

Hanne Susan Rasmussen

Fra: Hanne Susan Rasmussen
Sendt: 3. juni 2016 09:45
Til: Anne Ehrenreich; Charlotte Fischer; Erik Rostell Gregersen; Erik Sejersten; Finn Rudaizky; Hanne Andersen; 'Karsten Skawbo-Jensen'; 'Karsten Skawbo-Jensen, Frederiksberg'; Susanne Due Kristensen; Susanne Langer
Cc: 'Anne Skriver Andersen'; Lisbeth Fly Højmark
Emne: ydelsesregistrering i psykiatrien
Vedhæftede filer: Notat vedr aktivitetsbudgetmodellen i psykiatrien.PDF;
Ydelsesregistrering_psykiatriudvalget svarbrev til de faglige organiseri...DOCX

Kære alle

Efter aftale med psykiatriudvalgets formand genfremsendes svar og notat til de fire fagforeninger, der henvendte sig i starten af året om ydelsesregistrering i psykiatrien.

Det er til jeres orientering i forlængelse af det sidste psykiatriudvalgsmøde, hvor der var repræsentanter fra fagforeningerne, som rejste nogle kritikpunkter af ydelsesregistreringen i psykiatrien.

Med venlig hilsen

Hanne S. Rasmussen
Chefkonsulent
Center for Sundhed
Enhed for Hospitalsplanlægning
Tlf. 3866 6015
Mail: hanne.s.rasmussen@regionh.dk

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød
Tlf. 3866 5000

Ergoterapeutforeningen
Dansk Socialrådgiverforening
Socialpædagogerne
Danske Fysioterapeuter

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666013
Mail csu@regionh.dk

Journal nr.: 16014370
Ref.: LHOE

Dato: 12. februar 2016

Kære Åse Munk Mortensen, Tine Nielsen, Karen Holte og Annemette El-Azem

Psykiatriudvalget vil gerne takke for jeres foretræde på udvalgets møde den 29. september 2015, hvor I præsenterede en række udfordringer, som jeres medlemmer oplever, at den valgte aktivitetsbudgetmodel i psykiatrien giver i forhold til arbejdstilrettelæggelsen.

Som aftalt på mødet har I nu fremsendt en række konkrete eksempler som skal illustrere situationer, hvor ydelsesregistreringen ikke i tilstrækkelig grad honorerer bl.a. pårørendeinddragelse, kontakt til kommuner mv, og hvor jeres medlemmer oplever, at ydelsesregistreringen ikke tilskynder til at prioritere disse opgaver.

Det er meget vigtigt for mig at påpege, at pårønderarbejde er en uundværlig del af indsatsen for at hjælpe den enkelte patient og et centralt aspekt i arbejdet med recovery. Det er derfor afgørende, at arbejdet med pårørende prioriteres i dagligdagen. I medsendte notat er der redegjort mere detaljeret for, hvordan der tages højde for det i den valgte aktivitetsbudgetmodel.

Det er ikke hensigten, at den aktivitetsbudgetmodel, der arbejdes med i psykiatrien, skal få som effekt at pårønderarbejde nedprioriteres. Det er netop indarbejdet i modellen, at der er selvstændige aktivitetsmål for både ydelser med direkte patientkontakt og ydelser uden direkte patientkontakt. Dette er gjort for at synliggøre, at begge ydelsestyper er en nødvendig del af patientbehandlingen.

Det er udvalgets vurdering, at det er helt nødvendigt med aktivitetsbudgetter for at sikre, at vi kan leve op til udredningsretten og tilbyde patienter udredning og behandling inden for kort tid, så de hurtigst muligt kan hjælpes videre livet.

Det er vigtigt for mig at påpege, at de enkelte enheders opfyldelse af aktivitetsbudgetterne ikke er koblet til økonomi, og der er derfor ikke sket en reduktion i de økonomiske budgetter, såfremt aktivitetsmålene ikke har været opfyldt.

Vi håber, at det med ovenstående er tydeliggjort, at vi har et fælles ønske om at prioritere både patientkontakt og netværkssamarbejde, og at vi i vores aktivitetsstyring også tager højde for begge aspekter.

Såfremt der fortsat skulle være behov for afklaring, er I naturligvis velkomne til at kontakte Region Hovedstadens Psykiatri, der kan bidrage med yderligere uddybning af modellens konstruktion og tydeliggøre, hvordan pårørendeinddragelse prioriteres. Den enkelte medarbejder opfordres ligeledes til at tage en dialog med sin daglige leder om de konkrete situationer, der kan skabe tvivl i forhold til aktivitetsstyringens betydning for arbejdstilrettelæggelsen.

Med venlig hilsen

På vegne af psykiatriudvalget
Karsten Skawbo-Jensen



NOTAT

Kristineberg 3
2100 København Ø.

Telefon 3864 0000

Direkte 2858 7751

Fax 3864 0007

Mail psykiatri@regionh.dk

Web www.psykiatri-regionh.dk

Dato: 18. januar 2016

Kommentarer til henvendelse vedr. ydelsesregistrering i Psykiatrien af 6. januar 2016

Ergoterapeutforeningen Region Øst, Danske Fysioterapeuter Hovedstaden, Socialpædagogerne Nordsjælland og Dansk Socialrådgiverforening Region Øst har sammen sendt et oplæg til Psykiatriudvalget, hvori der fremføres en række kritikpunkter af Region Hovedstadens Psykiatris aktivitetsbudgetteringsmodel, mulighederne mht. ydelsesregistrering mv.

Region Hovedstadens Psykiatri er blevet bedt om bemærkninger til organisationernes oplæg.

Aktivitetsbudgetmodellen

Det er en udbredt misforståelse i debatten, som også ses i organisationernes henvendelse, at pårørendekontakt, kontakt til kommuner og anden aktivitet, hvor patienten ikke deltager (dvs. ”ydelse uden besøg”), ikke tæller med i Region Hovedstadens Psykiatris aktivitetsstyring, og at værdien af denne aktivitet derfor heller ikke anerkendes.

Pårørendekontakt og netværksarbejde har en meget høj prioritet i Region Hovedstadens Psykiatri. Det har det også uanset, hvordan aktiviteterne registreres, da aktivitetsregistrering blot er ét af flere værktøjer i styringen. Men det prioriteres også gennem aktivitetsbudgetteringen. Budgetter for antallet af ydelser uden besøg blev netop implementeret fra 2014 med henblik på at synliggøre og at understøtte prioriteringen af dette, for patienten vigtige og relevante, kliniske arbejde.

Aktivitetsbudgetterne i Region Hovedstadens Psykiatri består både af et budget for antallet af ambulante og tværfaglige besøg (dvs. et måltal for de ydelser, hvor patienten er til stede) og et budget for antallet af ydelser uden besøg (dvs. et måltal for en række af de klinisk centrale ydelser, hvor patienten ikke er til stede). Antallet af ambulante og tværfaglige besøg pr. år er fastsat efter, hvor mange besøg behandlerne på et givent afsnit gennemsnitligt kan have pr. arbejdsdag med fradrag af ferie, sygefravær, kursusdeltagelse. Konkret ser opgørelsen af arbejdsdage således ud i 2016:

Hverdage 2016	253
- Ferie	30
- Kursusdage	10
- Sygdom (4 %)	10
Arbejdsdage i alt	203

Der er ligeledes generelt fratrukket 5% fra antallet af behandlere for at kompensere for opgaver ift. TR-funktion og ledelse.

Det gennemsnitlige budgetterede antal besøg på et givent afsnit pr. behandler er graderet efter ambulatorietype og er lavest for udgående og komplekse funktioner, samt børne- og ungdomspsykiatrien, og højere for mere almene ambulatoriefunktioner (den såkaldte 2-3-4-model).

Det budgetterede antal ydelser uden besøg er fastsat til $\frac{1}{4}$ af antallet af besøg i voksenpsykiatrien og $\frac{1}{2}$ af antallet af besøg i børne- og ungdomspsykiatrien for at justere for, at arbejdet med børn og unge i højere grad indebærer ydelser, hvor patienten ikke er til stede.

De 4 organisationer foreslår, at ydelser som pårørendekontakt, hvor patienten ikke er til stede, skal tælle på samme måde som ydelser, der er rettet mod patienten. Rationalet bag Psykiatriens aktivitetsbudgettering er (ganske lig organisationernes holdning), at begge ydelsestyper er nødvendige dele af en god patientbehandling. Det betyder imidlertid ikke, at de to typer ydelser kan erstatte hinanden. De supplerer hinanden. Det er baggrunden for, at der er fastsat selvstændige aktivitetsmål for hhv. ydelser, hvor patienten er til stede, og ydelser, hvor patienten ikke er til stede.

Fra Psykiatriens side er man således ikke enig i, at arbejdet med pårørende ikke vægtes. Man har derimod lavet en model, som forsøger at synliggøre og tage hensyn til dette – i øvrigt modsat gængs praksis i somatikken.

Fra Psykiatriens side er man opmærksom på, at nogle har misforstået 2-3-4-modellen og troet, at det var et personligt mål pr. dag. Det er det ikke – det er et gennemsnitligt antal for alle behandlere på et givent afsnit. Nogle vil således have flere besøg, nogle færre, alt efter opgavernes karakter. Nogle gange tager en ydelse lang tid andre gange kort tid. Det er dog stadig vurderingen, at de givne mål som et gennemsnit er realistiske. Psykiatrien vurderer løbende modellen og justerer, hvis der er noget som ikke fungerer efter hensigten. Fra 2016 har man fx ændret målet for de ældrepsykiatriske teams/ambulatorier fra 4 til 3 besøg – og 1 til $\frac{3}{4}$ ydelser uden besøg - i gennemsnit pr. behandler pr. arbejdsdag.

Det har været Psykiatriens bestræbelse at lave en model, der er enkel, forståelig og retfærdig (forstået på den måde, at alle ambulante enheder stilles ens, samtidig med, at der tages højde for forskelle i de ambulante enheders opgaver). Det er stadig vurderingen, at dette er opnået.

Samtidig har det været Psykiatriens mål at øge aktiviteten med henblik på at reducere de alt for lange ventetider, der var til psykiatrisk behandling før 2014. Det har man langt hen ad vejen opnået. Det kan dog næppe direkte tilskrives aktivitetsbudgetterne, men snarere, at den transparens, som aktivitetsbudgetterne giver, har været en anledning til at se på den måde man organiserer arbejdet i de enkelte ambulatorier.

Det skal endvidere understreges, at de enkelte ambulante enheders målopfyldelse mht. aktivitet ikke er koblet til økonomien. Psykiatrien har således ikke, som mange tror, reduceret budgetter som følge af manglende aktivitet.

Det er vurderingen, at det fremsendte oplæg og de refererede eksempler må bygge på en række misforståelser vedr. aktivitetsstyringen i Region Hovedstadens Psykiatri.

Registrering af ydelser

Med hensyn til registrering af ydelser i ydelsesregistreringen, som også fylder en del i organisationernes henvendelse, skal det understreges, at det er nationale retningslinjer fra Statens Seruminstitut, som gør, at ergoterapeuter, socialrådgivere og fysioterapeuter registrerer anderledes end andet sundhedsfagligt personale for samme funktioner. Region Hovedstadens Psykiatri er forpligtet til at følge disse retningslinjer, så eksemplerne på dette er ikke noget, som man har indflydelse på.

Men det er en meget væsentlig pointe ved Psykiatriens aktivitetsstyringsmodel, at man rent faktisk i adskillige år har talt disse faggruppers patientrettede ydelser (som man kalder tværfaglige besøg) med på linje med andre behandleres ambulante besøg – uagtet, at de ikke tæller som ambulante besøg i Landspatientregistret. Dette er et forsøg på at ligestille de nævnte faggrupper med andre behandlere, selv om der ikke er støtte til dette i de nationale retningslinjer. Derfor er der en vis forundring over den kritik af ydelsesregistreringen, der rettes mod Psykiatrien fra netop disse faggrupper, senest i de 4 organisationers henvendelse.

Øvrige fokusområder

Organisationernes henvendelse rummer derudover en række gode budskaber om tværfaglighed og samarbejde med kommunerne. Det er ting, som Psykiatrien arbejder med, og som man ønsker at opprioritere. Man kan imidlertid ikke genkende billedet af, at aktivitetsstyringen skulle modarbejde det.

