter/konsultationer pr. patient i praksis angivet. I Jylland er den gennemsnitlige udgift på 3.046 kr./patient mens den i Odense er 5.461 kr./patient. For samtlige psykiatripraksis under et er der tale om et interval fra 2.157 kr./patient til 7.711 kr./patient - se bilag 12.4.

I 3. kolonne er der tilsvarende set på, hvor meget medicin der gennemsnitligt er ordineret pr patient (angivet som ddd). Også her tegner sig et billede, hvor der er ordineret mindre medicin pr. patient i Jylland sammenlignet med Odense/Fyn.

I 4. kolonne er udgiften til konsultationer samt medicintilskud lagt sammen og set i forhold til antal patienter i praksis. Også her er der markant forskel på Jylland og Odense/Fyn. Den samlede gennemsnitlige sygesikringsudgift pr patient er ca. 34 % højere i Odense sammenlignet med Jylland. Tages der udgangspunkt i de enkelte psykiatripraksis er forskellen endnu mere markant - jf. bilag 11.4 - hvor den samlede gennemsnitlige sygesikringsudgift/patient varierer fra 3.129 kr/patient til 11.794 kr, d.v.s. en forskel på næsten 400 %.

I den næstsidste kolonne er set nærmere på, hvilken type af psykiatrisk behandling der bliver udført. Her er der sket en sammenstilling af henholdsvis psykoterapeutiske ydelser over for ydelser tilknyttet almen psykiatrisk behandling. I Odense er ca. 40 % af ydelserne relateret til psykoterapi mens 60 % er almen psykiatrisk behandling. Psykoterapiandelen er 35 % på Fyn som helhed og 26 % i den jyske del af regionen. Også her er der voldsom stor forskel de enkelte praksis imellem, hvilket bl.a. fremgår af bilaget.

I den sidste kolonne er opført oplysninger om den gennemsnitlige ventetid for ikke - akutte patienter.

Der er ikke evidens for, at psykoterapi som behandlingsform er mere effektiv end andre psykiatriske behandlingsmetoder. I kapitel 6 fremgår det, at behandlingseffekten af henholdsvis psykoterapi og medikamentel behandling er omtrent lige gode. Det er arbejdsgruppens vurdering, at psykiatripraksis som udgangspunkt skal kunne tilbyde en bred vifte af behandlingsmetoder for på den måde at imødekomme den enkelte patients ønsker og behov for en optimal behandling. Arbejdsgruppen skal på den baggrund anbefale, at der geografisk arbejdes med at sikre den enkelte patient en bred vifte af psykiatriske behandlingstilbud i psykiatripraksis.

Overordnet er der tale om et billede, hvor Fyn/Odense er præget af en stor dækning af praktiserende psykiatere, bl.a. i kraft af forholdsvis mange delepraksis. De praktiserende psykiatere på Fyn/Odense kører med forholdsvis lange forløb, hvilket er med til at skabe en lang ventetid.

Speciallægeoverenskomsten giver den praktiserende speciallæge mulighed for at ansøge om at indgå delepraksis eller ansætte en assisterende speciallæge, når speciallægen på grund af alder, svagelighed eller anden årsag (f.eks. familiemæssige årsager) har brug for aflastning. Tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæge kan også gives med henblik på rekruttering og fastholdelse. Det giver således psykiatere ansat i den sygehusbaserede del af psykiatrien mulighed for at arbejde på deltid i speciallægepraksis. Denne fleksibilitet kan være særdeles gavnlige for rekrutteringen af praktiserende psykiatere, men kan for sygehuspsykiatrien have den modsatte effekt, hvis det betyder, at psykiatere søger ud i praksis, hvor honoreringen kan være højere.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der i vurderingen af, hvorvidt der skal gives tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæger eller indgåelse af delepraksis, må tages højde for, at der sikres speciallægekapacitet til opretholdelse af driften i regionens sygehusbaserede psykiatri.

Det er arbejdsgruppens generelle vurdering, at der i en situation med mangel på psykiatriske speciallæger ikke umiddelbart er hensigtsmæssigt, at der er bundet 2 eller flere psykiatriske speciallæger til en delepraksis. Den bedste udnyttelse af de knappe ressourcer anses derfor at ske i fuldtidspraksis med én speciallæge.

Arbejdsgruppen skal derfor anbefale, at eksisterende delepraksis fremover ved lejlighed ændres til fuldtidspraksis med én praktiserende speciallæge.

Ligeledes skal arbejdsgruppen anbefale, at der i planperioden på sigt tilstræbes en mere jævn fordeling af psykiatripraksis i regionen, således at der sker en overflytning af kapacitet fra Fyn til det vest - og sønderjyske optageområde. Konkret anbefaler arbejdsgruppen, at det kan ske i takt med, at der nedlægges delepraksis på Fyn.

Udmøntning af besparelseskrauet indenfor praktiserende psykiateres område.

På baggrund af ovenstående gennemgang vurderer arbejdsgruppen, at besparelseskrauet på 2 kapaciteter indenfor det psykiatriske speciale mest hensigtsmæssigt udmøntes på følgende måde (i parentes angivet forventet besparelse):

- ophørt deltidspakis pr. 31.december 2010 (Broager) genbesættes ikke (0.6 mio. kr.)
- Nedlæggelse af Niels Kjeldsen - Kraghs praksis (Odense) ved ophør (1,5 mio. kr.)
- Ændring af 1 delepraksis samt 1 praksis med generationsskifteaftale pr. 1. januar 2012 til to - enmandspraksis (2,0 mio. kr.)

5.6 Samlede anbefalinger vedrørende kapaciteten

at regionen tilslutter sig overenskomstens målsætning om at sikre befolkningen adgang til psykiatrisk behandling i praksissektoren ved hovedsagligt fuldtidspraktiserende psykiatere

at der i planperioden på sigt tilstræbes en mere jævn fordeling af psykiatripraksis i regionen, således at der sker en overflytning af kapacitet fra Fyn til det Vest - og Sønderjyske optageområde. Konkret anbefaler arbejdsgruppen, at det kan ske i takt med, at der nedlægges delepraksis på Fyn.

at der i forbindelse med en eventuel udvidelse af kapaciteten eller en flytning af den eksisterende kapacitet, sker en placering i det Vest - og Sønderjyske område.

at eksisterende delepraksis fremover ved lejlighed ændres til fuldtidspraksis med én praktiserende speciallæge.

at der i vurderingen af, hvorvidt der skal gives tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæger eller indgåelse af delepraksis, må tages højde for, at der sikres speciallægekapacitet til opretholdelse af driften i regionens sygehusbaserede psykiatri.

at psykiatripraksis som udgangspunkt skal kunne tilbyde en bred vifte af behandlingsmetoder for på den måde at imødekomme den enkelte patients ønsker og behov for en optimal behandling. Arbejdsgruppen skal på den baggrund anbefale, at der geografisk arbejdes med at sikre den enkelte patient en bred vifte af psykiatriske behandlingstilbud i psykiatripraksis.

at regionsrådets besparelseskrauet på 2 kapaciteter indenfor psykiatripraksis udmøntes på følgende måde:

- ophørt deltidspakis pr. 31.december 2010 (Broager) genbesættes ikke (0.6 mio. kr)
- Nedlæggelse af Niels Kjeldsen - Kraghs praksis, Odense) ved ophør (1,5 mio. kr.)
- Ændring af 1 delepraksis samt 1 praksis med generationsskifteaftale pr. 1. januar 2012 til to - enmandspraksis (2,0 mio. kr.)

Samarbejde mellem praktiserende psykiatere og det øvrige sundhedsvæsen

6

6.1 Opgavevaretagelse, praktiserende speciallæger

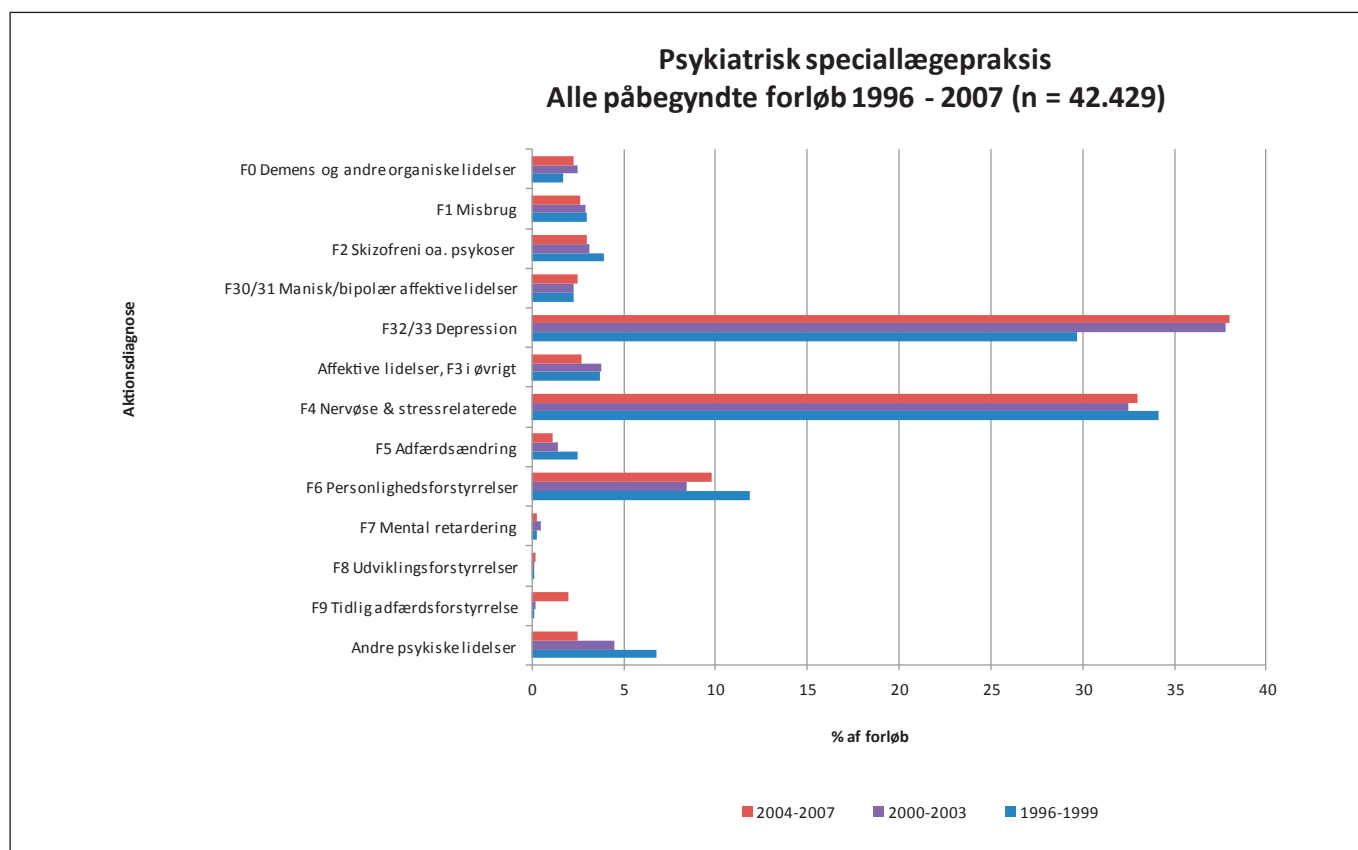
De psykiatriske speciallægepraksis er en del af regionens ambulante psykiatriske behandlingstilbud, og er som sådan såvel et alternativ som et supplement til de øvrige ambulante tilbud i behandlingspsykiatrien.

Målgruppe for praktiserende speciallæger

De praktiserende speciallæger varetager primært behandling af patienter med psykiske sygdomme af moderat grad, hvor der ikke er behov for bred tværfaglig indsats involverende flere faggrupper. Det drejer sig især om angst- og depressionslidelser, stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser og voksne med ADHD. Der behandles kun få patienter med psykoser¹⁰.

Målgruppen er ikke defineret alene ved den psykiatriske diagnose, men ved en vurdering af patientens samlede psykiske, somatiske og sociale tilstand. Patienter, der ikke har behov for tværfaglige eller tværsektorielle behandlingstiltag, kan hensigtsmæssigt behandles ambulantly i psykiatrisk speciallægepraksis.

I figur 6.1 er der en oversigt over påbegyndte forløb i psykiatrisk speciallægepraksis for årene 1996 - 2007 fordelt på aktionsdiagnoser.



Figur 6.1 Påbegyndte forløb i psykiatrisk speciallægepraksis i Danmark 1996-2007 baseret på udpluk af praksis. Kilde: Monitoreringsprojekt for Psykiatrisk Speciallægepraksis.

Af figur 6.1 ses det, at de praktiserende speciallæger, der har deltaget i undersøgelsen, hovedsageligt har behandlet patienter med depressionslidelser (37 %), nervøse og stressrelaterede lidelser (34 %) og personlighedsforstyrrelser (10%). Figuren belyser ikke comorbiditet (at samme patient lider af to eller flere forstyrrelser samtidigt).

¹⁰ Fra Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri.

Tilrettelæggelse af behandlingen

Psykiatrisk speciallægepraksis er karakteriseret ved at patienten, efter henvisning fra sin almen praktiserende læge, ved første kontakt møder en speciallæge. Samme speciallæge foretager undersøgelse, stiller diagnose, lægger behandlingsplan og er ansvarlig for det efterfølgende behandlingsforløb.

Patienten vil sjældent møde andre personalegrupper i behandlingsforløbet, men speciallægen samarbejder med andre faggrupper omkring forhold, der har betydning for behandlingen, oftest egen læge og sociale instanser; sjældnere plejepersonale i hjemmeplejen og akutteams.

6.2 Arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen

Arbejdsfordelingen mellem sygehuspsykiatrien og speciallægepraksis sker som udgangspunkt i henhold til regionens specialeplan, som er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Samarbejde med almen praksis

Almen praksis varetager initial undersøgelse og i nogle tilfælde behandling af psykiatriske patienter samt henvisning af psykiatriske patienter til behandling i speciallægepraksis eller på sygehus. Ca. 25 % af alle henvendelser til almen praksis indeholder psykiske problemstillinger. Almen praksis varetager behandlingen af et bredt spektrum af psykiske lidelser, f.eks. let til moderat angst og depression, kriser, demens og alkoholmisbrug samt opfølgning af stabile patienter med sværere psykiske lidelser indenfor såvel det affektive som det psykotiske spektrum. Desuden varetager almen praksis opfølgning og kontrol af visse psykiatriske patienter efter behandling på sygehus. Andre patienter med behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats og evt. længerevarende forløb varetages i f.eks. distriktspsykiatrien¹¹.

Samarbejdet mellem almen praktiserende læge og psykiatrisk speciallægepraksis foregår primært via elektronisk kommunikation. Den henvisende læge sender en beskrivelse af patientens situation og tilstand, med en begrundelse for henvisningen.

Efter patienten er vurderet hos speciallægen, modtager henvisende læge et resumé af undersøgelsen med en foreløbig diagnose og behandlingsplan.

Oftest fortsætter patienten i et behandlingsforløb hos speciallægen, der herefter overtager ansvaret for den psykiatriske behandling.

Er forløbet langvarigt eller kompliceret underrettes henvisende læge løbende, og ved afslutning af behandlingen fremsendes epikrise med beskrivelse af forløb, diagnose samt forslag til eventuel videre behandling, hvorefter egen læge overtager behandlingsansvaret.

Samarbejde med sygehuspsykiatrien

Sygehuspsykiatrien behandler følgende sygdomme på hovedfunktionsniveau: Organiske psykiske sygdomme, psykiske sygdomme forårsaget af misbrug, skizofreni, affektive lidelser, angst- og tvangslidelser, psykisk betingede legemlige symptomer og belastnings- og tilpasningsreaktioner, herunder kriser, spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser, herunder også for etniske minoriteter.

Desuden kan retspsykiatriske patienter varetages på hovedfunktionsniveau i et formaliseret samarbejde med regionsfunktionsniveau¹².

¹¹ Fra Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri.

¹² Fra Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri.

Sygehuspsykiatrien varetager derudover specialiserede funktioner på regionsniveau og de højt specialiserede funktioner.

Samarbejdet mellem praktiserende speciallæger i psykiatri og sygehuspsykiatrien omhandler 3-4 % af de patienter, der behandles i speciallægepraksis. Der er primært tale om selvmordstruede patienter, der henvises til indlæggelse på sygehusafdeling, eller patienter med behov for tværfaglig indsats i distriktskykiatrien.

For disse patienter overgår behandlingsansvaret til sygehuspsykiatrien, og den videre behandling fortsætter for en del patienter i sygehusregi, mens andre efter en tid tilbagehenvises til speciallægepraksis.

For en meget lille gruppe patienter kan der være et formaliseret samarbejde mellem hospitalsafdeling og speciallægepraksis, således at speciallægepraksis varetager den ambulante behandling, mens hospitalet overtager behandlingen ved forværring af tilstanden.

Samarbejde med praktiserende psykologer

Samarbejdet med praktiserende psykologer er ikke formaliseret, som samarbejdet med andre lægelige instanser eller de sociale myndigheder, men der er et vist samarbejde mellem psykiatrisk speciallægepraksis og psykologpraksis.

Patienter med visse psykiske lidelser kan af egen læge henvises til behandling hos psykolog. Enkelte af disse patienter henvises i forløbet til psykiater med henblik på diagnostisk afklaring og stillingtagen til eventuel medicinsk behandling. Det videre forløb for disse patienter afhænger af sygdommens art. Er der primært behov for medicinsk behandling overtager psykiateren behandlingen, men ofte samarbejdes der, således at patienten fortsætter et samtaleforløb hos psykolog, mens den medicinske behandling superviseres eller varetages af psykiater. Generelt skal det anbefales, at patienter med let til moderat depression og let til moderat angst også skal sammentænkes med de tilbud, der er i psykologipraksis, og ikke kun i sammenhæng med de tilbud, der er i sygehusvæsenet og almen praksis.

Samarbejde med kommunale instanser

Samarbejdet med sociale instanser foregår primært skriftligt efter regler, der er aftalt mellem Kommunernes Landsforening og Foreningen af Speciallæger. Samarbejdet er oftest begrundet i de sociale instansers behov for lægelig dokumentation og begrundelse for sociale tiltag. Der er dog mulighed for telefonisk kommunikation på psykiaterens initiativ, såfremt det fremmer patientens behandling. Til sidst skal det også fremhæves, at det er vigtigt at inddrage de pårørende som en ressource i behandlingsforløbet.

6.3 Differentiering mellem praktiserende psykiatere og sygehuspsykiatrien

De to figurer, der illustrerer fordelingen af diagnoser blandt de behandlede patienter i henholdsvis sygehuspsykiatri og de praktiserende speciallæger i psykiatri (figur 4.4.9 og figur 6.1) giver ved sammenligning et billede af den aktuelle arbejdsdeling mellem sygehuspsykiatrien og de praktiserende speciallæger.

Tabel 6.3

"Top 5" diagnoser hos henholdsvis praktiserende speciallæger og sygehuspsykiatrien

Praktiserende speciallæger		Sygehuspsykiatri	
"F32/33: depression	37 %	F4: nervøse og stressrelaterede lidelser	20 %
F4: nervøse og stressrelaterede lidelser	34%	"F32/33: depression	17 %
F6: personlighedsforstyrrelser	11 %	F0: Demens og andre organiske lidelser	14 %
Andre psykiske lidelser	6 %	F2: Skizofreni og andre psykoser	13 %
F2: Skizofreni og andre psykoser	4 %	F6: personlighedsforstyrrelser	7 %

Af tabellen ses det, at de praktiserende speciallæger i overvejende grad behandler patienter med diagnoser indenfor depression og nervøse - og stress relaterede lidelser - ca. 70% af patienterne ligger indenfor disse to diagnoseområder.

For sygehuspsykiatrien udgør den samme diagnosegruppe ca. 37 % af patienterne.

Patienter med psykotiske lidelser udgør 4 % af det samlede antal behandlede patienter hos de praktiserende speciallæger og 13 % i sygehuspsykiatrien.

Afgrænsning af målgruppe for hhv. praktiserende speciallæger og den sygehusbaserede psykiatri

For at afgrænse den patientpopulation, der søger behandling hos praktiserende speciallæger i psykiatri mod den der søger de sygehusbaserede behandlingsenheder skal følgende områder beskrives:

1. Psykiatrisk behandlingskompetence a) hos praktiserende speciallæger i almen medicin, b) hos praktiserende speciallæger i psykiatri og c) ved de sygehusbaserede enheder.
2. Patientpopulationen der søger behandling for psykiatriske lidelser.
3. Organisatoriske betragtninger for a) speciallægepraksis, b) sygehusbaserede enheder og c) psykiatrien som helhed.

Ad 1) Psykiatrisk behandlingskompetence: For at nå en effektiv udnyttelse af ressourcerne må behandlingskompetencen modsvare patienternes behov.

- a) Psykiatrisk behandlingskompetence hos speciallæger i almen medicin:

Ifølge Sundhedsstyrelsens målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i almen medicin har speciallæger med denne uddannelse kompetencer til diagnosticere, behandle og visitere patienter med alle psykiatriske lidelser. I praksis betyder det dog, at almen praktiserende læger behandler patienter med milde eller kroniske forløbsformer.

- b) Psykiatrisk behandlingskompetence hos speciallæger i psykiatri:

Ifølge Sundhedsstyrelsens målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i psykiatri har speciallæger med denne uddannelse kompetencer til behandling af psykiatriske patienter på specialistniveau. Psykiatrien er ikke organiseret i egentlige subspecialer, men der findes et tiltagende antal afdelinger med specialfunktion indenfor forskellige diagnostiske områder, herunder gerontopsykiatri, retspsykiatri og psykoterapi. Hvad angår psykoterapi kan speciallæger opnå specialist og supervisor-ankendelse indenfor dette område. Således behandles psykoterapi som behandlingsform særskilt i forhold til psykofarmakaterapi og psykosociale interventioner.

c) Psykiatrisk behandlingskompetence ved sygehusbaserede enheder:

På hovedfunktionsniveau har sygehusbaserede enheder både samme behandlingskompetence som praktiserende speciallæger i psykiatri og de behandlingskompetencer som andre faggrupper end læger, dvs. psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker og andre plejepersonaler, bidrager med. Enkelte sygehusbaserede behandlingsenheder har regions- og højt specialiserede behandlingstilbud for enkelte patientgrupper. Speciallægerne ved disse enheder har spidskompetencer på disse områder.

Ad 2) Patientpopulationen der søger behandling for psykiatriske lidelser.

Patientpopulationen kan beskrives gennem diagnose, sværhedsgrad, varighed af den psykiatriske lidelse, prognose og ønske om eller behov for en bestemt behandlingsform.

Diagnose: Der anvendes ikke diagnoserelaterede afgrænsninger af patientpopulation mellem speciallæger i almen medicin, speciallæger i psykiatri og sygehusbaserede enheder.

Sværhedsgrad: Det afhænger af sværhedsgraden om patienter har brug for stationær eller ambulante behandlingsindsats, herunder om behandlingen skal foregå hos egen læge, praktiserende speciallæge i psykiatri eller ved sygehusbaseret enhed. I bedømmelsen af sværhedsgraden indgår vurdering af psykopatologi, subjektiv lidelse, social funktionsniveau og farlighed for sig selv eller andre. Der anvendes ikke skaleret bedømmelse af sværhedsgrad. (f.eks.: Threshold assessment grid).

Især de svære forløb er kendetegnet ved, at selve psykopatologien bidrager i mindre omfang til bedømmelsen af sværhedsgraden, mens farlighed, egen omsorgsevne og socialt funktionsniveau spiller en større rolle. Dette danner baggrund for, at der er behov for en tværfaglig indsats til behandling af patienter med svære psykiske lidelser.

Varighed: De fleste psykiatriske sygdomme er kendetegnet ved, at forløbet er tidsmæssigt afgrænset, dvs. at patienterne efter en sygdomsperiode bliver raske igen. En række psykiatriske lidelser udvikler sig dog erfaringsmæssigt kronisk fra starten af og behandlingsmålet er her at mindske lidelsespresset og øge det sociale funktionsniveau. Nogle psykiatriske sygdomme tager et kronisk forløb på grund af manglende, forsinket eller ineffektiv behandling.

Patienter med ukomplicerede kroniske sygdomsforløb kan behandles hos praktiserende speciallæge i almen medicin.

Prognose: Prognosen afhænger af lidelsens art, patientens compliance, respons på behandling, men også af den tid, der går mellem at symptomerne opstår og behandlingen påbegyndes.

Behandlingsparadigmer: Behandlerens valg af konkret behandlingsform er afhængig af patientens diagnose, sygdommens sværhedsgrad, varighed af den psykiatriske lidelse, prognose, ønske om eller behov for en bestemt behandlingsform samt præferencer og specialisering hos den enkelte behandler.

Samtidig har mange patienter også et ønske til behandlingsformen.

Der skelnes typisk mellem medikamentel eller en psykoterapeutisk behandling¹³.

Internationale studier viser, at ved behandling af ikke psykotiske lidelser, er effekten af begge behandlingstoder lige god og ligger omkring 50%.

¹³ Psykoterapi er et overbegreb over mange forskellige terapiformer. I henhold til speciallægeoverenskomsten forstås psykoterapi som samtalebehandling, hvor samtalen ved psykoterapeutiske teknikker skaber ændring i patientens tilstand, og hvor der mellem psykiateren og patienten foreligger en aftale om et systematisk og regelmæssigt forløb.

Hvad angår psykoterapi, så stiger effekten med antallet af udførte behandlinger. Internationale studier undersøger denne virkning indtil ca. 30 sessioner. Et andet studie med baggrund i et meget stort patientgrundlag viser, at både kognitive og psykodynamiske psykoterapeutiske behandlinger varer i gennemsnit 34 terapitimer.

Behov for bestemt behandling: Patienter der har behov for behandling uden patientens samtykke, dvs. behandlinger efter psykiatriloven og på grund af behandlingsdom gennemføres i regi af sygehusbaserede enheder.

Ad 3) Organisatoriske betragtninger: Organisatoriske faktorer spiller en stor rolle for, hvornår patienter tilbydes undersøgelse og behandling i de forskellige behandlingsenheder.

- a) Organisatoriske betragtninger for speciallægepraksis: Speciallægeklinikker er organiseret på forskellig vis, men fælles er, at mindst én speciallæge tilbyder undersøgelse og behandling til patienter der opsøger lægen. Speciallægen er ikke opsøgende.

Begrænsningen for speciallægepraksis ligger deri, at patienterne selvstændigt må kunne opsøge lægen, og at sværhedsgraden er af en sådan grad, at monofaglig ambulantly behandling er tilstrækkelig.

Almen praktiserende læger henviser til speciallægen, når sværhedsgraden gør, at almen praktiserende læge ikke ser muligheden for selv at gennemføre undersøgelse og/eller behandling.

Enkelte speciallægeklinikker er specialiseret på bestemte behandlingsformer, f.eks. psykoterapi eller psykofarmakoterapi. De fleste speciallæger udfører i varierende grad begge behandlingsformer.

- b) Organisatoriske betragtninger for sygehusbaserede enheder: Sygehusbaserede enheder tilbyder undersøgelse og behandling til svært syge patienter, dels med komplicerede og særlig komplicerede tilstande. Undersøgelse og behandling tilbydes af flere faggrupper såvel ambulantly som stationært. Sygehusbaserede enheder kan være opsøgende.

Sygehusbaserede enheder modtager henvisninger både fra almen praksis, speciallægepraksis og andre. Når der findes skadestue ved enheden, kan patienter henvende sig på eget initiativ. Sygehusbaserede enheder visiterer selv, hvilke patienter der kan tilbydes undersøgelse og behandling.

Sygehusbaserede enheder deltager i uddannelse af mange forskellige faggrupper. Især uddannelsen af psykiatere og psykologer kræver, at der også behandles patienter med mindre svære sygdomsbilleder, da der udføres bestemte behandlingsformer, der kræver rutine i behandling af mindre svære lidelser.

For at kunne tilbyde behandling på regions- og højt specialiseret niveau, kræves det blandt andet af Sundhedsstyrelsen, at der behandles et større antal af patienter for at udvikle behandlernes kompetence. Dette gør, at der er behov for, at sygehusbaserede enheder kan behandle patienter med mindre sværhedsgrad med henblik på at udvikle rutine på bestemte ambulante områder, f.eks. angstlidelser, sexologi, PTSD eller spiseforstyrrelser.

- c) Organisatoriske betragtninger for psykiatrien som helhed. Psykiatrien befinder sig i disse år i en udvikling gående fra sengebunden psykiatri til mere ambulantly psykiatri. Denne udvikling medfører, at afgrænsningen mellem ambulantly behandling ved sygehusbaserede enheder og ambulantly behandling ved praktiserende speciallæger i psykiatri ikke længere er entydig.

Den samfundsmæssige udvikling øger søgningen til ambulantly behandling: Øget viden om psykiatriske sygdomme og initiativer til aftaubisering af psykiatriske lidelser medfører, at også personer med ikke svær invaliderende lidelser er åbne om deres problemer og søger behandling.

I den nuværende overenskomst er der et protokollat om en justering og mere præcis beskrivelse af overenskomstens ydelser. Det er arbejdsgruppens vurdering, at der er behov for en mere præcis beskrivelse om brugen af psykoterapi i psykiatripraksis, herunder varigheden af de psykoterapeutiske konsultationer.

6.4 Samlede anbefalinger vedrørende samarbejdet mellem de praktiserende psykiatere og det øvrige sundhedsvæsen

Samarbejdet mellem de praktiserende speciallæger og de sygehusbaserede enheder kræver en mere klar opgavefordeling end tilfældet er i dag. Alt taler for, at princippet som udgangspunkt må være, at sværhedsgraden bestemmer, hvem der har behandlingsansvaret.

Patienter med enkle forløbsformer og ukomplicerede langvarige behandlingsforløb får tilbudt behandling hos egen læge.

Patienter med moderate forløbsformer får tilbudt behandling hos privatpraktiserende psykiater. Gruppen af patienter er kendetegnet ved, at behandlingen kan foregå monofaglig, dvs. hos speciallæge uden behov for samarbejde med andre faggrupper.

Patienter med svære forløbsformer får tilbudt behandling hos sygehusbaserede enheder. Gruppen af patienter er kendetegnet ved behov for tværfaglig samarbejde, sengebunden behandling, behandling uden patientens samtykke eller behov for ekspertkompetence.

For at udnytte ressourcerne bedst muligt skal behandlingstilbuddet matche lidelsens sværhedsgrad. Dette indebærer, at patienter skal skifte behandler i takt med, at sværhedsgraden af sygdommen ændrer sig. En ændring af behandlingsregi beror dog altid på en faglig vurdering, herunder hensynet til, at patienten så vidt muligt følges af den samme ansvarlige behandler.

For at sikre bedst mulig kontinuitet til trods for behandler skift, skal samarbejde og gensidig information mellem behandlerne styrkes. På den baggrund skal der arbejdes på at udfærdige patientforløbsprogrammer, der i forlængelse af målgruppedefinitionen beskriver kommunikation og informationsudveksling i forbindelse med patienters overgang mellem forskellige behandlere i et behandlingsforløb. I den forbindelse er det vigtigt også at indtænke kommunerne med henblik på den sideløbende sociale indsats for en stor del af målgruppen.

Af uddannelsesmæssige, forskningsmæssige eller driftsmæssige grunde har sygehusbaserede enheder mulighed for at tilbyde behandling til patienter med psykiske lidelser af mindre sværhedsgrad uden dermed at pådrage sig et ansvar for gruppen som helhed.

Det vil være en fordel at gennemføre kvalitetssikring også for patienter med psykiske lidelser af moderat sværhedsgrad.

7

Det sammenhængende sundhedsvæsen

For patienterne er det af afgørende betydning, at der er sammenhæng i den hjælp og behandling, der ydes i primær- og sekundærsektoren.

Praksisplanen skal medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb, hvor der er kvalitet og sammenhæng i de ydelser, der leveres i almen praksis, speciallægepraksis og behandlingspsykiatrien. For at sikre denne sammenhæng er det væsentligt, at der sker en koordination mellem indsatsen i de to sektorer.

Koordinationen kan sikres gennem:

1. Kommunikation
2. fælles retningslinier og standarder samt
3. fælles fora til videns- og erfaringsudveksling.

7.1 Kommunikation

Kommunikation og vidensdeling i fælles forløb

Kommunikation mellem sektorerne er vigtig, både i forhold til det enkelte, konkrete patientforløb og i forhold til de større linjer i behandlingsindsatsen for patientgruppen.

I det enkelte patientforløb er det af hensyn til varetagelsen af den videre behandlings- og opfølgende indsats i almen- og speciallægepraksis, af stor betydning, at der er en høj grad af tilgængelighed til psykiatrien i forhold til opfølgning og tilbagemelding på de patienter, som har været indlagt eller tilknyttet et ambulansetilbud. Herved spares også ressourcer ved, at de involverede parter kan trække på hinandens viden. Informationsudvekslingen kan f.eks. ske i form af deling af patientens behandlingsplan og tilsvarende dokumenter.

Overlevering af viden og koordinering af indsatsen mellem de involverede parter i det konkrete patientforløb bidrager samtidig til patientens oplevelse af et sammenhængende behandlingstilbud.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der sikres fælles retningslinjer for informationsudveksling mellem sektorerne, herunder fastlagte standarder for henvisninger, svar på henvisninger og udskrivningsmeddelelser. Disse standarder skal beskrive såvel kommunikationsformen som det tidsmæssige forløbsprogram. (ligger allerede i samarbejdsaftalen, men er hovedsageligt møntet på samarbejdet med almen praksis og særligt kommunerne).

For at styrke samarbejdet mellem speciallægepraksis og de psykiatriske sygehuse er der i regionen indgået en § 64 aftale, som har det formål at videreudvikle og udbygge det faglige samarbejde omkring den enkelte patient mellem speciallægepraksis og sygehus indenfor de enkelte specialer. Aftalen skal sikre, at speciallægen kan deltage i konferencer vedrørende konkrete patienter på relevante sygehusafdelinger.

Samarbejde med praktiserende læger og supervision, second opinion og shared care

Mere end 20 % af alle konsultationer i almen praksis involverer en eller anden form for psykisk lidelse. I langt de fleste af disse konsultationer (anslået mere end 95 %) forestår den praktiserende læge selv udredning, diagnostik og behandling.

Behandlingspsykiatrien bør give god mulighed for supervision og second opinion på konkrete patienter, da opdateret viden i den konkrete situation og hjælp til at varetage behandlingsforløbet, kan medvirke til, at patienten enten færdigbehandles i praksissektoren, hvorved der frigives ressourcer i psykiatrien eller hurtigt viderevisiteres til et højere behandlingsniveau. I den forbindelse har almen praksis påpeget et behov for - i visse situationer - at kunne henvise en patient til psykiatripraksis med henblik på en hurtig udredning samt forslag om videre behandling/viderevisitering. Specielt i områder med lang ventetid (først og fremmest på Fyn) har enkelte praktiserende læger givet udtryk for, at henvisning til psykiatripraksis ofte ikke indgår som et reelt tilbud/mulighed.

Patientens behandlingsplan bør være tilgængelige for alle involverede parter, således at løbende justeringer beskrives og effektueres af involverede parter.

Denne form for "shared care" kræver naturligvis, at sektorerne kommunikerer flittigt. Observationer og overvejelser må gensidigt rapporteres.

Med udgangspunkt i behandlingsplanerne kan almen praksis hurtigt overtage behandlingen af selv ganske tunge psykiatriske patienter, og ressourcer frigives derved i sekundær og tertiær sektor. I en del patientforløb vil der utvivlsomt være behov for fornyet vurdering i sekundær eller tertiær sektor, og det bør da være muligt at genhenvise og opnå klinisk vurdering indenfor en passende kort tidshorisont jævnfør førnævnte ressource frigørelse.

En sådan praksis indenfor det psykiatriske område vil sikre hurtigere diagnostik og ensartede behandlingstilbud til alle patienter. Det tættere samarbejde mellem sektorerne vil give en faglig opkvalificering af alment praktiserende læger.

Arbejdsgruppen anbefaler, at specialerådet inddrages i udarbejdelse af f.eks. fælles standarder og patientforløbsbeskrivelser, forslag til samarbejde og samarbejdsfora mv.

Efter arbejdsgruppen afsluttede sit arbejde er der kommet pakkeforløb i psykiatrien. Det skal anbefales, at de praktiserende psykiatere tænkes ind i forbindelse med implementeringen af de psykiatriske pakkeforløb. Det kan forventes at skabe mere konsensus omkring indhold og flow i behandlingsforløbene

Forsøgsordning i Odense Kommune

Sideløbende med arbejdet med psykiatripraksisplanen har der været drøftelser mellem Region Syddanmark/ Praksisafdelingen, Odense Kommune, Odense Lægegelaug, de praktiserende psykiatere i Odense samt sygehuspsykiatrien i Odense med henblik på etablering af et forsøgsprojekt der tager hånd om nogle af de problemer, som opstår i forbindelse med de lange ventetider til praktiserende psykiatere. Baggrunden er flere undersøgelser, der peger på, at ventetiden på behandling i psykiatripraksis (se afsnit 4.2) gør psykiatriske patienter syge i længere tid og ofte forværres deres sygdom, mens de venter på behandling. Hertil kommer også, at patienterne/borgerne får sværere ved at fastholde sig på arbejdsmarkedet (eller vende tilbage til arbejdsmarkedet) samt at familie og børn bliver presset.

Formålet med forsøgsordningen er at rette fokus på hurtig udredning og diagnostik hos praktiserende speciallæger i psykiatri med henblik på at bistå patientens egen læge i relevant behandling samt kommunen i relevant støtte, indtil behandlingen kan igangsættes.

Hensigten er at sikre:

- at den praktiserende læge på baggrund af udredning og behandlingsforslag hos psykiateren selv kan fortsætte - og eventuelt afslutte behandlingen af borgeren eller, såfremt borgeren har brug for behandling hos den praktiserende psykiater, at den praktiserende læge får redskaber/vejledning (f.eks. medicinering og samtaleterapi) til at sikre, at borgerens mentale

- psykiske (og sociale) tilstand ikke forringes i den mellemliggende ventetid eller
- at borgeren tidligt bliver viderehenvist til anden relevant behandling (f.eks. distriktspsykiatrien eller hospitalspsykiatrien) eller
- at kommunen på baggrund af en diagnose og udredning får et bedre grundlag for at vurdere borgerens arbejdsevne eller, såfremt borgeren har brug for behandling hos den praktiserende psykiater, at kommunen i den mellemliggende ventetid - i samråd med almen praksis - kan iværksætte tiltag (f.eks. kurser om mindfulness o. lign) som sikrer, at borgerens mentale- psykiske og sociale tilstand ikke forringes, inden den relevante psykiatriske behandling kan iværksættes.

Konkret arbejdes der med, at den praktiserende læge indenfor kort tid (eksempelvis 1-2 uger) kan sende patienten (en nærmere defineret målgruppe) til en praktiserende psykiater og få en hurtig tilbagemelding på en diagnose og/eller udredning samt forslag til behandling, hvorefter den praktiserende læge kan tage over indtil patienten efter 1/2 - 1 år kan påbegynde et egentligt behandlingsforløb hos en praktiserende psykiater. Den praktiserende psykiater kan også komme med anvisninger, hvorefter den praktiserende læge kan overtage og afslutte behandlingen i almen praksis.

Forsøgsprojektet vil afprøve en ændret samarbejdsform mellem først og fremmest de praktiserende læger og de praktiserende psykiatere.

Fra Region Syddanmarks side arbejdes der på at få forsøgsprojektet gennemført via en § 66 - aftale. Som tidligere nævnt (jf. afsnit 5.2) er formålet med en sådan aftale at gå ind og friholde/reservere indtil 20 % af kapaciteten i speciallægepraksis.

Arbejdsgruppen skal på baggrund af ovennævnte beskrivelse anbefale, at der iværksættes et forsøgsprojekt i Odense Kommune, hvor det nærmere undersøges, hvorvidt de praktiserende læger i højere grad kan anvende de praktiserende psykiatere mere aktivt, således at de kan henvise en nærmere defineret gruppe af patienter til en hurtig udredning (indenfor 1 - 2 uger) med råd og vejledning til eventuel videre behandling i eget regi. Hertil kommer også en undersøgelse af effekten med hensyn til fejlhenviste patienter samt i hvilket omfang patienter på venteliste generelt får en bedre almen og psykisk tilstand end tilfældet er i dag.

Arbejdsgruppen finder ovennævnte forslag til forsøgsordning meget relevant og skal anbefale, at der i Region Syddanmark iværksættes en sådan forsøgsordning indenfor rammerne af overenskomstens bestemmelser.

7.2 Fælles patientforløbsprogrammer/standarder

Ved udarbejdelse af praksisplanen for psykiatrispecialitet har en af arbejdsgruppens store udfordringer været at komme med en præcis definition af målgruppen for behandlingstilbuddet hos henholdsvis praktiserende læger, praktiserende speciallæger og i psykiatrien.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der nedsættes en central instans, hvor de tre sektorer er repræsenteret, der kan bidrage til at afklare, hvor de respektive opgaver bedst løses - og i forhold til hvilke målgrupper.

Samme instans kunne bidrage til at udvikle fælles, koordinerede patientforløbsbeskrivelser, indeholdende retningslinjer for henvisning, udredning, behandling, opfølgning samt kommunikation og vidensoverdragelse mellem sektorerne i de konkrete forløb. I denne henseende er det vigtigt også at indtænke kommunerne med henblik på den sideløbende sociale indsats for en stor del af målgruppen.

Opgaven kan eventuelt placeres hos regionens specialråd for psykiatri i forhold til de behandlingsrettede beskrivelser.

7.3 Fælles fora til videns- og erfaringsudveksling

Samarbejdet omkring den konkrete patient skal suppleres med samarbejde og vidensdeling på mere overordnet plan. Her tænkes f.eks. på fora til drøftelse af principielle spørgsmål i relation til behandlingsforløbene, fælles uddannelses tiltag samt fora til vidensdeling i forhold til udvikling af behandlingsmetoder o.lign.

Samarbejdsfora

De praktiserende speciallæger i psykiatri er i dag ikke repræsenteret i de samarbejdsfora, der i dag eksisterer mellem praktiserende læger, kommuner og den sygehusbaserede psykiatri. I de områder, hvor der forefindes mange psykiatripraksis, kunne det være hensigtsmæssigt, at praksis fremadrettet er repræsenteret, evt. ved den tidligere foreslåede "specialpraksiskonsulent" (afsnit 6 punkt 3)

Det lokale samarbejde kunne styrkes ved at udbygge det allerede eksisterende samarbejde mellem de psykiatriske afdelinger og praksiskonsulenten, ved også at tilknytte en repræsentant for områdets speciallægepraksis med henblik på et formaliseret samarbejdsforum.

Formålet med en sådan udbygning kunne være:

- At styrke de formelle rammer omkring samarbejde.
- At sikre en optimal opgavefordeling indenfor den ambulante behandling mellem speciallægepraksis, hospitalssektoren og almen praksis.
- At opgavefordelingen løbende vurderes.
- At der sker en udvikling af samarbejdet om de mest hensigtsmæssige og fagligt bedste patientforløb i forhold til det samlede sygehusvæsen.

"Specialpraksiskonsulenterne" bør ligeledes indtænkes i forhold til bemanning af arbejdsgrupper og lign. Ordningen er særlig relevant i de områder, hvor der er mange praktiserende speciallæger

Specialeråd

De eksisterende specialeråd udgør et godt forum for vidensdeling og koordinering mellem sektorerne i forhold til faglige spørgsmål og anbefalinger.

Arbejdsgruppen anbefaler dog en mere ligelig repræsentation fra almen praksis, praktiserende speciallæger og hospitalsafdelinger i specialerådet. Dette kunne bidrage til at styrke specialerådene i det faglige samarbejde og koordinering.

Fælles uddannelse og undervisningsmuligheder mellem sektorerne

Den praktiserende speciallæge skal gennem en kontinuerlig efteruddannelse sikre, at kompetencen fastholdes på et højt fagligt niveau. Siden 2008 har speciallægen haft ret til tilskud i forbindelse med efteruddannelse i op til 8 dage om året. Tilskuddet dækkes af Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis.

I Region Syddanmark er der indgået en § 64 - aftale (tidligere § 3 - aftale) om praktiserende speciallægers og praksispersonales efteruddannelse på sygehuse og sygehusansatte speciallægers ophold i speciallægepraksis samt alment praktiserende lægers og praksispersonales ophold i speciallægepraksis. Aftalen har dels det formål at give parterne en mulighed for faglig

ajourføring indenfor de forskellige specialer, dels give parterne et bedre kendskab til arbejdsgange mv. og dermed til styrkelse af samarbejdet mellem sektorerne.

Med hensyn til deltagelse i faglige arrangementer og møder foreslås, at der afholdes fælles faglige arrangementer, hvor både sygehusansatte speciallæger og praktiserende speciallæger deltager. Dette med henblik på at øge lægernes personlige kendskab til hinanden og bidrage til fælles, faglig opdatering og efteruddannelse.

Den førnævnte § 64 -aftale giver endvidere speciallægen mulighed for at deltage i faglige møder med henblik på koordinering mv. indenfor specialet, samt deltage i efteruddannelsesaktiviteter i samarbejde med den pågældende sygehusafdeling.

Øget integration mellem praktiserende speciallæger og sygehusvæsenet

Med henblik på at opnå øget samarbejde og øget integration mellem de praktiserende speciallæger og sygehusvæsenet har overenskomstparterne valgt at nedsætte et udvalg, der i overenskomstperioden skal afdække muligheden for øget integration. Udvalget skal komme med forslag, der kan fremme formålet om øget samarbejde og faglig integration. Afdækning af mulighederne samt forslag med henblik på implementering vil efterfølgende blive drøftet mellem parterne

7.4 Sammenhæng i patientforløb - oplysninger om ventetid

Behandlingsretten på 2 måneder omfatter den sygehusbaserede psykiatri, mens de praktiserende psykiatere ikke er omfattet af dette. Af hensyn til at sikre sammenhængende patientforløb, uden uhensigtsmæssig ventetid er det væsentligt, at de praktiserende psykiatere holder oplysningerne om ventetid på Vente-Info.dk opdateret, således at patienterne kan vejledes korrekt.

7.5 anbefalinger vedrørende det sammenhængende sundhedsvæsen

Arbejdsgruppen anbefaler en mere ligelig repræsentationen fra almen praksis, praktiserende speciallæger og hospitalsafdelinger i specialerådet. Dette kunne bidrage til at styrke specialerådene i det faglige samarbejde og koordinering.

At der sikres fælles retningslinjer for informationsudveksling mellem sektorerne, herunder fastlagte standarder for henvisninger, svar på henvisninger og udskrivningsmeddelelser. Disse standarder skal beskrive såvel kommunikationsformen som det tidsmæssige forløbsprogram. (ligger allerede i samarbejdsaftalen, men er hovedsageligt møntet på samarbejdet med almen praksis og særligt kommunerne) - dog under hensyntagen til sundhedslovens bestemmelser om videregivelse af helbredsoplysninger.

Patientens behandlingsplan bør være tilgængelige for alle involverede parter, således at løbende justeringer beskrives og effektueres af involverede parter, dog under hensyntagen til sundhedslovens bestemmelser om videregivelse af helbredsoplysning.

At specialerådet inddrages i udarbejdelse af f.eks. fælles standarder og patientforløbsbeskrivelser, forslag til samarbejde og samarbejdsfora m.v.

At der nedsættes en central instans, hvor de tre sektorer er repræsenteret, der kan bidrage til at afklare, hvor de respektive opgaver bedst løses -og i forhold til hvilke målgrupper.

At ovennævnte centrale instans ligeledes bidrager til at udvikle fælles, koordinerede patientforløbsbeskrivelser, indeholdende retningslinjer for henvisning, udredning, behandling, opfølgning samt kommunikation og vidensoverdragelse mellem sektorerne i de konkrete forløb. I denne henseende er det vigtigt også at indtænke kommunerne med henblik på den sideløbende sociale indsats for en stor del af målgruppen.

At ovennævnte centrale instans eventuelt placeres hos regionens specialeråd for psykiatri i forhold til de behandlingsrettede beskrivelser.

At det lokale samarbejde styrkes ved at udbygge det allerede eksisterende samarbejde mellem de psykiatriske afdelinger og praksiskonsulenten, ved også at tilknytte en repræsentant for området speciallægepraksis med henblik på et formaliseret samarbejdsforum.

At der med hensyn til deltagelse i faglige arrangementer og møder foreslås afholdt fælles faglige arrangementer, hvor både sygehusansatte speciallæger og praktiserende speciallæger deltager. Dette med henblik på at øge lægernes personlige kendskab til hinanden og bidrage til fælles, faglig opdatering og efteruddannelse.

At der - med henvisning de negative følger af de lange vente ventetider på behandling i psykiatrisk speciallægepraksis - iværksættes en forsøgsordning i Odense Kommune, hvor det nærmere undersøges, hvorvidt de praktiserende læger i højere grad kan anvende de praktiserende psykiatere mere aktivt, således at de kan henvise en nærmere defineret gruppe af patienter til en hurtig udredning (indenfor 1 - 2 uger) med råd og vejledning til eventuel videre behandling i eget regi.

I dag findes der ingen samlet model for at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. Dog har overenskomstens parter i forbindelse med især de sidste 2 overenskomster iværksat arbejdet med at etablere en samlet model for at arbejde mere systematisk med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. Målet er at implementere en model for systematisk kvalitetsudvikling, som lever op til principperne i Den Danske Kvalitetsmodel.

KVIS - projekt

Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet omfatter 3 områder: Patientoplevelt kvalitet, faglig kvalitet og organisatorisk kvalitet.

I 2007 iværksatte overenskomstens parter et større projekt om kvalitetsudvikling i speciallægepraksis - også kaldet KVIS - projektet. Projektet byggede på følgende 7 delprojekter:

Delprojekt 1.

Patienttilfredshedsundersøgelser i speciallægepraksis

Delprojekt 2.

Udvikling af kliniske retningslinier

Delprojekt 3.

Udvikling af faglige indikatorer

Delprojekt 4.

Patientsikkerhed

Delprojekt 5.

Kvalitetssikring i sektorovergangene

Delprojekt 6.

Udvikling af redskaber til dokumentation af kvalitet

Delprojekt 7.

Forankring af kvalitet

Tilsammen skulle projekterne sikre erfaringer fra ovennævnte 3 kvalitetsudviklingsområder.

KVIS - projektet blev afsluttet ultimo 2011.

Resultaterne fra KVIS - projektet er taget med over i den nuværende overenskomst, som trådte i kraft pr. 1. oktober 2011.

Med overenskomsten er der lagt op til en mere formel organisering af det fremtidige kvalitetsarbejde i speciallægepraksis. Formålet er dels at kunne dokumentere kvaliteten af behandlingerne i speciallægepraksis, dels at sætte fokus på kvalitetsudvikling.

Nedenfor er nævnt hovedområderne for kvalitetsarbejdet i den nuværende overenskomst.

Kliniske retningslinier

Speciallægepraksis skal følge de relevante kliniske retningslinier og guidelines. Der kan være behov for parallelle guidelines i sygehus- og praksisregi. I den sammenhæng kan det være vigtigt, at speciallægepraksis får mulighed for at deltage i udarbejdelsen/modificeringen af guidelines, således at disse tilpasses forholdene i speciallægepraksis. Det skal kunne dokumenteres, at speciallægerne følger de nationale kliniske retningslinier.

Datafangst og diagnosekodning

Alle praktiserende speciallæger tager diagnosekodning og datafangst i brug, når der er udviklet relevante indikatorsæt, eller der eksisterer relevante kliniske kvalitetsdatabaser. I den forbindelse modtager speciallægen 7.500 kr. i engangstilskud til implementering af datafangst.

Udvikling af indikatorer

Der skal igangsættes et projekt om udvikling af faglige kvalitetsindikatorer for relevante sygdomsenheder/diagnoser. Projektet skal understøtte kvalitetsudviklingen i speciallægepraksis efter metoden/arbejdsprocessen udviklet og afprøvet i KVIS - projektet.

Kliniske kvalitetsdatabaser

I det omfang der eksisterer en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase indenfor specialet, skal speciallægen indberette data til databasen. Indberetningen skal følges op af feedback til den indberettende speciallæge i videst muligt omfang via individuel elektronisk feedback.

Patientoplevelt kvalitet

Der skal fastlægges et egentligt undersøgelseskoncept for opfølgning på den patientoplevede kvalitet. Dette skal gøres på baggrund af erfaringerne fra KVIS - projektet samt øvrige erfaringer fra sundhedsvæsenet.

I overenskomstperioden skal alle speciallæger have gennemført en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet.

Den Danske Kvalitetsmodel

Der skal i overenskomstperioden udvikles og imple-

8

Kvalitetsudvikling

menteres en dansk kvalitetsmodel til speciallægepraksis i regi af Den Danske Kvalitetsmodel

Om regionernes rolle i kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis

Det er centralt, at regionerne har adgang til data på praksisniveau for her i gennem at kunne understøtte den enkelte speciallæges arbejde med kvalitetsudvikling. For at udvikle kvaliteten viser erfaringerne, at der i dialogen skal tages udgangspunkt i egne data, for at det bliver meningsfuldt og nærværende for speciallægen

8.1 Kliniske databaser

Ved kliniske databaser forstås (offentlige) registre vedrørende en sygdomsgruppe, en bestemt diagnose eller behandlings- eller undersøgelsesmetode, der etableres som led i kvalitetsudvikling. Etablering og vedligeholdelse af kliniske databaser er omkostningstungt. Ved oprettelsen af en database skal denne godkendes af Datatilsynet.

Alle aktører er interesserede i etablering af databaser, men i praksis har det vist sig vanskeligt at få disse oprettet og vanskeligt at få databaserne til at fungere - det kræver dels enighed om indholdet i fagkredsen og dels skal økonomien være på plads både på kort og lang sigt.

Validiteten af en database vil tiltage med stigende antal indrapporteringer til denne.

Det er således ønskeligt at etablere landsdækkende kliniske databaser, som i den aktuelle sammenhæng vil kunne monitorere opgavefordelingen mellem speciallægepraksis og sygehusafdelinger.

8.2 Beskrivelse af eksisterende databaser - Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) blev etableret i 1999 i samarbejde med alle de daværende amter, H:S, Amtsrådsforeningen, Den Almindelige Danske Lægeforening (DADL), Dansk Medicinsk Selskab (DMS), Dansk Sygeplejeråd (DSR), De faglige sammenslutninger på sygeplejeområdet, Danske Fysioterapeuter mv., Ergoterapeutforeningen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

NIP omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den

sundhedsfaglige kvalitet). Såvel standarder som indikatorer er beregnet til både internt brug i de enkelte sundhedsinstitutioner med henblik på fortløbende kvalitetsudvikling, understøttelse af rationel dialog mellem det faglige og ledelsesmæssige niveau samt til ekstern brug i offentligheden med formidling af information om den sundhedsfaglige kvalitet til borgere og patienter.

NIP dækker aktuelt otte sygdomsområder, herunder skizofreni og depression. NIP depression er implementeret fra 1. januar 2011.

Indberetningerne til NIP skizofreni omfatter data vedrørende udredning, medicinsk behandling, bivirkninger, vægtøgning, familieintervention, psykoedukation, udskrivelse og selvmordsrisiko.

For NIP depression omfatter de indberettede data udredning, sociale støttebehov, depressionens sværhedsgrad, selvmordsrisiko, behandling, pårørendekontakt, planlagt opfølgning, genindlæggelse og 30 dages dødelighed.

8.3 Forslag til kvalitetsudvikling

At det i arbejdet med kliniske databaser sikres, at der tilvejebringes data fra såvel praksissektoren som sygehussektoren, og at arbejdet med anvendelse af de pågældende data tilrettelægges således, at de kan bidrage til kvalitetsudvikling i begge sektorer. I den forbindelse sikres det, at der også sker udtræk på variablerne køn og alder.

At der generelt sættes fokus på kvalitetsudvikling og -sikring i speciallægepraksis både i Region Syddanmark og på landsplan - jf. landsoverenskomstens fokusområder. Som et element hertil foreslår arbejdsgruppen, at der udarbejdes forslag til konkret afprøvning af fælles faglige audit.

At der som et forsøgsprojekt træffes beslutning om et fælles faglig audit i specialerådsregi med henblik på at opnå erfaringer, som kan danne udgangspunkt for de videre forløb.

At der i forbindelse med nye overenskomstbestemte ydelser eller ved ydelser ved lokale aftaler opstilles krav til kvalitet f.eks. rutine, procedure mv. og at der sikres en opfølgning på kvaliteten.

I overenskomsten af 1. oktober 2011 er der krav til den telefoniske tilgængelighed. Den enkelte speciallægepraksis skal være telefonisk tilgængelig for tidsbestilling 2 timer om dagen.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der årligt sker en opfølgning vedrørende overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed i psykiatripraksis.

I forbindelse med overenskomsten af 1. oktober 2011 er der indarbejdet skærpede krav til speciallægens vedligeholdelse af egne oplysninger omkring praksisdeklarationer på sundhed.dk. Specielt er der fokus på indberetning af ventetiden til en ikke - akut konsultation. Da der indenfor de senere år generelt er kommet mere fokus på ventetiden indenfor det offentlige sundhedsvæsen, vurderer arbejdsgruppen, at der er behov for at følge udviklingen på området.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der årligt sker en opfølgning på overenskomstens bestemmelser om speciallægens pligt til selv at vedligeholde egne oplysninger (herunder især ventetiden) i praksisdeklarationen på den fælles offentlige sundhedsportal, sundhed.dk.

10 Internetpsykiatri

Psykiatrien er under pres. Manglen på speciallæger og andre sundhedsprofessionelle er et særligt stort problem indenfor det psykiatriske område. Hertil kommer lange ventetider på behandling hos praktiserende psykiatere.

Internetbaseret psykiatrisk behandling er oftere blevet fremhævet som en ny alternativ behandlingsform, der kan være med til at løse flere af de udfordringer, som er nævnt ovenfor.

Internetpsykiatri - også kaldet internetbaseret adfærdsterapi - er en relativ ny behandlingsform, som med en vis succes er blevet implementeret i Sverige og Storbritannien til behandling af borgere med depression og angst.

På baggrund af ovenstående potentiale er der i efteråret 2012 igangsat et 2 - årigt internetpsykiatriprojekt i Region Syddanmark (støttet af Fonden for Velfærdsteknologi), der skal afprøve, hvorvidt internetpsykiatri kan benyttes i en dansk sammenhæng.

Behandlingen er baseret på kognitiv adfærdsterapi og varer 10 - 12 uger. Patienten støttes undervejs i behandlingen via e-mail af en psykiater. Om nødvendigt kan terapien suppleres med medicinsk behandling. Når behandlingsforløbet er gennemført, afholdes en afslutningssamtale.

Behandlingen kan foregå i trygge rammer i borgerens eget hjem, når det passer borgeren selv. Erfaringerne fra udlandet viser, at behandlingsformen dermed når en gruppe af patienter, der ellers ikke ville få behandling eller alternativt kommer for sent i behandling.

Der er således store forhåbninger knyttet til brugen af internetbaseret psykiatrisk behandling. Såfremt der opnås positive erfaringer fra internetpsykiatriprojektet i Region Syddanmark er der åbnet op for at indtænke dette i forbindelse med implementeringen af denne praksisplans anbefalinger.

Arbejdsgruppens samlede anbefalinger

I de foregående kapitler er der beskrevet en række anbefalinger og udfordringer, som der med denne praksisplan skal tages stilling til. Med udgangspunkt heri fremføres nedenfor den samlede række anbefalinger:

11.1 Anbefalinger vedrørende kapaciteten

- At speciallægeoverenskomstens målsætning om at sikre befolkningen adgang til psykiatrisk behandling i praksissektoren ved hovedsagligt fuldtidspraktiserende speciallæger følges.
- At der i planperioden ikke sker en forøgelse af kapaciteten
- At eksisterende delepraksis fremover ved lejlighed ændres til fuldtidspraksis med én praktiserende speciallæge.
- At der i planperioden på sigt tilstræbes en mere jævn fordeling af psykiatripraksis i regionen, således at der sker en overflytning af kapacitet fra Fyn til det Vest - og Sønderjyske område. Konkret anbefales det, at det kan ske i takt med nedlæggelse af delepraksis på Fyn.
- At der i vurderingen af, hvorvidt der skal gives tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæger eller indgåelse af delepraksis, må tages højde for, at der sikres speciallægekapacitet til opretholdelse af driften i regionens sygehusbaserede psykiatri.
- At psykiatripraksis som udgangspunkt skal kunne tilbyde en bred vifte af behandlingsmetoder med henblik på at imødekomme den enkelte patients ønsker og behov for optimal behandling. På den baggrund anbefales det, at der i planperioden geografisk arbejdes med at sikre den enkelte patient en bred vifte af psykiatriske behandlingstilbud i psykiatripraksis
- At regionsrådets besparelseskraav på 2 kapaciteter inde for det psykiatripraksis udmøntes på følgende måde:
 - Ophørt deltidspisaksis pr. 31. december 2010 (Broager) genbesættes ikke (besparelse 0,6 mio. kr.)
 - Nedlæggelse af Niels Kjeldsen - Kraghs praksis i Odense ved ophør (besparelse 1,5 mio. kr.)
 - Ændring af 1 delepraksis samt 1 praksis med generationsskifteaftale pr. 1. januar 2012 til to 1 - mandspisaksis (besparelse 2,0 mio. kr.)

11.2 Anbefalinger vedrørende samarbejde mellem praktiserende psykiatere og det øvrige sundhedsvæsen

- Samarbejdet mellem de involverede parter på psykiatriområdet kræver en mere klar opgavefordeling end tilfældet er i dag. Alt taler for at princippet som udgangspunkt må være, at sværhedsgraden bestemmer, hvem der har behandlingsansvaret:
 - Patienter med enkle forløbsformer og ukomplicerede langvarige behandlingsforløb får tilbudt behandling hos egen læge.
 - Patienter med moderate forløbsformer får tilbudt behandling hos privatpraktiserende psykiater. Gruppen af patienter er kendetegnet ved, at behandlingen kan foregå monofaglig, dvs. hos speciallæge uden behov for samarbejde med andre faggrupper
 - Patienter med svære forløbsformer får tilbudt behandling hos sygehusbaserede enheder. Gruppen af patienter er kendetegnet ved behov for tværfaglig samarbejde, sengebunden behandling, behandling uden patientens samtykke eller behov for ekspertkompetence.
- For at udnytte ressourcerne bedst muligt skal behandlingstilbuddet matche lidelsens sværhedsgrad. Dette indebærer, at patienter skal skifte behandler i takt med, at sværhedsgraden af sygdommen ændrer sig. En ændring af behandlingsregi beror dog altid på en faglig vurdering, herunder hensynet til, at patienten så vidt muligt følges af den samme ansvarlige behandler.
- For at sikre bedst mulig kontinuitet til trods for behandler skift, skal samarbejde og gensidig information mellem behandlerne styrkes. På den baggrund skal der arbejdes på at udfærdige patientforløbsprogrammer, der i forlængelse af målgruppedefinitionen beskriver kommunikation og informationsudveksling i forbindelse med patienters overgang mellem forskellige behandlere i et behandlingsforløb. I den forbindelse er det vigtigt også at indtænke kommunerne med henblik på den sideløbende sociale indsats for en stor del af målgruppen.

11.3 Anbefalinger vedrørende det sammenhængende sundhedsvæsen

- En mere ligelig repræsentation fra almen praksis, praktiserende speciallæger og hospitalsafdelinger i specialerådet med henblik på at styrke rådet i det faglige samarbejde og koordinering.
- At der nedsættes en central instans, hvor de involverede sektorer der kan bidrage til at afklare, hvor de respektive opgaver bedst løses - og i forhold til hvilke målgrupper.
- At ovennævnte centrale instans ligeledes bidrager til at udvikle fælles, koordinerede patientforløbsbeskrivelser, indeholdende retningslinjer for henvisning, udredning, behandling, opfølgning samt kommunikation og vidensoverdragelse mellem sektorerne i de konkrete forløb. Her er det også vigtigt at indtænke kommunerene.
- At ovennævnte centrale instans eventuelt placeres hos regionens specialeråd for psykiatri i forhold til de behandlingsrettede beskrivelser.
- At specialerådet inddrages i udarbejdelse af f.eks. fælles standarder og patientforløbsbeskrivelser, forslag til samarbejde og samarbejdsfora m.v.
- At der sikres fælles retningslinjer for informationsudveksling mellem sektorerne, herunder fastlagte standarder for henvisninger, svar på henvisninger og udskrivningsmeddelelser. Disse standarder skal beskrive såvel kommunikationsformen som det tidsmæssige forløbsprogram.
- Patientens behandlingsplan bør være tilgængelig for alle involverede parter, således at løbende justeringer beskrives og effektueres af involverede parter.
- At det lokale samarbejde styrkes ved at udbygge det allerede eksisterende samarbejde mellem de psykiatriske afdelinger og praksiskonsulenten, ved også at tilknytte en repræsentant for områdets speciallægepraksis med henblik på et formaliseret samarbejdsforum.
- At der med hensyn til deltagelse i faglige arrangementer og møder foreslås afholdt fælles faglige arrangementer, hvor både sygehusansatte speciallæger og praktiserende speciallæger deltager. Dette med henblik på at øge lægernes personlige kendskab til hinanden og bidrage til fælles, faglig opdatering og efteruddannelse.
- At der - med henvisning de negative følger af de lange ventetider på behandling i psykiatrisk speciallægepraksis - iværksættes en forsøgsordning i Odense Kommune, hvor det nærmere undersøges, hvorvidt de praktiserende læger i højere grad kan anvende de praktiserende psykiatere mere aktivt, således at de kan henvise en nærmere defineret gruppe af patienter til en hurtig udredning (indenfor 1 - 2 uger) med råd og vejledning til eventuel videre behandling i eget regi.

11.4 Anbefalinger vedrørende kvalitetsudvikling og -sikring

- At det i arbejdet med kliniske databaser sikres, at der tilvejebringes data fra såvel praksissektoren som sygehussektoren, og at arbejdet med anvendelse af de pågældende data tilrettelægges således, at de kan bidrage til kvalitetsudvikling i begge sektorer. I den forbindelse sikres det, at der også sker udtræk på variablerne køn og alder.
- At der generelt sættes fokus på kvalitetsudvikling og -sikring i speciallægepraksis både i Region Syddanmark og på landsplan - jf. landsoverenskomstens fokusområder. Som et element hertil foreslår arbejdsgruppen, at der udarbejdes forslag til konkret afprøvning af fælles faglige audit.
- At der som et forsøgsprojekt træffes beslutning om et fælles faglig audit i specialerådsregi med henblik på at opnå erfaringer, som kan danne udgangspunkt for de videre forløb.
- At der i forbindelse med nye overenskomstbestemte ydelser eller ved ydelser ved lokale aftaler opstilles krav til kvalitet f.eks. rutine, procedure mv. og at der sikres en opfølgning på kvaliteten.

11.5 Anbefalinger vedrørende servicemål

- At der årligt sker en opfølgning vedrørende overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed i psykiatripraksis
- at der årligt sker en opfølgning på overenskomstens bestemmelser om speciallægens pligt til selv at vedligeholde egne oplysninger (herunder især ventetiden) i praksisdeklarationen på den fælles offentlige sundhedsportal, sundhed.dk
- at gennemføre kvalitetssikring også for patienter med psykiske lidelser af moderat sværhedsgrad.

12.1. a. Samtlige ydelser i psykiatripraksis 2011. Forbrugsstatistik

Ydelsesnr	Antal ydelser	Bruttohonorar	Antal personer
0105 E-mail konsultation	380	25.823	210
0110 1. konsultation	3.271	2.317.127	3.217
0120 2. konsultation	2.628	1.861.704	2.595
0130 Senere konsultation	5.854	2.625.363	1.700
0140 Senere udvidet konsultation	22.121	11.623.049	4.713
0150 Pårørende konsultation	3.150	1.412.997	1.314
0201 Telefonkonsultation	13.461	2.100.290	4.075
0202 Akut indlæggelse	264	0	136
0203 Telefonisk koordinering	621	96.861	432
0205 Telefonisk rådgivning af prakt. læge	525	185.996	273
0210 Individuel terapi	13.451	9.277.877	1.694
0222 Par og anden topersoners terapi	63	39.821	14
0232 Gruppeterapi, 2 personer	389	347.283	170
0233 Gruppeterapi, 3 personer	1.600	952.277	384
0234 Gruppeterapi, 4 personer	655	292.423	239
0235 Gruppeterapi, 5 personer	244	87.091	80
0236 Gruppeterapi, 5 personer	119	35.454	38
1101 Afstandstakst ved besøg	1.569	18.514	8
1401 Besøg	24	10.753	10
2161 Tillæg for tolkebistand	1.825	194.552	449
2261 Till til kons m tolk	1.846	525.644	454
24-5701 (aftale Region Midt)	9	958	2
9001 Kørselsgodtgørelse indtil 20.000 km.	1.403	5.763	8
I alt	75.472	34.037.618	22.215

Kilde. CSC - SAS - datavarehus.Praksisafd.

12.1. b. Samtlige ydelser i psykiatripraksis 2011. Produktionsstatistik

Ydelsesnr	Antal ydelser	Bruttohonorar	Antal personer
0105 E-mail konsultation	345	23.444	204
0110 1. konsultation	3.354	2.375.860	3.300
0120 2. konsultation	2.685	1.902.096	2.654
0130 Senere konsultation	5.906	2.648.696	1.717
0140 Senere udvidet konsultation	21.971	11.544.195	4.698
0150 Pårørende konsultation	3.213	1.441.211	1.345
0201 Telefonkonsultation	13.332	2.080.120	4.087
0202 Akut indlæggelse	266	0	138
0203 Telefonisk koordinering	605	94.364	432
0205 Telefonisk rådgivning af prakt. læge	533	188.827	276
0210 Individuel terapi	13.605	9.384.162	1.709
0222 Par og anden topersoners terapi	59	37.306	12
0232 Gruppeterapi, 2 personer	392	349.955	171
0233 Gruppeterapi, 3 personer	1.608	957.040	386
0234 Gruppeterapi, 4 personer	660	294.660	240
0235 Gruppeterapi, 5 personer	244	87.091	80
0236 Gruppeterapi, 5 personer	119	35.454	38
1101 Afstandstakst ved besøg	71	840	2
1401 Besøg	10	4.482	4
2161 Tillæg for tolkebistand	1.856	197.858	461
2261 Till til kons m tolk	1.860	529.629	464
9001 Kørselsgodtgørelse indtil 20.000 km.	85	359	2
I alt	72.779	34.177.649	22.420

Kilde. CSC - SAS - datavarehus.Praksisafd

12.2 Ventetider i den sygehusbaserede psykiatri

I det følgende fremgår de fremadrettede maksimale ventetider opgjort for psykiatriske afdelinger for den diagnose, hvor der er registreret den længste maksimale ventetid.

Ventetiderne er opgjort ud fra de ventetider, der er indberettet på Venteinfo.dk.

Maksimale ventetider opgjort på afdelingsniveau - Psykiatri

Gruppering	Afdeling	Maksimal ventetid pr. 01.06. 2010	Maksimal ventetid pr. 11.08. 2010	Maksimal ventetid pr. 27.10. 2010	Maksimal ventetid pr. 07.12.2010	Maksimal ventetid pr. 22.02.2011
Almen	Augustenborg	4 uger	5 uger	5 uger	4 uger	6 uger
Almen	Haderslev	7 uger	7 uger	5 uger	5 uger	7 uger
Almen	Kolding	8 uger	8 uger	8 uger	8 uger	9 uger
Almen	Vejle	8 uger	9 uger	8 uger	9 uger	8 uger
Almen	Esbjerg	8 uger	9 uger	8 uger	8 uger	10 uger
Almen	Middelfart	6 uger	7 uger	5 uger	7 uger	6 uger
Almen	Odense	26 uger	24 uger	25 uger	7 uger	11 uger*
Almen	Svendborg	8 uger	10 uger	8 uger	8 uger	8 uger

* For Psykiatrisk Afdeling Odense er den maksimale ventetid på 11 uger for personlighedsforstyrrelse. For afdelingens øvrige patientgrupper er den maksimale ventetid på 8 uger og derunder.

Ventetid fra henvisning til behandling

Den faktiske ventetid for patienter, der har påbegyndt udredning opgøres nedenfor. Data er for perioden 01.01.2010 - 31.12.2010. Der måles på alle eksterne henvisninger i måleperioden, på tiden fra henvisning til første kontakt for de patienter, der har haft behandlingsopstart i måleperioden. Ventetiden til første kontakt fratrækkes passiv ventestatus.

Ventetid for patienter taget i behandling i 2011 - Psykiatri

Afdeling	Antal patienter der har haft følgende ventedage									
	0-2 mdr.		2-6 mdr.		6-12 mdr.		> 1 år		Total	
Vejle/Kolding*	1.628	88%	214	12%	0	0%	0	0%	1.842	100%
Esbjerg	1.637	89%	199	11%	0	0%	0	0%	1.837	100%
Odense	1.044	84%	197	16%	3	0%	1	0%	1.244	100%
Svendborg	1.149	97%	38	3%	0	0%	0	0%	1.187	100%
Middelfart (ex.retspsyk)	501	93%	35	7%	0	0%	0	0%	536	100%
Haderslev	208	80%	51	20%	0	0%	0	0%	259	100%
Augustenborg	958	87%	145	13%	1	0%	0	0%	1.104	100%
Haderslev/Augustenborg - geronto	434	96%	20	4%	0	0%	0	0%	454	100%
Haderslev, oligofreni	54	100%	0	0%	0	0%	0	0%	54	100%
Total	7.613	89%	899	11%	4	0%	1	0%	8.517	100%

* inkl. oligofreni i Vejle

Samlet set er 94 % af alle henviste patienter til psykiatriske afdelinger påbegyndt udredning indenfor 2 måneder.

12.3 Procedure for behandling og indgåelse af lokale aftaler

Indgåelse af særaftaler på speciallægeområdet

En gensidig tilpasning af behandlinger, funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksis-sektoren vil som regel ske i forbindelse med en samlet planlægning for den ambulante speciallægebetjening i regionen.

I mangel heraf modtager Praksisafdelingen jævnligt henvendelser fra praktiserende speciallæger, der ønsker at indgå aftale med regionen foranlediget af nye medicinske eller behandlingsmæssige muligheder, som man i større eller mindre omfang ønsker at tage i brug i speciallægepraksis, eller der kan være tale om ansøgninger foranlediget af kapacitetsproblemer i sygehusregi.

Det er et overordnet princip for Region Syddanmark, at anvende overenskomstsyste­met til at udvikle og realisere de sundhedspolitiske visioner og mål for praksisområdet. På speciallægeområdet kan dette ske gennem centrale generelle eller konkrete overenskomstmæssige moderniseringer eller gennem lokale aftaler efter speciallægeoverenskomstens § 64 og § 66.

Der vil i det følgende blive givet en beskrivelse af mulighederne for faglig modernisering af et speciale enten gennem en generel modernisering, ved lynmodernisering eller gennem lokale aftaler.

Større moderniseringer

Overenskomstens parter drøfter behovet for faglige moderniseringer af de enkelte specialer, og træffer i givet fald beslutning om iværksættelse af et konkret moderniseringsarbejde.

Til at forestå en faglig modernisering har overenskomstens parter nedsat et moderniseringsudvalg jf. speciallægeoverenskomstens §§ 55 - 56.

Som grundlag for overenskomstparternes beslutning gennemgår moderniseringsudvalget hele specialet og udarbejder på baggrund af denne gennemgang en moderniseringsrapport, hvori der inddrages:

- behov for ydelser
- indikation, teknik, sikkerhed, kvalitetssikring, omkostninger samt organisatoriske aspekter
- behov for efteruddannelse eller andre initiativer med henblik på kvalitetssikring - herunder f.eks. krav om mindste antal ydelser pr. år med henblik på, at speciallægen opnår den fornødne rutine
- samordningsmæssige aspekter - herunder arbejdsdeling og opgavefordeling mellem praksissektoren og sygehussektoren samt mellem speciallægepraksis og almen praksis
- analogiseringer

I moderniseringsrapporten skal der desuden fokuseres på, at kliniske vejledninger og standarder for god behandling følges med henblik på at undgå, at patienter gennemgår unødvendige undersøgelser og behandlinger eller kontroller.

Der udarbejdes endvidere en egentlig ydelsesbeskrivelse, og nye og/eller ændrede ydelser skal være ledsaget af begrundede forslag til honorarer.

Med baggrund i moderniseringsrapporten træffer overenskomstens parter beslutning om implementering af moderniseringen og de økonomiske rammer herfor.

Generelle faglige moderniseringer er normalt af et betydeligt omfang, og strækker sig tidsmæssigt over en periode på flere år. Det er hensigten at alle specialer skal have gennemført en generel modernisering med en kadence på 10 år.

Lokale aftaler.

I den nugældende overenskomst fra 2011 kan der indgås lokale aftaler i henhold til § 64 og § 66.

Nedenfor vil de 2 typer af lokalafgifter blive gennemgået.

§ 64 - aftaler.

§ 64 - aftaler afviger indholdsmæssigt ikke fra § 3 - aftaler i de tidligere overenskomster.

Med hjemmel i speciallægeoverenskomstens § 64, kan der lokalt indgås aftaler, der fraviger eller supplerer den eksisterende overenskomst.

Der er således mulighed for, at indgå aftaler om f.eks. udlægning af sygehusopgaver til speciallægepraksis, som kan foretages ambulante, og som regionen finder, der er behov for.

Der kan også være i situationer, hvor man som en forsøgsordning lokalt gerne vil afprøve behandlingsteknikker, som er relevante for speciallægepraksis, men som endnu ikke er optaget i speciallægenes ydelsessortiment. (forsøgsordning)

En sådan forsøgsordning bør dog have et landsdækkende perspektiv, således at forsøgsordningens beskrivelse og evaluering evt. kan indgå i et generelt moderniseringsarbejde for speciallæget eller i en lynmodernisering.

Det er ligeledes muligt at inddrage de praktiserende speciallæger i ventelisteafviklingen ved indgåelse af lokale aftaler mellem regionen og speciallægen. Aftaler som har det overordnede formål at øge speciallægens produktion f.eks. ved:

- aftale om højere honorering for udvalgte ydelser
- aftale om honorering for udvalgte operationer, som ikke er omfattet af overenskomsten
- aftale om friholdelse af udvalgte ydelser fra knækgrænsen v. udlægning af sygehusopgaver
- aftale om ophævelse af knækgrænsen

Procedure

Ved henvendelser fra praktiserende speciallæger, der ønsker at indgå aftale med regionen, og som har karakter af modernisering, skal det vurderes, hvorvidt der i forhold til ovenstående er tale om en modernisering af lokal karakter (forsøgsordning) eller en generel modernisering som i princippet kunne omfatte samtlige landets speciallæger eller som er fagligt mere komplicerede og kræver f.eks. Sundhedsstyrelsens medvirken eller udlægning som følge af kapacitetsproblemer i sygehusvæsenet.

Ifølge regionsrådets akutplan, godkendt 20. december 2007, er det Region Syddanmarks strategi, at sikre behandling ved kapacitetsproblemer i sygehusvæsenet indenfor en bestemt behandlingstype ved gennemførelse af udbud. Derved sikres det, at regionen får den optimale pris, og det sikres, at de private hospitaler og praksis' får mulighed for på lige fod at afgive tilbud.

Udlægning af opgaver

Hvis en ansøgning om indgåelse af en § 64-aftale drejer sig om udlægning af eksisterende sygehusopgaver til speciallægepraksissektoren gennemføres en nærmere afklaring af

- kapaciteten på området,
- eventuelle ventelisteproblemer
- afdelingens vurdering af en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem sygehusene og praksissektoren
- eventuelle konsekvenser for afdelingen ved en udlægning, f.eks. for uddannelsen af nye speciallæger
- den faglige evidens omkring udførelse af behandlingen i speciallægepraksis
- hvorvidt der bør/skal stilles krav om særlig uddannelsesmæssig baggrund for at kunne udføre behandlingen
- krav til anskaffelse af særligt apparatur
- der skal stilles særlige kvalitetskrav i forbindelse udførelse af behandlingen og i givet fald hvilke
- der skal ske indberetning til kvalitetsdatabaser
- eventuelle andre forhold af relevans for vurderingen af indgåelse af en aftale

§ 66 - aftaler

§ 66 - aftaler kom ind i overenskomsten fra 2011. En § 66 - aftale åbner mulighed for at friholde op til 20 % af kapaciteten i speciallægepraksis. Speciallægen eller grupper af speciallæger og regionen er gensidigt forpligtiget til at indgå aftale om, hvilke opgaver der skal udføres indenfor de 20 %. Der kan indgås aftale om såvel eksisterende overenskomstdelinger samt andre, nye ydelser.

Baggrunden for § 66 - aftaler er at tilgodese regionernes behov for at se kapaciteten i speciallægepraksis som en del af den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet og dermed inddrage speciallægepraksis mere i den samlede sundhedsplanlægning.

Nedenfor er vist en grafisk illustration af, hvilke typer af opgaver det er muligt at placere i henholdsvis den aftalte del af kapaciteten (råderum) og den resterende kapacitet, der er i en given praksis. Rammen viser den samlede kapacitet i en given praksis.

<p>Råderum - del af kapaciteten</p> <p>Defineres som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle eksisterende ydelser fra overenskomsten - Andre opgaver
<p>Resterende kapacitet</p> <p>Defineres som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle eksisterende ydelser fra overenskomsten

Regionen skal meddele speciallægen, om man ønsker at benytte den friholdte kapacitet senest 6 måneder inden aftalens ikrafttræden. Såfremt regionen ikke ønsker at benytte den friholdte kapacitet, meddeles dette skriftligt til speciallægerne indenfor det pågældende speciale, herunder meddeles for hvilken periode regionen ikke ønsker at benytte den friholdte kapacitet.

Ændring af procentsatsen for den friholdte kapacitet i speciallægepraksis kan ske efter gensidig aftale mellem regionen og speciallægerne og efter central godkendelse fra overenskomstparterne.

Region Syddanmark har i denne praksisplan konkret angivet nogle områder, hvor regionen ønsker at undersøge mulighederne for indgåelse af § 66 - aftaler.

Forsøgsordning

Udviklingen af de teknologiske og behandlingsmæssige muligheder gør, at praktiserende speciallæger med interesse for særlige områder retter henvendelse til regionen med ønske om honorering for ydelser, som ikke er overenskomstdækkede.

I disse situationer vil der være mulighed for at etablere en regional forsøgsordning, der tager sigte på at afprøve ydelsernes anvendelse i speciallægepraksis.

Aftaler om forsøgsordninger er tidsbegrænsede, og med henblik på opsamling af erfaringer skal der til aftalen være knyttet en evaluering af ordningen.

Større moderniseringer

Ønske om modernisering, der

- har et større omfang,
- vurderes at være af mere generel karakter
- kræver lægefaglig afklaring på centralt niveau,

oversendes til Danske Regioner med henblik på behandling i det af overenskomstparterne nedsatte moderniseringsudvalg.

Det videre forløb

På førstkommende dialogmøde med repræsentanter for speciallægepraksis efter ansøgningen er modtaget orienteres om sagen, dens behandling og videre forløb.

Såfremt anmodningen resulterer i en egentlig aftale forelægges denne for samarbejdsudvalget vedr. speciallægehjælp, der behandler sagen jf. overenskomstens § 64, stk. 2 eller § 65, såfremt det drejer sig om en rammeaftale.

12.4 Nøgletal for "Fynsk - Jysk model" - se afsnit 5.5

Område	1. kons. % - andel.	Sygesikrings- udgift/patient. kontakter Kr.	Medicin- ordination ddd/patient	Sygesikring i alt Kr.	Psykoterapi ydelser/patient*
Odense	38	5.461	390	7.285	3,4
Laveste	37	4.109	281	5.655	1,1
højeste	52	7.711	450	8.977	9,8
Fyn	35	4.339	460	6.922	2,4
Laveste	22	2.605	281	4.843	0
højeste	52	6.603	577	11.794	9,8
Jylland	47	3.046	358	4.811	1,2
Laveste	34	2.157	250	3.129	0
højeste	62	4.575	487	7.091	3,8
Region Syddanmark	39	3.871	410	6.158	2
Laveste	22	2.157	250	3.129	0
højeste	62	7.711	577	11.794	9,8

Kilde: SAS - datavarehus. Praksisafd.

Note* samtlige patienter i praksis

Område	Psykoterapi/almen psykiatri Profil af psykiatripraksis Procent	Ventetider* 1. kons. uger
Odense	40-60	37
Laveste	15-85	4
højeste	89-11	78
Fyn	35-65	37
Laveste	0-100	4.
højeste	89-11	78
Jylland	26-74	26
Laveste	0-100	8
højeste	60-40	60
Region Syddanmark	33-67	33
Laveste	0-100	4
højeste	89-11	78

Note* Kilde: Sundhed.dk

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk

12893 - Grafisk Service - Region Syddanmark - 11.2013