
RIGSREVISIONEN



Notat til Statsrevisorerne om beretning om voksnes adgang til psykiatrisk behandling

August
2012

revision
revision
revision

Opfølgning i sagen om voksnes adgang til psykiatrisk behandling (beretning nr. 9/2009)

28. juni 2012

RN A304/12

1. I dette notat følger jeg op på sagen om voksnes adgang til psykiatrisk behandling, som blev indledt med en beretning i 2009. Notatet handler om regionernes og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses (herefter Sundhedsministeriet) arbejde med at sikre adgang til ambulantly behandling og indlæggelse, herunder nedbringe ventetiderne for voksne psykiatriske patienter.

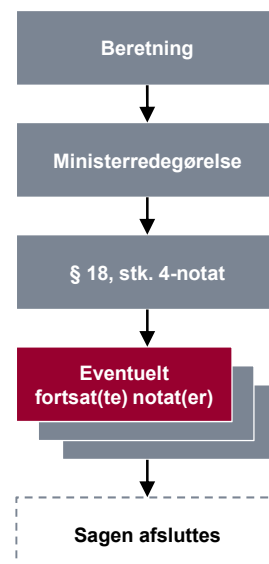
Notatet indeholder følgende konklusion:

Regionerne og Sundhedsministeriet har taget flere initiativer til at sikre, at voksne patienter har adgang til både ambulantly behandling og psykiatrisk indlæggelse. Ministeriet offentliggør ventetider i det psykiatriske sundhedsvæsen ud fra indberetninger til Landspatientregisteret. Det finder jeg tilfredsstillende, og det er derfor min opfattelse, at de udestående punkter i beretningssagen om voksnes adgang til psykiatrisk behandling kan afsluttes.

Jeg bygger min konklusion på følgende:

- Regionerne har iværksat og gennemført en række initiativer, som skal tilpasse kapaciteten til behovet. Danske Regioner og regionerne arbejder bl.a. med at indføre pakkeforløb for psykiatriske behandlingsforløb og en ny uddannelse for psykologer, så de kan indgå i udrednings- og behandlingsindsatsen i psykiatrien.
- Regionerne har iværksat lokale initiativer, bl.a. centraliseret visitation af patienter, øget dialog med kommunerne om patienter, som er færdige med behandlingen, men endnu ikke udskrevet, rekruttering og fastholdelse af psykiatere samt fokus på udnyttelse af ny teknologi.
- Der er nedsat et udvalg, som medio 2013 skal komme med anbefalinger til, hvordan behandlingen af psykiatriske patienter tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Regeringen vil efterfølgende tage afsæt i anbefalingerne og udarbejde en langsigtet plan for den fremtidige udvikling og udbygning af indsatsen over for psykiatriske patienter.
- Sundhedsministeriet har i november 2011 offentliggjort ventetider til psykiatrisk sygehusbehandling baseret på indberetninger til Landspatientregisteret. Ministeriet kan desuden opgøre andelen af patienter, som venter mere end de 2 måneder, der er aftalt i den udvidede behandlingsret for psykiatriske patienter.

Sagsforløb for en større undersøgelse



Du kan læse mere om forløbet og de enkelte step på www.rigsrevisionen.dk

En ikke-disponibel sengeplads er en seng, som er ude af drift i en kortere eller længere periode, fx på grund af ledige stillinger, ombygning/renovering og/eller sygdom, ferie mv.

I. Baggrund

2. Jeg afgav i april 2010 en beretning om voksnes adgang til psykiatrisk behandling. Beretningen viste, at patienterne havde adgang til både ambulat psykiatrisk behandling og psykiatrisk indlæggelse, men at en væsentlig del af patienterne oplevede ventetider og overbelægning. Undersøgelsen viste også, at ikke-disponible sengepladser og færdigbehandlede patienter, der optog en seng, havde bidraget til overbelægningen.

3. Da Statsrevisorerne behandlede beretningen, bemærkede de, at Sundhedsministeriet burde sikre, at opgørelserne af erfarede ventetider i Landspatientregisteret er valide, at overbelægningen burde mindskes, og at regionerne fortsat burde søge at fastholde og tiltrække personale for at minimere antallet af sengepladser, der ikke kan benyttes på grund af bl.a. personalemangel.

4. Som svar på beretningen afgav sundhedsministeren en redegørelse til Statsrevisorerne i september 2010. Heri oplyste ministeren, at han var enig i, at det er vigtigt og væsentligt at sikre overensstemmelse mellem behandlingsbehov og -kapacitet på det psykiatriske område.

5. På baggrund af ministerredegørelsen afgav jeg i september 2010 et notat i henhold til rigsrevisorlovens § 18, stk. 4, hvori jeg fremlagde mine planer for den videre opfølgning på beretningen. Notatet findes i Endelig betænkning over statsregnskabet for 2009. I notatet lovede jeg, at jeg ville følge udviklingen på følgende områder:

- regionernes arbejde med at sikre, at patienterne har adgang til både ambulat behandling og psykiatrisk indlæggelse
- ministerens arbejde med at opgøre erfarede ventetider til psykiatrisk behandling via Landspatientregisteret.

6. I dette notat redegør jeg for resultaterne af min opfølgning.

Hele sagen og dens dokumenter kan følges på www.rigsrevisionen.dk og på www.ft.dk/Statsrevisorerne.

II. Regionernes og Sundhedsministeriets initiativer

7. Jeg gennemgår i det følgende regionernes og Sundhedsministeriets initiativer i forhold til de udestående punkter. Gennemgangen er baseret på oplysninger fra regionerne, Danske Regioner og Sundhedsministeriet.

Patienternes adgang til psykiatrisk behandling

8. Regionerne opgør årligt antallet af ambulante besøg. Tabel 1 viser den årlige udvikling i antallet af ambulante besøg i perioden 2007-2011.

Tabel 1. Oversigt over antallet af ambulante besøg i perioden 2007-2011

2007	2008	2009	2010	2011
732.950	718.694	788.628	808.756	822.635

Kilde: Danske Regioner.

Tabel 1 viser, at antallet af ambulante besøg i perioden 2007-2011 har været stigende. I 2011 var der 89.685 eller 12 % flere ambulante besøg end i 2007. I 2008 var der et mindre fald på 14.256 eller 2 %, hvorefter der var en kraftig stigning i 2009 på 69.934 eller knap 10 %. Fra 2010 til 2011 steg antallet af ambulante besøg med 13.879 eller knap 2 %.

9. Regionerne opgør desuden årligt det samlede antal normerede sengepladser. Tabel 2 viser en opgørelse for perioden 1. januar 2007 - 1. januar 2012.

Tabel 2. Oversigt over udviklingen i antal normerede senge i perioden 2007-2012 for voksenpsykiatrien opgjort pr. 1. januar det pågældende år

Region	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nordjylland	269	269	262	262	261	269
Midtjylland ¹⁾	483	484	468	456	468	472
Syddanmark	534	534	534	538	538	534
Hovedstaden	1.420	1.412	1.355	1.327	1.156	1.115
Sjælland	366	366	366	359	355	355
I alt	3.072	3.065	2.985	2.942	2.778	2.745

¹⁾ Inkl. retspsykiatriske sengepladser til grønlandske patienter. I 2007 og 2008 var der 14 sengepladser og i 2009-2012 18 sengepladser.

Kilde: Regionerne.

Tabel 2 viser, at antallet af normerede sengepladser til voksne psykiatriske patienter er faldende i perioden 2007-2012. Samlet set for regionerne er der tale om et fald fra 3.072 sengepladser i 2007 til 2.745 sengepladser den 1. januar 2012. Det er et fald på i alt 327 sengepladser, svarende til 11 %. Faldet skyldes primært reduktioner i Region Hovedstaden.

Jeg kan konstatere, at antallet af normerede sengepladser har været faldende siden regionernes dannelse, og at antallet af ambulante besøg i samme periode har været stigende.

Tabel 2 viser desuden, at Region Hovedstaden fra 2007 til 2011 har et fald på 305 normerede sengepladser (21 %), mens Region Midtjylland har et fald på 11 normerede sengepladser (2 %). Region Sjælland har også et fald på 11 normerede sengepladser (3 %). Region Nordjylland og Region Syddanmark har samme antal normerede sengepladser den 1. januar 2012, som de havde den 1. januar 2007.

10. Region Nordjylland har oplyst, at faldet på én sengeplads fra 2010 til 2011 var en administrativ flytning af en sengeplads fra voksenpsykiatrien til børne- og ungdomspsykiatrien, idet den reelt havde været en kapacitet for børne- og ungdomspsykiatrien i flere år. Stigningen i kapaciteten fra 2011 til 2012 (8 sengepladser) skyldes en reel opnormering på 5 sengepladser og hjemtagning af sengepladser fra Region Midtjylland.

11. Region Midtjylland har oplyst, at faldet i antallet af sengepladser fra 2007 til 2011 (11 sengepladser) dækker over en løbende tilpasning af den stationære kapacitet, herunder Region Nordjyllands hjemtagning af egne patienter. Stigningen fra 2010 til 2011 (12 sengepladser) skyldes omlægning af de psykiatriske skadestuer til visiterede modtagelser. 4 nye sengepladser er åbnet i 2012.

12. Region Syddanmark har oplyst, at årsagen til stigningen fra 2009 til 2010 skyldes en generel opnormering på 4 sengepladser på Psykiatrisk Afdeling Esbjerg-Ribe. Faldet i antallet af sengepladser fra 2011 til 2012 skyldes omlægning af aktivitet fra stationær til ambulante aktivitet på Psykiatrisk Afdeling Kolding og Psykiatrisk Afdeling Vejle.

13. Region Hovedstaden har oplyst, at faldet i sengepladser fra 2010 til 2012 (212 sengepladser) bl.a. afspejler, at der er nedlagt sengepladser på Psykiatrisk Center Sct. Hans, dels som følge af besparelser, dels som følge af regionens psykiatriplan 2020, som fastlægger, at der fra at være 265 sengepladser skal være 180 sengepladser på centret. Ligeledes har lukning af 24 sengepladser på Psykoterapeutisk Center Stolpegård i forbindelse med, at centret overgik til kun at have ambulante behandling, bidraget til faldet i antallet af sengepladser.

14. Region Sjælland har oplyst, at regionsrådet i 2008 besluttede at foretage en renovering af patientstuerne i Psykiatrien Vordingborg, så der blev etableret enestuer. Det medførte et fald i antal sengepladser fra 2009 til 2010 (7 sengepladser).

15. Sundhedsministeriet har oplyst, at partierne bag fordelingen af satspuljemidlerne i november 2011 indgik en aftale om udmøntning af puljen på sundhedsområdet. Der blev afsat en ansøgningspulje på 140 mio. kr. i perioden 2012-2015 til etablering af nye sengepladser i almen psykiatri ud over den allerede eksisterende kapacitet.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionerne opretholder en solid og fagligt bæredygtig indlæggelseskapacitet i psykiatrien. Den stationære kapacitet skal både imødekomme behovet for længerevarende indlæggelser, forebygge uhensigtsmæssige genindlæggelser og sikre intensive velplanlagte patientforløb. Det er et regionalt ansvar at sikre det nødvendige antal sengepladser. Heri ligger også et ansvar for at tage Sundhedsstyrelsens anbefaling om at opretholde en solid og fagligt bæredygtig indlæggelseskapacitet i psykiatrien i betragtning.

16. Ministeriet har desuden oplyst, at der i henhold til regeringsgrundlaget er nedsat et udvalg, som får til opgave at komme med anbefalinger til, hvordan behandlingen af mennesker med sindslidelser tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Udvalget skal bl.a. se på mulighederne for at optimere den samlede kapacitet, herunder forholdet mellem sengekapa- citet og ambulante kapacitet. Udvalgets samlede af rapportering skal foreligge medio 2013, hvor- efter regeringen med afsæt i udvalgets forslag vil udarbejde en langsigtet plan for den frem- tidige udvikling og udbygning af indsatsen over for psykiatriske patienter.

17. I den nye økonomiaftale mellem regeringen og Danske Regioner for 2013 er der afsat 200 mio. kr. til at påbegynde en kapacitetsudredning i psykiatrien for at forberede en udred- nings- og behandlingsret i psykiatrien.

18. Danske Regioner har oplyst, at de i samarbejde med regionerne har iværksat en række nationale initiativer. Fra medio 2012 indføres fx standardiserede pakkeforløb for flere psy- kiatriske diagnoser. Pakkeforløbene forventes at medføre en mere effektiv resurseudnyttel- se. Et andet initiativ er en ny specialuddannelse for psykologer i psykiatrien. Uddannelsen skal øge og kvalificere psykologernes bidrag til udrednings- og behandlingsindsatsen i psy- kiatrien. Danske Regioner har tillige oplyst, at regionerne på baggrund af en række overord- nede principper introducerer en model (Shared Care) for samarbejde mellem psykiatrien og almen praksis. Regionerne forventer ved brug af modellen at kunne forebygge mange, svæ- re sygdomsforløb og indlæggelser for patienter med bl.a. angst og depression.

19. Regionerne har videre oplyst, at de har iværksat regionale initiativer ud over de nationa- le initiativer. Initiativerne skal forbedre kapaciteten for voksnes behandling i psykiatrien og er rettet mod de ambulante patienter samt antallet af og fordelingen af sengepladser mellem forskellige behandlingsbehov.

Et initiativ, som alle regionerne fremhæver, er, at de er i gang med eller allerede har indført en centraliseret visitation for patientgrupper eller hele det psykiatriske område i den enkelte region. Regionerne oplyser, at den centrale regionale visitation vil sikre en lettere og mere ensartet adgang til behandlingen for patienterne gennem en bedre udnyttelse af kapacite- ten og behandlingstilbuddene.

2 ud af 5 regioner har oplyst, at de har øget samarbejdet med kommunerne for at nedbringe antallet af patienter, som er færdigbehandlede, men optager en sengeplads. De 2 regioner arbejder desuden på at rekruttere og fastholde psykiatere for at øge kapaciteten. Én region har også oplyst, at de tester mulighederne for at bruge ny teknologi til at udnytte kapaciteten bedre, fx videodialog mellem behandler og patient frem for et fysisk møde. Videodialog forventes at spare transporttid og give mulighed for at tilrettelægge og udnytte behandlernes resurser bedre.

20. Jeg kan konstatere, at både ministeriet og regionerne har sat en række relevante initiativer i gang med det formål at forbedre kapaciteten og fordelingen af kapaciteten mellem forskellige typer af behandlingsbehov. Jeg finder, at det udvalg, regeringen har nedsat vedrørende kapaciteten i psykiatrien, og de anbefalinger, som udvalget må forventes at fremlægge, er afgørende for den langsigtede tilrettelæggelse af kapaciteten og den samlede planlægning af indsatsen over for psykisk syge patienter.

Ventetider

21. Voksne psykiatriske patienter fik pr. 1. januar 2010 en udvidet behandlingsret. Behandlingsretten giver patienter ret til at vælge behandling på et andet sygehus, som regionsrådet har indgået aftale med, hvis regionen ikke kan påbegynde behandling senest 2 måneder efter, henvisningen er modtaget, og hvis ventetiden til det pågældende sygehus er kortere end ventetiden i regionen.

22. I beretningen om voksnes adgang til psykiatrisk behandling er det omtalt, at data til at opgøre erfarede ventetider ifølge Sundhedsministeriet ikke var tilstrækkeligt valide. Statens Serum Institut, som pr. 1. marts 2012 overtog Sundhedsstyrelsens opgaver vedrørende sundhedsdokumentation, har nu udarbejdet en opgørelse af ventetiderne til psykiatrisk sygehusbehandling, som er offentliggjort i november 2011. Ventetiderne er baseret på registreringer i Landspatientregisteret og omfatter den planlagte aktivitet på de offentlige sygehuse samt på private sygehuse og klinikker, der er betalt af patientens bopælsregion. Tabel 3 viser antal dage, som en voksen psykiatrisk patient i gennemsnit har ventet (erfarede ventetid).

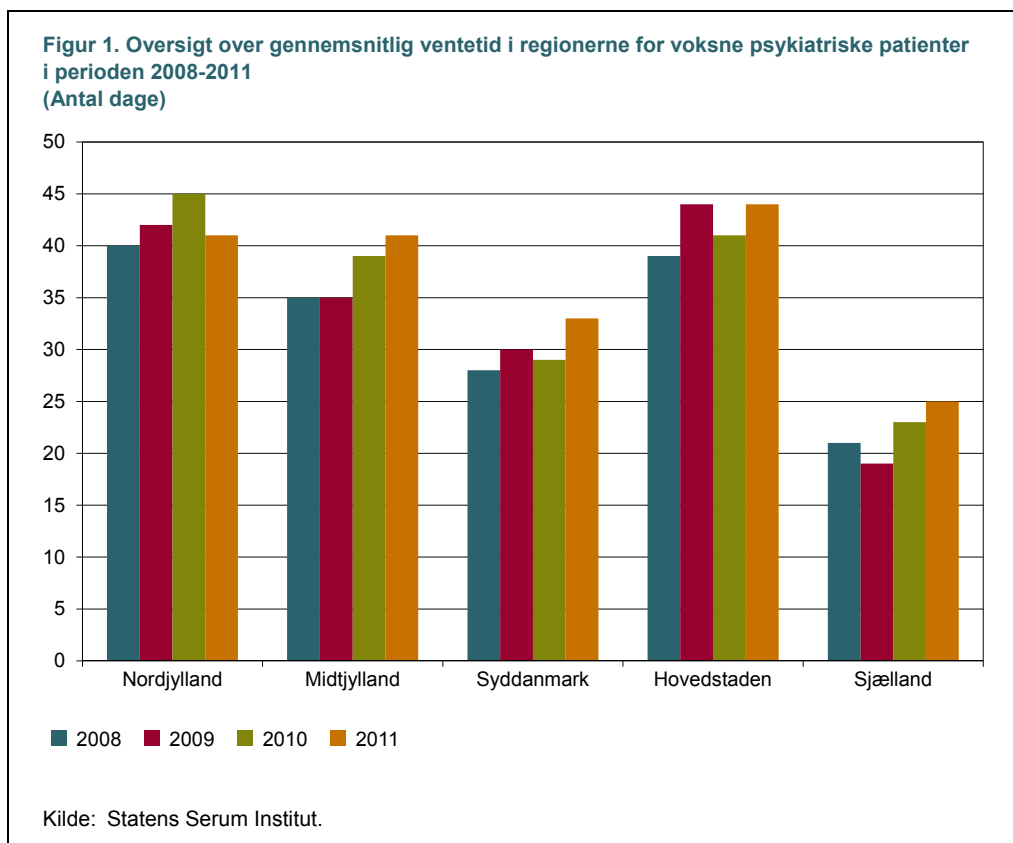
Erfaret ventetid udtrykker den samlede ventetid, fra sygehuset modtager henvisningen, til behandlingen starter. Perioder, hvor patienten reelt ikke er ventende, fx perioder, hvor patienten melder afbud, fratrækkes.

Tabel 3. Gennemsnitligt antal dage, som en voksen psykiatrisk patient har ventet, fra sygehuset modtager henvisning til patientens første fremmøde (erfarede ventetid)

2008	2009	2010	2011
33	34	35	37

Kilde: Statens Serum Institut.

Tabel 3 viser, at den gennemsnitlige erfarede ventetid i 2011 var 37 dage. Den gennemsnitlige ventetid har været stigende i perioden 2008-2011. Figur 1 viser den gennemsnitlige ventetid i regionerne for voksne psykiatriske patienter.



Figur 1 viser, at der er forholdsvis stor forskel på det gennemsnitlige antal dage, som voksne psykiatriske patienter skal vente på behandling. Figuren viser, at Region Sjælland i 2011 havde en gennemsnitlig ventetid på 25 dage, mens Region Hovedstaden havde en gennemsnitlig ventetid på 44 dage. Figuren viser desuden, at Region Nordjylland – som den eneste region – havde et fald i den gennemsnitlige ventetid fra 2010 til 2011. De resterende 4 regioner bidrager alle til, at gennemsnittet for regionerne som helhed er steget fra 35 dage i 2010 til 37 dage i 2011.

23. Jeg finder det tilfredsstillende, at ministeriet nu kan opgøre den gennemsnitlige erfarede ventetid. Ministeriet og regionerne kan derved følge udviklingen i ventetiderne.

24. Statens Serum Institut har foruden den gennemsnitlige erfarede ventetid for regionerne som helhed mulighed for at opgøre andelen af patienter, som venter mere end 2 måneder, for hver region. Tabel 4 viser opgørelsen for 2010 og 2011 over ventetider baseret på indberetninger til Landspatientregisteret for patienter, der venter mere end 2 måneder, jf. den udvidede behandlingsret.

Tabel 4. Oversigt over andel af voksne psykiatriske patienter, som venter mere end 2 måneder på første konsultation eller behandling (erfarede ventetider)

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Hele landet
2010	23 %	18 %	7 %	18 %	2 %	13 %
2011	14 %	19 %	11 %	19 %	2 %	14 %

Kilde: Statens Serum Institut.

Tabel 4 viser, at 14 % af alle patienter i 2011 ventede mere end 2 måneder. I 2010, hvor den udvidede behandlingsret blev indført, ventede 13 % af patienterne mere end 2 måneder. Tabellen viser også, at udviklingen dækker over store regionale forskelle. Region Nordjylland har reduceret antallet af patienter, som venter mere end 2 måneder, fra 23 % til 14 %. Region Syddanmark har derimod den største stigning af patienter, som venter mere end 2 måneder, fra 7 % til 11 %, men regionen har i 2011 den næstlaveste andel af patienter, som venter mere end 2 måneder, og er fortsat under landsgennemsnittet.

Tabellen viser yderligere, at kun 2 % af de voksne psykiatriske patienter i Region Sjælland i 2011 ventede mere end 2 måneder, mens 19 % i Region Hovedstaden og Region Midtjylland ventede mere end 2 måneder.

25. Ministeriet har oplyst, at der fortsat er nogen usikkerhed i opgørelsen over de erfarede ventetider. Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Hovedstaden har gennem ministeriet oplyst, at de i perioden 2008-2011 har indført nye systemer til registrering af patientadministrative data, som overfører data til Landspatientregisteret, og det har muligvis ført til brud i patienternes registrerede venteforløb. Region Sjælland oplyser, at de har haft organisationsændringer, som kan have påvirket registreringen af data i 2008.

26. Statens Serum Instituts opgørelse af ventetider, der er baseret på indberetninger til Landspatientregisteret, giver regionerne et grundlag for, at de kan opgøre erfarede ventetider for voksne psykiatriske patienter og dermed vurdere, i hvilken udstrækning behandlingsretten for psykisk syge overholdes. Selv om overgangen til nye registreringssystemer er forbundet med nogen datausikkerhed, er det min vurdering, at ministeriet og regionerne fremadrettet vil have mulighed for at følge udviklingen i og effekten af både nationale og regionale initiativer.

III. Afslutning

27. Jeg finder regionernes og Sundhedsministeriets initiativer tilfredsstillende, og det er min opfattelse, at sagen kan afsluttes.

Lone Strøm