Region Hovedstaden

Center for Sundhed

September 2017

Praksisplan for psykologhjælp 2018-2021

Forslag

Indholdsfortegnelse

Resumé ... 4

1. INDLEDNING ... 5

1.1 Visioner og mål for fremtidens psykologpraksis i Region Hovedstaden ... 5

1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten ... 5

1.3 Udarbejdelse og høring af praksisplan for psykologhjælp ... 6

1.4. Implementering af praksisplanen ... 7

1.5 Praksisplanens opbygning ... 7

2. Psykologens opgaver og regler for tilskud til behandling ... 8

2.1 Psykologens opgaver og patientgrupper ... 8

2.2 Grænser for omsætning ... 9

2.3 Psykologernes uddannelse og opnåelse af autorisation ... 10

3. Kapacitet i psykologpraksis ... 11

3.1 Områdeinddeling i sundhedsplanlægning ... 11

3.2. Eksisterende kapacitet i regionen og geografisk fordeling ... 12

3.2.1 Kapacitetens geografiske fordeling i regionen ... 12

3.2.2. Kapacitet og behandlingsressourcer ... 14

3.2.3. Vurdering og fordeling af psykologkapaciteten i regionen ... 16

3.3. Forbrug og produktion af psykologbehandling ... 18

3.3.1. Henvisningsgrupper i psykologpraksis ... 19

3.4. Praksisformer i psykologpraksis ... 20

3.5. Alder og køn ... 21

3.6. Tilgængelighed i psykologpraksis ... 23

3.6.1. Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse ... 23

3.6.2. Telefonisk og elektronisk tilgængelighed. ... 25

4. Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen ... 29

4. 1 Patienten som aktiv samarbejdspart og lighed i sundhed ... 29

4.1.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb ... 30

4.1.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet ... 30

4.1.3 Patientrapportering af utilsigtede hændelser ... 30

4.2 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen ... 31

4.2.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis ... 31

4.2.2 Samarbejde og kommunikation med speciallægepraksis samt børne- og ungdomspsykiatri og psykiatrien ... 33

4.2.3 Samarbejde og kommunikation med kommunerne ... 34

4.2.4 Samarbejde og kommunikation med hospitaler 34
4.3 Sundhed.dk 35
5. Kvalitetsudvikling i psykologpraksis 36
5.1 Rammer for kvalitetsudvikling 36
5.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet 36
5.1.2 Indsatser på kvalitets – og efteruddannelsesområdet 37
5.2 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for psykologpraksis 38
5.3 Implementering af kliniske retningslinjer i psykologpraksis 38
5.4 Patientsikkerhed i psykologpraksis 38
5.4.1 Tiltag for at styrke patientsikkerheden 39
5.5 Efteruddannelse og kompetenceløft 39
5.6 Gruppebehandling 40
5.7. Praksiskonsulentens rolle i kvalitetsudviklingen 41
6. Bilagsfortegnelse 42
Bilag 1. Ordforklaring 43
Bilag 2. Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp 45
Bilag 3 Grundbeskrivelse 49
Region Hovedstadens geografiske inddeling 50
Bilag 4. Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis 83

Resumé

Denne praksisplan for psykologhjælp er Region Hovedstadens ramme for tilrettelæggelse og udvikling af regionens tilbud om psykologhjælp i perioden 2018-2021. Planen er udarbejdet i samarbejde mellem Region Hovedstaden og repræsentanter for de praktiserende psykologer.

Praksisplanen skal understøtte en hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, kvalitetsudvikling i psykologpraksis samt samarbejde mellem psykologpraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Planen er inddelt i 3 hovedkapitler, der hver omhandler et af disse temaer. Der opstilles en række anbefalinger for hvilke tiltag, der skal gennemføres i planperioden indenfor disse områder.

Kapitel 1 beskriver Region Hovedstadens visioner og mål for fremtidens psykologpraksis. Desuden opridses grundlaget for praksisplanen, som det fremgår af Overenskomst om Psykologhjælp, der er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykologforening. I kapitel 2 beskrives rammerne for psykologers virke under overenskomsten, samt hvilke patientgrupper psykologer behandler med tilskud fra regionen.

Kapitel 3 omhandler Region Hovedstadens kapacitetsplanlægning. Her beskrives omfang og fordeling af psykologkapacitet i regionen, der ses på praksisstrukturer, på aktiviteten i psykologpraksis og på tilgængeligheden for borgerne.

Ved tildeling af ledige kapaciteter i planperioden vil der som supplement til de overenskomstmæssige krav blive lagt vægt på at skabe gode muligheder for samarbejde mellem psykologer og andre sundhedsydere gennem etablering af praksisfællesskaber og sundhedshuse.

I planperioden vil der også være fokus på at forbedre registreringen af ventetider på sundhed.dk. Ved at opnå mere retvisende data for ventetider til psykologpraksis kan dette bidrage til vurdering af behandlingskapacitet. Patientens fysiske, telefoniske og elektroniske tilgængelighed til psykologpraksis vil også være en prioritet i planperioden. Herunder skal der arbejdes på at opnå bedre information om klinikkernes tilgængelighed for mennesker med en funktionsnedsættelse gennem mærkningsordningen God Adgang, som regionen tilbyder gratis frem til udgangen af 2019.

Kapitel 4 omhandler samarbejdet og kommunikationen mellem psykologpraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det er især vigtigt, at psykologer er i tæt kontakt med praktiserende læger for at sikre koordinerede og sammenhængende patientforløb. Der vil i planperioden blive arbejdet med at udbrede brugen og kvaliteten af startbrev, korrespondancemeddelelser og epikriser mellem praktiserende læge og psykolog. Der vil endvidere være fokus på at sikre samarbejde med praktiserende speciallæger i psykiatri, børne- og ungdomspsykiatrien og relevante hospitalsafdelinger.

Planen sætter også fokus på patienten som aktiv samarbejdspart. Patienten skal være medbestemmende i sit eget forløb, og patienternes perspektiv skal inddrages, når praksisplanen implementeres gennem konkrete tiltag. Der skal desuden arbejdes med at udbrede patienternes kendskab til muligheden for at indrapportere utilsigtede hændelser i psykologpraksis.

Kapitel 5 omhandler kvalitetsudvikling i psykologpraksis. I regi af overenskomstens parter er der ved planperiodens begyndelse igangsat en udvikling af en version af den Danske Kvalitetsmodel tilpasset psykologpraksis. Når dette arbejde foreligger, vil der blive udviklet et standardsæt til brug for akkreditering i de enkelte psykologpraksis. I den mellemliggende tid vil der i Region Hovedstaden blive arbejdet videre med en række kvalitetsudviklingsindsatser, der vil understøtte implementeringen af DDKM.

Der vil desuden blive arbejdet med efteruddannelse og kompetenceløft for at opnå styrket kommunikation mellem psykologpraksis og andre behandlergrupper. Regionens praksiskonsulent vil fortsat bidrage til arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

1. INDLEDNING

Denne praksisplan sætter mål og giver anbefalinger for tilrettelæggelse og udvikling af den fremtidige betjening af borgerne på psykologområdet i praksissektoren i Region Hovedstaden. Praksisplanen bygger videre på de udviklingslinjer, som blev fastlagt i Praksisplan for psykologhjælp 2014-2017, men peger samtidig på nye udfordringer, mål og anbefalinger.

Praksisplanen er udarbejdet i samarbejde mellem Region Hovedstaden og praktiserende psykologer i regionen.

1.1 Visioner og mål for fremtidens psykologpraksis i Region Hovedstaden

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling med generelt øgede krav til sammenhæng og kvalitet i behandlingen. Praksisplanen skal være med til at sikre en god udnyttelse af behandlingsressourcerne og sammenhængende forløb for patienterne på tværs af psykologpraksis, almen praksis, praktiserende speciallæger i psykiatri og hospitaler.

Parterne ønsker med praksisplanen at sikre, at psykologpraksis fortsat kan tilbyde høj kvalitet i behandlingen og i endnu højere grad blive en integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Det er vigtigt for patienternes forløb, at der sker en udvikling af kommunikation og samarbejde mellem praktiserende psykologer og øvrige sundhedsaktører, og det er vigtigt, at der mellem sundhedsaktørerne skabes et større gensidigt kendskab til fagområderne.

Som en del af det regionale sundhedsvæsen ønskes psykologpraksis udviklet efter følgende visioner:

Visioner for fremtidens psykologhjælp i Region Hovedstaden

- *God og lige adgang til praktiserende psykologer i hele regionen*
- *Praktiserende psykologer er en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i forpligtende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb*
- *Praktiserende psykologer bidrager til, at patienterne modtager og oplever høj faglig kvalitet i behandling*
- *Praktiserende psykologer differentierer indsatsen i samarbejde med patienten ud fra dennes livsbetingelser, behov og ressourcer.*

Visionerne udgør en ramme for de mål og anbefalinger, som fremsættes i praksisplanen.

Praksisplanen er en del af regionens samlede sundhedsplan. Mål og anbefalinger for praktiserende psykologer er således i overensstemmelse med øvrig sundhedsplanlægning i regionen. Praksisplanen er udarbejdet inden for rammerne af den gældende overenskomst for psykologhjælp.

1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten

Overenskomst om psykologhjælp er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykologforening. Overenskomsten sætter rammen for psykologernes behandlingsaktivitet og samarbejde med regionen, ligesom der indgår bestemmelser for udarbejdelse af praksisplan for psykologhjælp.

Boks 1: Overenskomstens bestemmelser om planlægning og kapacitet

§ 5. Praksisplanlægning

Stk. 1.

Regionen udarbejder en plan for tilrettelæggelsen af det fremtidige psykologtilbud i regionen.

Stk. 2.

Praksisplanlægningen danner grundlag for regionens beslutning om bl.a. behandlingskapacitet, placering af ydernumre, udviklingen i samarbejdet med øvrige sundhedstilbud og kvalitetsudvikling inden for rammerne i overenskomstperioden.

Stk. 3.

Indskrænkning i antallet af ydernumre kan kun ske ved klinikindehaveres naturlige afgang eller i de tilfælde, hvor en klinikindehaver får frataget sit ydernummer som følge af manglende efterlevelse af overenskomstens bestemmelser. Ved naturlig afgang forstås, at psykologens ejerforhold ophører.

En indskrænkning i antallet af ydernumre kræver indtil 30. juni 2019, at samarbejdsudvalget behandler den konkrete indskrænkning, og at der i samarbejdsudvalget er enighed om dette.

Stk. 4.

Som en del af grundlaget for praksisplanen udarbejder regionen en beskrivelse af eksisterende psykologtilbud i regionen.

Stk. 5.

Regionens udkast til praksisplan forelægges samarbejdsudvalget med henblik på bemærkninger hertil. Psykologerne i samarbejdsudvalget kan i givet fald fremsætte selvstændige bemærkninger til udkastet til praksisplan. Bemærkningerne forelægges regionsrådet sammen med udkastet til praksisplan.

Stk. 6.

Den af regionsrådet vedtagne praksisplan fremsendes til samarbejdsudvalget og Landssamarbejdsudvalget til orientering.

1.3 Udarbejdelse og høring af praksisplan for psykologhjælp

Praksisplanen er udarbejdet af regionen med udgangspunkt i en projektbeskrivelse, som er godkendt i Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde og i Samarbejdsudvalget vedr. psykologhjælp. Repræsentanter for de praktiserende psykologer har medvirket i tilrettelæggelse af arbejdet og tilblivelsen af planen gennem deltagelse i en styregruppe nedsat af samarbejdsudvalget.

Som led i praksisplanarbejdet har der været afholdt et inspirationsmøde med fokus på kommunikation og samarbejde med andre behandlere. Her deltog praktiserende psykologer, deres samarbejdspartnere i almen praksis, speciallægepraksis og hospitalspsykiatrien, samt repræsentanter for patienter og pårørende udpeget af Regionshandicaprådet og Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden.

Inspirationsmødets indlæg og drøftelser har bidraget til valg og prioritering af temaer i praksisplanens samarbejdsafsnit.

1.4. Implementering af praksisplanen

I forlængelse af praksisplanens godkendelse vil der blive foretaget en overordnet tidsmæssig prioritering af planens anbefalinger. Der vil desuden i planperioden blive udarbejdet årlige implementeringsplaner med henblik på at konkretisere de enkelte anbefalinger yderligere og prioritere hvilke opgaver der skal løftes i det kommende år.

1.5 Praksisplanens opbygning

I praksisplanens kapitel to beskrives bl.a. psykologfaget og praktiserende psykologers uddannelse, patienter og opgaver.

I kapitel tre beskrives kapacitet, aktivitet og tilgængelighed i psykologpraksis. Kapitel fire omhandler samarbejde, herunder behovet for større integration af psykologpraksis i det samlede sundhedsvæsen og ønsket om at fortsætte det tætte samarbejde om og med den enkelte patient.

Det afsluttende kapitel handler om kvalitetsudvikling i psykologpraksis.

I hvert kapitel beskrives de overordnede målsætninger for planperioden. Dette efterfølges af en beskrivelse af udfordringer og muligheder inden for hvert af områderne og anbefalinger til at nå de opsatte mål.

I grundbeskrivelsen, som udgør et bilag til praksisplanen, ses uddybende informationer og data om organisering og aktivitet i psykologpraksis. Alle kapacitets- og aktivitetstal i grundbeskrivelsen er tal for 2016 med mindre andet specifikt er angivet.

2. Psykologens opgaver og regler for tilskud til behandling

2.1 Psykologens opgaver og patientgrupper

Praktiserende psykologer tilknyttet overenskomst om psykologhjælp indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening tilbyder psykologhjælp enten som selvstændig behandling eller som supplement til en medicinsk behandling. Psykologhjælp kan eksempelvis være:

- Psykologbehandling
- Psykoedukation
- Støttende samtaler
- Rådgivning
- Kriseintervention

Psykologbehandling sker efter henvisning fra praktiserende læge. Ved opstart af behandling sender psykologen et startbrev til den praktiserende læge, og ved behandlingens afslutning sendes en epikrise til den praktiserende læge.

Det fremgår af overenskomstens formålsparagraf, at de praktiserende psykologer har en vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen, og det er væsentligt, at psykologerne indgår i et tæt samarbejde med andre sundhedsfaglige aktører, navnlig de alment praktiserende læger.

De praktiserende psykologer, som er tilknyttet overenskomsten om psykologhjælp, kan tilbyde psykologhjælp med tilskud fra regionen til følgende persongrupper:

1. røveri-, volds- og voldtægtsofre

2. trafik- og ulykkesofre

3. pårørende til alvorligt psykisk syge personer

4. personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom

5. pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom

6. pårørende ved dødsfald

7. personer, der har forsøgt selvmord

8. kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet

9. personer, der inden det fyldte 18. år har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb

10. personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år,

11. personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år.

For at en person kan henvises til psykologbehandling jf. persongrupperne 1 - 9, skal den alvorlige livsbegivenhed have forårsaget udvikling af en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne.

Der ydes tilskud for indtil 12 konsultationer pr. behandlingsforløb for persongruppe 1-9, mens persongruppe 10-11 ved genhenvisning kan få tilskud til yderligere 12 konsultationer. Tilskud kan ydes til individuelle konsultationer, topersoners-konsultationer og gruppekonsultationer.

Regionens tilskud til psykologbehandling udgør 60 pct. af de honorarer, som er fastsat i overenskomsten.

De praktiserende psykologer kan, samtidig med varetagelse af psykologhjælp til henviste patienter med regionstilskud, behandle patienter uden tilskud/henvisning. Dette er ikke omfattet af overenskomsten om psykologhjælp.

2.2 Grænser for omsætning

Regionen yder tilskud til psykologhjælp for de 11 persongrupper nævnt ovenfor, og overenskomst om psykologhjælp sætter rammer for omfanget af de enkelte psykologers behandlingsaktivitet inden for overenskomsten.

Boks 2: Overenskomstens rammer for omfanget af psykologernes behandlingsaktivitet og omsætning vedr. tilskudsberettigede patienter

§ 7. Psykologer, der kan tiltræde overenskomsten (uddrag)

Stk. 1.

Psykologer der

a) mindst 22 timer ugentlig står til rådighed som privatpraktiserende psykolog, og som ikke har ansættelse i et omfang, der overstiger 15 timer.

§ 11. Minimumsafregning (uddrag)

Stk. 1.

Regionen foretager én gang årligt en opgørelse over det samlede antal ydelser og udgifter fordelt på de enkelte psykologer i regionen. Hvis en psykolog, der har haft sit ydernummer i minimum 3 år, har en årlig afregning med regionen under 50.000 kr. og fra 1. januar 2018 under 100.000 kr., skal regionen høre psykologen med henblik på at belyse årsagen til denne lave afregning.

Stk. 2.

Såfremt det lave afregningsniveau ikke er begrundet i størrelsen af klientgrundlaget i området, manglende henvisninger fra områdets praktiserende læger eller psykologens personlige forhold så som længerevarende sygdom eller barsel, kan regionen indstille til det regionale samarbejdsudvalg, at ydernummeret inddrages.

§ 12. Omsætningsgrænse

Stk. 1.

Psykologen kan omsætte for maksimalt 260.000 kroner (2015-prisniveau) for den del af den årlige afregning med regionen, som vedrører depressions- og angstbehandling (henvisningsårsag 10 og 11). Omsætningsgrænsen følger kalenderåret.

Stk. 2.

Psykologen er forpligtet til at følge omsætningen i egen praksis set i forhold til omsætningsgrænsen samt at fordele aktiviteten ud over hele året.

2.3 Psykologernes uddannelse og opnåelse af autorisation

Kandidatuddannelse i psykologi kan læses ved universiteterne i København, Odense (Syddansk Universitet) Aarhus og Aalborg, indtil 2004 var det også muligt at tage en kandidatgrad i pædagogisk psykologi ved Pædagogisk Universitet. Med en kandidatgrad i ovenstående specialer har man ret til at kalde sig og fungere som psykolog.

For at få ydernummer og praktisere for regionen under Overenskomst om psykologhjælp kræves udover kandidatuddannelse også autorisation og særlig psykologfaglig kompetence, herunder erfaring med behandling af de 11 målgrupper, som er omfattet af psykologordningen, og erfaring med opgaverne i privat praksis.

Autorisation meddeles af Psykologanævnet, som også fører tilsyn med autoriserede psykologer. For at opnå autorisation kræves kandidateksamen i psykologi og en nærmere bestemt supplerende praktisk uddannelse af to års varighed.

Der findes en lang række specialistuddannelser for psykologer, som udgør en yderligere overbygning på kandidatuddannelse. For arbejdet med de 11 målgrupper omfattet af Overenskomst om psykologhjælp er specialistuddannelserne i 'psykoterapi' og 'psykotraumatologi' særlig relevante.

Psykoterapiens genstandsfelt er psykologiske problemer ved emotionelle, kognitive, relationelle, adfærdsmæssige og somatiske problematikker, hvor kompetence inden for såvel udredning som behandling er central. Formålet med psykoterapien er for patienten at opnå øget autonomi og udvidelse af personlige muligheder samt bedre psykisk og social funktion.

Psykotraumatologi er den del af psykologien, der beskæftiger sig med menneskers symptomer og reaktioner efter udsættelse for traumatiske hændelser. Fagets interventions- og behandlingsmetoder har til formål at genetablere balance hos det enkelte individ eller i gruppen, herunder symptomlindring og forebyggelse af længerevarende reaktioner og ved senskader opnå bedring af psykisk og social funktion.

3. Kapacitet i psykologpraksis

Målsætninger

- At sikre den nødvendige kapacitet til psykologbehandling i psykologpraksis i regionen
- At de praktiserende psykologer er hensigtsmæssigt geografisk fordelt – idet der skal tages hensyn til målet om at understøtte lighed i sundhed
- At praksisstrukturen i psykologpraksis understøtter faglig udvikling og tværfagligt samarbejde
- At psykologpraksis er tilgængelige for borgerne, herunder for borgere med funktionsnedsættelse
- At borgerne har let adgang til oplysninger om tilgængeligheden i de enkelte praksis
- At patienter nemt kan komme i kontakt med praktiserende psykologer

I denne del af praksisplanen beskrives betjeningen med psykologhjælp til borgerne. Omfanget og fordelingen af psykologkapaciteten beskrives. Der ses på praksisstrukturen og på tilgængelighed for borgerne. Endelig ses der på aktivitet, herunder produktion og forbrug af psykologydelser.

3.1 Områdeinddeling i sundhedsplanlægning

Region Hovedstaden er i forhold til sundhedsplanlægning inddelt i fire planområder – Nord, Midt, Byen og Syd – hvilket svarer til Hospitals- og psykiatriplanens (2020) planområder. Dermed tilstræbes gennemsigtighed og sammenhæng i planlægningsgrundlaget på tværs af hospitaler, praksissektor og kommunale samarbejdspartnere. Hvert område er inddelt i en række planlægningsområder, som svarer til kommunerne med undtagelse af København, som er inddelt i 10 bydele. Københavns Kommunes bydele ligger dels i planområde Byen og dels i planområde Syd. I de efterfølgende tabeller og figurer er det valgt at adskille Bornholm fra Byen.

Tabel 1. Plan- og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Planlægningsområde	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bispebjerg	Albertslund Kommune
	Fredensborg Kommune	Egedal Kommune	Bornholms Regionskommune	Amager
	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Brønshøj-Husum	Brøndby Kommune
	Gribskov Kommune	Gentofte Kommune	Frederiksberg Kommune	Dragør Kommune
	Halsnæs Kommune	Gladsaxe Kommune	Indre by	Glostrup Kommune
	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Nørrebro	Hvidovre Kommune
	Hillerød Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Vanløse	Høje-Taastrup Kommune
	Hørsholm Kommune	Rudersdal Kommune	Østerbro	Ishøj Kommune
		Rødovre Kommune		Tårnby Kommune
				Valby
				Vallensbæk Kommune
				Vesterbro

Note: Amager Øst og Amager Vest fremstår samlet under Amager

Områdeinddelingen anvendes til at vise den aktuelle kapacitetsfordeling og til at beregne og vurdere behandlingskapacitet hos psykologerne i forhold til bl.a. antal borgere og patienter i de enkelte områder af regionen.

3.2. Eksisterende kapacitet i regionen og geografisk fordeling

En kapacitet inden for psykologpraksis defineres som en psykolog med et ydernummer, som har ret til at praktisere efter overenskomsten og dermed til at behandle patienter med offentligt tilskud. En kapacitet er ikke ensbetydende med en psykolog, som arbejder fuld tid med tilskudsberettigede patienter. Den praktiserende psykolog kan også behandle patienter uden offentligt tilskud.

Frem til 1.7.2017 kan en psykolog med ydernummer have en praksiskandidat[1] (psykolog under efteruddannelse) ansat. I 2015 var der 27 praksiskandidater ansat i psykologpraksis i Region Hovedstaden. Praksiskandidaten udfører behandling indenfor ydernummerpsykologens kapacitet. Bortset herfra kan der, inden for en kapacitet, ikke afregnes for behandling udover den behandling ydernummerpsykologen selv udfører.

Regionerne har siden 2011 haft kompetencen til at fastsætte kapaciteten.

Der er sket en kapacitetsudvidelse i forbindelse med overenskomstfornyelserne i 2008 og i 2011 med i alt 53 kapaciteter med henblik på at kompensere for udvidelse af patientantallet i forbindelse med udvidelsen af personkredsen, som er tilskudsberettiget ved diagnoserne let til moderat depression og let til moderat angst og OCD.

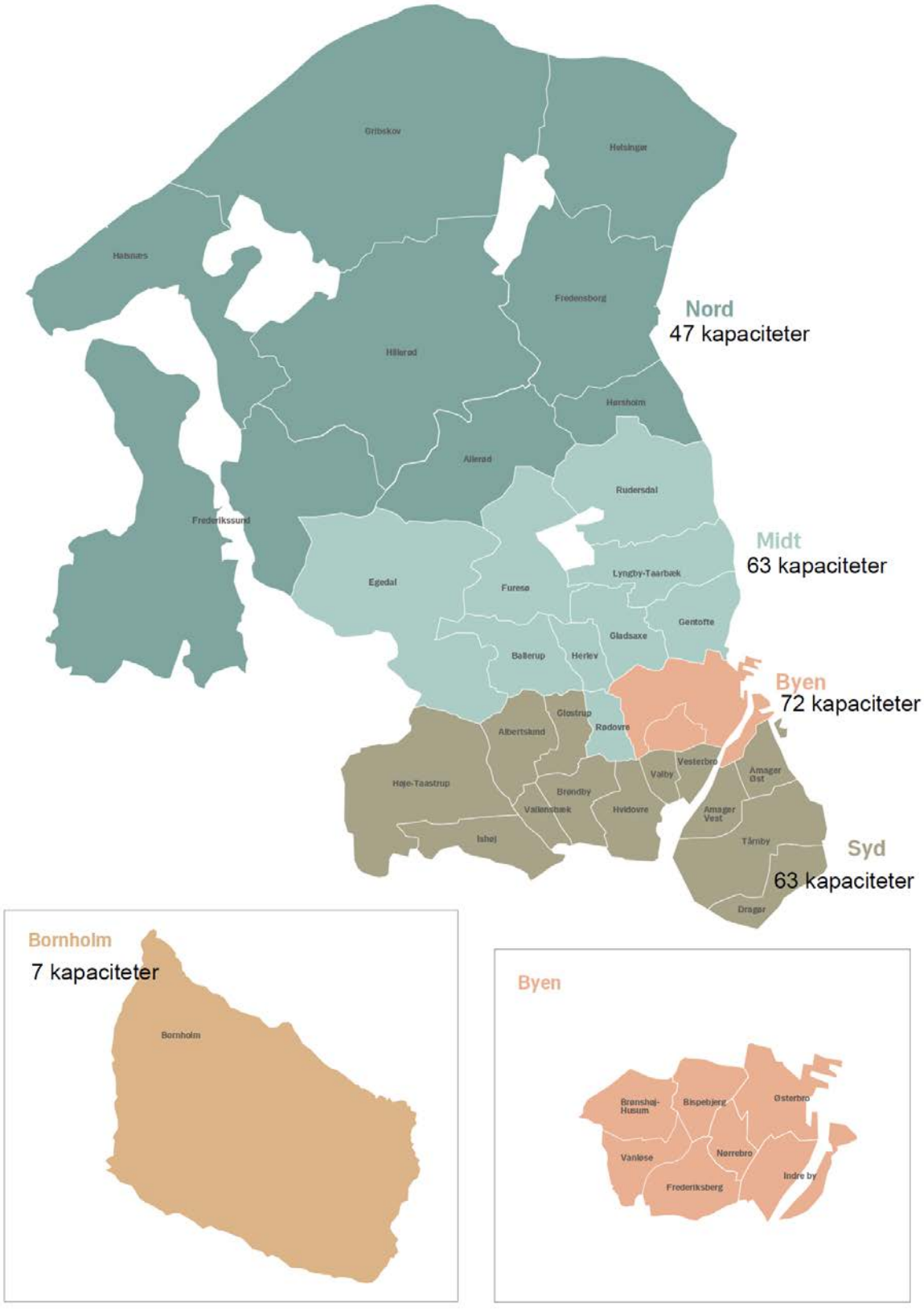
Praksisplan for psykologhjælp 2014-2017 fastsatte kapaciteten til 256 psykologkapaciteter. Da der løbende er psykologer, som ophører bl.a. pga. pensionering, vil der løbende blive ledige kapaciteter. Ledige kapaciteter går ved psykologens ophør tilbage til regionen, og samarbejdsudvalget i regionen tager stilling til om, og hvor i regionen kapaciteterne skal genopslås. Praksisplanens kapacitetsopgørelse tager udgangspunkt i antallet af aktive kapaciteter pr. 1. september 2016. På dette tidpunkt var der 252 aktive psykologkapaciteter i Region Hovedstaden.

3.2.1 Kapacitetens geografiske fordeling i regionen

Fordelingen af de 252 kapaciteter i regionen fremgår af figur 1.

[1] Der har i psykologpraksis fungeret en praksiskandidatordning, som nu er suspenderet jævnfør den seneste overenskomst. Et antal psykologpraksis har frem til og med 1.7.2017 haft tilknyttet praksiskandidater/psykologer i uddannelse i praksis

Figur 1. Oversigt over plan- og planlægningsområder i Region Hovedstaden



Tabel 2. Psykologkapacitet i forhold til antal borgere fordelt på planområder

Planområde	Antal kapaciteter 2016	Antal borgere 2016	Antal borgere pr. kapacitet 2016
Bornholm	7	39.631	5.662
Byen	72	458.994	6.375
Midt	63	452.994	7.190
Nord	47	319.309	6.794
Syd	63	529.659	8.407
Hovedtotal	**252**	**1.800.587**	**7.145**

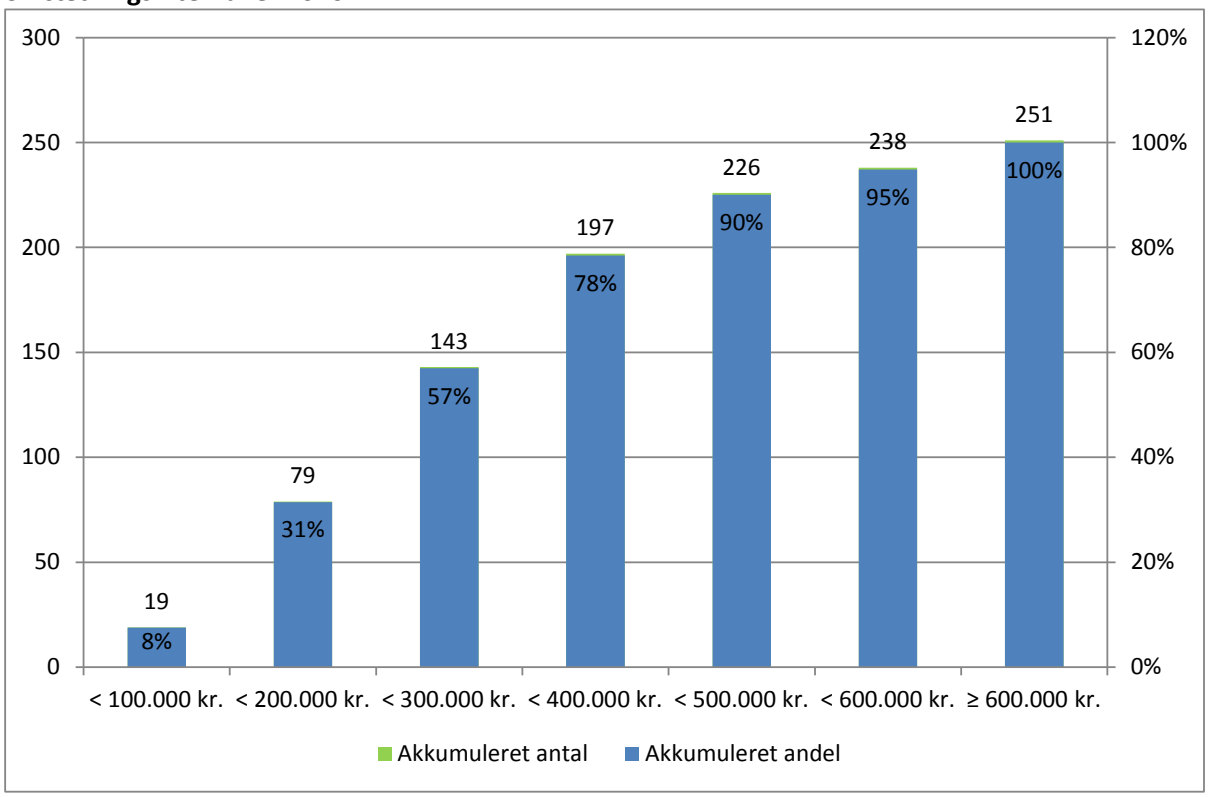
Kilde: NOTUS Regional: antal kapaciteter pr. 1/9 2016, og Targit: antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016

De 252 kapaciteter er ikke helt jævnt fordelt i forhold til befolkningens fordeling i regionen. Der ses særlig i planområderne Bornholm og Byen at være færre borgere pr. kapacitet. Psykologerne behandler imidlertid ikke kun borgere med bopæl i nærhed af deres praksis. Af grundbeskrivelsens tabel 15 ses, at der sker en omfattende pendling blandt patienterne.

3.2.2. Kapacitet og behandlingsressourcer

Der er stor forskel på, hvor stor behandlingsaktivitet psykologerne har vedr. tilskudsberettigede patienter. Dette fremgår af psykologernes omsætning/honorarer, dvs. det tilskud, som regionen yder til patienternes behandling, i det efterfølgende benævnt 'omsætning'.

Figur 4. Akkumuleret omsætning i psykologpraksis i relation til overenskomsten fordelt på omsætningsintervaller 2016



Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)
Note: Figuren viser, at 95 pct. af samtlige psykologpraksis, svarende til 238 praksis, har en omsætning under 600 t.kr. Kun 5 pct., svarende til 13 praksis, har en omsætning over 600 t.kr.

I 2016 havde 8 pct. af psykologerne en omsætning under 100.000 kr. For størstedelen af psykologerne (82 %) lå omsætningen mellem 100.000 kr. og 500.000 kr., mens 10 % havde en omsætning over 500.000 kr. Praksiskandidater kan ses som en ekstra behandlingsressource i praksis, men når der ses på omsætningens udvikling i praksis med praksiskandidater, kan der ikke påvises et entydigt mønster i form af forøget omsætning i de enkelte praksis som følge af ansættelse af en praksiskandidat.

Krav om årlig minimumsafregning

Den seneste overenskomst indeholder skærpede krav til psykologernes årlige minimumsafregning med regionen. Minimumsgrænsen på fremover 100.000 kr. pr. år træder i kraft fra januar 2018. Det ses af figur 2, at 8 pct. af psykologerne lå under denne omsætning i 2016. Skærpelsen af kravene om minimumsafregning hænger bl.a. sammen med forventningen om, at større patientvolumen/større patientflow af tilskudsberettigede patienter giver bedre kvalitet i behandlingen, idet praksis derved får et bedre erfaringsgrundlag.

Der kan være flere grunde til at psykologer har en relativ lav omsætning. Jf. overenskomstens § 11 kan samarbejdsudvalget se bort fra en omsætning under minimumsafregningen, hvis følgende årsager gør sig gældende:

- Personlige forhold så som længerevarende sygdom eller barsel
- Manglende henvisninger fra områdets praktiserende læger
- Lille patient/kundeunderlag i psykologklinikkens lokalområde – for mange psykologer i samme område.

- Psykologen har tiltrådt overenskomsten inden for de sidste 3 år og derfor ikke nået at oparbejde sin praksis.

Såfremt det lave afregningsniveau ikke er begrundet i ovenstående, men fx i psykologens ønske om kort arbejdstid i forbindelse med nedtrapning pga. alder eller ønske om at betjene en vis andel af patienter, som ikke er tilskudsberettigede, kan samarbejdsudvalget inddrage ydernummeret. Sådanne sager skal indbringes for landssamarbejdsudvalget.

Overenskomstens krav til behandlingsaktivitet for tilskudsberettigede patienter omfatter udover kravet om minimumsomsætning også, at psykologer skal stå til rådighed mindst 22 timer ugentlig (overenskomsten § 7).

Udviklingen i psykologernes behandlingsaktivitet i relation til kravet om minimumsomsætning og rådighedsforpligtelse følges i planperioden. Parterne er enige om at følge op i forhold til de praksis, som ikke opfylder overenskomstens krav til behandlingsaktivitet med henblik på, at psykologkapaciteten anvendes til gavn for tilskudsberettigede patienter og dermed at ventetid til behandling bliver så kort som mulig.

3.2.3. Vurdering og fordeling af psykologkapaciteten i regionen

Det fremgår af overenskomst om psykologhjælp, at praksisplanen skal indeholde grundlag for regionens beslutning om behandlingskapacitet samt grundlag for placering af psykologkapaciteter. Samarbejdsudvalget har mulighed for at kommentere planen og dermed kapacitetsvurderingen inden regionens endelige beslutning[2].

Praksisplanen skal således fastlægge rammerne for geografisk fordeling af eventuelle nye eller ledige kapaciteter og for flytning af kapaciteter. Inden for praksisplanens rammer træffer samarbejdsudvalget løbende beslutninger om disse forhold. Som opfølgning på en tidligere praksisplan har samarbejdsudvalget i 2012 godkendt en vejledning om geografisk fordeling af kapacitet og retningslinjer for flytning[3].

Nedenfor er beskrevet henholdsvis metode for vurdering af den samlede kapacitet i psykologpraksis og for geografisk fordeling af psykologkapaciteten.

Vurdering af den samlede psykologkapacitet

Tidligere vurderinger (praksisplan for psykologhjælp 2014-2017) lægger vægt på udviklingen i behandlingsaktivitet pr. psykolog, stigning i ventetid til behandling, befolkningstilvækst, antal behandlede patienter og ændringer i overenskomsten som medfører udvidelse af personkredsen for behandling. Denne metode til vurdering af kapaciteten videreføres i denne planperiode.

Til vurdering af den samlede psykologkapacitet benyttes således følgende parametre:

- Antal psykologkapaciteter (behandlingsressourcer)
- Antal patienter årligt behandlet pr. psykolog – gennemsnit (behandlingsaktivitet)
- Antal sikrede borgere (befolkningsunderslaget)
- Antal årligt behandlede patienter (andel af befolkningen som henvises til psykolog)
- Antal ydelser pr. patient – gennemsnit (patienttyngde)

[2] Overenskomst om psykologhjælp § 5.

[3] 'Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp' ses i Bilag 2.

- Bruttohonorar pr. patient

Ventetid kan på sigt udgøre en faktor i vurdering af behandlingskapaciteten. Hidtil har data om ventetid til psykologhjælp dog ikke været retvisende og fyldestgørende. Dette skyldes dels ufuldstændig registrering på sundhed.dk, dels tekniske problemer ved den overenskomstpligtige opdatering af ventetidsinformationen på sundhed.dk. Når de tekniske problemer omkring ventetidsregistrering/opdatering på sundhed.dk er løst, bør det overvejes, hvordan denne faktor kan inddrages i vurderingen af behandlingskapaciteten.

I tabel 3 herunder ses udviklingen fra 2012-2016 i de foreslåede nøgletal.

Tabel 3. Udvikling i udvalgte nøgletal i perioden 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Antal patienter	25.159	25.468	25.895	25.804	25.333
Antal borgere (sikrede)	1.723.606	1.742.657	1.760.667	1.781.225	1.800.587
Antal patienter pr. kapacitet	98	100	101	101	101
Antal ydelser pr. patient	6,0	5,9	5,8	5,8	5,9
Brutto Honorar pr. patient	kr. 2.899	kr. 2.889	kr. 2.856	kr. 2.888	kr. 2.926

Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2012-2016, patienter, ydelser og brutto honorar 2012-16 (trukket den 14/6 2017).
Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/12 2012-2016 (trukket den 9/6 2017)

Antallet af kapaciteter har i perioden 2012-2015 været 256 (inklusive ledige kapaciteter).

Der er i perioden 2012-2016 ikke tilført nye persongrupper, som kan henvises til psykologhjælp, men antallet af borgere og af henviste patienter er steget.

Antallet af ydelser pr. patient har været svagt faldende fra 6 i 2012 til 5,8 i 2015, hvilket er baggrunden for at flere patienter har kunnet modtage psykologbehandling i 2015 end i 2012.[4]. (I antallet af ydelser pr. patient ligger også patienter, som kun har modtaget 1 behandling.) Med udgangspunkt i udviklingen i nøgletallene for de udvalgte parametre vurderes det, at der er balance mellem den eksisterende kapacitet og behovet for psykologhjælp.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget følger udviklingen i psykologernes omsætning jf. overenskomstens krav om øget minimumsomsætning med henblik på at sikre, at psykologkapaciteten anvendes til gavn for tilskudsberettigede patienter, og at ventetid til behandling bliver så kort som mulig.
- At kapaciteten revurderes, såfremt der sker væsentlige ændringer i nøgletallene for de beskrevne parametre.
- At psykologernes registrering og opdatering af ventetid på sundhed.dk følges og forbedres i planperioden.

Geografisk fordeling af psykologkapaciteten

Der er mulighed for at ændre på den geografiske fordeling af psykologkapaciteten, når kapaciteter bliver ledige og når psykologer ansøger om flytning af deres praksis.

[4] Antallet af ydelser pr. patient er inkl. patienter, som ikke modtager et behandlingsforløb men kun en enkelt ydelse

Fordeling af ledige kapaciteter

Når en psykolog ophører med at praktisere under overenskomsten går kapaciteten tilbage til regionen og samarbejdsudvalget beslutter med udgangspunkt i praksisplanen, om og hvor i regionen kapaciteten kan genbesættes.

Siden 2012 har udgangspunktet beskrevet i praksisplanerne været, at der skal tilstræbes en ligelig fordeling i forhold til befolkningsgrundlaget af praksis i regionen samt god tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse. Således indebærer metoden til fordeling af ledig kapacitet som hovedredskab en opgørelse af antal borgere pr. kapacitet i regionens planområder (Midt, Nord, Byen og Syd) og i de enkelte planlægningsområder (kommuner og bydele i Københavns Kommune). Af denne opgørelse fremgår forskelle i afstandsmæssig tilgængelighed til psykologhjælp. Lighed i tilgængelighed til psykologhjælp mellem planområderne (Byen, Midt, Nord og Syd) vurderes som mere væsentligt end lighed i tilgængelighed til psykologhjælp mellem de enkelte planlægningsområder. Dette suppleres med en gennemsnitlig omsætning pr. psykolog og patienternes pendlingsmønster ved brug af psykolog. Dette har udgjort grundlag for samarbejdsudvalgets beslutninger i fordeling af ledige kapaciteter i den forgangne planperiode. Hovedlinjerne i den hidtil anvendte metode videreføres i denne praksisplan.

Flytning af praksis

Når psykologer ansøger om at flytte praksis til ny adresse inden for samme planlægningsområde, vurderes ansøgningen i forhold til praksislokalernes tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse j.f. overenskomstens § 19. Når psykologer ansøger om at flytte praksis til et andet planlægningsområde eller planområde, skal sagen forelægges samarbejdsudvalget. I disse sager tager samarbejdsudvalget udgangspunkt i samme forhold, som vurderes ved geografisk placering af ledige kapaciteter

Et supplerende hensyn i afgørelsen af flyttesager kan være, om psykologen ændrer praksisform eller flytter til praksisfællesskab med andre behandlergrupper. Det kan vægte positivt, hvis psykologen flytter til et praksisfællesskab eller sundhedshus med andre behandlergrupper.

Hovedlinjerne i den hidtil anvendte fremgangsmåde videreføres i denne praksisplans virkeperiode.

Anbefalinger:

- At den hidtidige vejledning vedr. fordeling og flytning af kapacitet for psykologhjælp videreføres med opdatering i forhold til ændringer i Overenskomst om psykologhjælp.

3.3. Forbrug og produktion af psykologbehandling

Som tabel 4 nedenfor viser, er der mindre variationer i borgernes forbrug af psykologhjælp på tværs af planområderne. Der ses størst forbrug af psykologhjælp pr. borger i planområde Byen og mindst på Bornholm.

Tabel 4. Borgernes forbrug af psykologhjælp fordelt på planområder, 2016

Planområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Bornholm	10	63	kr. 31.350	1,0%
Byen	16	95	kr. 47.718	1,6%
Midt	13	73	kr. 36.488	1,3%
Nord	14	80	kr. 39.872	1,4%
Syd	15	82	kr. 40.995	1,5%
Hovedtotal	**14**	**82**	**kr. 41.164**	**1,4%**

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)
Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Grundbeskrivelsens tabel 5-7 beskriver de geografiske variationer i borgernes forbrug af psykolog og heraf fremgår, at der inden for planområderne, dvs. mellem de enkelte planlægningsområder, er stor forskel på borgernes forbrug af psykologhjælp.

Det ses også af Grundbeskrivelsen hvilke aldersgrupper, der forbruger mest psykologhjælp. Grundbeskrivelsens Figur 7 viser, at størstedelen af psykologernes patienter ligger i aldersgruppen 20-40 år efterfulgt af aldersgruppen 40-60 år. Der er kun få patienter under 20 år, hvilket formentlig skyldes, at de store henvisningsgrupper, gruppe 10 og 11, er afgrænset til personer over 18 år.

Behandlingsaktiviteten (forbrug) for psykologhjælp i Region Hovedstaden adskiller sig ikke meget fra behandlingsaktiviteten i de øvrige regioner. Jf. tabel 5 nedenfor ligger behandlingsaktiviteten i Region Hovedstaden meget nær landsgennemsnittet.

Tabel 5. Psykologhjælp (forbrug) i hele landet, 2016

Planområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Region Hovedstaden	14	82	kr. 41.164	1,4%
Region Midtjylland	14	81	kr. 42.202	1,4%
Region Nordjylland	16	93	kr. 46.556	1,6%
Region Sjælland	15	79	kr. 39.752	1,5%
Region Syddanmark	15	83	kr. 42.615	1,5%
Hovedtotal	**15**	**83**	**kr. 42.113**	**1,5%**

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)
Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

3.3.1. Henvisningsgrupper i psykologpraksis

Almen praksis har mulighed for at henvise i alt 11 forskellige persongrupper til psykologhjælp med tilskud[5]. Der er stor forskel på omfanget af ydelser til de enkelte persongrupper. Gruppe 10 - let til moderat depression - er den persongruppe, som modtager flest ydelser hos de praktiserende psykologer. Næstflest ydelser modtages af Gruppe 11- personer med let til moderat angst.

[5] De 11 henvisningsgrupper beskrives i afsnit 1.,

Tabel 6. Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområder 2016

	Planområde					
Henvisningsgrupper	**Bornholm**	**Byen**	**Midt**	**Nord**	**Syd**	**Hovedtotal**
1 - Røveri-, volds- og voldtægtsofre	105	2.020	1.756	959	1.956	**6.796**
2 - Trafik- og ulykkesofre	42	597	640	344	752	**2.375**
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	133	3.827	2.940	2.165	2.875	**11.940**
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	251	4.314	3.801	3.359	3.936	**15.661**
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	248	4.335	3.377	2.475	3.432	**13.867**
6 - Pårørende ved dødsfald	231	5.086	3.718	2.839	4.434	**16.308**
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	10	190	184	113	134	**631**
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet		251	53	41	119	**464**
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	91	562	281	406	516	**1.856**
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	1.129	16.197	14.179	10.630	15.260	**57.395**
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	241	8.248	4.708	2.912	5.628	**21.737**
Hovedtotal	**2.481**	**45.627**	**35.637**	**26.243**	**39.042**	**149.030**

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

3.4. Praksisformer i psykologpraksis

Alle praktiserende psykologer i Region Hovedstaden er registreret som enkeltmandspraksis. Jf. overenskomsten kan psykologer også tilrettelægge deres praksis flere sammen i form af kompagniskabspraksis eller indgå mindre omfattende samarbejder som samarbejdspraksis. Disse praksisformer beskrives i overenskomstens § 8.

Foruden monofaglige fællesskaber i form af kompagniskabspraksis og samarbejdspraksis er der mulighed for, at psykologer kan indgå i tværfaglige praksisfællesskaber med andre behandlere i praksissektoren eller med andre behandlere i andre dele af sundhedsvæsenet for eksempel i kommunale sundhedshuse.

Boks 4: Praksisfællesskaber i Region Hovedstaden

Et praksisfællesskab forstås i Region Hovedstaden som flere ydere inden for praksissektoren, der går sammen i et fællesskab, gerne på tværs af faggrupper. Fællesskabet kan tillige omfatte kommunale sundhedstilbud og evt. med inddragelse af det sekundære sundhedsvæsen.

Det er forventningen, at etablering af praksisfællesskaber vil indebære en fordel i relation til at udnytte fælles faciliteter, samt medvirke til etablering af faglige miljøer og tværfaglige samarbejdsrelationer.

Det vurderes, at miljøet i større praksisfællesskaber er fordrende for arbejdet med kvalitetsudvikling og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel. Derudover smidiggør større praksisfællesskaber også en række praktiske problemstillinger i forbindelse med sygdom, ferie med videre.

Etablering af praksisfællesskaber mellem psykologer og andre behandlergrupper forventes endvidere at kunne muliggøre øget oplevelse af sammenhæng i patientforløb for patienterne.

Andre praksisformer kan ligeledes være organiseret således, at høj faglig kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen understøttes.

Der er ikke konkret viden om, i hvilket omfang praktiserende psykologer i Region Hovedstaden indgår i formaliserede samarbejder med hinanden eller med andre behandlergrupper. Nogle psykologer tager forbehold for det ønskelige i lokalefællesskaber med andre behandlere, fordi en del patienter synes at foretrække diskretion vedr. deres brug af psykologhjælp og derfor gerne vil være alene i venteværelse.

For at understøtte målet om at øge andelen af praksisfællesskaber skal der tages højde for muligheden for, at psykologpraksis kan placeres i tilknytning til andre sundhedstilbud, som fx sundhedshuse, ved geografisk placering af eventuelle nye kapaciteter, samt løbende ved fx flytninger.

Anbefalinger:

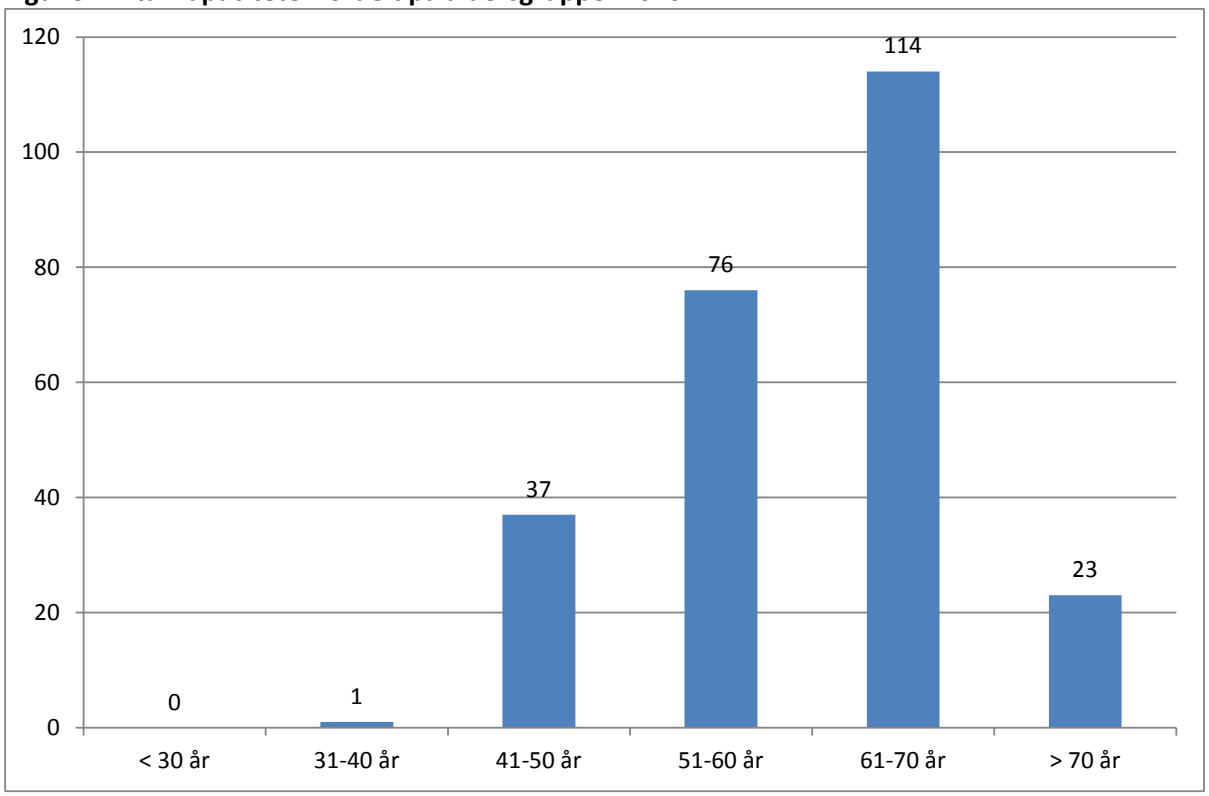
- Omfanget af formaliset samarbejde mellem psykologer og samarbejde mellem psykologer og andre behandlergrupper kortlægges
- Ved tildeling af nye kapaciteter lægges der vægt på, at flere psykologer praktiserer i fællesskab med andre behandlere, og ved etablering af sundhedshuse og andre behandlerhuse i regionen indtænkes psykologpraksis, når relevant

3.5. Alder og køn

Mange psykologer nedsætter sig som praktiserende psykologer i den sidste del af deres arbejdsliv. Gennemsnitsalderen blandt de praktiserende psykologer i regionen er derfor høj. Lidt over halvdelen af de praktiserende psykologer i Region Hovedstaden er fyldt 60 år. Omkring 80 pct. af psykologerne er kvinder.

Ud fra et patientperspektiv kan det være relevant, at have adgang til psykologer med forskellige aldre og køn. Det anses derfor som hensigtsmæssigt at arbejde frem mod en større spredning i alder og køn.

Figur 3. Antal kapaciteter fordelt på aldersgrupper 2016



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 fordelt på alder (trukket den 9/6 2017)

Figur 4. Antal kapaciteter fordelt på køn 2016

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 fordelt på køn (trukket den 9/6 2017)

3.6. Tilgængelighed i psykologpraksis

Det er en væsentlig overordnet målsætning for regionen fortsat at prioritere god tilgængelighed i psykologpraksis, herunder tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelse. Samtidig er det et ønske at sikre opdaterede oplysninger til borgerne om tilgængeligheden, så borgere med funktionsnedsættelse kan vælge behandlere ud fra kendskab til forholdene i den enkelte praksis. Desuden er det vigtigt, at patienterne, der har behov for psykologhjælp, nemt kan komme i kontakt med psykologpraksis.

3.6.1. Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for personer med funktionsnedsættelse. God tilgængelighed betyder i denne sammenhæng, at personer med funktionsnedsættelse kan få adgang til samme ydelser og fysiske færden som personer uden funktionsnedsættelse.

Ifølge FN's Handicapkonvention, som Danmark ratificerede i 2009, er der en pligt til at fremme adgangen for personer med funktionsnedsættelse til fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden.

Parterne er enige om at fokusere på forbedring af tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelser samtidig med, at oplysninger til borgerne om tilgængeligheden skal forbedres og prioriteres.

Fysisk tilgængelighed

Overenskomsten beskriver rammerne for de praktiserende psykologers forpligtelser vedr. den fysiske tilgængelighed til praksis.

Boks 5: Overenskomstens bestemmelser om fysisk tilgængelighed

§ 19. Retningslinjer for handicapvenlig adgang

Stk. 1.
Ved etablering af nye kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis skal der være handicapadgang i overensstemmelse med byggelovgivningens regler på området, dog skal der samtidig tages stilling til det konkrete behov for handicapforbedrende tiltag under specifik hensyntagen til de økonomiske konsekvenser for psykologen hermed.

Stk. 2.
Der skal i forbindelse med vurderingen af den handicapvenlige adgang ved tiltrædelse af overenskomsten i nye lokaler og ved ansøgning om flytning tages hensyn til de eksisterende lokaleforhold i det område, som ydernummeret er knyttet til.

Stk. 3.
I forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, hvor psykologen allerede har etableret kliniklokaler, kan der ikke stilles krav om forbedring af adgangsforholdene forud for tiltrædelse.

I forlængelse af ovenstående er praktiserende psykologer i Region Hovedstaden forpligtede til at afgive oplysninger om den fysiske tilgængelighed i forbindelse med flytning. Der er udviklet et skema om klinikkens indretning og adgangsforhold, som bygger på byggelovgivningens regler om tilgængelighed. Dette skema udfylder psykologen i forbindelse med flytning af praksis.

Med udgangspunkt i de praktiserende psykologers egne vurderinger af tilgængeligheden, som oplyses til borgerne på praksisdeklarationen via sundhed.dk, har 94 praksis adgangsforhold, der er egnede for personer med funktionsnedsættelse, mens 37 praksis har egnede toiletforhold (jf. tabel 7 nedenfor).

Tabel 7: Antal psykologpraksis med adgang egnede for personer med funktionsnedsættelse, egnede toiletforhold og 'god adgang mærke'

Planområde	Antal med handicapvenlig adgang	Antal med handicaptoilet	Antal mærket med "God adgang"
Bornholm	3	1	
Byen	29	10	1
Midt	22	12	3
Nord	22	9	1
Syd	18	5	2
Hovedtotal	**94**	**37**	**7**

Kilde: Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016. I undersøgelsen kortlægges også psykologernes oplysninger om fysisk tilgængelighed i praksisdeklarationen på sundhed.dk.

Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse prioriteres som et væsentligt element i afgørelser om flytninger og nynedsættelser af praktiserende psykologer. Denne praksis fastholdes i planperioden. Derudover skal der i planperioden arbejdes på yderligere indsatser for at øge tilgængeligheden til psykologpraksis, og fremskridtet i psykologernes tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelser skal følges.

God Adgang tilgængelighedsmærkning

Region Hovedstaden tilbyder i perioden 2015-2019, at alle praktiserende behandlere med ydernummer i regionen kan blive tilgængelighedsmærket ved mærkeordningen 'God Adgang'. Dermed tilbydes en gratis mulighed for at få en uvildig vurdering af adgangen til praksis samt forslag til, hvordan tilgængeligheden kan forbedres.

God Adgangs tilbud til behandlere indeholder følgende:

- En udførlig beskrivelse med status over klinikkens tilgængelighed for patienter med forskellige funktionsnedsættelser, omfattende kørestolsbrugere, gang-, arm- og håndhandicappede, synshandicappede, hørehandicappede, udviklingshandicappede, mennesker med læsevanskeligheder og allergikere, baseret på mærkeordningen God Adgang
- Mulighed for at give nuværende og kommende patienter information om adgangsforholdene i praksis
- Konkrete anbefalinger til forbedringer af tilgængeligheden til praksis

Regionens tilbud til de private behandlere er frivilligt. Reguleringen af krav til tilgængeligheden er beskrevet i overenskomsten, samt af tilgængelighedsbestemmelserne i byggelovgivningen. Som det ses af ovenstående tabel, har 7 praksis opnået god adgang mærkning.

Regionen ønsker, at samarbejdsudvalget løbende følger udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i psykologpraksis gennem status for tilmeldinger til og status i mærkeordningen God

Adgang, samt at psykologernes praksisdeklarationer holdes opdaterede med information om tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse.

3.6.2. Telefonisk og elektronisk tilgængelighed.

Patienter der har behov for psykologhjælp skal nemt kunne komme i kontakt med psykologpraksis. Overenskomsten fastsætter ikke nærmere krav til omfanget af eller tidspunktet for den enkelte praksis' telefontid. Ligeledes er der ikke krav om, at praksis skal være elektronisk tilgængelig for patienterne. Derimod fastsætter overenskomsten krav om, at oplysningerne om henvendelsesmuligheder er opdaterede og let tilgængelige for borgerne via praksisdeklarationen på sundhed.dk, så patienternes valg af psykolog lettes.

Boks 6: Overenskomstens bestemmelser vedr. oplysning om telefonisk og elektronisk tilgængelighed

Uddrag af overenskomstens § 16: Information til brug for valg af psykolog (Praksisdeklaration)

Stk. 2: "Psykologen er forpligtet til at vedligeholde egne oplysninger i praksisdeklarationen. Oplysningerne redigeres på sundhed.dk, og der logges på med brug af digital signatur."

Stk. 3 (Uddrag):

Psykologen skal selv oplyse:

"- Hvis praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne, herunder tidsbestilling- og aflysning og oplysning om hvordan man som patient får adgang til at anvende dette (hjemmeside og e-mailadresse)"

"- Aktuelle konsultations- og telefontider."

"- Oplysning om ferie og længerevarende fravær, sygdom og kurser mv."

"ANMÆRKNING TIL § 16, STK. 3: "Hvis en patient ikke opnår kontakt med psykologen via de angivne kontaktmuligheder i psykologens praksisoplysning inden for den given træffetid, skal psykologen normalt kontakte patienten næstfølgende hverdag efter patientens henvendelse, dog senest inden for to hverdage."

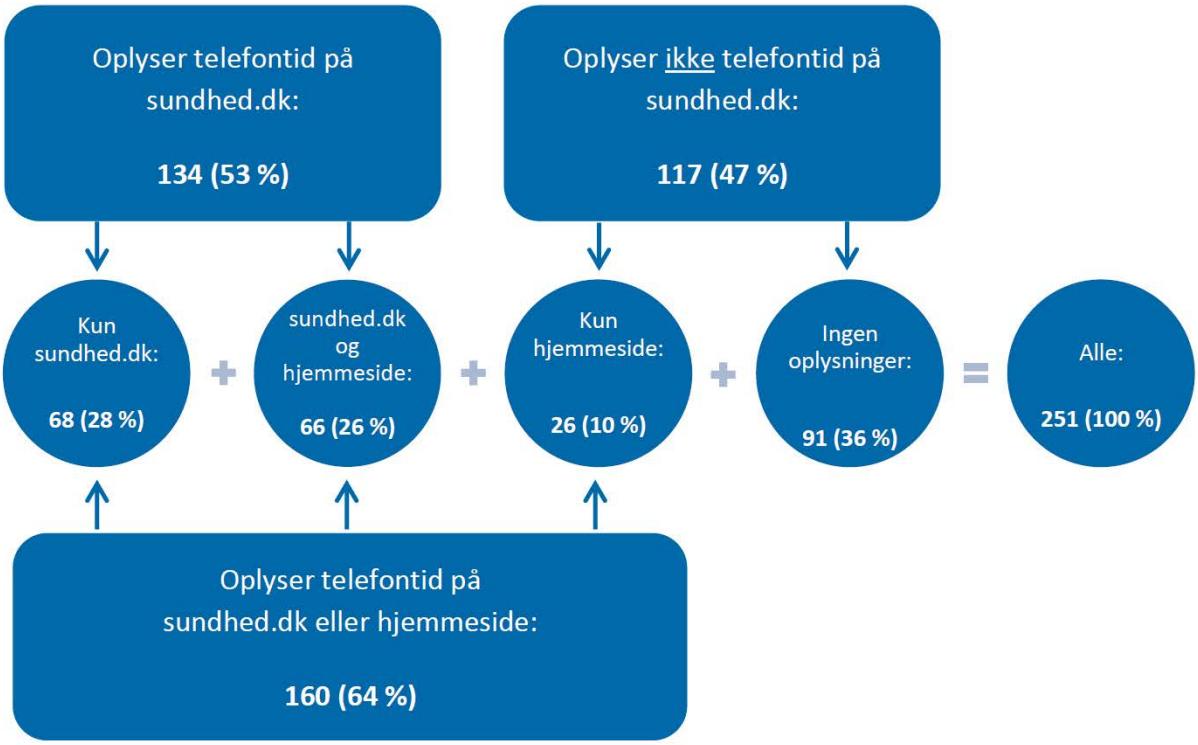
Telefonisk tilgængelighed

Som det fremgår af overenskomstens § 16, skal psykologerne oplyse telefon- og konsultationstid på praksisdeklarationen på sundhed.dk. Aktuelt er det dog ikke teknisk muligt at oplyse konsultationstider på sundhed.dk. Når det bliver muligt, skal det sikres, at psykologpraksis opdaterer praksisdeklarationen vedr. konsultationstider som beskrevet i overenskomsten.

Undersøgelsen i 2016 blev gennemført som et led i implementeringen af den foregående praksisplan. I den forbindelse blev de praktiserende psykologers oplysninger til patienterne om tilgængelighed til praksis også kortlagt. Foruden de overenskomstbestemte oplysninger på praksisdeklarationen på sundhed.dk har kortlægningen også fokuseret på de praktiserende psykologers supplerende oplysninger til patienterne via 'egen hjemmeside'.

På baggrund af kortlægningen ses det, at lidt over halvdelen (53 pct.) af praksis oplyser telefontid på praksisdeklarationen. Undersøgelsen viser desuden, at 10 pct. oplyser om telefontiderne på egen hjemmeside men ikke på praksisdeklarationen. 36 pct. giver ingen oplysninger om den telefoniske tilgængelighed (se figur 5). For at leve op til overenskomsten skal oplysninger om telefonisk tilgængelighed fremgå af praksisdeklarationen.

Figur 5: Oplysninger om telefontider til patienterne (kilde: undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis, december 2016):



Kilde: Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016.

Nedenfor ses fordelingen af praksis, som har oplyst telefontid på sundhed.dk, i forhold til planområder. Som det ses, er der flest praksis i planområde midt, der oplyser telefontid.

Tabel 8: Oplysninger på sundhed.dk til patienter om telefontid

Planområde	Antal praksis med oplyst telefontid (sundhed.dk)	Procent af praksis med oplyst telefontid (sundhed.dk)
Bornholm	4	3
Byen	32	24
Midt	43	32
Nord	24	18
Syd	31	23
Hovedtotal	**134**	**100**

Kilde: sundhed.dk, oktober 2016.

På baggrund af undersøgelsen af den telefoniske tilgængelighed skal der i planperioden arbejdes for, at de psykologpraksis, som ikke har opdateret praksisdeklarationen vedr. telefonisk tilgængelighed i overensstemmelse med overenskomstens krav, gør det.

Resultater fra undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed

Som det fremgår af overenskomsten, skal psykologpraksis, som ikke er kontaktbare inden for den givne træffetid, normalt kontakte patienten senest inden for to hverdage. Ifølge den gennemførte undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed er 80 pct. af psykologpraksis direkte tilgængelige for borgerne inden for

den oplyste telefontid, eller ved at praksis ringer tilbage til patienten efter overenskomstens bestemmelser[6]. Blandt de 80 pct. tilgængelige får patienterne i ca. halvdelen af tilfældene fat i psykologpraksis ved direkte telefonisk kontakt. I den anden halvdel af tilfældene opnås der typisk kontakt til psykologpraksis, ved at patienterne lægger en besked til psykologen, som ringer tilbage inden for to dage.

I de 20 pct. af tilfældene, hvor psykologpraksis ikke er telefonisk tilgængelig for patienterne, er den hyppigste årsag, at der ikke 'ringes tilbage' til patienten inden for to dage efter, at patienten har lagt besked til psykologen (se Bilag 4 figur 5.1).

På baggrund af undersøgelsens resultater skal der i planperioden arbejdes for, at alle psykologpraksis lever op til overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.

Elektronisk tilgængelighed

It kan understøtte, at patienterne har let adgang til kontakt med psykologpraksis samt til information og tidsbestilling. Som det ses af boksen ovenfor, er psykologen forpligtet til at oplyse om praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne, herunder tidsbestilling- og aflysning, og oplysning om, hvordan man som patient får adgang til at anvende disse muligheder.

På baggrund af psykologernes registreringer på praksisdeklarationen på sundhed.dk ses, at næsten alle praksis oplyser, at det er muligt at kommunikere via e-mail. Nedenfor ses fordelingen i forhold til regionens planområder.

6 En psykologpraksis er i undersøgelsen af tilgængeligheden defineret som telefonisk tilgængelig, hvis: praksis er umiddelbart telefonisk kontaktbar (der opnås direkte kontakt ved første opkald eller første eller andet genopkald; der opnås kontakt inden for 10 minutter i telefonkø, eller hvis praksis besvarer telefonsvarerbesked eller ubesvarede opkald inden for to hverdage.

Tabel 9: Oplysninger til sundhed.dk om mulighed for at kommunikere med praksis via mail

Planområde	Antal praksis med mulighed for kommunikation via e-mail (sundhed.dk)	Procent af praksis med mulighed for kommunikation via e-mail (sundhed.dk)
Bornholm	6	2
Byen	72	29
Midt	63	25
Nord	47	19
Syd	62	25
Hovedtotal	**250**	**100**

Kilde: Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016.

Fire praksis oplyser desuden på praksisdeklarationen, at det er muligt at bestille tid elektronisk. I undersøgelsen af den telefoniske og elektroniske tilgængelighed til psykologpraksis fra 2016 findes det imidlertid, at ingen af disse praksis har et system, der understøtter elektronisk tidsbestilling, hverken på egen hjemmeside eller via sundhed.dk.

I takt med at flere psykologer i løbet af planperioden udvikler den elektroniske tilgængelighed overfor patienterne, skal der arbejdes for, at praksisdeklarationen afspejler disse muligheder. Desuden skal kendskabet til muligheden for elektronisk kommunikation med patienten udbredes.

Elektronisk korrespondance med og om patienter vil oftest indehold personfølsomme oplysninger. Derfor er det væsentligt, at e-mail kommunikationen mellem patient og psykolog foregår som sikker kommunikation. I planperioden vil der blive arbejdet med at understøtte og implementere brugen af sikker kommunikation i psykologpraksis.

Anbefalinger vedr. tilgængelighed til psykologpraksis:

- At der arbejdes for at forbedre informationen til patienterne på praksisdeklarationen om fysisk, såvel som telefonisk og elektronisk tilgængelighed til psykologpraksis.
- At der arbejdes for, at alle psykologpraksis lever op til overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.
- At det dokumenteres ved afslutningen af planperioden, hvilke fremskridt der er sket i psykologernes tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelser.
- At samarbejdsudvalget løbende følger udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i psykologpraksis gennem status for psykologernes tilmelding til og status i mærkeordningen God Adgang.
- At kendskabet til muligheden for elektronisk kommunikation med patienten udbredes.
- At der arbejdes for at understøtte, at elektronisk kommunikation med patienterne foregår sikkert.

4. Psykologpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Målsætninger:

- At praktiserende psykologer understøtter sammenhængende patientforløb
- At praktiserende psykologer medvirker til velfungerende samarbejde og kommunikation med andre behandlere om fælles patienter
- At praktiserende psykologer bidrager til, at patienter og pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb
- At patienter og pårørende efter behov deltager i udvikling af psykologers rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Sammenhængende patientforløb er en afgørende forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet samt en tilfredsstillende patientoplevelse. Det kræver, at den enkelte patient sættes i centrum, og at der sker en koordinering på tværs af praktiserende behandlere, specialer, hospitalsafdelinger og sektorer.

Parterne bag praksisplanen er enige om at understøtte udviklingen af psykologpraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet, herunder at psykologpraksis indgår i gensidigt forpligtende tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb.

Der skal ligeledes sikres opfølgning og gode overgange mellem psykologpraksis og øvrige sundhedsaktører. Det gælder især for patienter med samtidige forløb hos flere behandlere. Derfor skal praksisplanen understøtte og fremme kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og øvrige sundhedsaktører, specielt de der har arbejdsopgaver i relation til psykologområdet.

Desuden er parterne enige om at fremme det aktive samarbejde med patienterne i planperioden, således at patienternes ønsker, muligheder og begrænsninger er udgangspunktet for det konkrete behandlingsforløb. Samtidig skal patienternes perspektiv indgå, når udviklingen af psykologpraksis tilrettelægges.

4. 1 Patienten som aktiv samarbejdspart og lighed i sundhed

Patienterne og deres pårørende er vigtige ressourcer i fremtidens sundhedsvæsen. De skal opleve, at deres viden, behov og ønsker er udgangspunkt for behandlingen og planlægningen af deres forløb. Patienter, der er godt informerede og medbestemmende i patientforløbet, er i højere grad motiverede for at følge en behandlingsplan og er mere tilfredse med behandlingen, ligesom inddragelse af patientens unikke viden om eget forløb bidrager til at forebygge fejl[7].

Region Hovedstaden har vedtaget en politik for patient- og brugerinddragelse, som bygger på følgende værdier:

[7] Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, August 2014, Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og Pårørende.

Boks 7: Værdier i Region Hovedstadens politik for patient- og brugerinddragelse

- Vi tager hensyn til, hvem du er
- Vi træffer ingen beslutninger om dig uden dig
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb

4.1.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb

Aktivt samarbejde med den enkelte patient og dennes pårørende handler om at bringe patientens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af autonomi og evne til at mestre eget forløb. I psykologpraksis handler individuel patientinddragelse om, at psykologen tager udgangspunkt i patientens egne oplevelser og ønsker om udredning, behandling og opfølgning. Beslutninger, der har betydning for den enkelte træffes derfor sammen med patienten.

Patienterne er allerede i dag meget involveret i samarbejdet med praktiserende psykologer og dette arbejde skal fortsætte. Patienterne har forskellige ønsker, forudsætninger og muligheder for at deltage i beslutninger om eget behandlingsforløb. Derfor skal de indsatser, der tilbydes, ikke kun tage højde for patienternes ressourcer og ønsker, men også for patienternes øvrige livssituation herunder forudsætninger for at deltage i fælles beslutningstagning. Det øger patienternes mulighed for – uanset social baggrund og situation – at få størst muligt udbytte af behandlingen.

Anbefaling:

- At øget patient- og pårørendesamarbejde understøttes, så patienterne oplever at være en aktiv samarbejdspart i eget forløb

4.1.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet

Foruden samarbejdet med patienter og pårørende om den enkeltes forløb, kan patientsamarbejdet også styrkes på et organisatorisk plan, hvor patienternes perspektiver inddrages i den måde, sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres på. Dette sker allerede i Region Hovedstaden i dag. F.eks. har Patientinddragelsesudvalget og Regionshandicaprådet deltaget i dialog- og høringsaktiviteter under udarbejdelsen af denne praksisplan.

Anbefaling:

- At patienternes perspektiv løbende inddrages, når praksisplanen implementeres gennem konkrete indsatser

4.1.3 Patientrapportering af utilsigtede hændelser

Patienter og pårørende har mulighed for at påvirke udviklingen i psykologpraksis gennem rapportering af utilsigtede hændelser. Utilsigtede hændelser kan ske hos den enkelte psykolog såvel som i behandlings*forløbet* ved overgang mellem behandlere. Rapportering af utilsigtede hændelser har været en mulighed for patienter og pårørende siden 2011. De rapporterede utilsigtede hændelser opsamles og bearbejdes i Region Hovedstaden i en særlig patientsikkerhedsorganisation. Rapporteringen tilgår den pågældende praksis med henblik på, at praksis kan drage læring af hændelserne.

Rapportering af utilsigtede hændelser fra patienter sker indtil videre kun i beskedent omfang. Det er derfor vigtigt, at patienter og pårørende får kendskab til muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser.

Anbefaling:

- At der i planperioden fokuseres på at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser

4.2 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen

Det er vigtigt for den enkelte patient, at der foregår en relevant kommunikation mellem behandlerne, og at den kommunikation/information, der bliver givet til patienten, er konsistent og sker med respekt for den behandling, som patienten modtager fra andre behandlere.

Overenskomst om psykologhjælp sætter rammerne for psykologernes samarbejde og kommunikation med de øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Boks 8: Overenskomsten om samarbejde mellem almen praksis og psykologer

§ 23 stk. 1: "….Endvidere er psykologer forpligtet til at følge nationale og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, som involverer og har relevans for psykologpraksis."

4.2.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis

En god og gensidig kommunikation mellem psykologpraksis og almen praksis vurderes at give de bedste betingelser for den samlede behandling af patienten. Derfor skal der i planperioden arbejdes med at udbygge kommunikationen mellem psykologer og almen praksis. Samarbejde og kommunikation mellem psykologen og patientens praktiserende læge er særligt vigtig, når patienten har et forløb, som kræver en tværgående indsats.

Boks 9: Overenskomsten om samarbejde mellem almen praksis og psykologer

§1. stk.2 (uddrag):
Psykologer i primærsektoren har en vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen. I sundhedsvæsenet er det vigtigt at sikre sammenhængende patientforløb, og det er derfor væsentligt, at psykologerne indgår i et tæt samarbejde med andre sundhedsfaglige aktører navnlig de alment praktiserende læger.
Psykologbehandling sker efter henvisning fra den praktiserende læge, og psykologen sender ved behandlingens afslutning en epikrise til den praktiserende læge. På den måde sikres sammenhæng og kvalitet i lægens fortsatte behandling af patienten.

Boks 10: Overenskomsten om startbreve til almen praksis:

§10 stk. 7 (uddrag): Det påhviler psykologen at drage omsorg for, at patientens egen læge underrettes ved psykologbehandlingens iværksættelse og afslutning.

Boks 11: Overenskomsten om psykologens pligt til at vurdere den enkeltes behandlingsbehov

§ 10 stk. 8. Psykologen er forpligtet til at foretage en selvstændig og individuel vurdering af den enkelte patients behandlingsbehov i overensstemmelse med de retningslinjer mv., som gælder for ordningen.

Kommunikation med almen praksis foregår elektronisk som henvisninger fra patientens praktiserende læge til psykologen, som startbreve fra psykolog til den praktiserende læge og endelig som epikriser fra psykologen til patientens praktiserende læge ved forløbets afslutning. Kommunikationen kan løbende suppleres med korrespondancemeddelelser om patienternes behandling og tilstand. Ved kommunikationen skal anvendes gældende MedCom-standarder. MedCom-standarderne understøtter sikker kommunikation. Kommunikationen forudsætter samtykke fra patienten jævnfør lovgivning om videregivelse af helbredsoplysninger[8].

Psykologer, der praktiserer efter overenskomsten, skal have et sikkert og opdateret IT-system og en sikker og hurtig internetadgang, der er beskyttet af firewall og antivirus-programmer. Psykologens IT-systemer skal understøtte relevant kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen efter de gældende standarder, herunder MedCom, og kommunikationen skal så vidt muligt foregå via det internetbaserede sundheds-datanet[9].

Nedenfor beskrives de situationer, hvor kommunikation mellem psykolog og praktiserende læge særligt bør finde sted.

Henvisning fra almen praksis

En god henvisning fra almen praksis indeholder information om henvisningskategori, hvor den praktiserende læge henholder sig til de krav, der er under henvisningskriterierne, samt beskriver eventuel relevant ordination af lægemidler til patienten. Dette giver psykologen et velinformeret grundlag for tilrettelæggelse af patientens behandling.

Sundheds- og Ældreministeriets vejledning fra efteråret 2016 for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling henvender sig til praktiserende læger, som henviser til psykologhjælp. I planperioden vil der blive arbejdet med at udbrede kendskabet til denne vejledning, herunder de konkrete henvisningskriterier.

Der er kommet en ny ydelse i overenskomsten, hvorved 1. og 2. konsultation uden efterfølgende forløb (fejlhenvisning) registreres. Der vil således kunne følges op på omfanget af fejlhenvisninger.

Startbrev

Den praktiserende psykolog orienterer patientens praktiserende læge om opstart af behandlingsforløb via afsendelse af et startbrev. Med startbrevet er lægen orienteret om, hvilken praktiserende psykolog patienten har etableret kontakt med og samarbejdet mellem praktiserende læge og praktiserende psykolog er dermed gjort mulig. Der er pt. ingen statistikker over de praktiserende psykologers afsendelse af startbrev.

Korrespondancebreve

Korrespondancebreve bliver i dag primært anvendt i forbindelse med opstart af forløb, hvor lægerne orienteres, ved fejlhenvisninger, hvor der anmodes om anden henvisning eller orienteres om, at klientens henvisning er ugyldig eller ved behov for udveksling af informationer i øvrigt. Parterne er enige om, at der i planperioden skal arbejdes med udbredelse af denne mulighed.

[8] Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. BEK nr. 665 af 14/09/1998.
[9] Overenskomst om psykologhjælp § 31 stk. 1: Anskaffelse og anvendelse af IT i almen praksis.

Epikriser

I den foregående planperiode har der været fokus på at øge antal epikriser i psykologpraksis. Regionens psykologpraksiskonsulent har udsendt nyhedsbreve og individuelle statistikker over epikriser. Dette arbejde skal fortsættes i denne planperiode.

I den nye overenskomst lægges der op til, at der fremadrettet også skal arbejdes med kvaliteten af epikriserne. For yderligere at styrke samarbejdet mellem praktiserende læger og psykologer, skal der igangsættes indsatser for at understøtte kvaliteten i epikriseskrivning.

Fælles aktiviteter mellem almen praksis og praktiserende psykologer

Derudover er det væsentligt, at både praktiserende læger og praktiserende psykologer får gensidig indsigt i vilkår og arbejdsmetoder. Dette kan fx ske gennem fælles kursusaktiviteter om relevante emner som eksempelvis angst og depression, men også ved at praksiskonsulenten udbreder kendskab til de vilkår psykologerne arbejder under på kurser for praktiserende læger. Derudover kan der afholdes lokale efteruddannelsesmøder mellem psykologer og praktiserende læger fx om konkret samarbejde, patientgrupper mm.

Anbefalinger:

- At der i planperioden arbejdes med udbredelse af sikker elektronisk kommunikation.
- At udbrede kendskabet i almen praksis til vejledning om adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling samt henvisningskriterier, herunder følge omfanget af fejlhenvisninger
- At udbrede kendskab til startbreve blandt psykologer og praktiserende læger, herunder brug af korrespondancemeddelelser.
- At understøtte og sikre, at fremsendelse af epikriser til almen praksis sker i henhold til overenskomsten
- At der afholdes fælles aktiviteter med henblik på at udvikle samarbejdet mellem almen praksis og psykologpraksis
- At decentrale lokale efteruddannelsesmøder med psykologer og praktiserende læger understøttes og faciliteres.

4.2.2 Samarbejde og kommunikation med speciallægepraksis samt børne- og ungdomspsykiatri og psykiatrien

I Region Hovedstadens Psykiatriudvalgs treårsplan for 2017-2019 ”Den fortsatte udvikling af psykiatrien i Region Hovedstaden” fremgår det, at der ligger en opgave for administrationen i at undersøge muligheder for at henvise nye patientgrupper til psykologbehandling i praksissektoren.

Patienter behandles i visse tilfælde også i speciallægepraksis eller i hospitalsregi indenfor psykiatrien eller i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er vigtigt, at praksisplanen understøtter sammenhængende patientforløb for disse patienter. Henvisning til psykolog eller videre til psykiatrisk forløb foregår via patientens egen læge. Den praktiserende psykolog har ingen direkte henvisningsmulighed til praktiserende psykiater eller psykiatrien. Ved afslutning af patienten samt ved genhenvisning udfyldes og sendes en epikrise med oplysninger om behandlingseffekt til patientens praktiserende læge, som kan videreformidle oplysningerne til fx psykiatrien.

Samarbejdet mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri udfordres af denne struktur. Der skal derfor i planperioden fokuseres på, hvordan samarbejdet mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri kan udvikles.

Det kan være en udfordring at få udført den nødvendige indledende psykologiske undersøgelse, herunder testning af henviste børn og unge ved modtagelse hos de praktiserende psykiatere. Det kan medføre

unødig ventetid på igangsættelse af behandling hos den praktiserende psykiater. Parterne er enige om at undersøge muligheden for, at praktiserende psykologer kan bidrage til hurtigere vurdering af patienterne (børn og unge). Såfremt praktiserende psykologer i højere grad skal bidrage til psykologisk undersøgelse af børn og unge forudsætter det, at der indgås en lokalaftale med relevante psykologer, jf. overenskomstens (§46, stk.1-3).

For at understøtte øget samarbejde mellem praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri foreslås, at der arrangeres fælles temadage om kommunikation/information om fælles patienter, herunder generel videndeling om behandlingsmuligheder.

Collabri er et regionalt projekt til styrkelse af den sammenhængende indsats mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis (shared care) for patienter med let til moderat angst eller depression. Psykologpraksis indgår ikke i projektet. I projektet arbejdes der med at understøtte almen praksis i at opspore, henvise og behandle de pågældende patienter optimalt. Dette arbejde følges i planperioden med henblik på eventuelle tiltag på psykologområdet.

Anbefalinger:

- At det i planperioden undersøges, hvordan samarbejdet mellem praktiserende psykiatere og psykologer kan udvikles, herunder om praktiserende psykologer i højere grad kan bidrage til udførelse af test
- At der arrangeres fælles temadage for psykologer og psykiatere om kommunikation/information om fælles patienter, herunder generel videndeling om behandlingsmuligheder

4.2.3 Samarbejde og kommunikation med kommunerne

I dag kommunikerer kommunerne primært med de praktiserende læger omkring lægeerklæringer mm. Kommunerne har mulighed for at indhente erklæringer fx i forbindelse med opfølgning på sygemeldte personer. Rammerne herfor er beskrevet i Dansk Psykologforening og KL's fælles vejledning om det social-psykologiske samarbejde. Der er også af og til forløb, hvor egenbetalingen dækkes af kommunerne fx for flygtninge.

Kommunikation og samarbejde mellem praktiserende psykologer og kommunerne kan trods beskedent omfang være væsentlig for at sikre sammenhængende patientforløb. En del af patienterne i psykologpraksis kan være i forløb hos deres kommune. Det kan eksempelvis være børn og unge, som er i forløb i det kommunale PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning), voksne, som er i risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet, eller som er i et rehabiliteringsforløb. I planperioden skal potentialet for kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og kommuner om patienter, som praktiserende psykologer behandler, afdækkes. Yderligere skal det afdækkes, hvordan samarbejdsrelationen mellem psykologpraksis og kommuner kan styrkes.

Anbefaling:

- At potentialet for kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og kommuner afdækkes.

4.2.4 Samarbejde og kommunikation med hospitaler

Samarbejdet med psykiatrien opstår primært, hvis en patient er selvmordstruet, og psykologen understøtter patientens kontakt til psykiatrisk skadestue.

I de tilfælde, hvor en patient har været indlagt, kan den praktiserende læge – forudsat patientens samtykke – sende en epikrise til den praktiserende psykolog.

Hospitalerne har en interesse i at få et større kendskab til henvisningskriterier til praktiserende psykologer og patienternes muligheder for behandling i psykologpraksis, således at de bedre kan rådgive patienterne.

Anbefaling:

- Udbredelse af kendskabet til henvisningskriterier og mulighederne for behandling i psykologpraksis til relevante hospitalsafdelinger.

4.3 Sundhed.dk

Formålet med sundhed.dk er at være en informations og oplysningsside.

Den del af sundhed.dk, der er målrettet sundhedsfaglige, benyttes af regionen til bl.a. at formidle relevant information til praktiserende psykologer af faglig og administrativ karakter.

Der skal i planperioden fortsat arbejdes med at udbrede praktiserende psykologers kendskab til sundhed.dk., herunder den praksisdeklaration praktiserende psykologer skal have i henhold til overenskomsten samt opdaterede ventetider for henholdsvis depression og angst og øvrige henvisningsgrupper. Det kan fx ske ved oplæg om sundhed.dk ved mødeaktiviteter, nyheder i nyhedsbrevet mm.

Anbefaling:

- At psykologpraksis' kendskab til sundhed.dk øges

5. Kvalitetsudvikling i psykologpraksis

Målsætninger:

- At praktiserende psykologer arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling
- At praktiserende psykologer arbejder ud fra de gældende faglige retningslinjer
- At patientsikkerhed i psykologpraksis styrkes
- At psykologpraksis understøttes gennem undervisnings- og kursustiltag, som løfter kvaliteten og samarbejdet mellem psykologer og samarbejdsparter
- At Den Danske Model for Kvalitetsudvikling implementeres i psykologpraksis i det tempo og omfang, modellen udvikles og indgår i overenskomsten
- At en kvalitetsudviklingskultur blandt psykologerne understøttes

Arbejdet med kvalitetsudvikling er et vigtigt element i bestræbelserne på at sikre de praktiserende psykologers rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen. I dag arbejdes der med kvalitetsudvikling i psykologpraksis inden for felterne kliniske retningslinjer, kommunikation, efteruddannelse samt patientsikkerhed.

Det fremgår af overenskomsten, at kravene til øget samspil mellem sektorerne vil fylde mere i de kommende år, og parterne bag praksisplanen er enige om, at arbejdet med kvalitet skal udvikles og understøttes, så det sikres, at de praktiserende psykologer har fokus på kvalitet i behandlingen og arbejder med læring og forbedring samt systematisk kvalitetsudvikling.

I dette afsnit fokuseres på, hvilke indsatser, der skal arbejdes med i planperioden for at understøtte kvalitetsudvikling såvel monofagligt i psykologpraksis som i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

5.1 Rammer for kvalitetsudvikling

Regionernes fælles strategi for kvalitetsudvikling på praksisområdet[10] og Overenskomst om psykologhjælp danner rammerne for kvalitetsudviklingstiltagene i denne plan. I regi af overenskomstens parter er et udviklingsarbejde i gang, som skal skabe en version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) specielt tilpasset psykologpraksis.

5.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet

Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet har til formål at skabe et større fokus på og systematik i kvalitetsarbejdet blandt alle behandlergrupper på praksisområdet. Det er et af strategiens centrale mål at få skabt en fælles kvalitetskultur på praksisområdet og på tværs af sektorgrænser, samt at alle praksisområder skal akkrediteres efter principperne i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Boks 12: Regionernes strategi for kvalitetsudvikling

- Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) udvikles og implementeres
- Behandlere på praksisområdet arbejder med databaseret kvalitetsudvikling
- "Kvalitetscirklen" benyttes i forbindelse med kvalitetsudvikling
- Behandling følger gældende faglige retningslinjer og "best practice"
- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus

[10] Danske Regioner 2012: Kvalitet i praksis
- regionernes strategi for målrettet og systematisk kvalitetsudvikling på praksisområde

Arbejdet med kvalitetsudvikling i DDKM bygger på kvalitetscirklen. Kvalitetscirklen, også kaldet PDSA-cirklen, er en grundlægende model for systematisk kvalitetsudvikling.

DDKM har i flere år fungeret som en fælles kvalitetsudviklingsmodel for det danske sundhedsvæsen. DDKM er metodemæssigt et akkrediteringssystem, der omfatter et sæt af kvalitetsstandarder og en akkrediteringsproces.

Akkreditering efter DDKM er under udfasning på bl.a. de offentlige hospitaler og apoteker, hvor DDKM erstattes af 'Nationalt kvalitetsprogram på sundhedsområdet' bestående af 8 kvalitetsmål. Denne proces følges i planperioden, da den på sigt kan få indflydelse på kvalitetsarbejdet i praksissektoren.

5.1.2 Indsatser på kvalitets – og efteruddannelsesområdet

Overenskomsten beskriver rammerne for indsatser indenfor kvalitets- og efteruddannelsesområdet. Det fremgår af overenskomsten, at der i perioden skal ske et udviklingsarbejde indenfor flere områder, fx DDKM, efteruddannelse, kliniske retningslinjer, etablering af en Fond mm.

Rammerne for mange af disse indsatser er ikke endeligt afklaret, og der afventes derfor en national afklaring i overenskomstregi af disse. Regionalt vil der blive et implementeringsarbejde, når rammerne er på plads.

Boks 13: Overenskomst om psykologhjælp indenfor kvalitets- og efteruddannelsesområdet – et sammendrag

Den gældende overenskomst om psykologhjælp fastsætter, at psykologer skal følge og holde sig opdateret på nationale faglige og kliniske retningslinjer, samt er forpligtet til at følge nationale og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen[11].

I overenskomstperioden skal der desuden udvikles en kvalitetsdatabase, som bl.a. skal dokumentere aktiviteterne omkring behandling. Arbejdet er placeret i regi at Sundhedsstyrelsen.

Der er som aftalt i overenskomsten etableret en national kvalitets- og efteruddannelsesfond. Fondens bestyrelse består af to repræsentanter udpeget af henholdsvis Dansk Psykolog Forening og RLTN. For de midler Fonden er tilført som start, anvendes størstedelen til et forskningsprojekt (4 mio. kr.), som skal afdække og dokumentere effekten af psykologbehandling, herunder også med fokus på samfundsmæssige effekter af psykologbehandling. 2 mio. kr. anvendes til efteruddannelsesaktiviteter og 200.000 kr. til en indtjenings- og omkostningsundersøgelse blandt psykologerne.

Parterne bag overenskomsten er enige om, at efteruddannelse og faglig ajourføring er afgørende vigtigt for psykologerne i den offentlige ordning. Der arbejdes nationalt på at nedsætte en gruppe, der skal afdække hvilke kompetencer psykologerne skal besidde, samt forslag til relevante efteruddannelsestilbud. Tanken er, at der allerede i indeværende overenskomstperiode skal udbydes systematisk efteruddannelse, som det vil blive kaldt.

Overenskomstparterne er enige om at arbejde videre med at understøtte DDKM i overenskomstperioden, hvor der skal udvikles en kvalitetsmodel for psykologpraksis, som klinikkerne skal akkrediteres efter.

[11] Overenskomst om psykologhjælp 2016, § 23

Anbefalinger:

- At det nationale arbejde i regi af overenskomstens parter vedr. kvalitetsudvikling i psykologpraksis følges med henblik på at sikre regional implementering

5.2 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for psykologpraksis

Det fremgår af overenskomsten, at der i overenskomstperioden skal udvikles en kvalitetsmodel for psykologpraksis. I samarbejde med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet udvikles et standardsæt til brug for akkreditering i den enkelte psykologpraksis.

Frem til at kvalitetsmodellen er klar til implementering, ønskes understøttelse af en kvalitetsudviklingskultur blandt praktiserende psykologer, herunder afprøvning af relevante pilotprojekter på kvalitetsområdet.

I Region Hovedstaden pågår der på psykologområdet allerede en række kvalitetsudviklingsindsatser, som vil kunne understøtte akkreditering efter standarderne i DDKM. Arbejdet med kvalitetsudviklingsindsatserne skal derfor fortsættes og videreudvikles i planperioden. Det drejer sig eksempelvis om indsatser i relation til patientsikkerhed, samt kommunikation som fx epikriser. Der vil i planperioden forsat blive arbejdet med at understøtte kvalitetsarbejdet og en kvalitetsudviklingskultur blandt psykologerne.

Anbefalinger:

- At der arbejdes systematisk med implementering af elementerne i DDKM i det tempo og det omfang modellen udvikles og indgår i overenskomsten

5.3 Implementering af kliniske retningslinjer i psykologpraksis

Formålet med kliniske retningslinjer er at sikre en høj faglig kvalitet i behandlingen, uanset hvor patienten befinder sig, og hvilken sundhedsfaglig person vedkommende henvender sig til. Basis for retningslinjerne er videnskabelig evidens og bedste praksis på området.

I planperioden skal der arbejdes med at understøtte, at alle patienter modtager behandling af høj faglig kvalitet. Dette kan bl.a. understøttes ved efteruddannelse og kompetenceløft. Det søges også understøttet ved, at der i planperioden vil blive arbejdet med et pilotprojekt om ensartet behandling/forløb for udvalgte grupper. Første skridt i pilotprojektet vil være at afdække hvilke patienter, der eventuelt kan have gavn af mere ensartede forløb.

Anbefalinger:

- At kliniske retningslinjer og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen implementeres/udbredes i psykologpraksis
- At det i planperioden afdækkes, om udvalgte patientgrupper kan have gavn af mere ensartede behandlingsforløb

5.4 Patientsikkerhed i psykologpraksis

Praktiserende psykologer er ligesom den øvrige praksissektor omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser (UTH). Det betyder, at psykologer systematisk og konsekvent skal lære af utilsigtede hændelser, der finder sted i psykologpraksis.

I Region Hovedstaden er der nedsat et patientsikkerhedsråd for praksissektoren, apotekerne og kommuner, der skal følge implementeringen af sundhedslovens bestemmelser om patientsikkerhed og godkende handleplaner i forbindelse med analyse af utilsigtede hændelser.

Indrapporterede utilsigtede hændelser behandles af regionens risikomanagere, der arbejder med hændelser fra blandt andet psykologer. Sagsbehandlingen af de utilsigtede hændelser sker fortroligt og alene med henblik på læring, herunder med forslag til hvorledes der kan ske læring af hændelsen.

Der er begrænsede erfaringer med indrapportering af utilsigtede hændelser i psykologpraksis. Patientsikkerhed forventes at blive styrket bl.a. ved at blive en standard i akkrediteringsmodellen.

5.4.1 Tiltag for at styrke patientsikkerheden

Med henblik på at styrke patientsikkerheden skal der i planperioden arbejdes for at udvikle patientsikkerhedskulturen og fremme læring på baggrund af arbejdet med utilsigtede hændelser.

Første skridt er at beskrive eksempler på, hvad utilsigtede hændelser kan være i psykologpraksis. Dernæst er det relevant at igangsætte en indsats med det formål at højne patientsikkerheden hos praktiserende psykologer ved at øge kendskabet til utilsigtede hændelser og til rapporteringssystemet.

Anbefalinger:

- At der i planperioden arbejdes for at udbrede kendskabet til indrapporteringen af utilsigtede hændelser blandt de praktiserende psykologer
- At der i planperioden gennemføres et udviklingsprojekt i psykologklinikkerne om indrapportering og læring af utilsigtede hændelser

5.5 Efteruddannelse og kompetenceløft

Det er aftalt i overenskomsten, at der nationalt nedsættes en gruppe, der skal afdække hvilke kompetencer psykologerne fremover skal besidde, samt forslag til relevante efteruddannelsestilbud. Tanken er, at der allerede i indeværende overenskomstperiode skal udbydes systematisk efteruddannelse.

I overenskomsten er beskrevet, at der ønskes et kompetenceløft til psykologerne med henblik på styrket kommunikation med øvrige behandlergrupper, herunder også for at styrke arbejdet med den kommende danske kvalitetsmodel for psykologhjælp.

For at understøtte det samlede patientforløb er det væsentligt med dialog med andre ydergrupper i praksissektoren inden for de områder, hvor det er meningsfuldt. Det kan eksempelvis være i forhold til behandlingsforløb for patienter med angst og depression, personlighedsforstyrrelser m.fl., hvor samarbejdet mellem psykiatere, almen praksis og psykologer er relevant. Formålet hermed kan være kommunikation om konkrete patientforløb og samarbejde for at undgå dobbeltforløb og dobbeltundersøgelser. I planperioden understøttes dette ved på forsøgsbasis at arrangere lokale 'efteruddannelsesgrupper', hvor eksempelvis psykologer og praktiserende læger mødes med henblik på at drøfte relevante faglige emner samt kommunikation og samarbejde.

Anbefalinger:

- At systematisk efteruddannelse implementeres i det tempo, det udrulles nationalt
- At der afholdes efteruddannelsesaktiviteter, som understøtter samarbejde omkring øget kommunikation med relevante samarbejdsparter

- At understøtte efteruddannelse og kompetenceløft for psykologerne ved afholdelse af relevant efteruddannelse
- At der etableres tværfaglige lokale efteruddannelsesgrupper, der mødes om relevante faglige emner samt kommunikation og samarbejde

5.6 Gruppebehandling

Gruppebehandling er i henhold til den gældende overenskomst en mulighed i psykologpraksis. I overenskomsten er rammerne for gruppebehandling nærmere defineret.

Boks 13 Overenskomsten om gruppebehandling i psykologpraksis § 3 stk. 6 og 7

- Gruppekonsultationer kan ydes til personer, som allerede er omfattet af overenskomsten, og som, inden henvisningsårsagen indtrådte, havde en relation til hinanden (lukkede grupper).
- Gruppekonsultationer kan også ydes til personer, der indgår i gruppen på tværs af henvisningskategorierne, og hvor de pågældende ikke i forvejen havde en relation til hinanden (åbne grupper).

Forskning viser, at gruppebehandling i forhold til patienter med let til moderat depression er lige så effektiv som individuel behandling[12]. Selve behandlingsmetoden (fx kognitiv eller dynamisk terapi) kan forklare 2 - 15 % af behandlingens effekt. Det er derfor ikke væsentligt, om behandlingen er individuel eller i gruppe, eller hvilken metode der anvendes. Det handler derimod om at sørge for, at der ikke er frafald af patienter i forhold til behandlingen samt at have behandlingseffekten for øje.

I forhold til gruppebehandling viser det sig, at frafald oftest skyldes, at klienterne er utilfredse med formen. Så hvis man skal lave gruppeterapi, er det afgørende, at klienterne har tillid til denne form og frivilligt indgår i gruppebehandling.

Gruppebehandling kan generelt have en god kurativ effekt bl.a. fordi følelsen af isolation og fremmedgjorthed mindskes af at være sammen med andre, der også har det svært. Gennem samspillet i gruppen gives der flere alternative perspektiver på situationer og oplevelser, ligesom det giver en følelse af, at andre er i samme båd. Samtidig får gruppebehandlingens deltagere mulighed for at øve sig i at relatere sig på nye måder til andre mennesker, herunder give og modtage støtte fra andre.

I planperioden vil der blive arbejdet med at udbrede kendskabet til overenskomstens muligheder for gruppebehandling. Det kan være med til at sikre en bedre kapacitetsudnyttelse, idet flere patienter med fx angst og depression kan modtage behandling, såvel som en måde at understøtte lighed i sundhed, idet patienternes egenbetaling for et forløb bliver mindre.

Anbefalinger:

- At kendskabet til overenskomstens mulighed for gruppebehandling i psykologpraksis udbredes og understøttes

[12] http://ebmh.bmj.com/content/4/3/82.full.pdf

5.7. Praksiskonsulentens rolle i kvalitetsudviklingen

Psykolog praksiskonsulenten er praktiserende psykolog i regionen. Praksiskonsulenten skal bidrage til den faglige kvalitetsudvikling indenfor psykologområdet samt styrke det tværsektorielle og det tværfaglige samarbejde i sundhedssektoren i Region Hovedstaden.

Praksiskonsulenten rådgiver regionen i spørgsmål inden for psykologens virksomhedsområde herunder i relation til kvalitetsudvikling. Praksiskonsulenten styrker desuden kommunikationen mellem administrationen og psykologerne og samarbejdet mellem psykologerne og det øvrige sundhedsvæsen.

Det vil i forhold til kvalitetsudvikling være en opgave for praksiskonsulenten at medvirke til implementering af DDKM. På samme måde er det praksiskonsulentens opgave at medvirke til implementering af eventuelle monofaglige vejledninger. Opgaverne varetages bl.a. gennem informationsmøder, workshops og ved at give skriftlig information til praktiserende psykologer i nyhedsbreve og på sundhed.dk.

Praksiskonsulenten indgår desuden i de projekter, der igangsættes under praksisplanen.

Anbefaling:

- At praksiskonsulenten fortsat bidrager til kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

6. Bilagsfortegnelse

Bilag 1. Ordforklaring

Bilag 2. Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp, juni 2012.

Bilag 3. Grundbeskrivelse

Bilag 4. Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis, udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2016.

Bilag 1. Ordforklaring

I praksisplanen og grundbeskrivelsen anvendes forskellige fagtermer og udtryk, som uddybes nærmere nedenfor:

Yderregister:	Det register, hvor den enkelte yder (her psykolog) registreres med centrale data..
Ydernummer:	Et identifikationsnummer, som tildeles hver enkelt praksis, der praktiserer efter overenskomsten. Ydernummeret anvendes primært i forbindelse med afregning.
Kapacitet:	1 psykolog med ydernummer i Region Hovedstaden udgør 1 kapacitet. Kapaciteten af psykologer i Region Hovedstaden er således summen af psykologer med ydernummer i regionen. Når en psykolog ophører, går kapaciteten og ydernummeret tilbage til regionen, som kan beslutte genopslag og geografisk placering.
Enkeltmandspraksis:	Psykologvirksomhed udøvet af enkeltperson uden fællesskab med andre psykologer om økonomi.
Kompagniskabspraksis:	Praksis, der drives af to eller flere psykologer med fællesskab om økonomi, lokaler og personale.
Anpartsselskab:	Psykologpraksis kan være organiseret som anpartsselskab, hvorved forstås at en eller flere psykologer ansættes i et anpartsselskab, der har til formål at udøve psykologvirksomhed.
Samarbejdspraksis:	Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis.
Produktion:	Produktion anvendes som et udtryk for det samlede antal ydelser og udgifter til den behandling, som psykologer med ydernummer i Region Hovedstaden har leveret til patienter, uafhængigt af om borgeren har bopæl i Region Hovedstaden eller i anden region.
Forbrug:	Begrebet forbrug dækker over, hvad Region Hovedstadens borgere har modtaget af ydelser hos psykolog, uanset i hvilken region/kommune ydelserne er udført. Forbruget opgøres både som antal ydelser modtaget af borgere i Region Hovedstaden og som regionens udgift til behandling.
Bruttohonorar:	'Bruttohonoraret' viser regionens samlede udgift til honorering af psykologerne. I overenskomsten fastsættes den pris, som en psykologydelse/konsultation skal koste - i form af specifikke honorarer for de enkelte ydelsestyper. Regionens tilskud udgør 60 pct. af disse honorarer.

Patientens egenbetaling:	Egenbetaling til psykologhjælp udgør 40 pct., idet patientens bopælsregion yder et tilskud på 60 pct. af de i overenskomsten fastsatte honorarer pr. ydelse. Både gruppe 1- og gruppe 2-sikrede personer betaler deres egen andel (egenbetalingen) af honoraret direkte til psykologen.
Planområder:	Regionen er inddelt i fire planområder, som hver er opdelt på er række planlægningsområder. Planområderne svarer til inddelingen i hospitalsplanområder i regionen. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune. (Se figur 1 og tabel 1).
Pendlerstatistik:	Pendlerstatistikken viser, i hvilken udstrækning en kommunes patienter anvender psykologer beliggende i patientens hjemkommune. Antal patienter i pendlerstatistikken er angivet som antal forskellige patienteropgjort efter cpr.nr., også benævnt 'unikke patienter'.
Unikke patienter:	Har én patient modtaget flere ydelser i en klinik i én kommune, tælles patienten som én unik patient i denne kommune. Har patienten modtaget ydelser i tre forskellige kommuner, tælles patienten som én unik patient i hver af de tre kommuner.
MedCom standarder:	MedCom standarderne er en elektronisk kommunikationsform med faste informationstyper. Overenskomsten fastlægger, at praktiserende psykologer skal benytte denne kommunikationsform i dialogen med det øvrige sundhedsvæsen.
Praksiskonsulenter:	Praksiskonsulenter er praktiserende psykologer, som har konsulentansættelse nogle timer ugentlig i regionen. Praksiskonsulenternes opgave er blandt andet at understøtte praksisplanens indsatser omkring det sammenhængende sundhedsvæsen og kvalitetsudvikling i praksis samt bistå med implementering af overenskomstens aftaler.
Sikrede:	Borgere kan vælge mellem to sikringsgrupper.
Sikringsgruppe 1:	For at opnå tilskud til behandling skal borgere i sikringsgruppe 1 have henvisning fra egen læge til behandling hos psykolog. Regionens tilskud til psykologhjælp bliver automatisk trukket fra borgerens regning.
Sikringsgruppe 2:	Borgere i sikringsgruppe 2 skal også have lægehenvisning til psykolog for at få tilskud. Der gives samme tilskud som til en gruppe 1-sikret patient

Bilag 2. Vejledning til fordeling af kapacitet for psykologhjælp

Godkendt af samarbejdsudvalget ved e-mailvotering den 27. juni 2012.

Vejledningens anvendelse og baggrund
Denne vejledning skal anvendes, når kapaciteter skal fordeles geografisk, og når psykologer søger om flytning af praksis. Vejledningen giver retningslinjer for både administrativ sagsbehandling og behandlinger i samarbejdsudvalget.

Vejledningen omfatter kriterier for:

- 1. Geografisk fordeling af kapaciteter: I situationer, hvor regionen udbyder kapaciteter (herunder ledigblevne kapaciteter)

- 2. Ved ansøgning om flytning:
    - når psykologer ansøger om at flytte praksis inden for samme planområde
    - når psykologer ansøger om at flytte mellem planområder, dvs. kommune/bydel eller andet hovedområde dvs. Nord, Midt, Syd og Byen.

Geografisk fordeling af nye eller ledige kapaciteter

Disse retningslinjer beskriver situationer, hvor regionen udbyder nye kapaciteter, som følge af udvidelse af kapaciteten, og når kapaciteter er blevet ledige.

Disse sager afgøres altid af samarbejdsudvalget ud fra følgende kriterier:

1. Praksisplanens anbefaling: 'at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer om geografisk fordeling af nye ydernumre, som tilstræber en ligelig fordeling af praksis i regionen samt handicapvenlige adgangsforhold.'

   Det vil sige, at der tages udgangspunkt i en opgørelse af antal borgere pr. kapacitet i regionens fire hovedområder Nord, Syd, Midt og Byen, og i de enkelte planområder dvs. kommuner/bydele.

2. En helhedsvurdering, ud fra ovenstående samt følgende parametre, med henblik på at imødekomme borgernes behov for psykologhjælp bedst muligt:

   - Ventetid: Der ses på ventetidsregistreringen på sundhed.dk.
   - Aktivitet og omsætning: Tyder aktivitets/omsætningsoversigten på, at der er patientunderlag til en anden fordeling end den geografisk forudsatte
   - Borgernes forbrugsmønster fordelt på geografiske områder: Den geografiske fordeling af praksis suppleres med en iagttagelse af, i hvilket omfang borgere benytter psykolog i egen kommune/bydel i forhold til øvrige geografiske områder.

Helhedsvurderingen kan, afhængigt af udviklingen i et område i forhold til andre, i nogle situationer medføre, at der accepteres en lidt større andel af ydernumre i et hovedområde frem for andre.

3. Handicapvenlige forhold. Overenskomstens tekst herom, § 11 stk. 2 anmærkning:
   ”Klinikken skal indeholde et konsultationslokale, der udelukkende anvendes til praksis. Der bør være fri og ubesværet adgang til konsultationslokalet, og der bør i umiddelbar tilknytning hertil være adgang til toilet og håndvask. Ved etablering af kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved flytning af klinik samt i forbindelse med nyindretning af eksisterende kliniklokaler bør der, under hensyntagen til de økonomiske forhold i forbindelse hermed, i videst muligt omfang etableres hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede såvel med hensyn til adgangsforhold til kliniklokalerne som med hensyn til indretningen af disse. Oplysninger om adgangsforholdene bør foreligge i en form, der gør det muligt for den bevægelseshæmmede at relatere dem til sine bevægelsesproblemer.”

4. I særlige tilfælde kan desuden indgå vurderinger af infrastruktur mellem to eller flere planområder og særlige strukturer i det kommunale sundhedsvæsen, som kan begrunde, at de ses i sammenhæng, når kapaciteten vurderes.

Kriterier for tilladelse til flytning af praksis

a) Kriterier for tilladelse til flytning **inden for et planområde**, dvs. inden for samme kommune/bydel.

Disse retningslinjer benyttes når psykologer ansøger om at flytte praksis inden for samme planområde

Følgende kriterier skal være opfyldt for, at der administrativt kan gives tilladelse til flytning inden for et planområde:

1. De lokaler, som praksis flytter til, opfylder overenskomstens krav til lokaler. (Overenskomstens § 11, stk. 2, anmærkning)

   "Klinikken skal indeholde et konsultationslokale, der udelukkende anvendes til praksis. Der bør være fri og ubesværet adgang til konsultationslokalet, og der bør i umiddelbar tilknytning hertil være adgang til toilet og håndvask. Ved etablering af kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved flytning af klinik samt i forbindelse med nyindretning af eksisterende kliniklokaler bør der, under hensyntagen til de økonomiske forhold i forbindelse hermed, i videst muligt omfang etableres hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede såvel med hensyn til adgangsforhold til kliniklokalerne som med hensyn til indretningen af disse. Oplysninger om adgangsforholdene bør foreligge i en form, der gør det muligt for den bevægelseshæmmede at relatere dem til sine bevægelsesproblemer."

2. Hvis psykologen er opsagt i sit lejemål, som nødvendiggør en flytning af klinikken, kan der administrativt gives en midlertidig tilladelse. Hvis ikke sagen kan afgøres endeligt på administrativt niveau, behandles sagen på førstkommende samarbejdsudvalgsmøde.

3. Hvis en flytning ikke kan godkendes administrativt, behandles sagen i samarbejdsudvalget.

4. Hvis en psykolog ønsker at flytte mellem planområderne eller mellem hovedområderne, kan psykologen søge opslåede kapaciteter på lige fod med andre psykologer. I øvrigt kan der altid søges ledige kapaciteter på lige fod med andre psykologer.

5. De konkrete afgørelser om flytning kan af den ansøgende psykolog indbringes for Landssamarbejdsudvalget.

b) Kriterier for tilladelse til flytning **mellem planområder**, dvs. mellem kommuner/bydele, samt mellem hovedområder, dvs. mellem Nord, Midt, Syd og Byen.

Disse retningslinjer benyttes, når psykologer ansøger om at flytte til et andet planområde, dvs. kommune/bydel eller andet hovedområde dvs. Nord, Midt, Syd og Byen.

Disse flyttesager afgøres altid i samarbejdsudvalget.

1. Der tages udgangspunkt i en vurdering af praksis fordeling mellem områderne: Det iagttages, hvordan flytningen forrykker balancen vedr. antal borgere pr. psykolog i de involverede områder, idet der tilstræbes en ligelig fordeling af praksis mellem områderne.

2. Der foretages ved flytninger mellem planområder og hovedområder herefter en helhedsvurdering af de fire parametre (ligelig geografisk fordeling, ventetid, aktivitet og omsætning samt borgernes forbrugsmønster), som er beskrevet under proceduren for geografisk fordeling af kapaciteter.

Herudover inddrages:

3. En vurdering af, om de lokaler, som praksis flytter til, opfylder overenskomstens krav til lokaler. Jævnfør overenskomstens § 11, stk. 2, anmærkning:

   ”Klinikken skal indeholde et konsultationslokale, der udelukkende anvendes til praksis. Der bør være fri og ubesværet adgang til konsultationslokalet, og der bør i umiddelbar tilknytning hertil være adgang til toilet og håndvask. Ved etablering af kliniklokaler i forbindelse med tiltrædelse af overenskomsten, ved flytning af klinik samt i forbindelse med nyindretning af eksisterende kliniklokaler bør der, under hensyntagen til de økonomiske forhold i forbindelse hermed, i videst muligt omfang etableres hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede såvel med hensyn til adgangsforhold til kliniklokalerne som med hensyn til indretningen af disse. Oplysninger om adgangsforholdene bør foreligge i en form, der gør det muligt for den bevægelseshæmmede at relatere dem til sine bevægelsesproblemer.”

4. En vurdering af, om flytningen giver anledning til at øge antallet af praksisfællesskaber (klinikfællesskaber). Praksisplan for psykologhjælp 2009-2012 anbefaler, at etablering af praksisfællesskaber understøttes.

Evaluering

Vejledningens retningslinjer evalueres efter et års virke. Evalueringen forelægges samarbejdsudvalget.

Bilag 3 Grundbeskrivelse

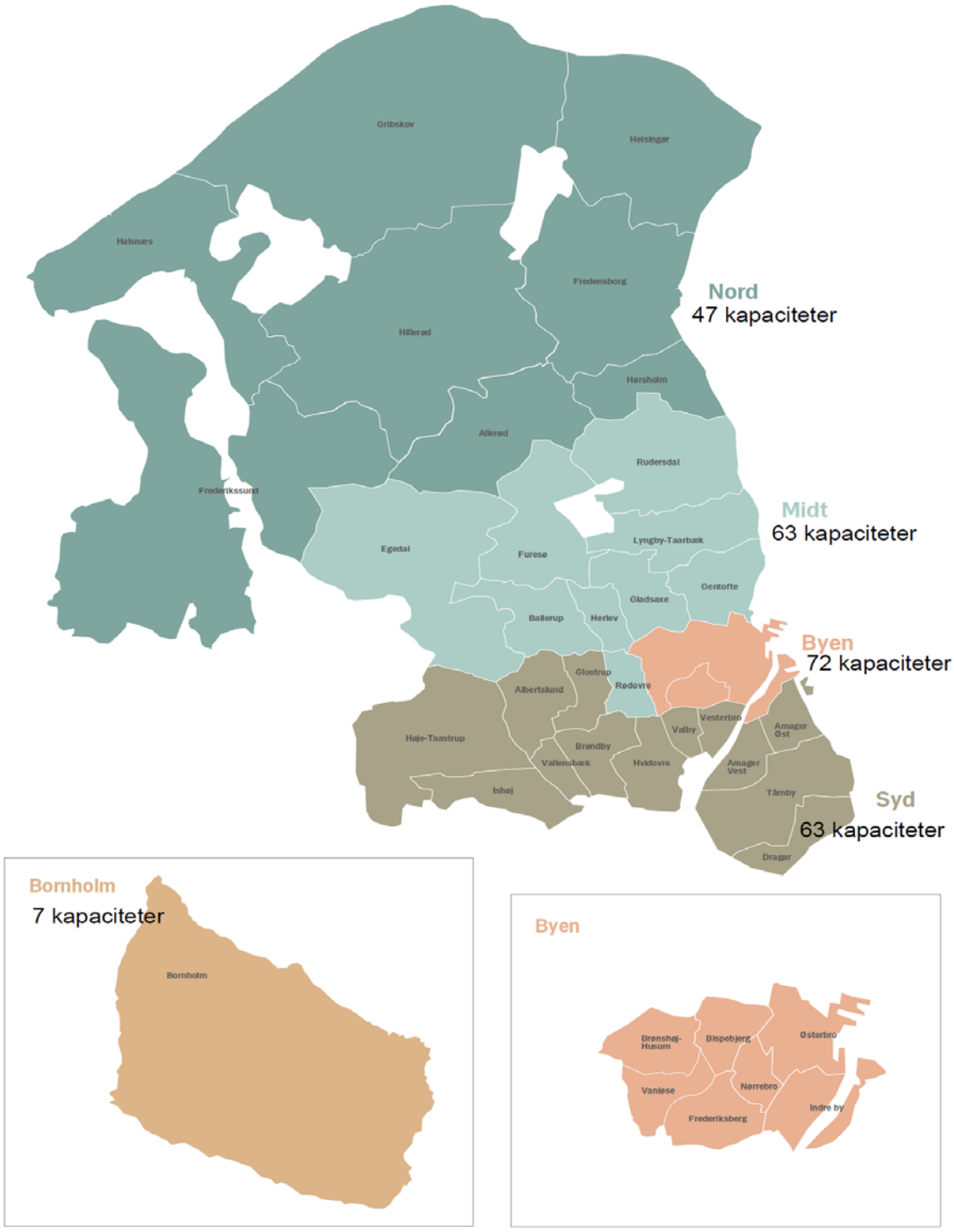
Grundbeskrivelse
Psykologpraksis i Region Hovedstaden

Praksisplan 2018-21

Version 27.januar 2017

Region Hovedstadens geografiske inddeling

Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden

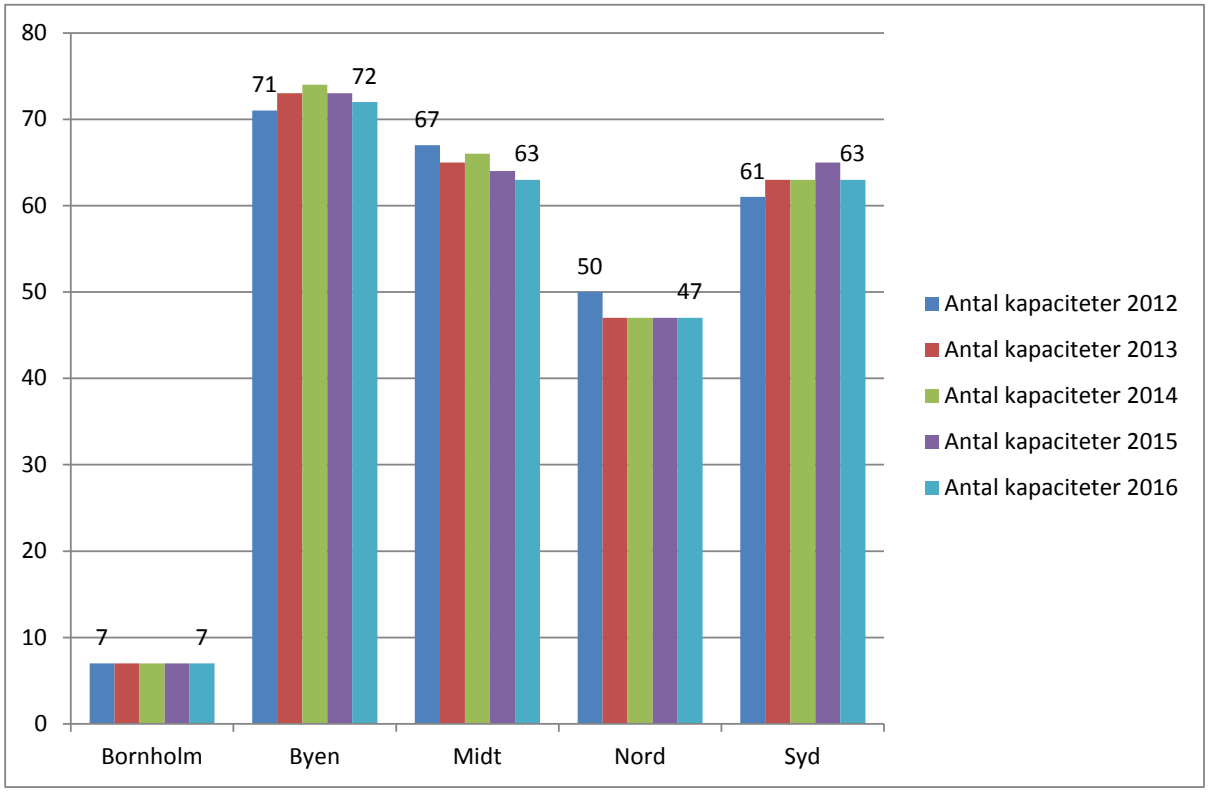


Tabel 1. Planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Planlægningsområde	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bispebjerg	Albertslund Kommune
	Fredensborg Kommune	Egedal Kommune	Bornholms Regionskommune	Amager
	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Brønshøj-Husum	Brøndby Kommune
	Gribskov Kommune	Gentofte Kommune	Frederiksberg Kommune	Dragør Kommune
	Halsnæs Kommune	Gladsaxe Kommune	Indre by	Glostrup Kommune
	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Nørrebro	Hvidovre Kommune
	Hillerød Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Vanløse	Høje-Taastrup Kommune
	Hørsholm Kommune	Rudersdal Kommune	Østerbro	Ishøj Kommune
		Rødovre Kommune		Tårnby Kommune
				Valby
				Vallensbæk Kommune
				Vesterbro

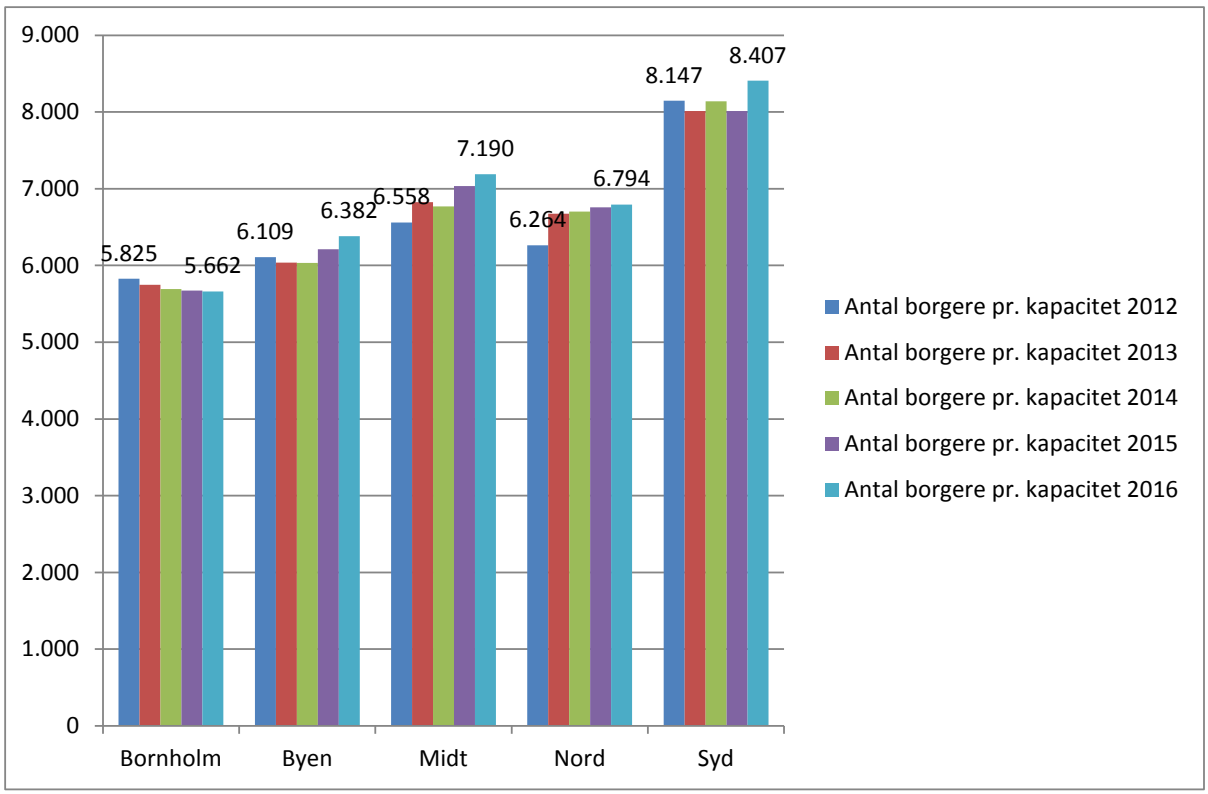
Kapaciteter og befolkningsunderlag 2012-16

Figur 2. Antal psykologkapaciteter fordelt på planområder 2012-16



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2012-16 (trukket den 9/6 2017)

Figur 3. Antal borgere pr. psykologkapacitet fordelt på planområder 2012-16



Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2012-16 (trukket den 14/6 2017)
Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2012-16 (trukket den 9/6 2017)

Tabel 2. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2012-16

Planområde/ planlægningsområde	Antal borgere pr. kapacitet 2012	Antal borgere pr. kapacitet 2013	Antal borgere pr. kapacitet 2014	Antal borgere pr. kapacitet 2015	Antal borgere pr. kapacitet 2016
Bornholm	**5.825**	**5.748**	**5.694**	**5.674**	**5.662**
Bornholms Regionskommune	5.825	5.748	5.694	5.674	5.662
Byen	**6.102**	**6.031**	**6.028**	**6.204**	**6.375**
Bispebjerg	10.303	8.767	8.961	9.108	9.220
Brønshøj-Husum	21.158	21.558	21.980	22.160	14.896
Frederiksberg Kommune	6.721	6.799	6.865	6.936	6.987
Indre by	1.625	1.707	1.680	1.786	1.976
Nørrebro	9.565	8.635	8.757	8.854	10.020
Vanløse	9.620	9.785	9.880	10.061	10.166
Østerbro	12.206	10.639	10.712	10.910	9.754
Midt	**6.558**	**6.825**	**6.771**	**7.034**	**7.190**
Ballerup Kommune	8.026	8.066	8.043	8.025	8.026
Egedal Kommune	10.484	10.546	10.623	10.663	8.577
Furesø Kommune	6.359	5.489	5.562	5.708	8.086
Gentofte Kommune	4.872	4.936	4.967	5.357	5.801
Gladsaxe Kommune	8.215	8.302	8.390	8.458	7.604
Herlev Kommune	6.733	6.915	7.029	7.091	7.094
Lyngby-Taarbæk Kommune	5.954	7.733	6.821	7.848	6.881
Rudersdal Kommune	6.067	6.860	6.904	6.945	7.979
Rødovre Kommune	6.205	6.251	6.279	6.312	6.401
Nord	**6.264**	**6.675**	**6.702**	**6.757**	**6.794**
Allerød Kommune	4.802	4.821	4.862	6.162	6.203
Fredensborg Kommune	13.124	13.161	13.220	10.002	10.082
Frederikssund Kommune	8.862	11.087	8.865	8.924	7.477
Gribskov Kommune	6.769	6.783	6.793	6.838	6.854
Halsnæs Kommune	10.248	10.192	10.232	10.326	10.363
Helsingør Kommune	5.124	5.585	5.596	5.633	5.659
Hillerød Kommune	4.019	4.411	4.895	4.948	4.996
Hørsholm Kommune	6.112	6.140	6.184	6.216	8.295
Syd	**8.147**	**8.013**	**8.140**	**8.014**	**8.407**
Albertslund Kommune	6.916	6.880	6.920	6.954	6.951
Amager	9.478	8.974	8.565	8.777	9.003
Brøndby Kommune	6.825	6.892	6.980	7.025	7.087
Dragør Kommune	13.875	13.943	13.987	14.104	14.241
Glostrup Kommune	10.921	7.356	11.147	7.478	7.483
Hvidovre Kommune	8.535	8.626	8.703	8.789	8.806
Høje-Taastrup Kommune	8.063	8.128	8.184	7.106	8.348
Ishøj Kommune	10.535	10.752	10.978	11.139	11.313
Tårnby Kommune	8.307	8.391	8.497	8.548	8.585
Valby	8.271	8.477	8.608	8.796	9.077
Vallensbæk Kommune	4.919	5.022	5.051	5.129	5.217
Vesterbro	6.570	6.695	6.836	6.987	8.138
Hovedtotal	**6.733**	**6.834**	**6.851**	**6.958**	**7.145**

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2012-16 (trukket den 14/6 2017)
Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2012-16 (trukket den 9/6 2017)

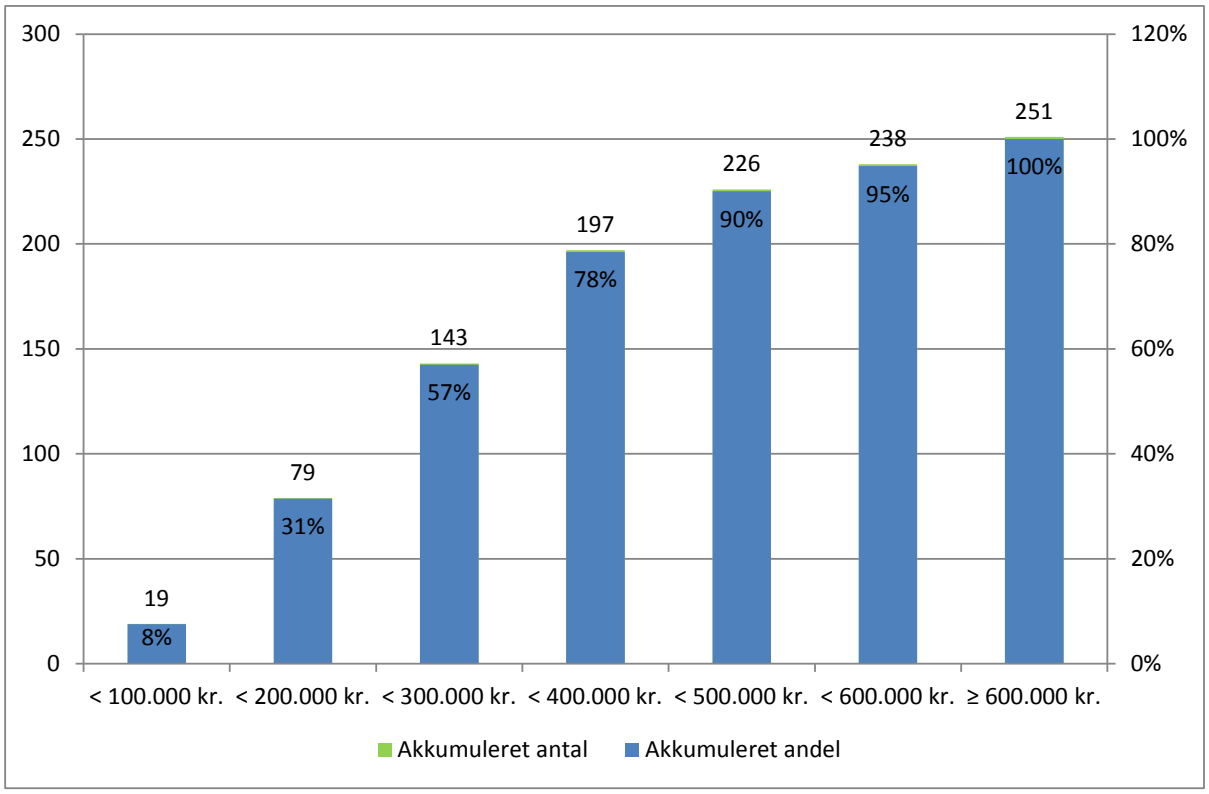
Tabel 3. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2016

Planområde/ planlægningsområde	Antal kapaciteter 2016	Antal borgere 2016	Antal borgere pr. kapacitet 2016
Bornholm	**7**	**39.631**	**5.662**
Bornholms Regionskommune	7	39.631	5.662
Byen	**72**	**458.994**	**6.375**
Bispebjerg	6	55.319	9.220
Brønshøj-Husum	3	44.688	14.896
Frederiksberg Kommune	15	104.805	6.987
Indre by	28	55.328	1.976
Nørrebro	8	80.159	10.020
Vanløse	4	40.665	10.166
Østerbro	8	78.030	9.754
Midt	**63**	**452.994**	**7.190**
Ballerup Kommune	6	48.158	8.026
Egedal Kommune	5	42.885	8.577
Furesø Kommune	5	40.431	8.086
Gentofte Kommune	13	75.408	5.801
Gladsaxe Kommune	9	68.435	7.604
Herlev Kommune	4	28.374	7.094
Lyngby-Taarbæk Kommune	8	55.047	6.881
Rudersdal Kommune	7	55.850	7.979
Rødovre Kommune	6	38.406	6.401
Nord	**47**	**319.309**	**6.794**
Allerød Kommune	4	24.812	6.203
Fredensborg Kommune	4	40.329	10.082
Frederikssund Kommune	6	44.860	7.477
Gribskov Kommune	6	41.122	6.854
Halsnæs Kommune	3	31.090	10.363
Helsingør Kommune	11	62.250	5.659
Hillerød Kommune	10	49.962	4.996
Hørsholm Kommune	3	24.884	8.295
Syd	**63**	**529.659**	**8.407**
Albertslund Kommune	4	27.803	6.951
Amager	14	126.043	9.003
Brøndby Kommune	5	35.433	7.087
Dragør Kommune	1	14.241	14.241
Glostrup Kommune	3	22.449	7.483
Hvidovre Kommune	6	52.834	8.806
Høje-Taastrup Kommune	6	50.089	8.348
Ishøj Kommune	2	22.626	11.313
Tårnby Kommune	5	42.925	8.585
Valby	6	54.463	9.077
Vallensbæk Kommune	3	15.652	5.217
Vesterbro	8	65.101	8.138
Hovedtotal	**252**	**1.800.587**	**7.145**

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)
Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 (trukket den 9/6 2017)

Omsætningsintervaller 2016

Figur 4. Akkumuleret omsætning i psykologpraksis fordelt på omsætningsintervaller 2016



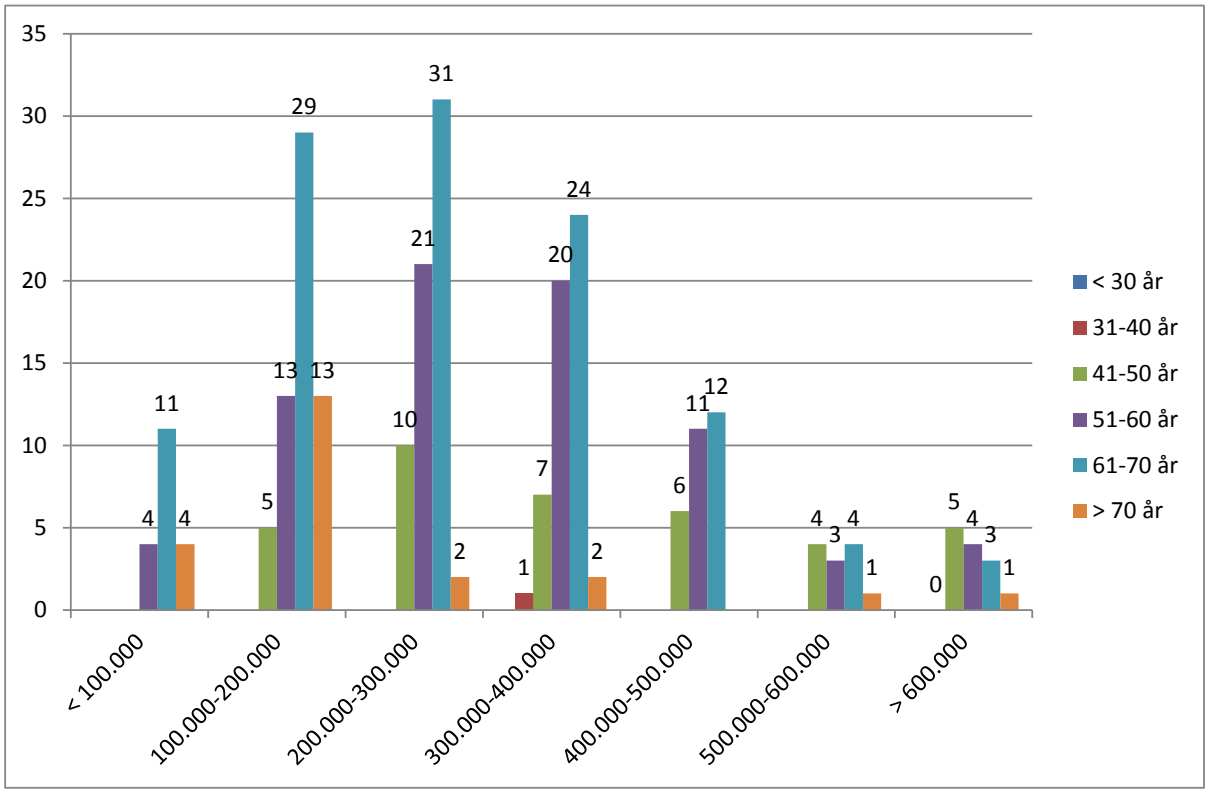
Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)
Note: Figuren viser, at 95 pct. af samtlige psykologpraksis, svarende til 238 praksis, har en omsætning under 600 t.kr. Kun 5 pct., svarende til 13 praksis, har en omsætning over 600 t.kr.

Tabel 4. Antal og andel kapaciteter fordelt på omsætningsintervaller 2016

	Antal kapaciteter 2016								
Omsætningsinterval	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	Hovedtotal	Andel	Akkumuleret antal	Akkumuleret andel
< 100.000 kr.	1	6	8	2	2	19	8%	**19**	**8%**
100.000-200.000 kr.	3	12	14	14	17	60	24%	**79**	**31%**
200.000-300.000 kr.	1	18	14	17	14	64	25%	**143**	**57%**
300.000-400.000 kr.	1	19	10	6	18	54	22%	**197**	**78%**
400.000-500.000 kr.		7	12	4	6	29	12%	**226**	**90%**
500.000-600.000 kr.		7	1	1	3	12	5%	**238**	**95%**
> 600.000 kr.		3	4	3	3	13	5%	**251**	**100%**
Hovedtotal	**6**	**72**	**63**	**47**	**63**	**251**	**100%**		

Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)
Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 (trukket den 9/6 2017)

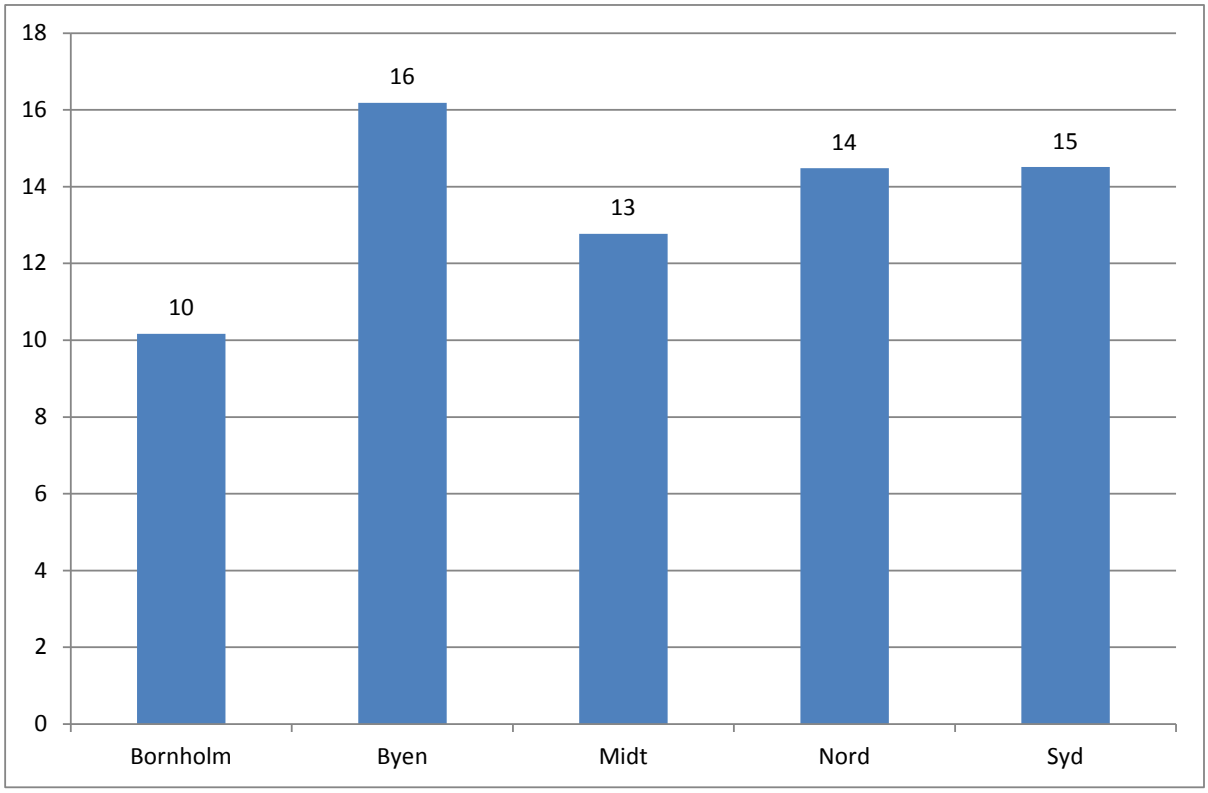
Figur 5. Omsætningsinterval fordelt på psykologernes alder 2016



Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)
Kilde: NOTUS Regional: Antal psykologer pr. 1/9 2016 fordelt på alder (trukket den 9/6 2017)

Forbrug i forhold til befolkningsunderlaget

Figur 6. Antal patienter pr. 1000 borgere fordelt på planområde 2016



Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 og antal patienter 2016 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 5. Udviklingen i antal patienter fordelt på planlægningsområde 2013-16

Planområder/ Planlægningsområder	Antal patienter 2013	Antal patienter 2014	Antal patienter 2015	Antal patienter 2016
Bornholm	**439**	**480**	**482**	**403**
Bornholms Regionskommune	439	480	482	403
Byen	**7.821**	**7.662**	**7.589**	**7.428**
Bispebjerg	907	915	891	926
Brønshøj-Husum	461	474	454	501
Frederiksberg Kommune	1.764	1.745	1.689	1.600
Indre by	937	862	878	801
Nørrebro	1.709	1.665	1.678	1.700
Vanløse	667	655	632	633
Østerbro	1.376	1.346	1.367	1.267
Midt	**5.795**	**5.963**	**5.817**	**5.785**
Ballerup Kommune	604	598	592	618
Egedal Kommune	561	657	634	591
Furesø Kommune	527	511	497	482
Gentofte Kommune	878	874	869	885
Gladsaxe Kommune	1.006	1.045	1.004	1.040
Herlev Kommune	354	428	381	389
Lyngby-Taarbæk Kommune	708	710	755	728
Rudersdal Kommune	678	604	603	581
Rødovre Kommune	479	536	482	471
Nord	**4.522**	**4.522**	**4.711**	**4.625**
Allerød Kommune	303	318	337	328
Fredensborg Kommune	484	509	524	524
Frederikssund Kommune	616	652	745	709
Gribskov Kommune	594	579	639	665
Halsnæs Kommune	442	443	391	336
Helsingør Kommune	1.090	1.042	1.082	1.047
Hillerød Kommune	726	707	715	701
Hørsholm Kommune	267	272	278	315
Syd	**7.621**	**7.923**	**7.826**	**7.685**
Albertslund Kommune	361	359	377	346
Amager	2.053	2.175	2.155	2.128
Brøndby Kommune	387	418	409	424
Dragør Kommune	151	153	149	145
Glostrup Kommune	305	329	342	340
Hvidovre Kommune	665	724	696	654
Høje-Taastrup Kommune	636	649	591	600
Ishøj Kommune	244	231	248	274
Tårnby Kommune	562	571	590	538
Valby	822	889	827	769
Vallensbæk Kommune	171	180	195	194
Vesterbro	1.264	1.245	1.247	1.273
Hovedtotal	**25.468**	**25.895**	**25.804**	**25.333**

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 6. Udviklingen i antal patienter pr. 1.000 borgere fordelt på planlægningsområde 2013-16

Planområder/ Planlægningsområder	Antal patienter pr. 1000 borgere 2013	Antal patienter pr. 1000 borgere 2014	Antal patienter pr. 1000 borgere 2015	Antal patienter pr. 1000 borgere 2016
Bornholm	**11**	**12**	**12**	**10**
Bornholms Regionskommune	11	12	12	10
Byen	**18**	**17**	**17**	**16**
Bispebjerg	17	17	16	17
Brønshøj-Husum	11	11	10	11
Frederiksberg Kommune	17	17	16	15
Indre by	18	17	16	14
Nørrebro	22	21	21	21
Vanløse	17	17	16	16
Østerbro	18	18	18	16
Midt	**13**	**13**	**13**	**13**
Ballerup Kommune	12	12	12	13
Egedal Kommune	13	15	15	14
Furesø Kommune	14	13	12	12
Gentofte Kommune	12	12	12	12
Gladsaxe Kommune	15	16	15	15
Herlev Kommune	13	15	13	14
Lyngby-Taarbæk Kommune	13	13	14	13
Rudersdal Kommune	12	11	11	10
Rødovre Kommune	13	14	13	12
Nord	**14**	**14**	**15**	**14**
Allerød Kommune	13	13	14	13
Fredensborg Kommune	12	13	13	13
Frederikssund Kommune	14	15	17	16
Gribskov Kommune	15	14	16	16
Halsnæs Kommune	14	14	13	11
Helsingør Kommune	18	17	17	17
Hillerød Kommune	15	14	14	14
Hørsholm Kommune	11	11	11	13
Syd	**15**	**15**	**15**	**15**
Albertslund Kommune	13	13	14	12
Amager	18	18	18	17
Brøndby Kommune	11	12	12	12
Dragør Kommune	11	11	11	10
Glostrup Kommune	14	15	15	15
Hvidovre Kommune	13	14	13	12
Høje-Taastrup Kommune	13	13	12	12
Ishøj Kommune	11	11	11	12
Tårnby Kommune	13	13	14	13
Valby	16	17	16	14
Vallensbæk Kommune	11	12	13	12
Vesterbro	21	20	20	20
Hovedtotal	**15**	**15**	**15**	**14**

Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)
Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 7. Borgernes forbrug af psykologydelser 2016

Planområder/ Planlægningsområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Bornholm	**10**	**63**	**kr. 31.350**	**1,0%**
Bornholms Regionskommune	10	63	kr. 31.350	1,0%
Byen	**16**	**95**	**kr. 47.718**	**1,6%**
Bispebjerg	17	97	kr. 48.794	1,7%
Brønshøj-Husum	11	65	kr. 32.483	1,1%
Frederiksberg Kommune	15	91	kr. 45.544	1,5%
Indre by	14	85	kr. 42.540	1,4%
Nørrebro	21	126	kr. 62.978	2,1%
Vanløse	16	88	kr. 44.120	1,6%
Østerbro	16	97	kr. 48.473	1,6%
Midt	**13**	**73**	**kr. 36.488**	**1,3%**
Ballerup Kommune	13	71	kr. 35.759	1,3%
Egedal Kommune	14	78	kr. 39.453	1,4%
Furesø Kommune	12	65	kr. 32.707	1,2%
Gentofte Kommune	12	67	kr. 33.654	1,2%
Gladsaxe Kommune	15	96	kr. 47.673	1,5%
Herlev Kommune	14	66	kr. 33.136	1,4%
Lyngby-Taarbæk Kommune	13	75	kr. 37.721	1,3%
Rudersdal Kommune	10	61	kr. 30.656	1,0%
Rødovre Kommune	12	66	kr. 32.896	1,2%
Nord	**14**	**80**	**kr. 39.872**	**1,4%**
Allerød Kommune	13	73	kr. 36.519	1,3%
Fredensborg Kommune	13	72	kr. 35.976	1,3%
Frederikssund Kommune	16	91	kr. 45.041	1,6%
Gribskov Kommune	16	90	kr. 45.166	1,6%
Halsnæs Kommune	11	59	kr. 29.428	1,1%
Helsingør Kommune	17	93	kr. 46.899	1,7%
Hillerød Kommune	14	74	kr. 37.025	1,4%
Hørsholm Kommune	13	65	kr. 32.652	1,3%
Syd	**15**	**82**	**kr. 40.995**	**1,5%**
Albertslund Kommune	12	67	kr. 33.823	1,2%
Amager	17	96	kr. 48.078	1,7%
Brøndby Kommune	12	65	kr. 32.557	1,2%
Dragør Kommune	10	61	kr. 30.951	1,0%
Glostrup Kommune	15	81	kr. 40.662	1,5%
Hvidovre Kommune	12	69	kr. 34.647	1,2%
Høje-Taastrup Kommune	12	61	kr. 30.929	1,2%
Ishøj Kommune	12	62	kr. 31.312	1,2%
Tårnby Kommune	13	75	kr. 37.819	1,3%
Valby	14	81	kr. 40.578	1,4%
Vallensbæk Kommune	12	65	kr. 32.495	1,2%
Vesterbro	20	116	kr. 57.996	2,0%
Hovedtotal	**14**	**82**	**kr. 41.164**	**1,4%**

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)
Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

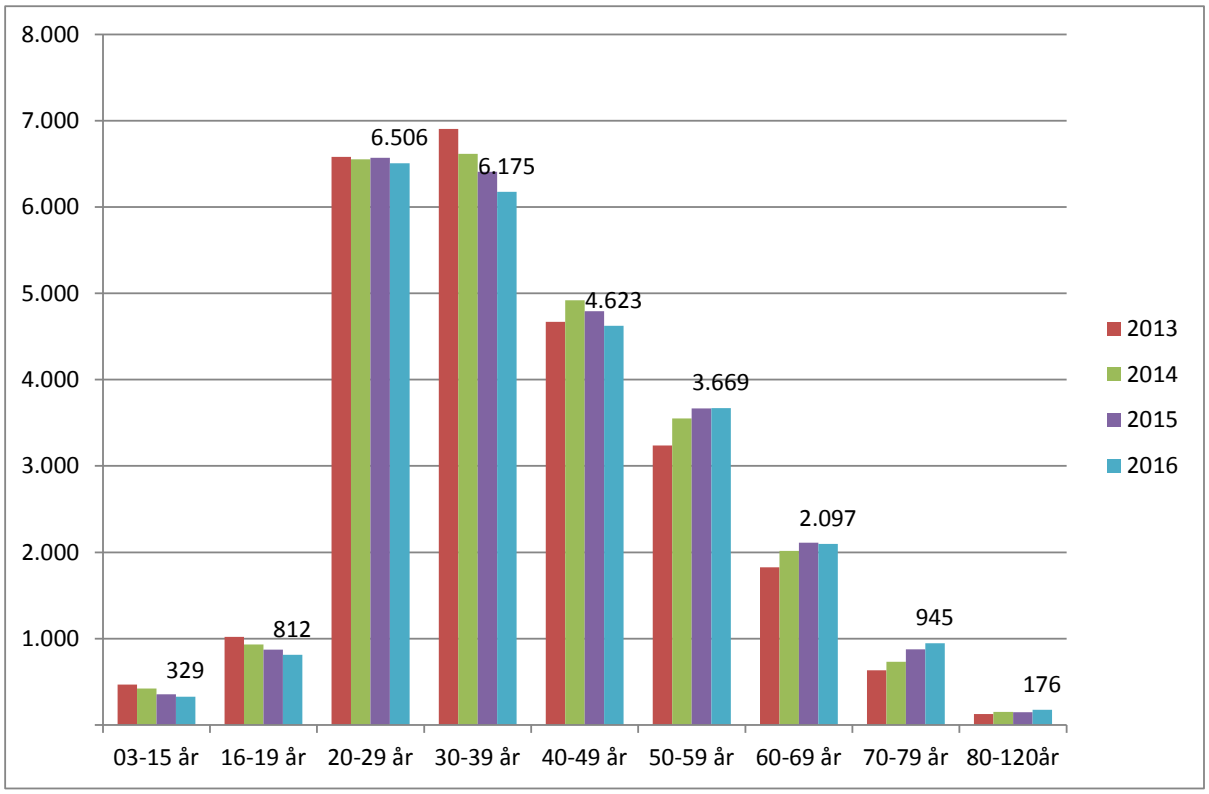
Tabel 8. Forbrug af psykologydelser i 2016 fordelt på regioner

Planområder	Antal patienter pr. 1.000 borgere 2016	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2016	Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2016	Andel patienter ift. antal borgere 2016
Region Hovedstaden	14	82	kr. 41.164	1,4%
Region Midtjylland	14	81	kr. 42.202	1,4%
Region Nordjylland	16	93	kr. 46.556	1,6%
Region Sjælland	15	79	kr. 39.752	1,5%
Region Syddanmark	15	83	kr. 42.615	1,5%
Hovedtotal	**15**	**83**	**kr. 42.113**	**1,5%**

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2016 (trukket den 14/6 2017)
Forbrug (Antal ydelser, bruttohonorar, antal patienter) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Patienternes aldersfordeling 2016

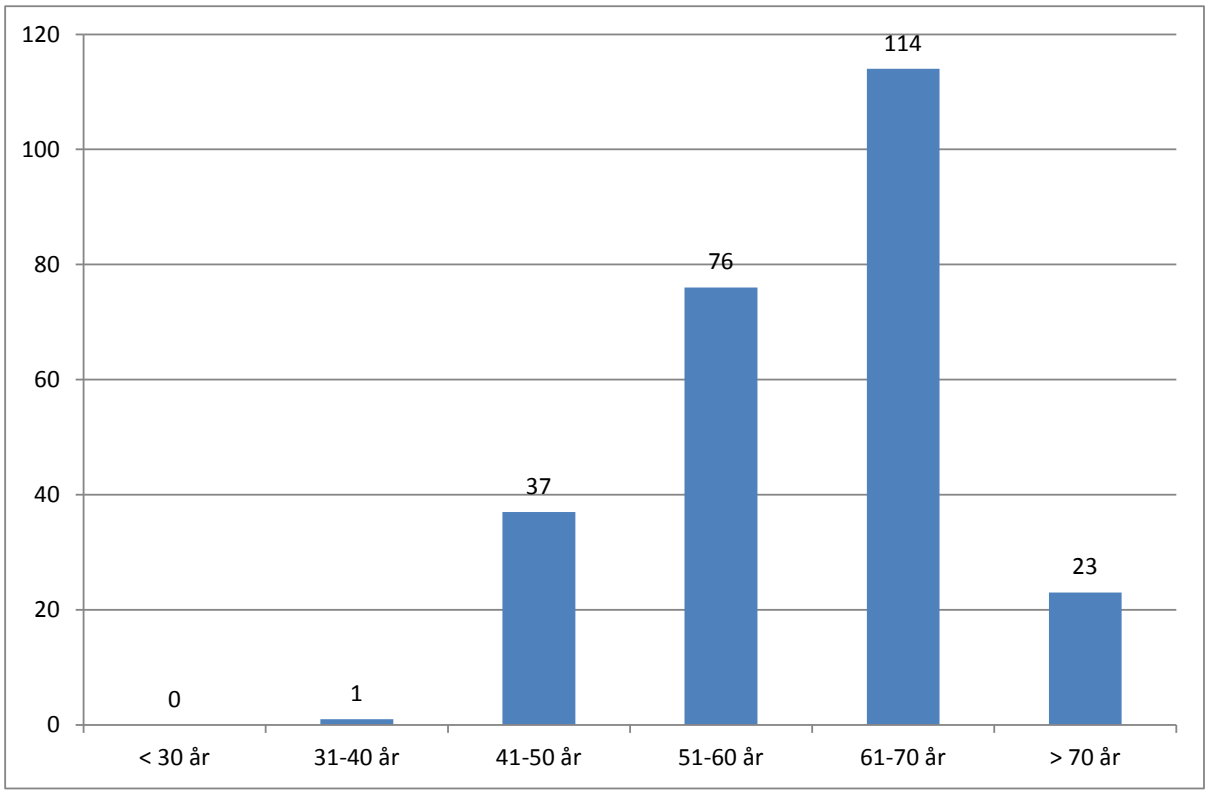
Figur 7. Antal patienter fordelt på aldersgrupper 2016



Kilde: Targit: Forbrug (Antal patienter) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

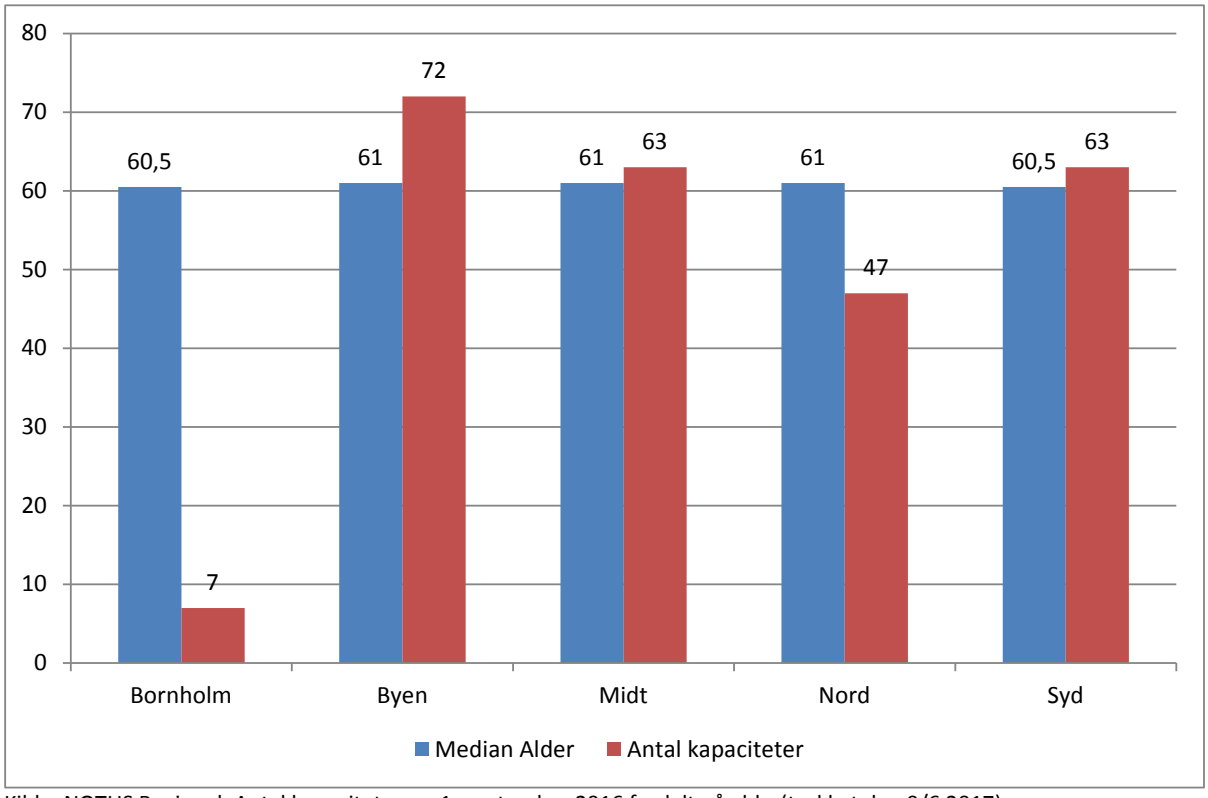
Psykologernes aldersfordeling 2016

Figur 8. Antal psykologkapaciteter fordelt på aldersgrupper 2016



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1/9 2016 fordelt på alder(trukket den 9/6 2017)

Figur 9. Antal psykologkapaciteter samt medianen for deres alder fordelt på planområder 2016



Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter pr. 1. september 2016 fordelt på alder(trukket den 9/6 2017)

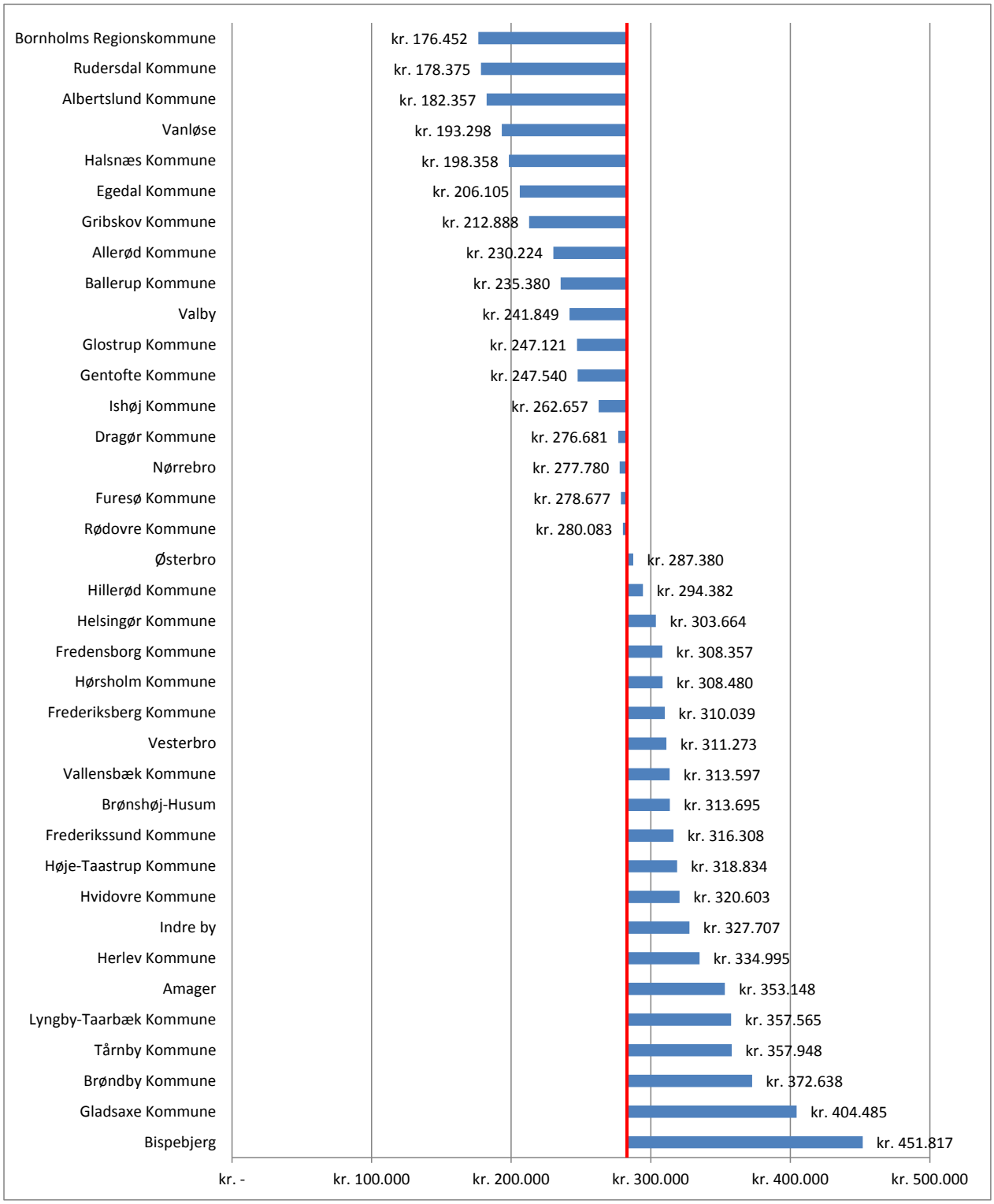
Produktion og forbrug 2013-16

Tabel 9. Produktion pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2013-16

Planområde/ planlægningsområde	Produktion pr. kapacitet 2013	Produktion pr. kapacitet 2014	Produktion pr. kapacitet 2015	Produktion pr. kapacitet 2016
Bornholm	**kr. 186.969**	**kr. 218.807**	**kr. 215.688**	**kr. 176.452**
Bornholms Regionskommune	kr. 186.969	kr. 218.807	kr. 215.688	kr. 176.452
Byen	**kr. 321.761**	**kr. 325.250**	**kr. 322.472**	**kr. 316.289**
Bispebjerg	kr. 415.776	kr. 438.374	kr. 447.912	kr. 451.817
Brønshøj-Husum	kr. 378.122	kr. 398.352	kr. 361.472	kr. 313.695
Frederiksberg Kommune	kr. 329.023	kr. 318.933	kr. 302.342	kr. 310.039
Indre by	kr. 348.184	kr. 323.910	kr. 330.679	kr. 327.707
Nørrebro	kr. 219.835	kr. 258.363	kr. 262.553	kr. 277.780
Vanløse	kr. 146.872	kr. 222.295	kr. 207.376	kr. 193.298
Østerbro	kr. 327.254	kr. 371.704	kr. 354.576	kr. 287.380
Midt	**kr. 284.381**	**kr. 278.364**	**kr. 276.674**	**kr. 282.924**
Ballerup Kommune	kr. 203.467	kr. 259.132	kr. 241.419	kr. 235.380
Egedal Kommune	kr. 208.276	kr. 211.799	kr. 213.796	kr. 206.105
Furesø Kommune	kr. 238.525	kr. 215.077	kr. 211.956	kr. 278.677
Gentofte Kommune	kr. 226.876	kr. 226.493	kr. 227.534	kr. 247.540
Gladsaxe Kommune	kr. 363.736	kr. 387.170	kr. 413.990	kr. 404.485
Herlev Kommune	kr. 375.036	kr. 344.524	kr. 334.633	kr. 334.995
Lyngby-Taarbæk Kommune	kr. 416.721	kr. 302.626	kr. 385.493	kr. 357.565
Rudersdal Kommune	kr. 250.350	kr. 233.224	kr. 183.012	kr. 178.375
Rødovre Kommune	kr. 338.026	kr. 384.142	kr. 320.213	kr. 280.083
Nord	**kr. 246.158**	**kr. 240.943**	**kr. 259.546**	**kr. 279.450**
Allerød Kommune	kr. 155.493	kr. 153.417	kr. 202.132	kr. 230.224
Fredensborg Kommune	kr. 278.704	kr. 329.402	kr. 280.705	kr. 308.357
Frederikssund Kommune	kr. 314.811	kr. 262.151	kr. 324.463	kr. 316.308
Gribskov Kommune	kr. 209.225	kr. 185.673	kr. 177.744	kr. 212.888
Halsnæs Kommune	kr. 172.311	kr. 189.853	kr. 186.599	kr. 198.358
Helsingør Kommune	kr. 264.508	kr. 294.825	kr. 293.635	kr. 303.664
Hillerød Kommune	kr. 267.026	kr. 231.040	kr. 291.379	kr. 294.382
Hørsholm Kommune	kr. 269.360	kr. 255.302	kr. 218.743	kr. 308.480
Syd	**kr. 306.054**	**kr. 304.176**	**kr. 312.006**	**kr. 310.928**
Albertslund Kommune	kr. 166.298	kr. 168.960	kr. 191.322	kr. 182.357
Amager	kr. 326.968	kr. 347.783	kr. 371.203	kr. 353.148
Brøndby Kommune	kr. 433.922	kr. 383.719	kr. 374.580	kr. 372.638
Dragør Kommune	kr. 221.181	kr. 289.543	kr. 255.758	kr. 276.681
Glostrup Kommune	kr. 166.425	kr. 336.689	kr. 165.070	kr. 247.121
Hvidovre Kommune	kr. 268.901	kr. 309.284	kr. 336.838	kr. 320.603
Høje-Taastrup Kommune	kr. 336.722	kr. 339.046	kr. 301.661	kr. 318.834
Ishøj Kommune	kr. 235.509	kr. 258.760	kr. 249.325	kr. 262.657
Tårnby Kommune	kr. 295.178	kr. 243.996	kr. 366.355	kr. 357.948
Valby	kr. 268.405	kr. 287.347	kr. 288.650	kr. 241.849
Vallensbæk Kommune	kr. 359.374	kr. 299.103	kr. 323.594	kr. 313.597
Vesterbro	kr. 356.261	kr. 276.430	kr. 280.958	kr. 311.273
Hovedtotal	**kr. 290.717**	**kr. 289.726**	**kr. 293.892**	**kr. 295.852**

Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H 2013-16 (trukket den 14/6 2017)
Kilde: NOTUS Regional: Antal psykologkapaciteter pr. 1/9 2013-16 (trukket den 9/6 2017)

Figur 10. Produktion pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2016



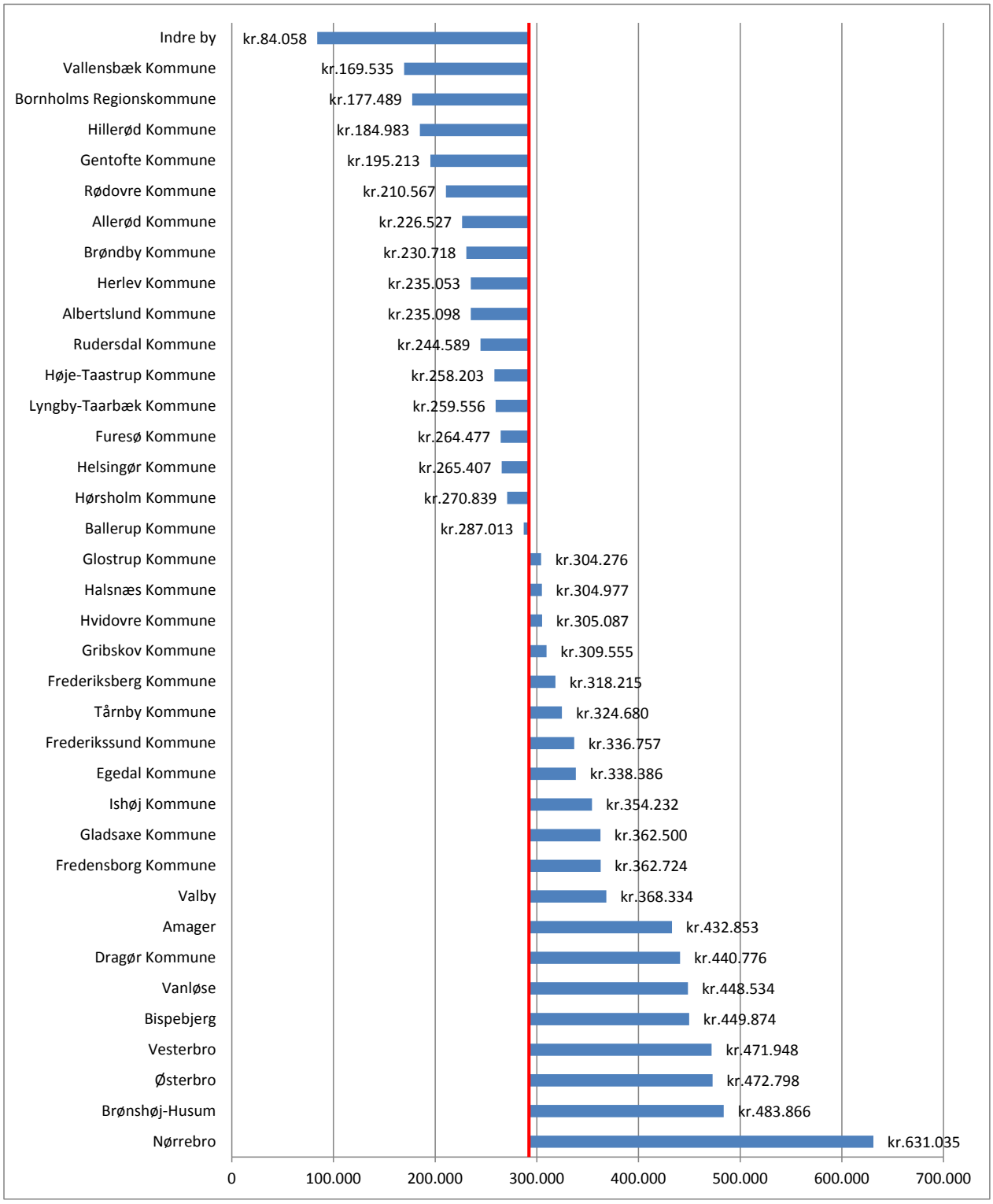
Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H 2016 (trukket den 14/6 2017)
Kilde: NOTUS Regional: Antal psykologkapaciteter pr. 1/9 2016 (trukket den 9/6 2017)

Tabel 10. Forbrug pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2013-16

Planområde/ planlægningsområde	Forbrug pr. kapacitet 2013	Forbrug pr. kapacitet 2014	Forbrug pr. kapacitet 2015	Forbrug pr. kapacitet 2016
Bornholm	**kr. 189.316**	**kr. 221.531**	**kr. 216.961**	**kr. 177.489**
Bornholms Regionskommune	kr. 189.316	kr. 221.531	kr. 216.961	kr. 177.489
Byen	**kr. 305.877**	**kr. 297.527**	**kr. 305.588**	**kr. 304.201**
Bispebjerg	kr. 408.426	kr. 420.645	kr. 444.549	kr. 449.874
Brønshøj-Husum	kr. 616.323	kr. 647.788	kr. 640.265	kr. 483.866
Frederiksberg Kommune	kr. 325.484	kr. 335.701	kr. 338.079	kr. 318.215
Indre by	kr. 92.885	kr. 77.723	kr. 85.098	kr. 84.058
Nørrebro	kr. 574.065	kr. 543.964	kr. 547.684	kr. 631.035
Vanløse	kr. 473.644	kr. 456.068	kr. 443.798	kr. 448.534
Østerbro	kr. 559.406	kr. 576.091	kr. 575.945	kr. 472.798
Midt	**kr. 254.345**	**kr. 251.021**	**kr. 257.217**	**kr. 262.363**
Ballerup Kommune	kr. 260.024	kr. 260.424	kr. 262.474	kr. 287.013
Egedal Kommune	kr. 382.036	kr. 426.157	kr. 426.048	kr. 338.386
Furesø Kommune	kr. 218.947	kr. 203.793	kr. 189.578	kr. 264.477
Gentofte Kommune	kr. 162.015	kr. 168.447	kr. 186.188	kr. 195.213
Gladsaxe Kommune	kr. 395.787	kr. 384.100	kr. 378.161	kr. 362.500
Herlev Kommune	kr. 243.641	kr. 283.831	kr. 267.429	kr. 235.053
Lyngby-Taarbæk Kommune	kr. 299.567	kr. 247.386	kr. 303.695	kr. 259.556
Rudersdal Kommune	kr. 244.229	kr. 205.915	kr. 219.059	kr. 244.589
Rødovre Kommune	kr. 214.936	kr. 252.074	kr. 212.640	kr. 210.567
Nord	**kr. 251.562**	**kr. 253.944**	**kr. 261.091**	**kr. 270.886**
Allerød Kommune	kr. 152.800	kr. 173.246	kr. 197.797	kr. 226.527
Fredensborg Kommune	kr. 434.616	kr. 459.165	kr. 341.794	kr. 362.724
Frederikssund Kommune	kr. 412.495	kr. 344.516	kr. 397.643	kr. 336.757
Gribskov Kommune	kr. 273.108	kr. 245.936	kr. 272.630	kr. 309.555
Halsnæs Kommune	kr. 390.698	kr. 365.128	kr. 334.102	kr. 304.977
Helsingør Kommune	kr. 247.895	kr. 254.834	kr. 260.600	kr. 265.407
Hillerød Kommune	kr. 168.249	kr. 180.097	kr. 186.873	kr. 184.983
Hørsholm Kommune	kr. 179.321	kr. 198.483	kr. 187.819	kr. 270.839
Syd	**kr. 342.182**	**kr. 347.323**	**kr. 337.995**	**kr. 344.656**
Albertslund Kommune	kr. 256.257	kr. 254.037	kr. 263.815	kr. 235.098
Amager	kr. 464.190	kr. 445.395	kr. 438.994	kr. 432.853
Brøndby Kommune	kr. 232.903	kr. 226.744	kr. 224.337	kr. 230.718
Dragør Kommune	kr. 439.559	kr. 420.834	kr. 458.827	kr. 440.776
Glostrup Kommune	kr. 268.981	kr. 434.516	kr. 296.582	kr. 304.276
Hvidovre Kommune	kr. 302.908	kr. 311.827	kr. 323.871	kr. 305.087
Høje-Taastrup Kommune	kr. 264.909	kr. 263.324	kr. 213.901	kr. 258.203
Ishøj Kommune	kr. 309.064	kr. 303.433	kr. 300.719	kr. 354.232
Tårnby Kommune	kr. 321.521	kr. 319.750	kr. 355.395	kr. 324.680
Valby	kr. 395.268	kr. 415.535	kr. 373.286	kr. 368.334
Vallensbæk Kommune	kr. 156.204	kr. 156.478	kr. 166.687	kr. 169.535
Vesterbro	kr. 401.566	kr. 398.547	kr. 415.504	kr. 471.948
Hovedtotal	**kr. 288.500**	**kr. 287.750**	**kr. 291.131**	**kr. 294.122**

Kilde: Targit: Forbrug (brutto honorar) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)
Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

Figur 11. Forbrug pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder 2016



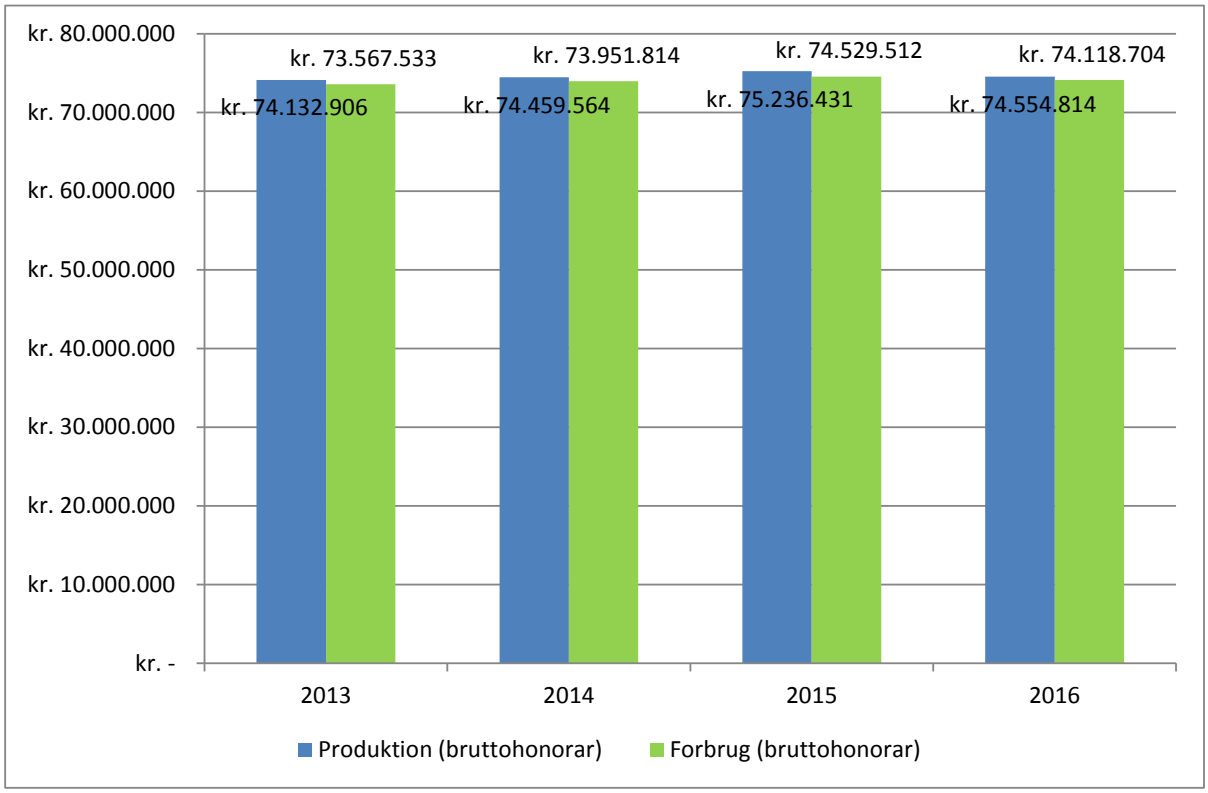
Kilde: Targit: Forbrug (brutto honorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)
Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

Tabel 11. Produktion versus forbrug fordelt på planlægningsområder 2016

Planområde/ planlægningsområder	Produktion (Brutto Honorar) 2016	Forbrug (Brutto Honorar) 2016	Forskel i kr.	Forskel i pct.
Bornholm	**kr. 1.235.161**	**kr. 1.242.420**	**kr. 7.260**	**0,6%**
Bornholms Regionskommune	kr. 1.235.161	kr. 1.242.420	kr. 7.260	0,6%
Byen	**kr. 22.772.840**	**kr. 21.902.491**	**kr. -870.348**	**-4,0%**
Bispebjerg	kr. 2.710.900	kr. 2.699.246	kr. -11.654	-0,4%
Brønshøj-Husum	kr. 941.086	kr. 1.451.597	kr. 510.511	35,2%
Frederiksberg Kommune	kr. 4.650.581	kr. 4.773.220	kr. 122.640	2,6%
Indre by	kr. 9.175.801	kr. 2.353.630	kr. -6.822.170	-289,9%
Nørrebro	kr. 2.222.244	kr. 5.048.281	kr. 2.826.038	56,0%
Vanløse	kr. 773.192	kr. 1.794.135	kr. 1.020.944	56,9%
Østerbro	kr. 2.299.038	kr. 3.782.381	kr. 1.483.343	39,2%
Midt	**kr. 17.824.192**	**kr. 16.528.845**	**kr. -1.295.347**	**-7,8%**
Ballerup Kommune	kr. 1.412.278	kr. 1.722.075	kr. 309.798	18,0%
Egedal Kommune	kr. 1.030.523	kr. 1.691.932	kr. 661.409	39,1%
Furesø Kommune	kr. 1.393.384	kr. 1.322.387	kr. -70.997	-5,4%
Gentofte Kommune	kr. 3.218.017	kr. 2.537.764	kr. -680.253	-26,8%
Gladsaxe Kommune	kr. 3.640.366	kr. 3.262.501	kr. -377.865	-11,6%
Herlev Kommune	kr. 1.339.981	kr. 940.213	kr. -399.768	-42,5%
Lyngby-Taarbæk Kommune	kr. 2.860.521	kr. 2.076.449	kr. -784.072	-37,8%
Rudersdal Kommune	kr. 1.248.624	kr. 1.712.121	kr. 463.496	27,1%
Rødovre Kommune	kr. 1.680.499	kr. 1.263.403	kr. -417.095	-33,0%
Nord	**kr. 13.134.140**	**kr. 12.731.626**	**kr. -402.514**	**-3,2%**
Allerød Kommune	kr. 920.895	kr. 906.107	kr. -14.789	-1,6%
Fredensborg Kommune	kr. 1.233.429	kr. 1.450.895	kr. 217.466	15,0%
Frederikssund Kommune	kr. 1.897.849	kr. 2.020.539	kr. 122.690	6,1%
Gribskov Kommune	kr. 1.277.329	kr. 1.857.333	kr. 580.004	31,2%
Halsnæs Kommune	kr. 595.075	kr. 914.930	kr. 319.855	35,0%
Helsingør Kommune	kr. 3.340.304	kr. 2.919.480	kr. -420.824	-14,4%
Hillerød Kommune	kr. 2.943.819	kr. 1.849.825	kr. -1.093.994	-59,1%
Hørsholm Kommune	kr. 925.439	kr. 812.516	kr. -112.923	-13,9%
Syd	**kr. 19.588.481**	**kr. 21.713.321**	**kr. 2.124.839**	**9,8%**
Albertslund Kommune	kr. 729.429	kr. 940.392	kr. 210.964	22,4%
Amager	kr. 4.944.074	kr. 6.059.940	kr. 1.115.866	18,4%
Brøndby Kommune	kr. 1.863.189	kr. 1.153.588	kr. -709.602	-61,5%
Dragør Kommune	kr. 276.681	kr. 440.776	kr. 164.094	37,2%
Glostrup Kommune	kr. 741.364	kr. 912.827	kr. 171.463	18,8%
Hvidovre Kommune	kr. 1.923.617	kr. 1.830.522	kr. -93.095	-5,1%
Høje-Taastrup Kommune	kr. 1.913.004	kr. 1.549.216	kr. -363.789	-23,5%
Ishøj Kommune	kr. 525.313	kr. 708.463	kr. 183.150	25,9%
Tårnby Kommune	kr. 1.789.742	kr. 1.623.402	kr. -166.341	-10,2%
Valby	kr. 1.451.095	kr. 2.210.003	kr. 758.908	34,3%
Vallensbæk Kommune	kr. 940.791	kr. 508.606	kr. -432.185	-85,0%
Vesterbro	kr. 2.490.181	kr. 3.775.586	kr. 1.285.405	34,0%
Hovedtotal	**kr. 74.554.814**	**kr. 74.118.704**	**kr. -436.110**	**-0,6%**

Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H og forbrug (brutto honorar) 2016 (trukket den 14/6 2017)
Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

Figur 12. Udvikling i produktion og forbrug 2013-16 (løbende priser)



Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H og forbrug (brutto honorar) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)
Note: Brutto Honorar vedr. forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for fordeling"

Produktion fordelt på henvisningsgrupper

Tabel 12. Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområder 2016

Henvisningsgrupper	Planområde					Hovedtotal
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	
1 - Røveri-, volds- og voldtægtsofre	105	2.020	1.756	959	1.956	**6.796**
2 - Trafik- og ulykkesofre	42	597	640	344	752	**2.375**
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	133	3.827	2.940	2.165	2.875	**11.940**
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	251	4.314	3.801	3.359	3.936	**15.661**
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	248	4.335	3.377	2.475	3.432	**13.867**
6 - Pårørende ved dødsfald	231	5.086	3.718	2.839	4.434	**16.308**
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	10	190	184	113	134	**631**
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet		251	53	41	119	**464**
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	91	562	281	406	516	**1.856**
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	1.129	16.197	14.179	10.630	15.260	**57.395**
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	241	8.248	4.708	2.912	5.628	**21.737**
Hovedtotal	**2.481**	**45.627**	**35.637**	**26.243**	**39.042**	**149.030**

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 13. Andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområder 2016

Henvisningsgrupper	Planområde					Hovedtotal
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	
1 - Røveri-, volds- og voldtægtsofre	4%	4%	5%	4%	5%	**5%**
2 - Trafik- og ulykkesofre	2%	1%	2%	1%	2%	**2%**
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	5%	8%	8%	8%	7%	**8%**
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	10%	9%	11%	13%	10%	**11%**
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	10%	10%	9%	9%	9%	**9%**
6 - Pårørende ved dødsfald	9%	11%	10%	11%	11%	**11%**
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,3%	**0,4%**
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet	0%	0,6%	0,1%	0,2%	0,3%	**0,3%**
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	4%	1%	1%	2%	1%	**1%**
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	46%	35%	40%	41%	39%	**39%**
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	10%	18%	13%	11%	14%	**15%**
Hovedtotal	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Kilde: Targit: Produktion (Andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 14. Andel ydelser fordelt på henvisningsgrupper opdelt på planområde og planlægningsområder 2016

Planområde/ Planlægningsområde	Henvisningsgrupper											
	1 - Røveri-, volds- og voldtægtsofre	2 - Trafik- og ulykkesofre	3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	6 - Pårørende ved dødsfald	7 - Personer, der har forsøgt selvmord	8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet	9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	Hovedtotal
Bornholm	**2%**	**2%**	**1%**	**2%**	**2%**	**1%**	**2%**	**0%**	**5%**	**2%**	**1%**	**2%**
Bornholms Regionskommune	2%	2%	1%	2%	2%	1%	2%	0%	5%	2%	1%	2%
Byen	**30%**	**25%**	**32%**	**28%**	**31%**	**31%**	**30%**	**54%**	**30%**	**28%**	**38%**	**31%**
Bispebjerg	5%	4%	4%	4%	4%	4%	2%	6%	1%	3%	4%	4%
Brønshøj-Husum	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	0%	1%	1%	2%	1%
Frederiksberg Kommune	5%	3%	6%	5%	7%	8%	7%	28%	5%	6%	8%	6%
Indre by	13%	12%	14%	12%	11%	11%	10%	10%	12%	11%	16%	12%
Nørrebro	3%	3%	2%	2%	3%	3%	5%	6%	4%	3%	4%	3%
Vanløse	0%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	1%	2%	1%
Østerbro	3%	1%	5%	4%	4%	4%	4%	2%	7%	2%	3%	3%
Midt	**26%**	**27%**	**25%**	**24%**	**24%**	**23%**	**29%**	**11%**	**15%**	**25%**	**22%**	**24%**
Ballerup Kommune	1%	1%	1%	3%	2%	2%	2%	0%	1%	2%	1%	2%
Egedal Kommune	1%	2%	1%	1%	1%	1%	2%	0%	1%	2%	1%	1%
Furesø Kommune	1%	2%	2%	1%	2%	2%	4%	1%	1%	2%	1%	2%
Gentofte Kommune	8%	4%	5%	4%	4%	4%	8%	4%	3%	4%	4%	4%
Gladsaxe Kommune	4%	8%	5%	4%	6%	5%	5%	2%	3%	5%	5%	5%
Herlev Kommune	1%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	0%	1%	2%	2%	2%
Lyngby-Taarbæk Kommune	6%	5%	4%	4%	3%	4%	3%	4%	3%	4%	3%	4%
Rudersdal Kommune	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	0%	0%	2%	2%	2%
Rødovre Kommune	2%	1%	3%	3%	2%	2%	2%	0%	0%	2%	2%	2%
Nord	**14%**	**14%**	**18%**	**21%**	**18%**	**17%**	**18%**	**9%**	**22%**	**19%**	**13%**	**18%**
Allerød Kommune	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	1%
Fredensborg Kommune	1%	1%	2%	2%	1%	2%	1%	0%	2%	2%	1%	2%
Frederikssund Kommune	3%	1%	3%	3%	2%	3%	3%	3%	4%	3%	1%	3%
Gribskov Kommune	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	0%	1%	2%	1%	2%
Halsnæs Kommune	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	0%	0%	1%	1%	1%
Helsingør Kommune	3%	4%	4%	5%	4%	4%	1%	1%	5%	5%	3%	4%
Hillerød Kommune	4%	4%	5%	4%	5%	4%	8%	3%	8%	3%	3%	4%
Hørsholm Kommune	1%	0%	1%	2%	2%	2%	1%	0%	1%	1%	1%	1%
Syd	**29%**	**32%**	**24%**	**25%**	**25%**	**27%**	**21%**	**26%**	**28%**	**27%**	**26%**	**26%**
Albertslund Kommune	0%	1%	0%	1%	1%	1%	3%	0%	1%	1%	1%	1%
Amager	8%	9%	7%	6%	8%	7%	7%	9%	8%	6%	7%	7%
Brøndby Kommune	3%	4%	2%	2%	2%	2%	4%	1%	1%	3%	2%	3%
Dragør Kommune	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
Glostrup Kommune	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	1%
Hvidovre Kommune	2%	2%	3%	3%	2%	3%	2%	1%	1%	3%	2%	3%
Høje-Taastrup Kommune	3%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	1%	2%	3%	2%	3%
Ishøj Kommune	1%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	0%	2%	1%	1%	1%
Tårnby Kommune	3%	4%	3%	3%	2%	3%	1%	2%	3%	2%	2%	2%
Valby	1%	1%	2%	1%	2%	1%	0%	2%	3%	2%	3%	2%
Vallensbæk Kommune	2%	0%	1%	2%	1%	1%	0%	0%	2%	1%	1%	1%
Vesterbro	5%	6%	3%	3%	3%	4%	0%	8%	4%	3%	3%	3%
Hovedtotal	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2016 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 15. Udvikling i antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper 2013-16

Henvisningsgrupper	Antal ydelser 2013	Antal ydelser 2014	Antal ydelser 2015	Antal ydelser 2016
1 - Røveri-, volds- og voldtægtsofre	7.118	7.037	6.988	6.796
2 - Trafik- og ulykkesofre	2.417	2.269	2.287	2.375
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	11.038	12.152	11.530	11.940
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	15.530	15.363	15.088	15.661
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	13.353	13.894	14.396	13.867
6 - Pårørende ved dødsfald	17.790	15.823	16.073	16.308
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	968	732	791	631
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet	552	460	442	464
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	2.133	1.917	1.875	1.856
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	62.238	60.656	60.411	57.395
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	17.690	20.300	21.571	21.737
Hovedtotal	**150.827**	**150.603**	**151.452**	**149.030**

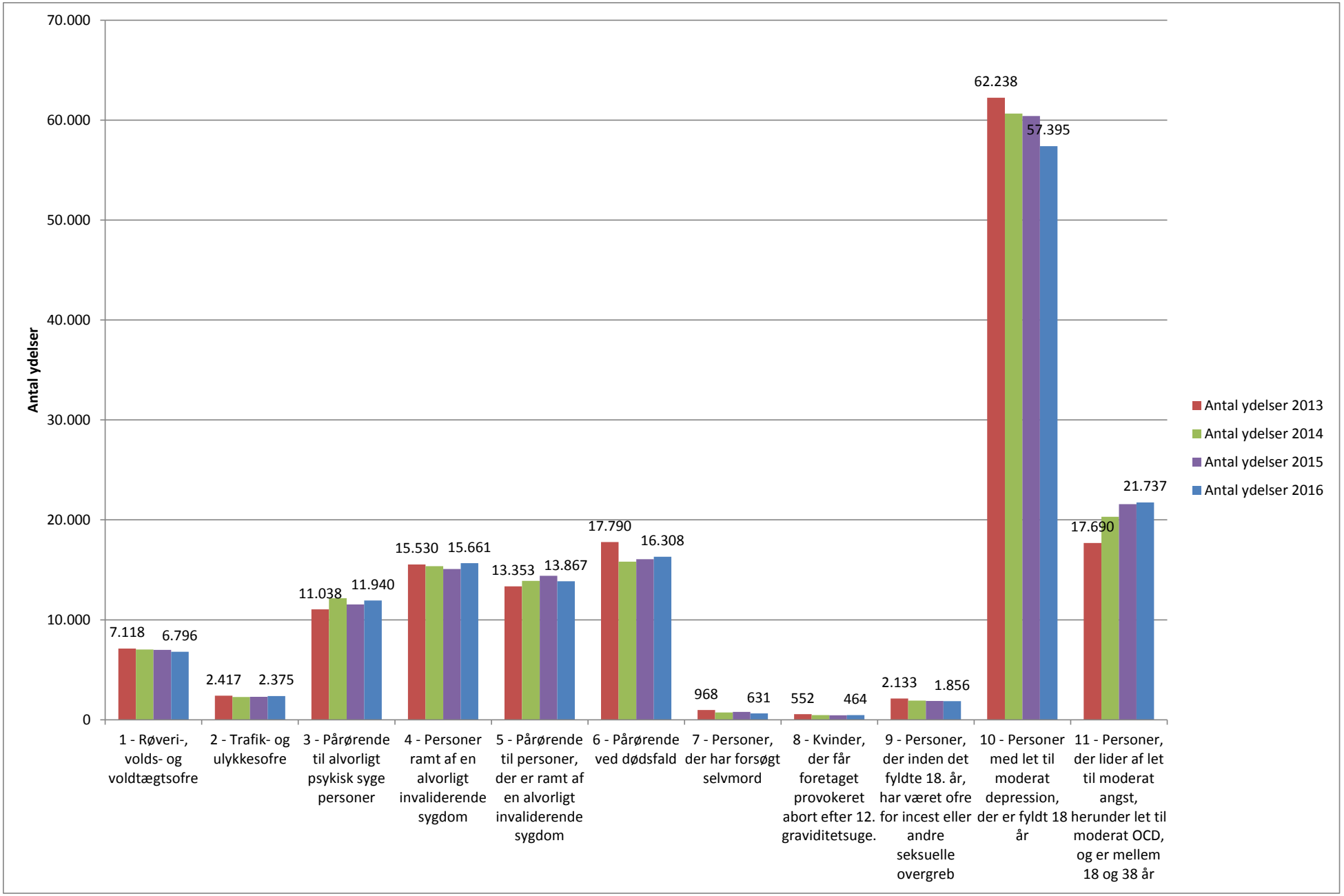
Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Tabel 16. Udvikling i andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper 2013-16

Henvisningsgrupper	Andel ydelser 2013	Andel ydelser 2014	Andel ydelser 2015	Andel ydelser 2016
1 - Røveri-, volds- og voldtægtsofre	5%	5%	5%	5%
2 - Trafik- og ulykkesofre	2%	2%	2%	2%
3 - Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	7%	8%	8%	8%
4 - Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	10%	10%	10%	11%
5 - Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	9%	9%	10%	9%
6 - Pårørende ved dødsfald	12%	11%	11%	11%
7 - Personer, der har forsøgt selvmord	0,6%	0,5%	0,5%	0%
8 - Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsendt til abortsamrådet	0,4%	0,3%	0,3%	0%
9 - Personer, der inden det fyldte 18. år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb	1%	1%	1%	1%
10 - Personer med let til moderat depression, der er fyldt 18 år	41%	40%	40%	39%
11 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år	12%	13%	14%	15%
Hovedtotal	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

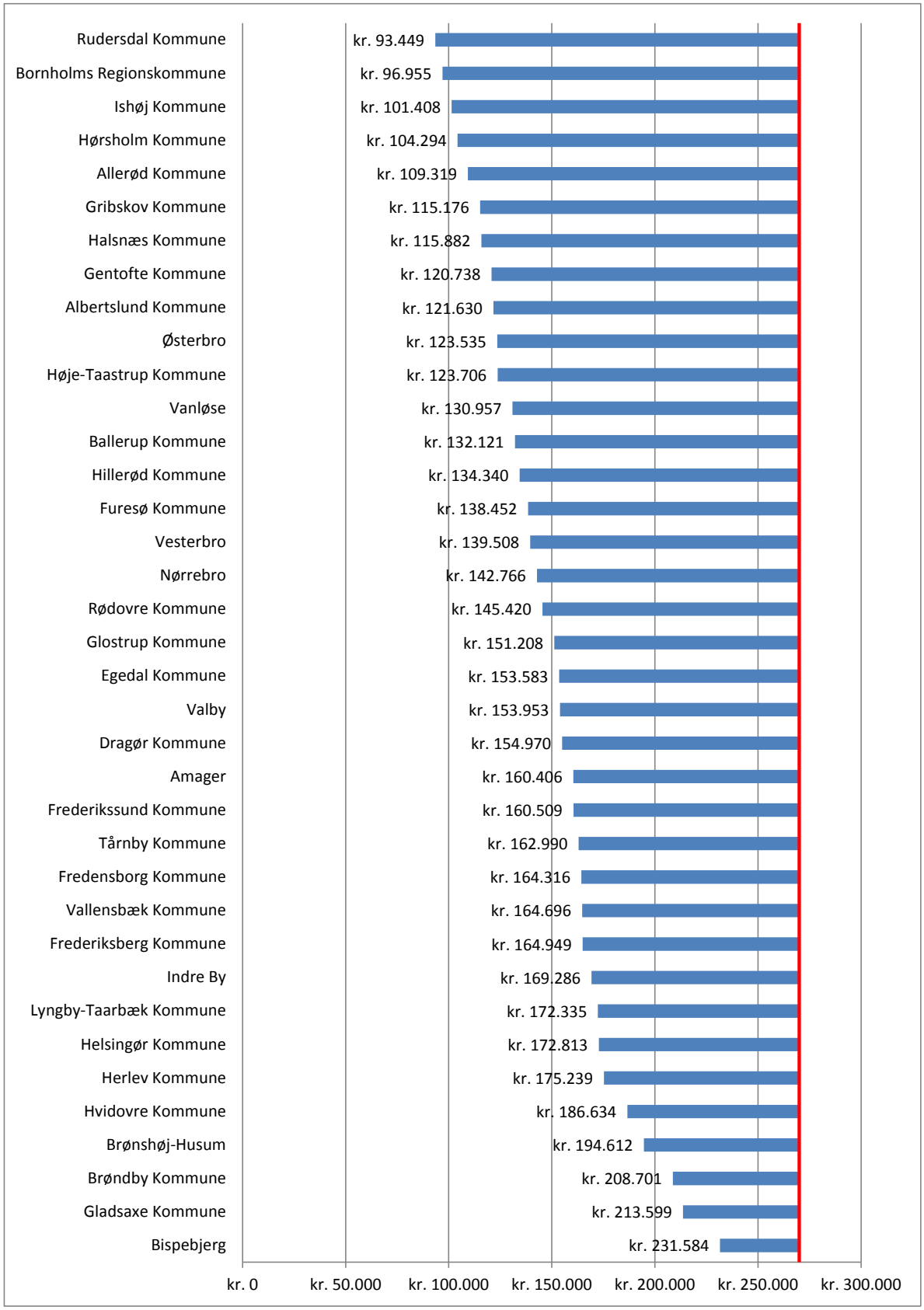
Kilde: Targit: Produktion (Andelen af ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

Figur 13. Udvikling i antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper 2013-16



Kilde: Targit: Produktion (Antal ydelser fordelt på henvisningsgrupper) 2013-16 (trukket den 14/6 2017)

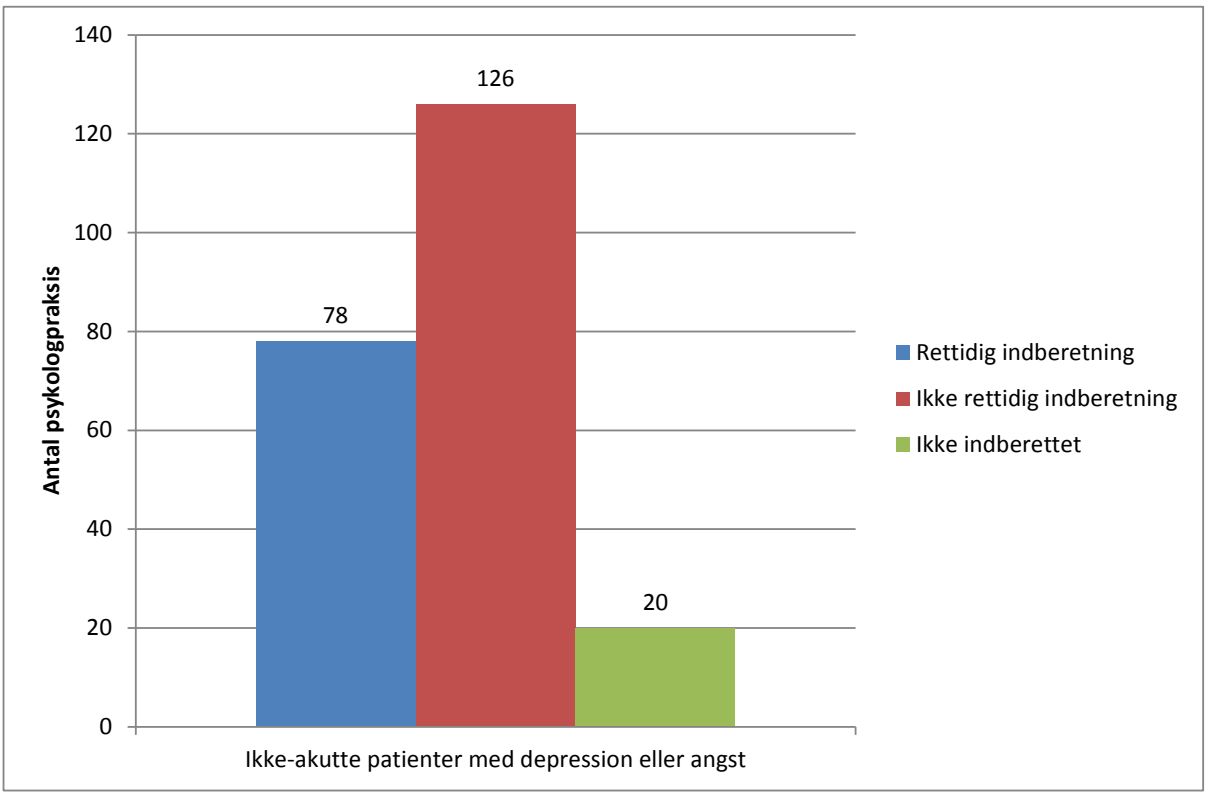
Figur 14. Gns. omsætning samt difference ift. omsætningsloftet vedr. depression og angst opdelt på planlægningsområder 2016



Kilde: Targit: Produktion (Bruttohonorar vedr. henvisningsgruppe 10 og 11) 2016 (trukket den 17/8 2017)
Omsætningsloftet for de enkelte psykologpraksis i 2016 er 270 t.kr.

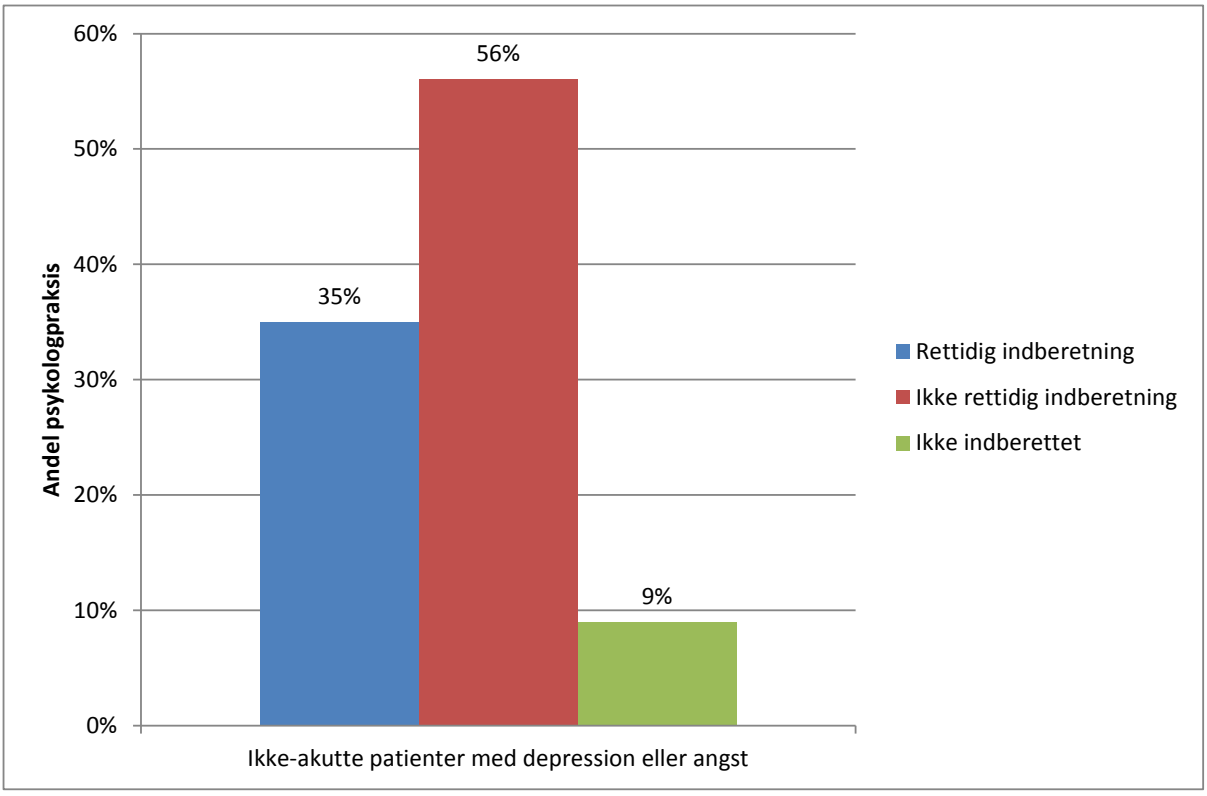
Ventetidsopgørelser pr. 1. januar 2017

Figur 15. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for ikke-akutte patienter med depression eller angst



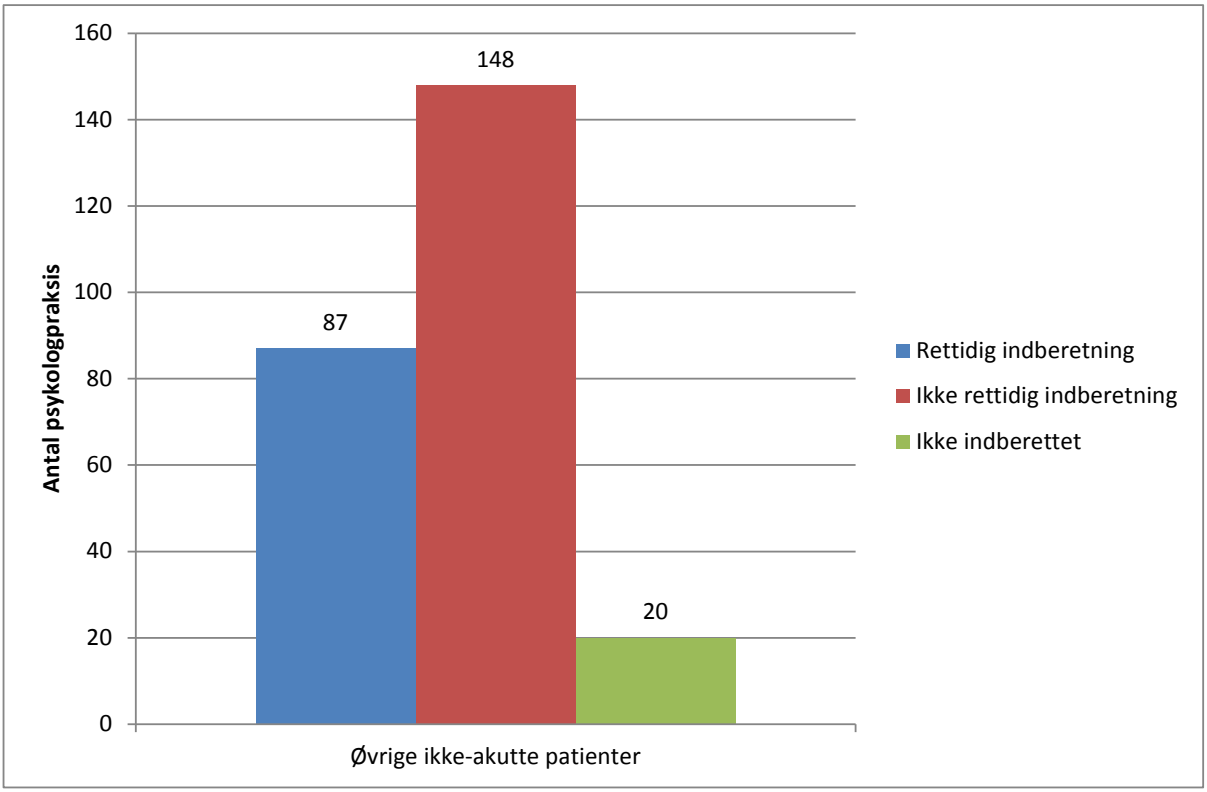
Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Figur 16. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for ikke-akutte patienter med depression eller angst i pct.



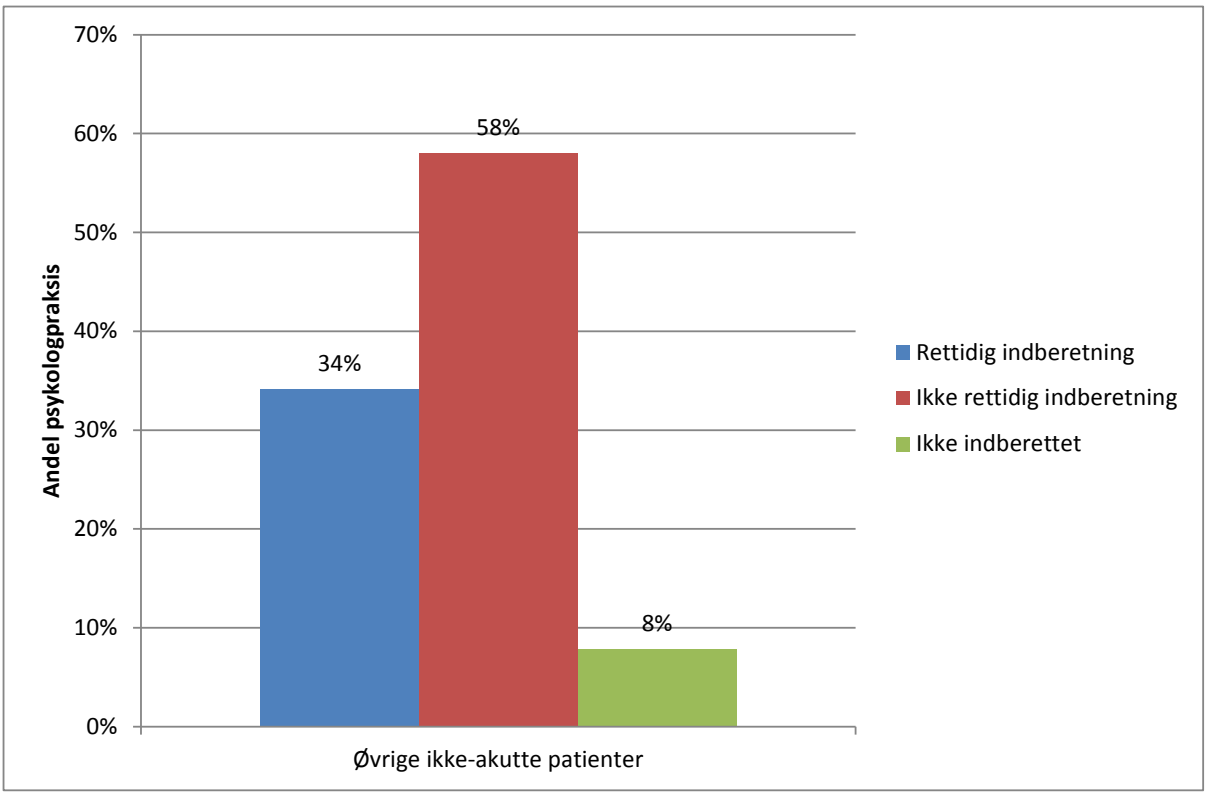
Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Figur 17. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for øvrige ikke-akutte patienter i alt



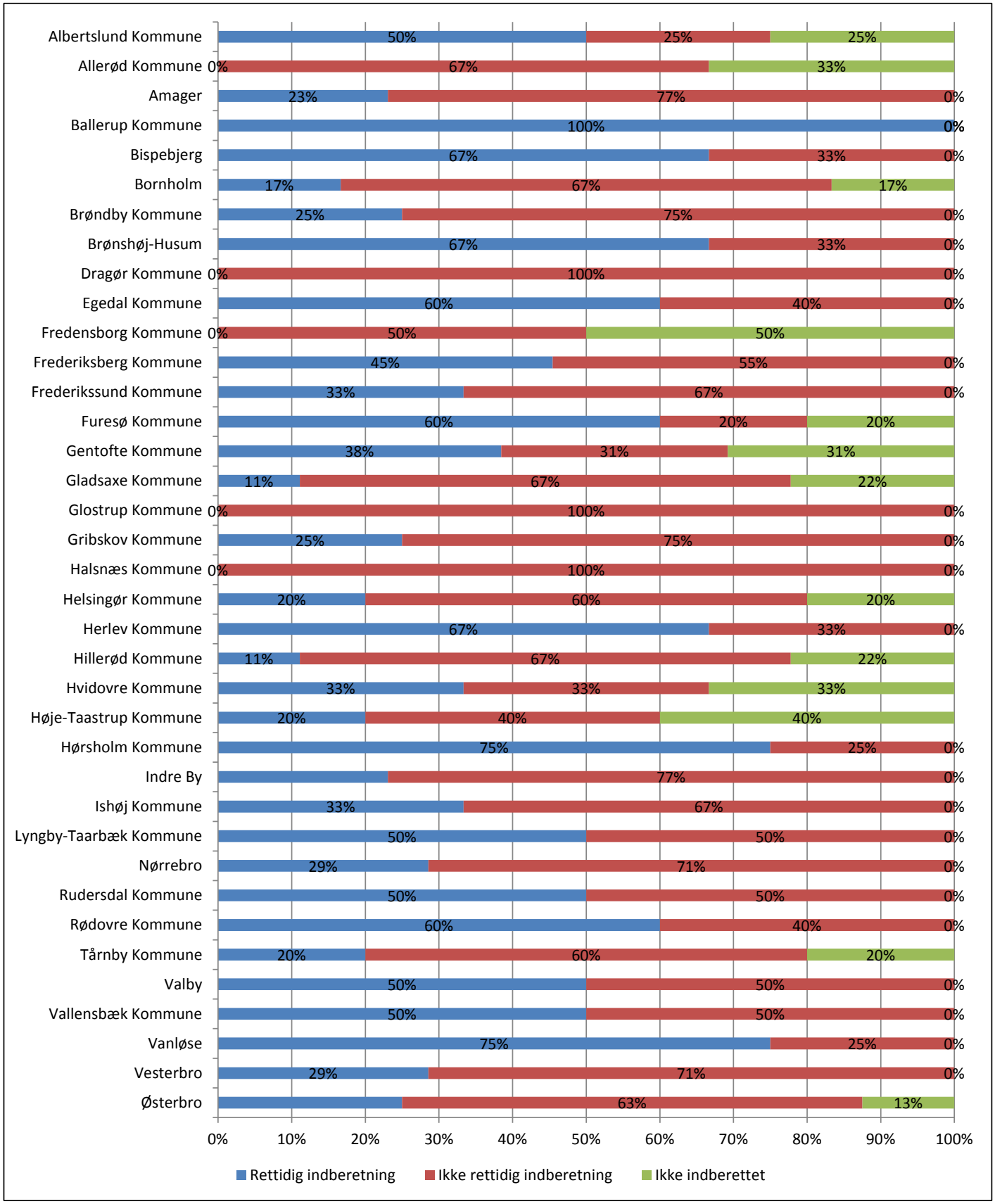
Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Figur 18. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for øvrige ikke-akutte patienter i alt i pct.



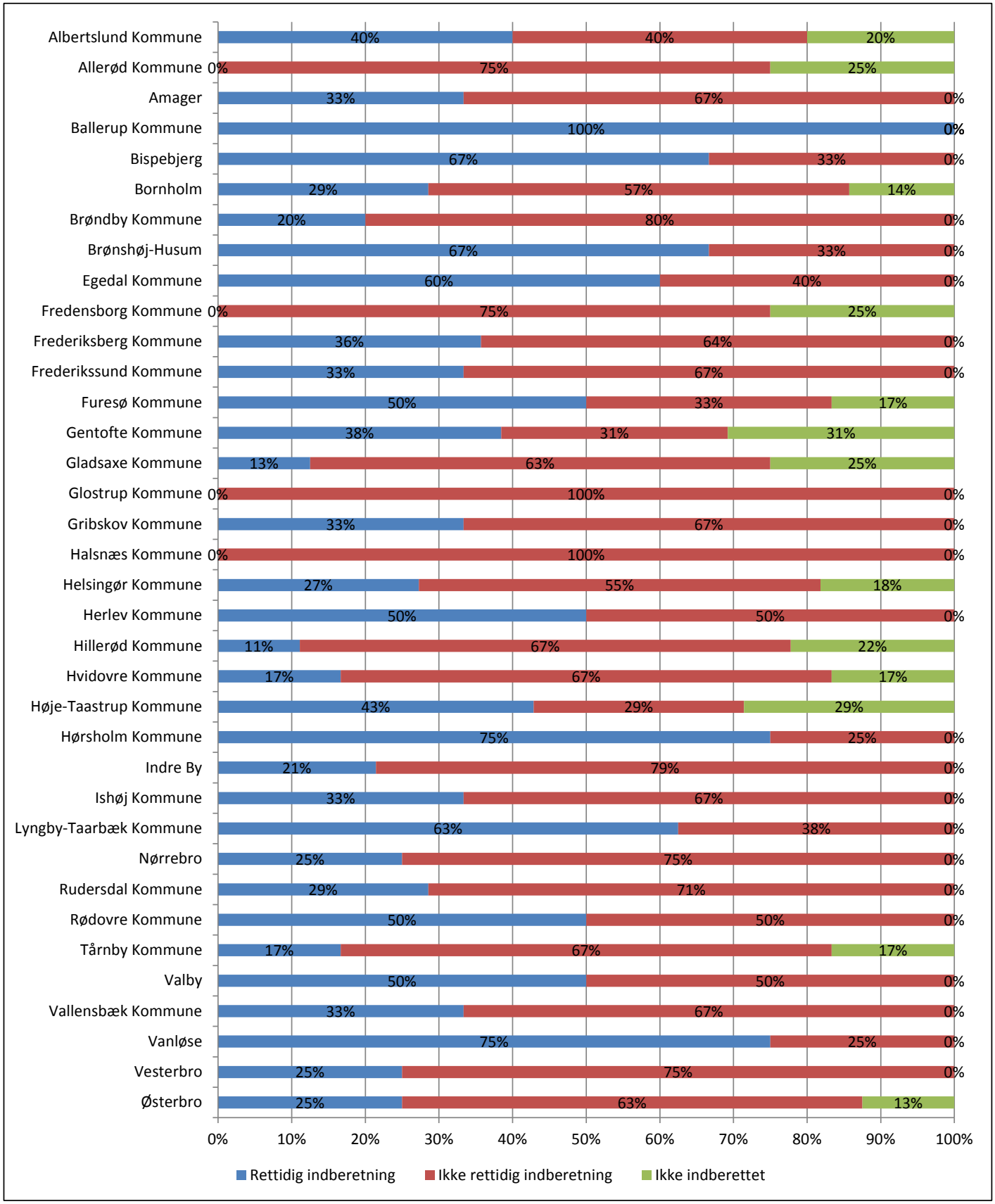
Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Figur 19. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for ikke-akutte patienter med depression eller angst opdelt på planlægningsområder i pct.



Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Figur 20. Opgørelse vedr. indberetning af ventetid for øvrige ikke-akutte patienter opdelt på planlægningsområder i pct.



Kilde: Venteinfo. Ventetidsopgørelse pr. 1. januar 2017.

Tabel 17. Pendlerstatistik 2016

2016	*patientens hjemkommune*																												
	Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Frederiksberg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gladsaxe Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårnby Kommune	Vallensbæk Kommune
Region Hovedstaden	**328**	**326**	**602**	**401**	**396**	**144**	**563**	**521**	**1.541**	**675**	**475**	**868**	**1.025**	**333**	**657**	**332**	**1.041**	**384**	**685**	**631**	**510**	**314**	**226**	**9.373**	**716**	**569**	**455**	**528**	**182**
Albertslund Kommune	105		3		8		1	1	7	1	2	2	3	19				3		5	11		4	32	1	1	3	1	26
Allerød Kommune	2	161				1	4	13	1	15	24	4	3		5	6	12		34			18		20	10	32	1		
Ballerup Kommune	9	1	236		5		79	1	16	2	34	7	15	6	2		1	25	3	9	4	1		52	8	8	8	1	
Bornholms Regionskommune				395				2														1		1					
Brøndby Kommune	23	3	4		181	3	6	1	42	1	1	7	7	68			3	3	1	50	11		10	168	1	4	30	4	19
Dragør Kommune			1			39			1			4				1					1			34				17	
Egedal Kommune	1	4	42		3		184	2	2	61	4		2	2	1	2		5	5	1	3	2		18	1	4	2		
Fredensborg Kommune		8				1	3	154	5	10	1	6	1	1	36	16	76	1	91	1		25		22	4	10	1		
Frederiksberg Kommune	7	3	11	1	14	4	9	3	442	2	9	26	16	9	3	1	6	8	8	25	7	3		818	22	8	25	10	3
Frederikssund Kommune	1	3					57	3	9	444	8		2		4	30	1	2	12		1			21	3	5	1	1	
Furesø Kommune	1	19	27				37	3	6	20	207	4	26		5	1	3	3	10	4		3	1	68	10	25	1	1	
Gentofte Kommune	3	6	6		4		2	18	36	2	6	380	62	5	1	1	8	4	3	8	7	14	3	338	68	38	3	5	2
Gladsaxe Kommune	2	6	21		4	2	10	2	25	5	36	80	489	9	5	2		61	5	10	3	7		246	56	18	10	2	3
Glostrup Kommune	20		12		32	4	9		12		1	1	4	100	1			7	1	20	9		7	82	7		24	3	7
Gribskov Kommune	2	3				1		5	4	7		3			324	27	19		20	1		7		11	1	1			
Halsnæs Kommune		6					3	4	1	4					26	141	1		25	1				2	1				
Helsingør Kommune	1	1			1		5	123	12	9	3	18	3		71	8	801		15			24	2	63	8	20	2		1
Herlev Kommune		2	98		1	1	29	6	15	4	10	13	63	11	1		1	180	1	6	4	6	1	99	7	5	15	2	
Hillerød Kommune		67	2		1		34	66	14	58	31	11	13	2	144	79	40	3	402	3	5	14	1	73	19	56	1	1	1
Hvidovre Kommune	7		4		17	2	5	3	31			4	4	8	2	1	11	6		312	6		4	135	4	8	28	10	10
Høje-Taastrup Kommune	67		13		16		3	1	9	1	2	8	7	22		2		2	3	15	352		44	58	5	1	8	2	24
Hørsholm Kommune		4				1	1	57	3	3	6	5	7		3		14		7	1		125	1	16	37	48	1		
Ishøj Kommune	11		2	1	10	2		1	9		1		5	6			2	2		13	14	1	92	30	2	1	2	4	13
Københavns Kommune	35	19	56	2	46	53	39	37	802	16	45	204	137	29	20	8	45	50	32	99	43	17	22	6.498	75	69	107	213	21
Lyngby-Taarbæk Kommune	2	2	57	1			38	8	21	7	27	86	137	5	5	6	6	14	10		4	10	1	150	300	52	7	3	2
Rudersdal Kommune	1	13			1		3	16	7	7	17	10	5		7	4	6	1	7			35		43	62	152		2	1
Rødovre Kommune	15	1	16		14	6	13	4	19	6	4	1	24	27	3		1	7	2	41	8	4	3	150	7	6	177	9	9
Tårnby Kommune	4			1	4	26	1	1	19	1	2	8	6	2	4		2	1	2	6			1	241	3	4	3	242	1
Vallensbæk Kommune	12		7		41	1	2		6		6		9	12	1			1		12	27		32	50	4	6	7	5	44
Region Midtjylland	1	2		1			3	1	8		1	3	1		1						1		2	43		1	1	1	1
Region Nordjylland								1	6							2			1			1		18					2
Region Sjælland	19		18	1	28	1	25	1	44	33	9	12	17	7	6	2	4	6	16	23	97		50	333	11	8	16	9	12
Region Syddanmark	1	1			2		2	1	6	1	1	3	1	1	2	1	4		1	3	2			82	1	4	1	2	
Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)	**32%**	**49%**	**39%**	**99%**	**46%**	**27%**	**33%**	**30%**	**29%**	**66%**	**44%**	**44%**	**48%**	**30%**	**49%**	**42%**	**77%**	**47%**	**59%**	**49%**	**69%**	**40%**	**41%**	**69%**	**42%**	**27%**	**39%**	**46%**	**24%**

Kilde: Targit: Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2016.

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.

Bilag 4. Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis

Telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis

REGION

Region Hovedstaden

Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis

Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse

Enhed for Tværsektoriel Udvikling

Undersøgelse af telefonisk tilgængelighed i psykologpraksis

Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne af Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Analysekonsulent Sarah Kajander Holmer
Evalueringskonsulent Christine Enevoldsen Flink
Chefkonsulent Daisy Kyed

Enhedschef Marie Fuglsang

© Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, december, 2016

ISBN: 978-87-93047-95-2
Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Rapporten kan findes på www.patientoplevelser.dk

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:

Evalueringskonsulent Christine Enevoldsen Flink

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38649966
E-mail: eeb@regionh.dk

Indholdsfortegnelse

1 Introduktion 4

2 Metode og design 5

3 Repræsentativitet 8

4 Tilgængelighedsinformation - sundhed.dk og hjemmeside 9

4.1 Hver anden psykolog oplyser om telefontider på sundhed.dk 9

4.2 Psykologernes telefontider 10

4.3 Andre oplysninger fra sundhed.dk og hjemmeside 12

5 Telefonisk tilgængelighed 13

5.1 Fire ud af fem psykologer er telefonisk tilgængelig 13

5.2 Psykologer med oplyst telefontid er mere tilgængelige 16

5.3 Ingen sammenhæng mellem tilgængelighed og antallet af ugentlig telefontimer 16

5.4 Tilgængelighed fordelt på planområde 17

Bilag 1: Overenskomst om psykologhjælp 18

Bilag 2: Standardtekster til opkald til psykologpraksis 19

1 Introduktion

Ifølge praksisudviklingsplanen for psykologhjælp 2014-2017 skal det være nemt for borgere med henvisning fra egen læge til psykologhjælp at komme i kontakt med psykologpraksis. Det gælder både, når patienten skal aftale første tid til konsultation, og når patienten er i et behandlingsforløb og fx ønsker at ændre aftaler. Ifølge praksisudviklingsplanen skal det også være muligt for patienten at blive kontaktet af psykologpraksis, når patientens opkald ikke bliver besvaret.

Prioritering af tilgængeligheden i psykologpraksis er således en væsentlig overordnet målsætning i praksisudviklingsplanen for psykologhjælp 2014-2017. Der mangler dog viden om, hvordan den telefoniske tilgængelighed reelt er. Derfor har Enhed for Tværsektoriel udvikling (ETU) på vegne af samarbejdsudvalget for psykologhjælp i Region Hovedstaden bedt Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse om at gennemføre en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed blandt samtlige psykologer med overenskomst i Region Hovedstaden. Undersøgelsens grundlag er de mål for den telefoniske tilgængelighed, som er opstillet i Overenskomst om psykologhjælp (bilag 1).

Undersøgelsens formål er at afdække:

Om de enkelte praksis giver de overenskomstpligtige oplysninger om telefontider og konsultationstider, oplysning om eventuelt tilbud om elektronisk kommunikation med patienterne herunder tidsbestilling, samt oplysning om adgangsforhold og toiletforhold for personer med bevægelseshæmning på sundhed.dk.

I hvilket omfang psykologpraksis er telefonisk tilgængelige for borgerne, samt hvordan forløbet med at komme i kontakt med psykologerne er.

Denne rapport indeholder resultaterne af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelses undersøgelse af tilgængelighedsinformation og den telefoniske tilgængelighed til psykologpraksis (Kapitel 4 og 5). Rapporten beskriver desuden det undersøgelsesdesign og de metoder, der danner grundlag for undersøgelsen (Kapitel 2 og 3).

2 Metode og design

Undersøgelsen er gennemført som en totalundersøgelse af samtlige psykologpraksis med overenskomst i Region Hovedstaden. I alt 251 psykologpraksis indgår i undersøgelsen.[1]

Undersøgelsen er gennemført i to dele:

Figur 2.1 Undersøgelsens to dele

Første del af undersøgelsen er en **registrering af informationer fra sundhed.dk og praksis egen hjemmeside**. Registreringerne er gennemført i uge 41 og 42 i 2016. Følgende oplysninger er blevet registreret for hver enkelt psykologpraksis:

Figur 2.2 Registreringer fra sundhed.dk og praksis egen hjemmeside

- Telefontid (sundhed.dk og hjemmeside)
- Konsultationstid (sundhed.dk og hjemmeside)
- Mulighed for kommunikation via e-mail (sundhed.dk og hjemmeside)
- Mulighed for elektronisk tidsbestilling (sundhed.dk og hjemmeside)
- Link til hjemmeside (sundhed.dk)
- Hhv. adgangsforhold og toiletforhold for bevægelseshæmmede (sundhed.dk)

Undersøgelsen af **den telefoniske tilgængelighed** er gennemført ved, at samtlige 251 psykologpraksis er blevet ringet op en gang inden for den eventuelt oplyste telefontid.[2] Læs mere i kapitel 3 om, hvordan opkaldene til psykologerne er blevet fordelt, samt hvordan der er sikret repræsentativitet i undersøgelsen.

De mulige udfald ved opkald til psykologerne kan ses i tabel 2.1. Tabellen viser også fremgangsmåden ved hvert udfald, og hvordan udfaldet er registreret.

[1] Der er i alt 256 psykologkapaciteter i Region Hovedstaden, men på undersøgelses tidspunktet var fem ubesatte, hvorfor der i undersøgelsen kun indgår 251 praksis.

[2] Der er blevet foretaget én opkaldsrunde for hver psykolog. En opkaldsrunde kan indeholde op til fire opkald, såfremt de første opkald er optaget eller ikke bliver besvaret, og der ikke er mulighed for at indtale besked på en telefonsvarer.

Tabel 2.1 Mulige udfald af opkald og registreringer

Udfald	Fremgangsmåde	Registrering
Kontakt ved første opkald *(inden for 15 ringetoner)*		Kontakt bliver registreret.
Telefonsvarer *(med mulighed for at indtale en besked)*	Vi lægger en besked med telefonnummer til besvarelse af opkaldet (se beskedens ordlyd i bilag 2).	Om psykologen vender tilbage.** Hvornår psykologen vender tilbage (i givet fald).
Ingen kontakt* *(opkaldet bliver ikke besvaret, eller telefonen er optaget)*	Vi foretager op til tre yderligere opkald henholdsvis 1, 3 og 5 minutter efter det første opkald. Hvert opkald varer 15 ringetoner.	Om vi opnår kontakt ved opkald (i givet fald efter hvilket forsøg/hvor mange minutter). Eller om psykologen vender tilbage på ubesvarede opkald (i givet fald hvornår).**
Telefonkø	Vi venter op til 10 minutter i kø.	Om vi opnår kontakt. Efter hvor mange minutter vi opnår kontakt (i givet fald).
Telefonnummer virker ikke	Hvis muligt ringer vi til et andet telefonnummer (f.eks. fundet på psykologens egen hjemmeside), og opkaldsrunden starter forfra med dette nummer.	Det telefonnummer, der ikke virker, bliver registreret. Udfaldet af opkaldet til et evt. andet telefonnummer bliver registreret.
Oplyst ferie på telefonsvarer		Ferie bliver registreret.

* Dette inkluderer også opkald, hvor vi kommer igennem til en telefonsvarer uden mulighed for at indtale en besked.
** Her skal psykologen skabe kontakt til patienten. Det kan både ske ved at psykologen besvarer opkaldet ved at ringe tilbage til patienten eller ved, at psykologen kontakter patienten via sms.

En psykologpraksis er i denne undersøgelse defineret som telefonisk tilgængelig, hvis:

- Praksis er umiddelbart telefonisk kontaktbar. Dvs., hvis
  - Vi opnår direkte kontakt ved første opkald
  - Vi opnår direkte kontakt ved ét af genopkaldene
  - Vi opnår kontakt inden for 10 minutter i telefonkø
- Praksis besvarer telefonsvarerbesked eller ubesvarede opkald inden for to hverdage, jf. Overenskomst om psykologhjælp, der siger, at psykologen skal kontakte patienten senest inden for to hverdage (bilag 1)

Psykologer, der på sin telefonsvarer har oplyst ferie i den periode, hvor undersøgelsen af den telefoniske tilgængelighed har fundet sted, indgår hverken som tilgængelig eller ikke-tilgængelig i undersøgelsen.

Opkaldene er foretaget i uge 46 og 47 i 2016. Før opkaldene er foretaget, er de 251 psykologpraksis varslet pr. mail om, at undersøgelsen vil blive gennemført[3]. Registrering af eventuelle besvarelser fra psykologerne er stoppet den 2. december 2016.

[3] ETU har i samarbejde med Dansk Psykologforening varslet samtlige 251 psykologpraksis. Dette fandt sted den 10. november 2016.

Bilag 2 viser de beskeder, vi har indtalt på psykologernes telefonsvarer og på vores egen telefonsvarer, samt den standardtekst vi har benyttet til at informere psykologerne om undersøgelsen, når vi har været i direkte kontakt med dem.

3 Repræsentativitet

De psykologpraksis, der har oplyst telefontid, er blevet ringet op inden for denne telefontid. Som udgangspunkt er det den oplyste telefontid på sundhed.dk, der afgør, hvornår psykologen er blevet ringet op. Hvis psykologen derimod ikke har oplyst telefontid på sundhed.dk, men har oplyst telefontid på egen hjemmeside, er det telefontiden fra hjemmesiden, der er ringet op inden for. Opkald til psykologer med oplyst telefontid er fordelt jævnt ud på alle hverdage. Hvis en psykolog har angivet specifikke dage for telefontiden, er der taget højde for dette i fordelingen.

Da der er tale om en totalundersøgelse bliver repræsentativitet alene et spørgsmål om at sikre sammenlignelighed mellem praksis med og uden oplyst telefontid. Opkaldene til de psykologer, der *ikke* har oplyst telefontid, er derfor blevet fordelt ud fra en fordelingsnøgle, der afspejler fordelingen for psykologerne *med* oplyst telefontid. Det sikrer, at opkaldene til psykologer uden oplyst telefontid matcher fordelingen af psykologer med oplyst telefontid. Psykologer uden oplyst telefontid er dermed ud fra fordelingsnøglen blevet tilfældigt fordelt ud på alle hverdage og følgende fire tidsintervaller; kl. 8-9, kl. 9-12, kl. 12-13, kl. 13-16.[4] Denne metode sikrer, at vi meningsfuldt kan sammenligne tilgængeligheden blandt psykologer, der hhv. oplyser og ikke oplyser telefontider.

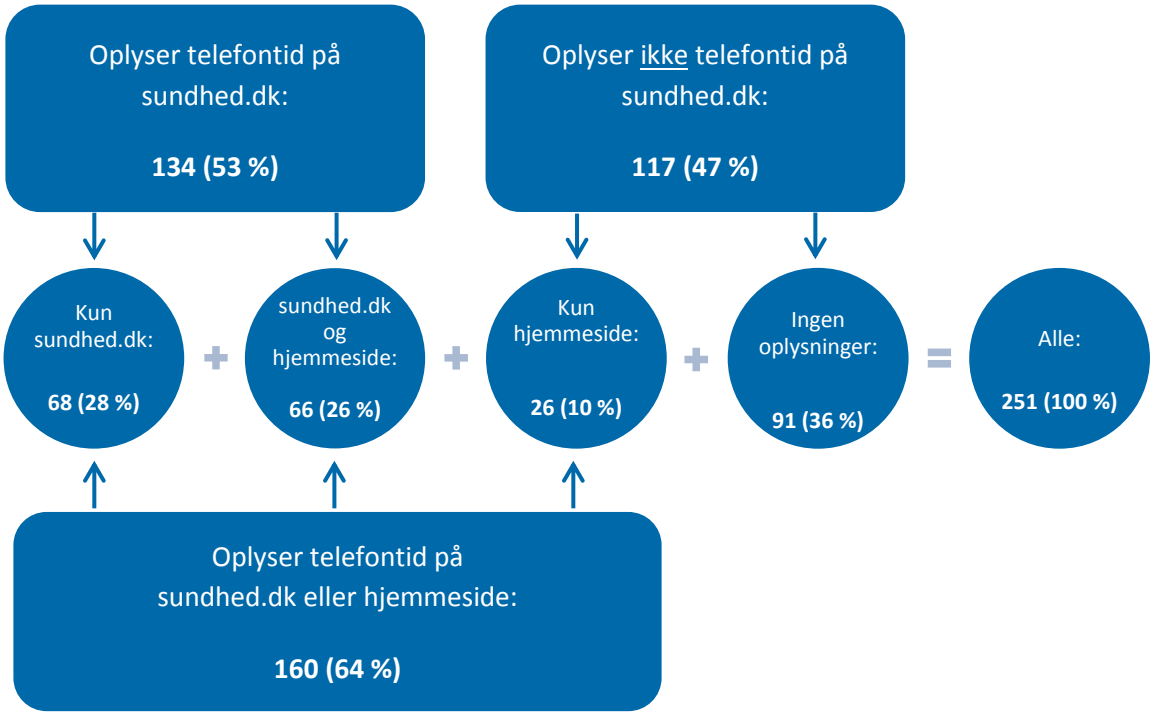
[4] På trods af at nogle få psykologer er blevet ringet op inden for oplyst telefontid før kl. 8 og efter kl. 16, er psykologer uden oplyst telefontid kun blevet ringet op inden for tidsintervallet 8-16.

4 Tilgængelighedsinformation - sundhed.dk og hjemmeside

4.1 Hver anden psykolog oplyser om telefontider på sundhed.dk

53 % af psykologerne oplyser telefontid på sundhed.dk. Det svarer til 134 af de 251 psykologer i undersøgelsen. 68 psykologer oplyser udelukkende telefontid på sundhed.dk, mens 66 psykologer oplyser telefontid på både sundhed.dk og egen hjemmeside.

Figur 4.1 Oplyste telefontider



Ud af de resterende 117 psykologer, der ikke oplyser telefontid på sundhed.dk, oplyser 26 telefontid på egen hjemmeside, mens 91 psykologer ikke oplyser telefontid nogen af stederne. Alt i alt oplyser 160 psykologer, 64 %, telefontid på enten sundhed.dk eller egen hjemmeside.

Blandt de 66 psykologer, der oplyser telefontid på både sundhed.dk og egen hjemmeside, oplyser 44 den samme telefontid begge steder, mens der for 22 psykologer ikke er overensstemmelse mellem de oplyste telefontider.[5]

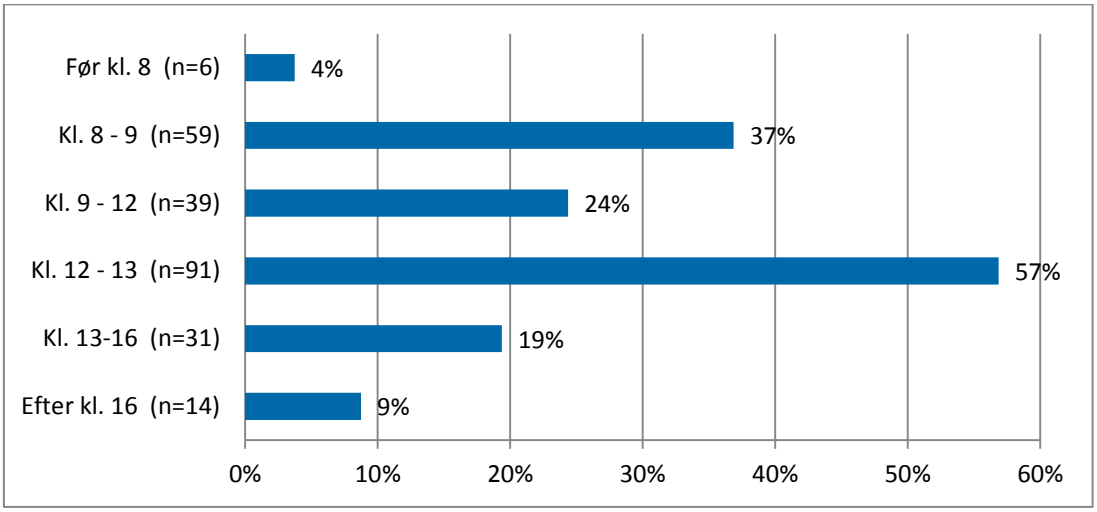
[5] Uoverensstemmelse mellem telefontider på sundhed.dk og hjemmeside vil sige, at psykologen enten angiver forskellige tidspunkter eller forskellige dage de to steder. Derimod er en psykolog, der angiver samme telefontid på sundhed.dk og hjemmeside, men som angiver dagene mandag-fredag ét af stederne og ingenting det andet sted, opgjort som, at der er overensstemmelse mellem tiderne.

4.2 Psykologernes telefontider

De følgende opgørelser beskriver telefontiderne nærmere. Vi bruger telefontiderne oplyst på sundhed.dk, og alternativt telefontiderne oplyst på hjemmesiderne, såfremt psykologerne ikke har oplyst telefontid på sundhed.dk.

Over halvdelen, 57 %, af psykologerne har telefontid kl. 12-13 (figur 4.2). Tidsrummet kl. 8-9 er det næstmest benyttede tidspunkt på dagen for psykologernes telefontid. Her har 37 % af psykologerne telefontid.

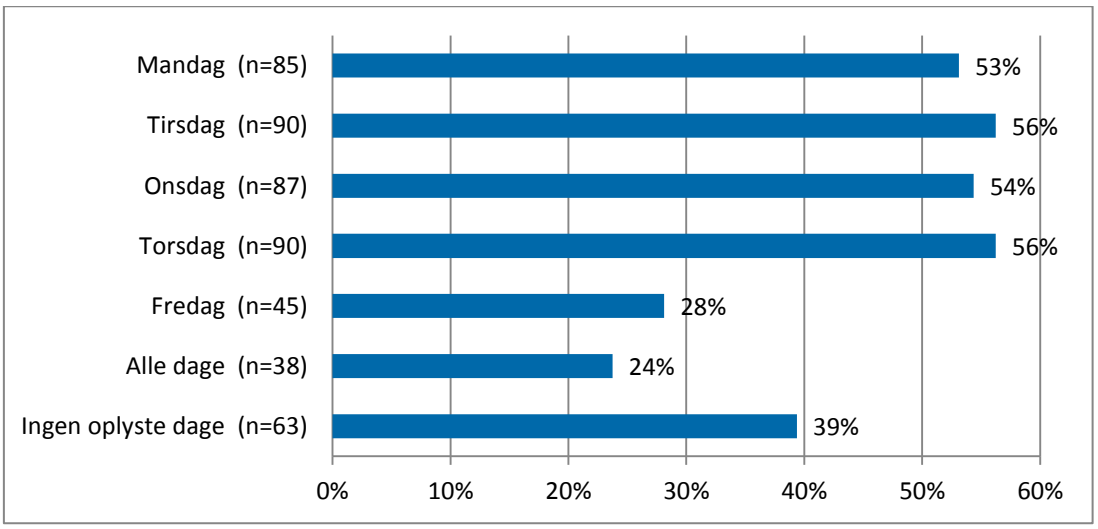
Figur 4.2 Psykologernes telefontider fordelt på tidspunkter



Bemærk at andelen ikke summer til 100 % og antallet ikke til 160 (antallet af psykologer med oplyst telefontid). Det skyldes, at der kan være telefontider, der overlapper de specifikke tidsrum, samt at nogle psykologer har telefontid på flere tidspunkter af dagen.

De mest populære dage for telefontid er mandag til torsdag, hvor mellem 53 % og 56 % af psykologerne har telefontid (figur 4.3). Derudover er det interessant at bemærke, at 39 % af psykologerne har oplyst en telefontid, men ikke på hvilke ugedage den er gældende.

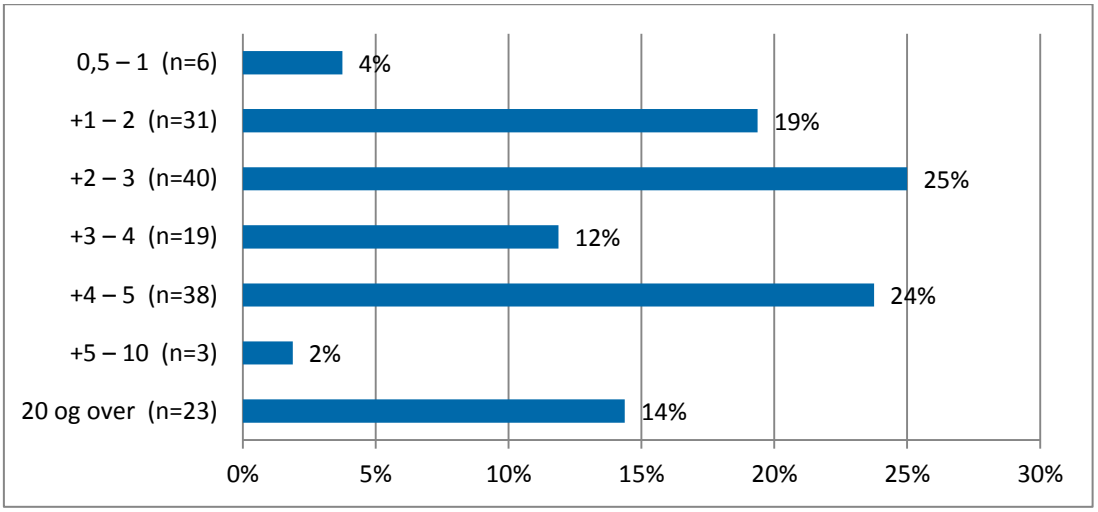
Figur 4.3 Psykologernes telefontider fordelt på ugedage



Bemærk at andelen ikke summer til 100 % og antallet ikke til 160 (antallet af psykologer med oplyst telefontid). Det skyldes, at en telefontid kan være gældende for flere af ugedagene, samt at nogle psykologer har mere end én opgivet telefontid.

Størstedelen af psykologerne, 80 %, har mere end én time og op til fem timers telefontid om ugen (figur 4.4). Det højeste antal ugentlige timer en psykolog har telefontid er 50 timer, mens det laveste er en halv time. Psykologerne har i gennemsnit 8,3 timers telefontid om ugen, mens median psykologen har fire timers telefontid om ugen.[6]

Figur 4.4 Psykologernes ugentlige telefontid i timer



For de psykologer, der ikke oplyser nogen dage ved telefontiden, har vi antaget, at telefontiden er gældende for alle dagene mandag til fredag.

[6] Medianen er den midterste værdi af psykologernes ugentlige telefontider i timer, når disse er sorteret fra mindste til største observation. Ideen ved at bruge medianen i forhold til gennemsnittet er, at medianen er stabil overfor ekstreme værdier. Eksempelvis vil de få psykologer (23) med mere end 20 timers telefontid (se figur 4.4) trække gennemsnittet meget op.

4.3 Andre oplysninger fra sundhed.dk og hjemmeside

Ud over psykologernes telefontid er der fra sundhed.dk og psykologernes egne hjemmesider også registreret, om psykologerne har oplyst konsultationstid, om der er mulighed for at kontakte psykologen via e-mail, og om psykologen har et online tidsbestillingssystem. Derudover er der alene ud fra sundhed.dk registreret, om der er et link til psykologens egen hjemmeside, om psykologen har mærket "God adgang", om psykologen har handicapvenlig adgang, og om psykologen har handicaptoilet.

Tabel 4.1 viser hvor stor en andel og hvor mange af psykologerne, der har registreret ovenstående informationer på sundhed.dk og/eller hjemmeside. Den sidste kolonne viser hvor mange psykologer, der ikke har oplyst informationen nogen af stederne.

Tabel 4.1 Andre oplysninger fra sundhed.dk og hjemmeside

	Sundhed.dk		Hjemmeside		Ingen oplysning	
Emne	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal
Konsultationstid	0 %	0	4 %	9	96 %	242
E-mail	100 %	250	71 %	177	0 %	1
Tidsbestillingssystem	2 %	4	0 %	1	98 %	246
Link til hjemmeside*	58 %	146				
Mærkeordningen "God adgang"	3 %	7				
Handicapvenlig adgang	37 %	94				
Handicaptoilet	15 %	37				

* Ét af linkene fører til en forkert hjemmeside, mens syv af linkene ikke virker.

Næsten ingen af psykologerne har oplyst konsultationstid (tabel 4.1). Kun 4 % oplyser konsultationstid på deres egen hjemmeside. Det har efter undersøgelsens iværksættelse vist sig, at der på sundhed.dk ikke er et defineret felt til registrering af konsultationstid.

Alle psykologer på nær én har oplyst en e-mail på sundhed.dk. Derudover har langt størstedelen også oplyst deres e-mail på egen hjemmeside.

Det er sjældent, at psykologerne har et tidsbestillingssystem. Således har 98 % hverken oplysning om et sådant system på sundhed.dk eller har et på deres hjemmeside. De fire psykologer, der på sundhed.dk oplyser, at de har et tidsbestillingssystem, har ikke systemet på deres hjemmeside.

Lidt over halvdelen af psykologerne, 58 %, har et link til deres hjemmeside på sundhed.dk.

Derudover er 3 % registreret på sundhed.dk med mærkeordningen "God adgang", og hhv. 37 % og 15 % har på sundhed.dk registreret handicapvenlig adgang og handicaptoilet.

5 Telefonisk tilgængelighed

5.1 Fire ud af fem psykologer er telefonisk tilgængelig

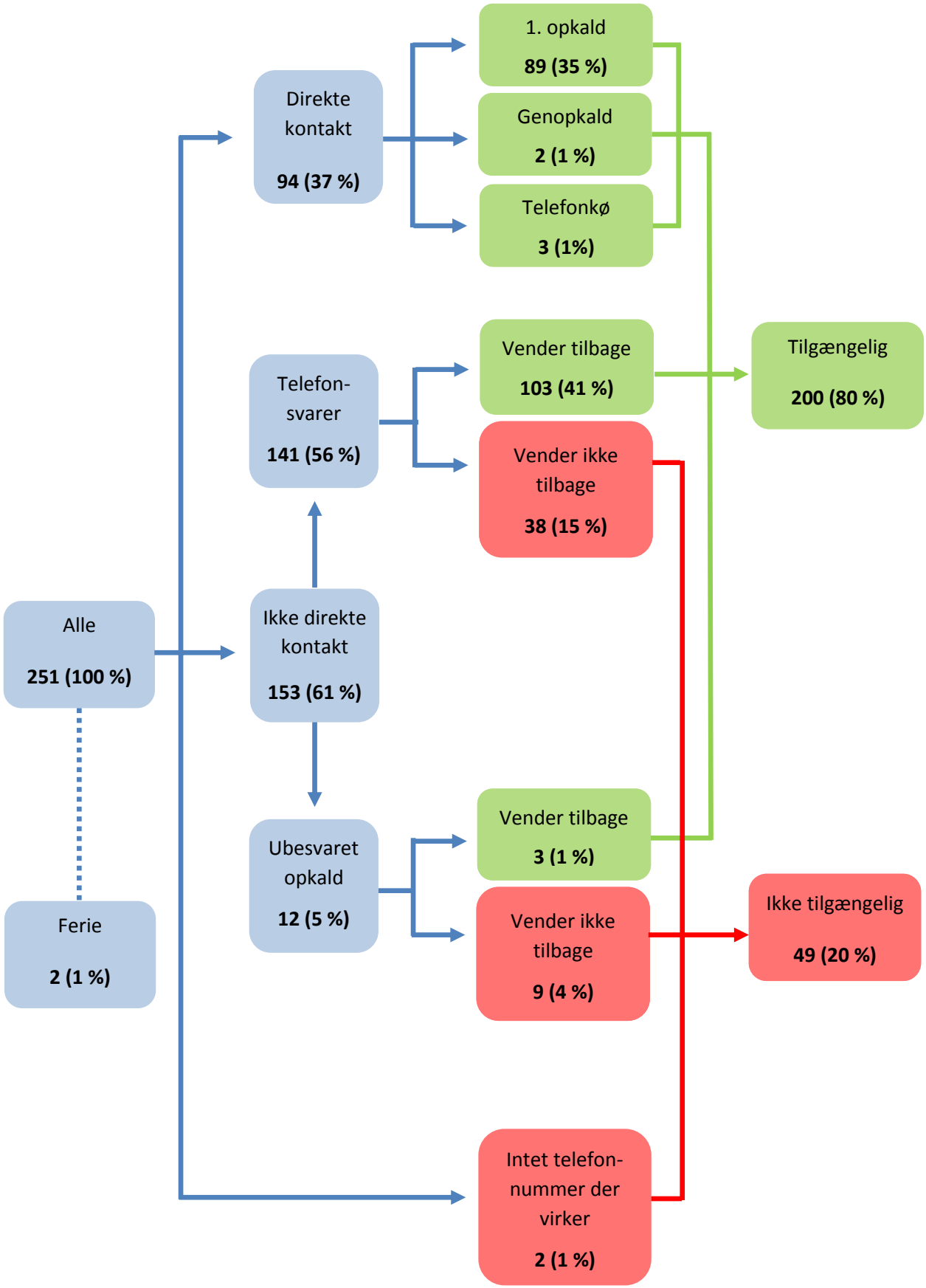
Figur 5.1 viser et flowdiagram over de forskellige udfald af opkaldene til undersøgelsens 251 psykologpraksis. To af de 251 praksis oplyser ferie på telefonsvareren i den periode opkaldene er foretaget, og indgår, jf. metodeafsnittet, ikke i opgørelsen af den telefoniske tilgængelighed.

94 praksis er umiddelbart telefonisk kontaktbare (enten ved besvarelse af første opkald (89), ved kontakt ved genopkald (2) eller ved kontakt inden for 10 minutter i telefonkø (3)). Derudover er 106 praksis ikke direkte telefonisk kontaktbare, men vender, jf. overenskomsten, tilbage inden for to dage efter, at der er indtalt besked på telefonsvarer (103) eller efter et registreret 'ubesvaret opkald' (3). Disse i alt 200 praksis er alle ifølge undersøgelsens definition telefonisk tilgængelige.

Af de 153 praksis, der ikke er umiddelbart telefonisk kontaktbare, er der en række praksis, der heller ikke vender tilbage inden for to hverdage efter enten 'ubesvaret opkald' (9) eller efter indtalt besked på telefonsvarer (38). Derudover er der to praksis, hvor de oplyste telefonnumre ikke virker. Disse i alt 49 praksis er ifølge undersøgelsens definition ikke telefonisk tilgængelige.

I alt er 80 % af praksis altså telefonisk tilgængelige (heraf er 47 % umiddelbart kontaktbare), mens 20 % af praksis ikke er telefonisk tilgængelige efter undersøgelsens definition.

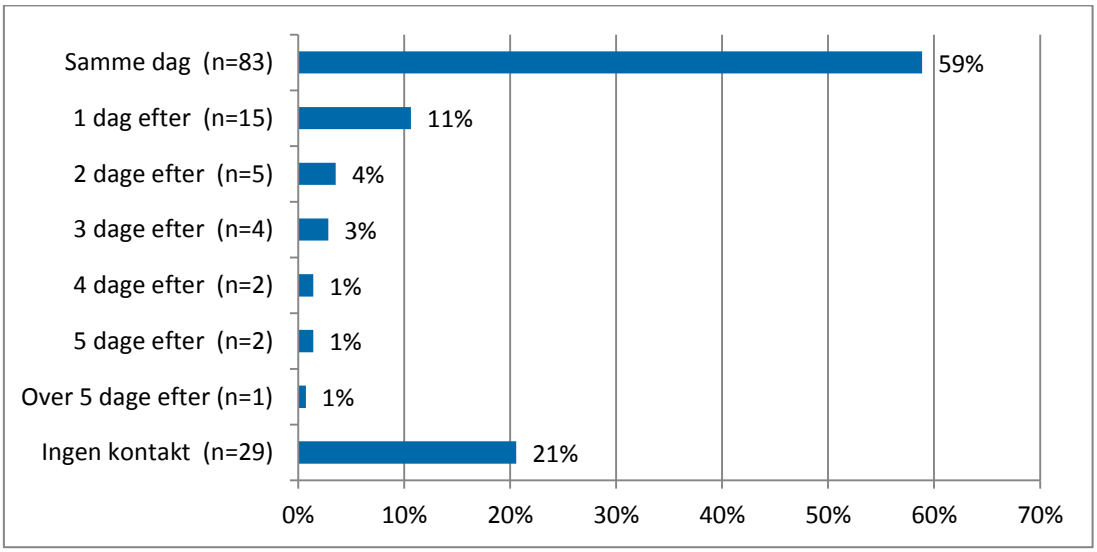
Figur 5.1 Flowdiagram over opkaldene



Forløbet med at komme i kontakt med de psykologer, der ikke er direkte kontakt med ved første opkald, beskriver vi nærmere i det følgende.

I alt 141 opkald går på telefonsvarer, hvor der er mulighed for at indtale en besked. Tre ud af fire af de psykologer, der modtager en telefonsvarerbesked, efterlever kravene i overenskomsten om at kontakte patienten senest inden for to hverdage. Dette kan ses af figur 5.2, der viser, hvor lang tid der går, fra beskeden på telefonsvareren bliver indtalt, til psykologen vender tilbage via telefonopkald eller sms. 59 % vender således tilbage samme dag, mens 15 % vender tilbage en eller to dage efter. 21 % af psykologerne vender slet ikke tilbage inden for den periode, undersøgelsen er i gang.[7]

Figur 5.2 Hvor hurtigt vender psykologerne tilbage efter indtalt telefonsvarerbesked?



Bemærk at 141 psykologer indgår i opgørelsen. Weekenddage tæller ikke med. Dvs. hvis en psykolog er blevet ringet op en fredag og vender tilbage mandag, tæller det som en dag efter.

De tre gange, hvor opkaldet går i telefonkø, besvarer psykologen opkaldet inden for et minut.

14 psykologer modtager op til tre genopkald.[8] Ved to af psykologerne er der kontakt ved første genopkald et minut efter det første opkald, mens tre af psykologerne besvarer de ubesvarede opkald inden for to hverdage (tabel 5.1). Samlet set er fem af disse 14 psykologer altså telefonisk tilgængelige.

Tabel 5.1 Kontakt ved genopkald

	Antal	Andel
Kontakt ved 2. opkald	2	18 %
Besvarer opkald inden for 2 hverdage	3	27 %
Ingen kontakt	9	82 %

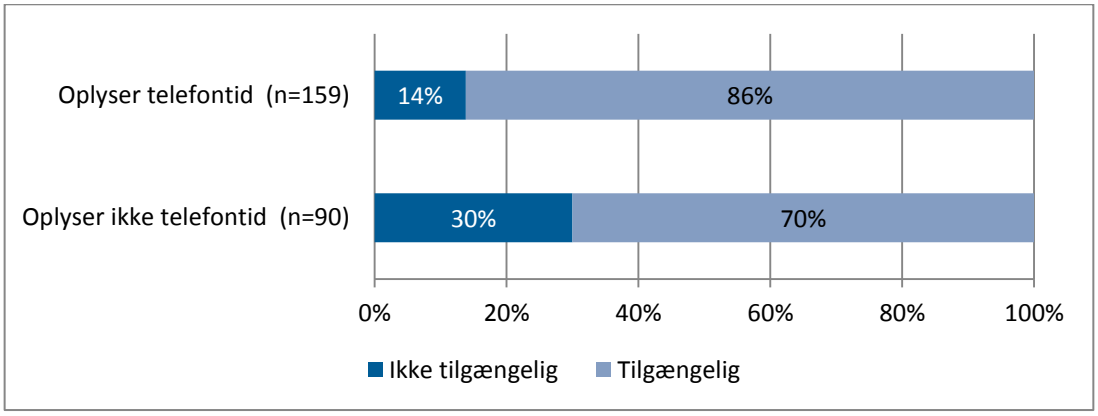
[7] Registrering af eventuelle besvarelser fra psykologerne er stoppet d. 2. december 2016. Det er derfor muligt, at nogle af de psykologer, der er registreret som "ingen kontakt", efterfølgende kan have kontaktet os. Havde vi fortsat registreringen, kunne de være endt i kategorien "Over 5 dage efter".

[8] For de psykologer, hvor der ikke er kontakt ved første opkald, og hvor der ikke er mulighed for at indtale en telefonsvarerbesked, eller hvor opkaldet ikke går i telefonkø, har vi foretaget op til tre genopkald.

5.2 Psykologer med oplyst telefontid er mere tilgængelige

Når vi ser på tilgængeligheden ud fra, om psykologerne oplyser telefontid eller ej, viser undersøgelsen, at 86 % af psykologerne med oplyst telefontid er telefonisk tilgængelige, mens 70 % af psykologerne uden oplyst telefontid er telefonisk tilgængelige (figur 5.3). Psykologer med oplyst telefontid er altså mere tilgængelige.

Figur 5.3 Telefonisk tilgængelighed fordelt på oplyst telefontid

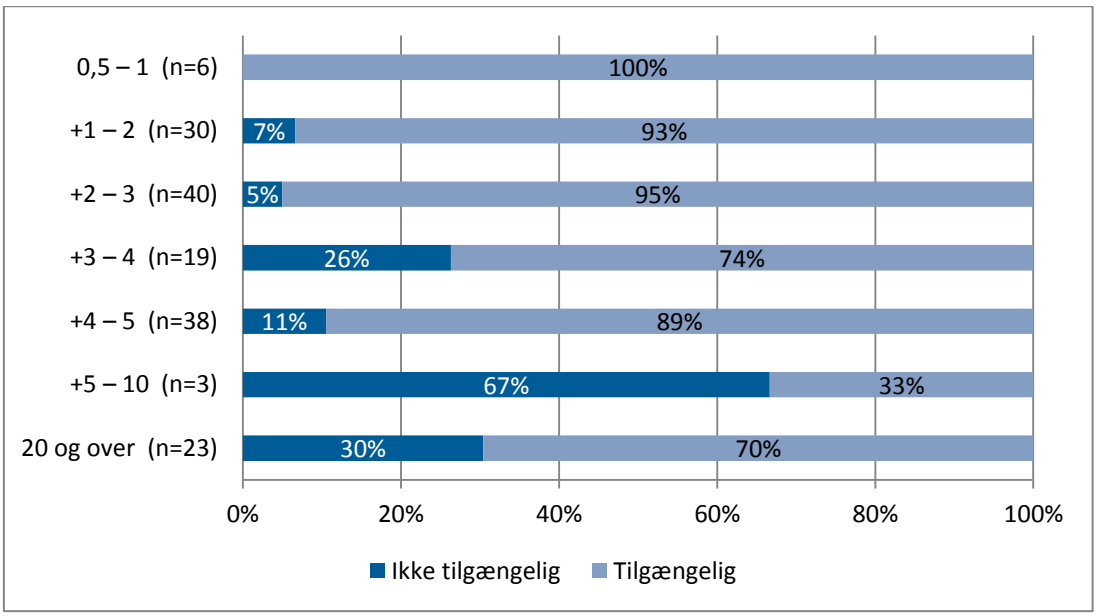


Bemærk at kun 249 psykologer indgår i denne opgørelse, da to psykologer har oplyst ferie i undersøgelsesperioden, og derfor ikke indgår.

5.3 Ingen sammenhæng mellem tilgængelighed og antallet af ugentlig telefontimer

Der er ingen klar sammenhæng mellem antallet af ugentlige telefontimer og den telefoniske tilgængelighed (figur 5.4). Der er dog en lille tendens til, at psykologer med færre ugentlige telefontimer er mere telefonisk tilgængelige.

Figur 5.4 Telefonisk tilgængelighed fordelt på antal ugentlig telefontimer

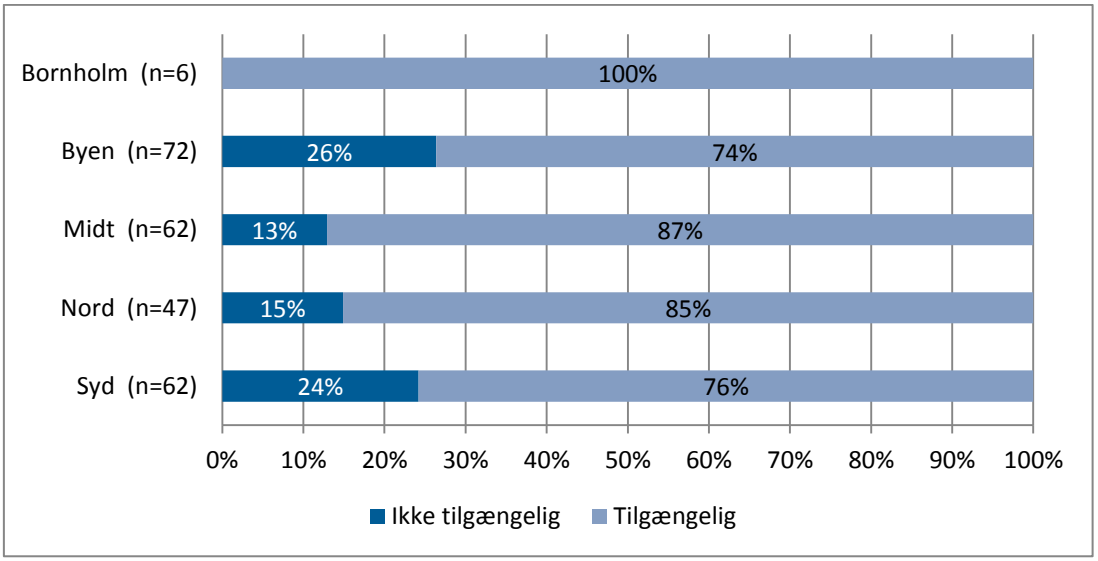


Bemærk at kun 159 af de 160 psykologer, der har oplyst telefontid, indgår i denne opgørelse. Én psykolog med oplyst telefontid oplyser ferie i undersøgelsesperioden og indgår derfor ikke.

5.4 Tilgængelighed fordelt på planområde

Samtlige psykologer på Bornholm er telefonisk tilgængelige (figur 5.5). Byen og Syd er de planområder, hvor den største andel psykologer ikke er telefonisk tilgængelige. Her er omkring én ud af fire psykologer ikke tilgængelige.

Figur 5.5 Telefonisk tilgængelighed fordelt på planområde



Bemærk at kun 249 psykologer indgår i denne opgørelse, da to psykologer har oplyst ferie i undersøgelsesperioden og derfor ikke indgår.

Bilag 1: Overenskomst om psykologhjælp

Mål om telefonisk tilgængelighed, jf. § 16

- *Stk. 1*: "Med henblik på at tilvejebringe uddybende information til brug for patientens valg af psykolog, er der for hver psykolog en praksisdeklaration, som er tilgængelig på sundhed.dk."
- *Stk. 2*: "Psykologen er forpligtet til at vedligeholde egne oplysninger i praksisdeklarationen. Oplysningerne redigeres på sundhed.dk, og der logges på med brug af digital signatur."
- *Stk. 3*: "I praksisdeklarationen vil følgende oplysninger fra regionens yderregister fremgå:
    - Praksisnavn, konsultationsadresse og telefonnummer
    - Navn, alder og køn på indehaver af klinikken.

  Psykologen skal selv oplyse (uddrag):

    - Aktuelle konsultations- og telefontider.
    - Oplysning om ferie og længerevarende fravær, sygdom og kurser mv."
- ANMÆRKNING TIL § 16, STK. 3:

"Hvis en patient ikke opnår kontakt med psykologen via de angivne kontaktmuligheder i psykologens praksisoplysning inden for den given træffetid, skal psykologen normalt kontakte patienten næstfølgende hverdag efter patientens henvendelse, dog senest inden for to hverdage."

Bilag 2: Standardtekster til opkald til psykologpraksis

Ved kontakt til psykologen informerer vi psykologen om følgende:

Hej, jeg hedder [navn]. Jeg ringer fra Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden.

Vi er i gang med at undersøge den telefoniske tilgængelighed blandt psykologer med overenskomst i Region Hovedstaden.

En del af denne undersøgelse er derfor, at vi ringer dig op. Jeg registrerer nu, at vi har haft kontakt til dig.

Du skulle gerne være blevet varslet om undersøgelsen d. 10/11 2016 i en mail.

Undersøgelsens resultater bliver offentliggjort i aggregeret form i en rapport til samarbejdsudvalget for psykologhjælp.

Det var det hele. Er der noget, du vil spørge om?

Undskyld forstyrrelsen. Hav en god dag.

Ved telefonsvarer indtaler vi følgende:

Hej det er [dit fornavn].

Du kan ringe tilbage på telefonnummer [nummeret til den mobiltelefon, du ringer fra].

Vores telefonsvarer siger følgende:

Hej, du har ringet til Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden.

Det opkald, du har besvaret, er en del af en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i psykologpraksis, som vi laver for Region Hovedstaden.

Du må derfor meget gerne indtale navn og telefonnummer. Så registrerer vi, at du har besvaret vores opkald, og du behøver ikke gøre yderligere.

Har du spørgsmål, så kontakt Christine Enevoldsen Flink på tlf. 38 64 99 60.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Telefon: 38649966
E-mail: eeb@regionh.dk
www.patientoplevelser.dk