

Region Hovedstaden
Koncern Praksis

Praksisudviklingsplan for psykologhjælp 2014-2017

Planudkast med synlige rettelser efter høring og
samarbejdsudvalgets møde 6.11.2013

REGION

Indhold

Resume.....	4
Plan for kapacitet og tilgængelighed.....	4
Geografisk dækning og den samlede kapacitet.....	4
Rekruttering og fastholdelse.....	4
Ventetider.....	5
Tilgængelighed.....	5
Plan for udvikling.....	5
Rammer for kvalitetsudvikling.....	5
Organisatorisk kvalitet.....	6
Sundhedsfaglig kvalitet.....	6
Patientoplevelt kvalitet.....	7
Grundbeskrivelse.....	7
Implementering.....	7
Baggrund.....	8
1. Formål med praksisudviklingsplanen.....	8
2. Psykologpraksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen.....	8
3. Rammer for praksisplanlægningen.....	9
Overenskomstmæssige rammer for praksisplanlægning..	9
4. Udarbejdelse og høring.....	10
5. Implementering.....	10
6. Data og begreber.....	10
7. Praksisudviklingsplanens opbygning.....	11
Plan for kapacitet og tilgængelighed.....	13
1. Geografisk dækning og den samlede kapacitet.....	13
Planlægningsområder.....	13
Kapacitet og dækningsgrad.....	14
Praksisstruktur.....	19
2. Rekruttering og fastholdelse.....	21
3. Ventetider.....	22
4. Tilgængelighed.....	24
Telefonisk og elektronisk tilgængelighed.....	24
Tilgængelighed for personer med fysiske handicap.....	25
Plan for udvikling.....	28
1. Rammer for kvalitetsudvikling.....	28
Forberedelse til akkreditering.....	29
Fortsættelse og udvikling af praksiskonsulentordning.....	29
2. Organisatorisk kvalitet.....	30
Samarbejde med almen praksis.....	30
Samarbejde med praktiserende speciallæger i psykiatri og børne-ungdomspsykiatri samt psykiatrien generelt...	33
Anvendelse af sundhed.dk.....	34
3. Sundhedsfaglig kvalitet.....	35
4. Patientoplevelt kvalitet.....	38
Grundbeskrivelse.....	40
til Praksisudviklingsplan for psykologhjælp 2014-2017.....	40
1. Planlægningsområder.....	41

2. Aldersfordeling.....	42
3. Tilgængelighed for personer med handicap	43
4. Kapacitet.....	46
4.1 Psykologkapacitetens omfang og geografiske fordeling.....	46
4.2 Psykologkapacitetens fordeling.....	48
a. Omfanget af søgning til ledige kapaciteter i Region Hovedstaden i 2009	48
4.4. Befolkningsfremskrivning.....	48
4.5. Ventetider.....	49
5. Aktivitet.....	49
5.1 Patienter.....	49
5.2. Produktion	50
5.3. Forbrug.....	54

Resume

Praksisplanen består af to dele:

- Plan for kapacitet og tilgængelighed.
- Plan for udvikling.

Plan for kapacitet og tilgængelighed

I Plan for kapacitet og tilgængelighed belyses, hvilke forhold der fremtidigt kan påvirke den samlede kapacitet, samt målsætninger og anbefalinger for geografisk dækningsgrad, rekruttering og fastholdelse samt praksisstruktur, ventetider og tilgængelighed.

Geografisk dækning og den samlede kapacitet

Planen anbefaler, at de planlægningsområder, som anvendes ved placering af psykologkapaciteter, justeres for et enkelt område og i øvrigt vurderes nærmere i planperioden. Der er ved planens udarbejdelse 256 ydernumre. Antallet af borgere pr. psykolog varierer mellem de geografiske områder i regionen. Syd har flest borgere pr. psykolog, Byen har færrest. Der er ikke aktuelle planer om at udvide antallet af kapaciteter.

Der er ikke eksakt viden om de praktiserende psykologers fordeling på praksisformer. Det er en forventning, at samarbejde i praksisfællesskaber kan være en fordel bl.a. i relation til etablering af faglige miljøer herunder også med andre behandlere end psykologer. Planen anbefaler at kortlægge antallet af praksisfællesskaber og at tilrettelægge en proces, der kan understøtte etableringen af praksisfællesskaber.

Målsætninger for geografisk dækning og den samlede kapacitet

- Psykologkapaciteten er fordelt geografisk under hensyn til samarbejdsfladen med det øvrige sundhedsvæsen og tilgængelighed for borgeren.
- Tilbuddet om psykologhjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det samlede sundhedsvæsen.

Rekruttering og fastholdelse

Der har ikke været problemer med rekruttering af psykologer til nye eller ledige ydernumre i den forløbne planperiode, og en vurdering af alderssam-

mensætning og rekrutteringsmuligheder viser, at der ikke er behov for særlige rekrutteringstiltag i planperioden.

Målsætninger for rekruttering og fastholdelse

- Der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal psykologer til at sikre en passende kapacitet i psykologpraksis

Ventetider

At kende ventetiden er vigtigt for borgerne, når de skal vælge psykolog. I henhold til overenskomsten skal psykologerne registrere deres ventetid på sundhed.dk hver anden måned. Ventetidsregistreringerne viser, at en del psykologer ikke har registreret deres ventetid, og at nogle psykologer har lang ventetid. Planen anbefaler, at samarbejdsudvalget halvårligt følger på både ventetid og ventetidsregistrering.

Målsætninger for ventetider

- Patienter har overblik over ventetiden, når de skal vælge psykolog

Tilgængelighed

Under halvdelen af psykologpraksis i regionen har handicapegnede adgangsforhold. Ud fra psykologpraksis' egne registreringer har 33 % handicapegnede adgangsforhold, og 9 % har toiletforhold, som er egnede for personer med handicap. Der er ikke aftalt en definition af handicaptilgængelighed, hvilket giver en usikkerhed om disse forhold. Planen anbefaler blandt andet, at der aftales en definition af handicapegnede adgangs- og toiletforhold, og at der gennemføres en kortlægning af tilgængeligheden for handicappede i psykologpraksis. Samarbejdsudvalget skal årligt følge op på handicaptilgængeligheden.

Slettet: Psykologernes konsultationslokaler har generelt ringe adgangsforhold.

Slettet: denne bruges i registreringer fremover med henblik på at øge patienternes kendskab til adgangsforhold i praksis

Målsætninger for tilgængelighed

- Patienter kommer nemt i kontakt med den praktiserende psykolog.
- Psykologpraksis er tilgængelig for personer med handicap.

Plan for udvikling

Plan for udvikling beskriver, hvordan samordning, koordination og kvalitets sikring af tilbuddet om psykologhjælp sikres i planperioden.

Rammer for kvalitetsudvikling

Overenskomsten fastsætter, at Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) på sigt også skal omfatte psykologpraksis. Regionernes fælles strategi for kvalitets-

udvikling bygger også på denne model. Formålet med modellen er at sikre, at der arbejdes systematisk med kvalitet og kvalitetsudvikling i alle behandlergrupper, som regionerne har overenskomst med. Det følger heraf, at behandlerne skal arbejde systematisk med den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet i deres praksis.

Praksiskonsulentordningen for psykologpraksis arbejder med at styrke praktiserende psykologers tværsektorielle og tværfaglige samarbejde og bidrager til monofaglig udvikling i psykologpraksis. Planen anbefaler, at ordningen fortsættes, da den er et godt redskab til at støtte psykologernes arbejde med kvalitetsudvikling inden for Den Danske Kvalitetsmodel.

Målsætning for kvalitetsudvikling

- Praktiserende psykologer arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling.

Organisatorisk kvalitet

Samarbejdet med almen praksis, som henviser patienterne til psykologhjælp, og som modtager patienterne igen efter endt psykologbehandling, er væsentligt for at sikre sammenhæng i forløb for patienten. Planen sætter blandt andet fokus på udvikling i henvisninger, epikriseskrivning og kommunikation generelt, f.eks. via netværksdannelse.

Der er et meget begrænset samarbejde mellem psykologpraksis og praktiserende speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, og med den hospitalsbaserede psykiatri. Planen anbefaler, at det afdækkes, om det kan gavne patienters behandlingsforløb at udvikle et tværfagligt samarbejde omkring konkrete patientforløb.

Sundhed.dk giver mulighed for at informere psykologpraksis om faglige og administrative retningslinjer og nyheder. Planen anbefaler, at regional information til psykologpraksis på sundhed.dk udvikles, og at der gøres en indsats for at øge psykologernes anvendelse af siden.

Målsætninger for organisatorisk kvalitet

- Patienter oplever sammenhængende forløb i sektorovergangen mellem almen praksis og psykologpraksis.
- Patienter som behandles både i psykologpraksis og i psykiatrien oplever sammenhængende forløb.
- Relevant information er formidlet til de praktiserende psykologer på sundhed.dk.

Sundhedsfaglig kvalitet

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal på sigt implementeres i psykologpraksis blandt andet for at sikre den sundhedsfaglige kvalitet af de leverede ydelser. Planen lægger op til at forberede en kommende anvendelse af metoder og begreber fra DDKM, og anbefaler, at der i planperioden skabes de første erfaringer med databaseret kvalitetsudvikling. Planen anbefaler bl.a., at der foretages pilotprojekter, hvor enkelte praksis med støtte fra regionens

konsulenter arbejder med registrering af patientdata og systematisk anvendelse af data til udvikling af behandlingsarbejdet i praksis.

Patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser er nyt for psykologpraksis. For at implementere lov om patientsikkerhed anbefales en indsats for at øge psykologpraksis' kendskab til patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.

De regionale efteruddannelsesmidler, som forventes afsat i næste overenskomst, anbefales målrettet netop arbejdet med sundhedsfaglig kvalitet med udgangspunkt i DDKM og i øvrigt til opfølgning af indsatser, som er beskrevet i praksisudviklingsplanen.

Målsætninger for sundhedsfaglig kvalitet

- Patienterne oplever en ensartet høj kvalitet i behandlingen.
- Psykologer forholder sig til egne data og udvikler på baggrund heraf kvaliteten i egen praksis.
- Behandling hos psykolog er sikker for patienterne.

Patientoplevet kvalitet

Patientoplevet kvalitet indgår som en del af Den Danske Kvalitetsmodel.

Region Hovedstadens patient- og pårørendepolitik lægger ligeledes op til, at patienternes erfaringsbaserede vurdering af kvaliteten i den behandling, de modtager, benyttes i udvikling af behandlingstilbuddet.

Patienterne kan på sundhed.dk se epikriser efter endt behandling hos praktiserende psykolog og har mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser på samme måde, som behandlerne selv. Planen anbefaler, at patienternes kendskab til disse muligheder styrkes.

Målsætninger for patientoplevet kvalitet

- Psykologpraksis understøtter patienter i at tage vare på egen sundhed.
- Patienter rapporterer utilsigtede hændelser i psykolog praksis.

Grundbeskrivelse

Udover selve praksisudviklingsplanen er der udarbejdet en grundbeskrivelse, som leverer grundoplysninger, der knytter sig til sektorens ydere (psykologer), kapacitet, ydelser og udgiftsudvikling.

Implementering

I planperioden vil der blive udarbejdet en tids- og procesplan, der beskriver, hvordan og i hvilken rækkefølge praksisudviklingsplanens målsætninger tænkes indfriet. Ved behov udarbejdes konkrete handleplaner, som konkretiserer realiseringen af planens mål og anbefaling

Baggrund

1. Formål med praksisudviklingsplanen

Denne praksisplan har til formål at tilrettelægge psykologbetjening i praksissektoren i Region Hovedstaden i perioden 2014-2017. Planen beskriver mål og anbefalinger for planlægning og udvikling af tilbuddet om psykologhjælp, herunder sektorens kapacitet, kvalitetsudviklingen af de leverede ydelser og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

2. Psykologpraksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen

Praktiserende psykologer er selvstændige erhvervsdrivende, som fungerer i henhold til en overenskomst, som er aftalt mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykologforening.

Praktiserende psykologers kerneydelse er psykologisk behandling enten sammen med medicinsk behandling eller som selvstændig behandling.

Praktiserende psykologers opgavevaretagelse spænder vidt og omfatter en række behandlinger og ydelser, der ligger udenfor overenskomstens område og således ikke er tilskudsberettigede for patienten. De opgaver og diagnosegrupper, som er overenskomstmæssigt berettiget til tilskud, fremgår af Faktaboks 1.

Faktaboks 1

Grupper der er tilskudsberettigede til psykologhjælp i henhold til overenskomstens § 2, stk. 1:

1. Røveri-, volds og voldtægts ofre.
2. Trafik- og ulykkes ofre.
3. Pårørende til alvorligt psykisk syge personer.
4. Personer, som er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom.
5. Pårørende til personer, som er ramt af alvorligt invaliderende sygdom.
6. Pårørende ved dødsfald.
7. Personer, der har forsøgt selvmord.
8. Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge.
9. Personer, der inden de fyldte 18 år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb.
10. Personer med let til moderat depression mellem 18-37 år. [I perioden 2012-2015 medfører en tillægsaftale, at aldersgruppen udvides, således at der ikke er en øvre aldersgrænse.](#)
11. Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD og er mellem 18-28 år. [I perioden 2012-2015 medfører en tillægsaftale, at aldersgruppen udvides til at dække 18-38 årige.](#)

3. Rammer for praksisplanlægningen

Praksisplanen er udarbejdet på baggrund af bestemmelser i Overenskomst for psykologhjælp (2011) og således, at praksisplanen er i overensstemmelse med regionens øvrige sundhedsplanlægning, herunder regionens samlede sundhedsplan af 2013. Praksisudviklingsplanen gælder for alle praktiserende psykologer i Region Hovedstaden, som virker under bestemmelserne i overenskomsten for psykologhjælp.

Overenskomstmæssige rammer for praksisplanlægning

Overenskomsten fastlægger vilkår for de praktiserende psykologer og hvilke sundhedsydelser, de skal kunne levere. Overenskomsterne fastlægger også en ramme for kvalitetsudviklingen af ydelserne i psykologpraksis.

Den 1. juli 2011 trådte en ny overenskomst for psykologhjælp i kraft¹, som bl.a. medførte en udvidelse af personkredsen, som kan modtage psykologhjælp med tilskud samt nye tiltag til at højne både samarbejde og kvalitet i praksis.

Det er Samarbejdsudvalget for psykologhjælp, som har kompetencen til at udarbejde en samlet udviklingsplan for psykologpraksis i regionen. Ikrafttræden forudsætter godkendelse i regionsrådet.

Planen skal danne grundlag for sagsbehandling² i Region Hovedstaden og beslutninger i Samarbejdsudvalget for psykologhjælp om kapacitet og kvalitet i psykologpraksis.

Faktaboks 2

Praksisplanlægning i henhold til overenskomstens § 33, stk. 3:

”Samarbejdsudvalget udarbejder en samlet udviklingsplan for psykologpraksis i regionen, der skal godkendes af regionsrådet. I udviklingsplanen skal der bl.a. indgå en behovsanalyse, geografisk placering af praksis, etablering af samarbejdspraksis herunder lokalefællesskab med andre behandlere i sundhedsvæsenet og prioritering af særlige indsatsområder. Planen skal indgå i den øvrige sundhedsplanlægning i regionen.”

¹ Overenskomsten skal genforhandles i 2014.

² Ved sagsbehandling forstås administrativt arbejde udført i Region Hovedstaden med henblik på at sekretariatsbetjene samarbejdsudvalget og understøtte dets beslutninger.

4. Udarbejdelse og høring

Praksisudviklingsplanen er udarbejdet af Samarbejdsudvalget for psykologhjælp i Region Hovedstaden.

Efter høring af planen hos kommuner og en række samarbejdsparter er planen tilrettet til endelig godkendelse ved regionsrådet.▼

Slettet: Planen har været behandlet i samarbejdsudvalg og regionsråd inden udsendelse i offentlig høring. Høringsparter fremgår af bilag 1.

5. Implementering

Implementeringen af planen er underlagt de særlige forhold, som gør sig gældende for det aftalebaserede praksisområde. Implementering af planen skal således ske indenfor rammerne af til enhver tid gældende overenskomst og forpligter ikke praktiserende psykologer, udover hvad der er aftalt i overenskomsten.

Med henblik på at sikre realisering af planens mål og anbefalinger nedsættes en styregruppe for implementering med reference til Samarbejdsudvalget for psykologhjælp.

Styregruppen er paritetisk sammensat med repræsentanter fra Dansk Psykologforening og regionsadministrationen.

6. Data og begreber

Oplysninger og data anvendt i praksisudviklingsplanen stammer fra regionens registreringer om psykologer (antal, praksisform, tilgængelighed, alder, køn), ydelser og udgifter.

Sektorbeskrivelse bygger videre på de opgørelser, der blev udarbejdet i Plan for psykologhjælp 2009-2012.

Af hensyn til en bedre forståelse af begreber og udtryk forklares nøglebegreber nedenfor:

Kapacitet: Kapacitet udtrykker antallet af tildelte ydernumre³ i regionen.

Antallet af kapaciteter er i denne sammenhæng lig med antallet psykologer med ydernummer.

Planområder: Planområder er geografiske områdeinddelinger, som kapaciteten i regionen styres efter. Planområder er et værktøj, som blandt andet finder anvendelse ved nynedsættelser eller ved vurdering af flyttesager, og dermed ændringer i den geografiske fordeling af kapacitet.

Hovedområder: Hovedområder er geografiske områdeinddelinger, som anvendes i planen af fremstillingsmæssige hensyn. Hovedområderne deler regionen op i fire områder: Nord, Midt, Byen og Syd.

³ Et ydernummer tildeles psykologer, som har aftale med Region Hovedstaden om at praktisere i henhold til overenskomsten.

Ydelser/konsultationer: Ved beskrivelse af aktiviteten i sektoren anvendes ofte udtrykket ”antallet af ydelser”, som svarer til det totale antal konsultationer – såvel 1. konsultationer som efterfølgende konsultationer.

Omsætning: Den del af en psykologpraksis’ omsætning, som stammer fra honorarafregningen med Region Hovedstaden. Den indeholder ikke egenbetalingsandelen eller omsætning fra patienter, som modtager behandling uden for overenskomstens rammer. Omsætningen svarer til produktionen af ydelser (og afhænger dermed ikke af, i hvilken region patienten har bopæl).

Akkreditering: Procedure hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver⁴.

Kvalitetscirklen⁵ (pdsa-cirklen):

Planlægge (”Plan”), som i DDKM betyder, at der i institutionen skal foreligge retningsgivende dokumenter, der beskriver, hvordan kvalitetsmålet i den givne akkrediteringsstandard nås (vurderes med indikatorerne på trin 1).

Udføre (”Do”), som betyder, at institutionen skal sikre implementeringen af de retningsgivende dokumenter (vurderes med indikatorerne på trin 2).

Undersøge (”Study”), som betyder, at institutionen skal overvåge kvaliteten af institutionens strukturer og processer samt de leverede ydelser (vurderes med indikatorerne på trin 3).

Handle (”Act”), som betyder, at institutionen skal vurdere resultaterne af overvågningen samt prioritere og iværksætte tiltag, hvor der er kvalitetsbrist (vurderes med indikatorerne på trin 4).

Patientsikkerhed: Sikkerheden for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme.

Patienttilfredshed: Patientens vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

7. Praksisudviklingsplanens opbygning

Praksisplanen består af to dele:

- Plan for kapacitet og tilgængelighed.
- Plan for udvikling.

Herudover er der, som en del af praksisudviklingsplanen, udarbejdet en grundbeskrivelse, som leverer grundoplysninger, der knytter sig til sektorens ydere (psykologer), kapacitet, ydelser og udgiftsudvikling.

⁴ Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner (Danske Selskab for kvalitet i Sundhedssektoren, 2013).

⁵ IKAS (2012). DDKM for sygehuse.

<http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Indledning.aspx>

I Plan for kapacitet og tilgængelighed belyses, hvilke forhold der fremtidigt kan påvirke den samlede kapacitet samt målsætninger og anbefalinger for geografisk dækningsgrad, rekruttering og fastholdelse samt praksisstruktur.

I Plan for udvikling beskrives, hvordan samordning, koordination og kvalitetssikring af tilbuddet om psykologhjælp sikres i planperioden.

Planperioden er fastsat til 2014-2017. Praksisudviklingsplanen omfatter fælles visioner og målsætninger på området. I planperioden vil der blive udarbejdet en tids- og procesplan, der beskriver, hvordan og i hvilken rækkefølge praksisudviklingsplanens målsætninger tænkes indfriet.

Plan for kapacitet og tilgængelighed

1. Geografisk dækning og den samlede kapacitet

Mål:

- **Psykologkapaciteten er fordelt geografisk under hensyn til samarbejdsfladen med det øvrige sundhedsvæsen og tilgængelighed for borgeren.**
- **Tilbuddet om psykologhjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det samlede sundhedsvæsen.**

Planlægningsområder

En hensigtsmæssig områdeinddeling har betydning for praksisplanlægningen ved:

- Bestemmelse af hvor eventuelle nynedsættelser skal placeres.
- Godkendelse af praksisflytninger og andre praksisrelaterede hensyn.
- Som en sammenlignelig rettesnor ved udarbejdelse af statistik og oversigter over psykologkapacitet og økonomiforhold.

Så vidt muligt bør inddelingen i planlægnings- og hovedområder svare til samarbejdsfladen med de vigtigste aktører i sundhedsvæsenet.

Derfor foreslås planlægnings- og hovedområderne, som blev fastlagt i praksisplanen for 2009-2012, grundlæggende videreført i den kommende planperiode, så de følger kommunegrænserne og Københavns Kommunes bydelsgrænser. Et kort og en beskrivelse af planlægningsområderne fremgår af Figur 1 og Tabel 1 i Grundbeskrivelse.

I forbindelse med implementeringen af praksisplan for 2009-2012 er to problemstillinger blevet fremhævet:

- 1) At Amager Øst og Amager Vest deles langs Amagerbrogade, så ulige gadenumre hører til øst og lige gadenumre til vest. Amager er kendetegnet ved, at erhvervsvenlige lokaler findes på Amagerbrogade i højere grad end på det øvrige Amager, som er domineret af beboelse. Det betyder, at byliv og samling af et større antal mennesker koncentrerer her. Dette besværliggør flyttesager på Amager.
- 2) Det er vanskeligt at finde egnede lokaler i området Brønshøj-Husum på grund af bydelens få erhvervslejemål.

Der er ikke et samlet overblik over, om der findes lignende problemstillinger i andre af de planlægningsområder, der anvendes i forbindelse med planlægningen af tilbuddet om psykologhjælp. Det skal afdækkes i planperioden om dette er tilfældet. Analysen skal have særlig fokus på problemstillingen i Brønshøj-Husum.

Anbefalinger:

- Planlægnings- og hovedområder opretholdes som besluttet i Praksisplan for Psykologhjælp 2009-2012 med undtagelse af Amager Øst og Amager Vest, som slås sammen til et planlægningsområde benævnt Amager.
- Planlægningsområdernes geografiske størrelse og placering analyseres og evalueres.

Kapacitet og dækningsgrad

Faktaboks 3

Kapacitetsplanlægning i henhold til Overenskomst om psykologhjælp (2011) § 5:
"Regionen fastsætter antallet af ydernumre med henblik på i fornødent omfang at sikre koordinering og samordning af psykologbetjening i alle områder i regionen. Det sker under hensyntagen til regionens samlede sundhedsplanlægning, den regionale økonomi og udviklingsplanen jf. § 33, stk. 3."

Det overenskomstfastsatte antal ydernumre i Region Hovedstaden er 256. Af de 256 er i alt 53 udløst med henblik på at kompensere for øget tilførsel af patienter i forbindelse med udvidelsen af personkredsen, som er tilskudsberettiget ved diagnoserne let til moderat depression og let til moderat angst og OCD⁶.

38 nye ydernumre blev besat pr. 1. juni 2008 og 15 ydernumre blev annonceret til besættelse pr. 1. januar 2012.

Den geografiske fordeling af kapaciteter fremgår af Tabel 1. Det ses, at antallet af borgere pr. psykolog varierer i de geografiske områder i regionen. Hovedområde Syd har flest borgere pr. psykolog. Byen har færrest. Fordelingen af kapaciteter på kommuneniveau fremgår af grundbeskrivelsen.

⁶ Ved overenskomsten april 2008 blev personkredsen udvidet med henvisningsgruppe 10 (personer med let til moderat depression mellem 18 og 37 år) og ved overenskomsten juli 2011 med henvisningsgruppe 11 (personer der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, mellem 18 og 28 år). Ved tillægsaftale om satspuljemidler til psykologbehandling for let til moderat depression og angst i 2012 blev aldersgrænse for henvisningsgruppe 10 ophævet og aldersgrænsen for henvisningsgruppe 11 udvidet til 38 år. Kompetencen til at udvide antallet af ydernumre blev ved nyeste overenskomst placeret hos regionerne, som skal vurdere antallet af ydernumre ift. tillægsaftalen.

Tabel 1 Kapaciteten af psykologer i Region Hovedstaden fordelt på hovedområder pr. 1.1.2013

Hovedområde	Kapacitet	Borgere	Borgere pr. kapacitet
Nord	50	313.621	6.272
Midt	65	440.731	6.780
Byen	79	478.048	6.051
Syd	62	499.794	8.061
Total	256	1.732.193	6.766

Siden sidste praksisplans udarbejdelse i 2009 er der sket en stigning i såvel antal af psykologer (kapacitet) som i indbyggertal (antallet af borgere). Alt i alt har det resulteret i en let forbedret dækningsgrad: fra 6.829 borgere pr. psykolog (2009) til 6.766 borgere pr. psykolog (2013). Sammenlignes med resten af landet, er kapaciteten i Region Hovedstaden nær landsgennemsnittet på 6.683 borgere pr. psykolog.

Udvikling i omsætning⁷

Der er også sket en markant vækst i aktiviteten. Det totale antal ydelser produceret i psykologpraksis er steget med godt 91 % i sidste planperiode (2009-2012). Stigningen skyldes primært føromtalt ændringer i personkreds, som er berettiget til tilskud til psykologhjælp.

For andre henvisningsgrupper end let-moderat depression og let-moderat OCD er der sket et mindre fald i antallet af producerede ydelser. Gennemsnitligt gives 7,4 ydelser pr. behandlingsforløb⁸. Dette er uændret siden 2007 og er i 2012 gennemsnit for både henvisningsgruppe 1-9 og for henvisningsgruppe 10-11.

At aktiviteten og antallet af patienter er steget har medført en tilsvarende stigning i udgifter til psykologhjælp på godt 28 mio. kr. i perioden 2008-2012 (faste priser – 2012). Det svarer til en stigning på 63 %.

Der henvises i øvrigt til grundbeskrivelsen, hvor der er detaljerede opgørelser over udviklingen i ydelser, udgifter og antallet af patienter, samt en oversigt over de henvisningsgrupper som er tilskudsberettigede til psykologhjælp.

Praktiserende psykologer med ydernummer i regionen behandler både patienter, som er tilskudsberettigede efter overenskomsten, og patienter som ikke

⁷ Med omsætning/produktion menes den del af en psykologpraksis' omsætning, som stammer fra honorarafregningen med Region Hovedstaden. Den indeholder ikke egenbetalingsandelen eller omsætning fra patienter, som modtager behandling udenfor overenskomstens rammer.

⁸ Dette tal omfatter ikke genhenvisninger (en mulighed ved behandling af personer med let-moderat depression og let-moderat angst), hvorfor antallet af ydelser pr. behandlingsforløb er højere.

er. Mindstegrænsen for aktivitet i henhold til overenskomsten er beskrevet i Faktaboks 4.

Faktaboks 4

Mindstegrænser for aktivitet for regionens patienter

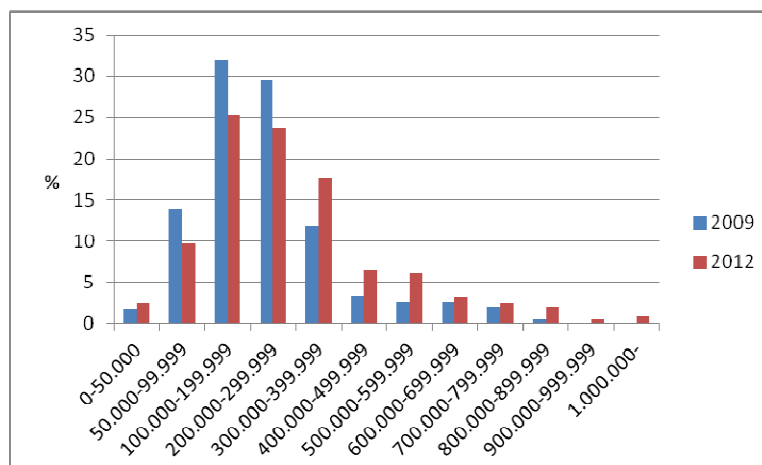
Det er ikke et overenskomstkraft, at de praktiserende psykologer benytter deres tid fuldt ud til patienter, som er tilskudsberettigede i henhold til overenskomsten.

Overenskomsten fastsætter, at psykologer skal stå til rådighed for tilskudsberettigede patienter mindst 22 timer ugentlig, og at der som minimum skal afregnes 50.000 kr. honorar/årligt.

Den gennemsnitlige omsætning for en praktiserende psykolog i Region Hovedstaden er 295.000 kr. i 2012.

Udviklingen i omsætning på det enkelte ydernummer fremgår af Figur 1. Det ses, at der har været en bevægelse mod større omsætning pr. ydernummer. I 2012 har flest psykologer (godt 25 %) en omsætning på mellem 100.000-200.000.

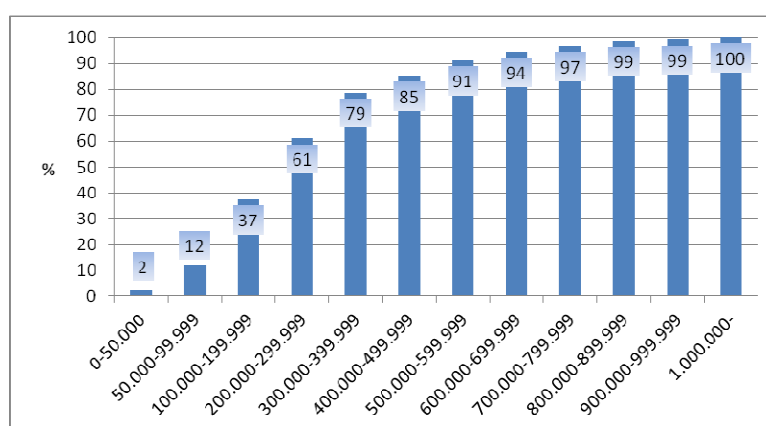
Figur 1 Udvikling i omsætningen i psykologpraksis, fordelt på omsætningsintervaller i 2009 og 2012, Region Hovedstaden



Hvor det tidligere er nævnt, at den gennemsnitlige omsætning er 295.000 kr. pr. praksis, fremgår det i Figur 2, at medianen⁹ for omsætning i psykologpraksis ligger mellem omsætningsintervallet 100.000-199.999 og 200.000-299.000 kr.

Figuren viser endvidere den akkumulerede omsætning i psykologpraksis. F.eks. fremgår det, at 85 % af praksis har en omsætning under 499.000 kr.

Figur 2 Akkumuleret omsætning i psykologpraksis, fordelt på omsætningsintervaller i 2012, Region Hovedstaden



Endeligt fremgår udviklingen i den gennemsnitlige omsætning pr. kapacitet i Tabel 2. Den er steget med 27 % i perioden 2009-2012.

Tabel 2 Udviklingen i den gennemsnitlige omsætning (produktion) pr. kapacitet i perioden 2009-2012, faste priser (2012-niveau)

	2009	2010	2011	2012
Samlet omsætning (1.000 kr.)	58.967	63.194	67.667	73.736
Samlet kapacitet	241	241	250	250 ¹⁰
Gennemsnitlig omsætning pr. kapacitet (kr.)	244.676	262.215	270.668	294.944

I Tabel 3 fremgår forskelle i omsætning pr. kapacitet i regionens hovedområder. Byen har den højeste omsætning pr. kapacitet. Udover forskelle mellem hovedområder er der store forskelle i omsætning pr. kapacitet i planlægningsområderne (se Tabel 17 i Grundbeskrivelse).

⁹ Medianen er midterste værdi, når psykologpraksis' omsætning ordnes efter størrelse. Medianen er et bedre udtryk for den gennemsnitlige psykologs omsætning, da ekstraordinær høj eller lav omsætning i mindre grad påvirker resultatet.

¹⁰ Beregningen er foretaget uden de seks ledige kapaciteter. Derfor er den samlede kapacitet angivet som 250.

Tabel 3 Omsætning (produktion, kr.) pr. kapacitet, fordelt på hovedområder, 2012.

Hovedområde	Kapacitet	Produktion	Omsætning/ kapacitet
Nord	50	12.054.609	241.092
Midt	65	17.702.516	272.346
Byen	79	26.103.961	330.430
Syd	62	17.874.935	288.305
Total	256	73.736.021	288.031

En sammenligning af omsætning pr. kapacitet i de danske regioner fremgår af Tabel 4. Der er ikke udpræget variation i forhold til omsætning pr. kapacitet i de fem regioner. Der produceres flest ydelser pr. kapacitet (indenfor overenskomsten) i Region Nordjylland.

Tabel 4 Gennemsnitlig omsætning (produktion, kr.) pr. kapacitet, landstal, 2012

	Samlet kapacitet	Omsætning	Omsætning / kapacitet
Region Midtjylland	191	50.504.245	264.420
Region Sjælland	124	33.002.655	266.150
Region Syddanmark	184	49.133.297	267.029
Region Hovedstaden	256	73.736.022	288.031
Region Nordjylland	91	29.944.249	329.058

Nogle praksis har tilknyttet en praksiskandidat. Pr. 1.1.2013 havde 32 praksis tilknyttet en praksiskandidat. Dette kan påvirke den samlede omsætning. Oversigt over praksiskandidater fremgår af grundbeskrivelsen.

Faktaboks 5

Praksiskandidater

Praksiskandidater er psykologer, der som led i efteruddannelse med henblik på autorisation, arbejder i psykologpraksis i 6-12 måneder. Psykologpraksis dvs. ydernummerindehaveren afregner med regionen for praksiskandidatens ydelser og aflønner praksiskandidaten.

Fremtidig kapacitet

Regionerne fik i seneste overenskomst (2011) overdraget planlægningskompetencen, som tidligere lå centralt. Det betyder, at regionerne fastsætter antallet af psykologer bl.a. på baggrund af de udviklingsplaner, som samarbejdsudvalgene udarbejder.

En tilstrækkelig psykologkapacitet afhænger af fremtidig efterspørgsel efter ydelser på området f.eks. i form af befolkningstilvækst eller opgaveomlægninger.

I perioden 2012-2016 forventes en befolkningstilvækst i Region Hovedstaden på 3 %.

Der er ikke aktuelle planer om at udvide antallet af kapaciteter. Skulle det fremtidigt besluttes at udvide kapaciteten, bør en udvidelse tilsinde en geogra-

fisk jævn fordeling af kapaciteten under hensyntagen til tilgængelighed for borgeren.

Herudover skal der tages hensyn til de enkelte praktiserende psykologers¹¹ økonomiske driftsgrundlag.

En fornyet vurdering af kapaciteten kan begrundes ved:

- Manglende kapacitet i praksis. F.eks. indikeret ved
 - o Opdaterede ventetidsopgørelser, som viser stigning i ventetid.
 - o Væsentlig stigning i omsætning pr. kapacitet.
- Øget efterspørgsel efter psykologhjælp (befolkningstilvækst, øget antal patienter).
- Ændringer i overenskomsten, som kan begrunde en udvidelse, f.eks. udvidelse af personkredsen, som er tilskudsberettiget til psykologhjælp.

Udvikling i disse faktorer bør løbende monitoreres på regionens initiativ.

En vurdering af behovet for en eventuel tidsbegrænset udvidelse af kapaciteten i relation til den aktuelle tidsbegrænsede udvidelse af psykologbehandlingen for depression og angst drøftes i samarbejdsudvalget.

Faktaboks 6

Tillægsaftale om satspuljemidler til psykologbehandling af patienter med let til moderat depression og angst

I 2012 har Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening indgået tillægsaftale vedrørende udmøntning af satspuljemidler til udvidelse af de eksisterende ordninger for tilskud til psykologbehandling af personer med let til moderat depression, samt angst/OCD.

Aftalen betyder, at den øvre aldersgrænse for henvisning til behandling af depression ophæves, således at alle personer over 18 år kan henvises. Samtidig udvides persongruppen, som kan henvises til behandling for angst/OCD med ti årgange, således at målgruppen fremover er alle personer i alderen 18-38. Aftalen løber fra 1. juli 2012 frem til 31. december 2015.

Sundhedsstyrelsen har i tilknytning til tillægsaftalen udmeldt faglige retningslinjer for henvisning til psykolog for patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst.

Som konsekvens af aftalen er regionerne forpligtet til at foretage en vurdering af antallet af ydernumre med henblik på at sikre, at den nødvendige kapacitet er til stede i den enkelte region.

Praksisstruktur

Det er en målsætning, at borgeren er sikret den bedst mulige kvalitet og service, når de besøger en psykologpraksis.

Dansk Psykologforening og Region Hovedstaden ønsker ikke at lægge sig fast på en praksisform eller en organisationsform som den ideelle, men der ønskes en bevægelse hen imod større praksis og praksisfællesskaber.

¹¹ Praktiserende psykologer, som har ydernummer i Region Hovedstaden

Ifølge en undersøgelse fra Dansk Psykolog Forening (2011) er mellem 50 % og 75 % af psykologerne i et praksisfællesskab med andre psykologer, med praktiserende læger, med psykiatere og andre sundhedsaktører. Da der usikkerhed omkring tallenes pålidelighed, skal der foretages en fornyet opgørelse af antallet af praksisfællesskaber i planperioden.

Faktaboks 7

Definition af praksisfællesskaber

Når udtrykket praksisfællesskab anvendes, er det en samlet betegnelse for, at flere ydere inden for praksissektoren går sammen i et fællesskab, der deler faciliteter, f.eks. lokaler og/ eller personale. Praksisfællesskabet kan gå på tværs af faggrupper og sektorer, men kan også bestå af f.eks. to psykologpraksis.

Faktaboks 8

Praksisformer

Ifølge overenskomstens § 9 kan en psykologpraksis etableres som:

- *Enkeltmandspraksis*: En enkeltperson uden fællesskab med andre om økonomi.
- *Kompagniskabspraksis*: To eller flere psykologer med fællesskab om økonomi, lokaler og personale.
- *Anpartsselskab*: En eller flere psykologer ansat i anpartsselskab.

De tre praksisformer kan etableres som samarbejdspraksis, hvor en praksis er etableret i samarbejde med en eller flere andre psykologer f.eks. ved fællesskab om lokaler og/eller personale.

Supervision, efter- og videreuddannelse og netværksgrupper er udbredt blandt praktiserende psykologer.

En undersøgelse fra Dansk Psykolog Forening (2011) viser, at praktiserende psykologer, uanset praksisform, i gennemsnit modtager 1,1 times supervision om ugen og om året anvender 9,6 dage på efter- og videreuddannelse. Praktiserende psykologer er den gruppe i Dansk Psykolog Forening, som efter- og videreuddanner sig mest. Praktiserende psykologer indgår ofte i mindre supervisionsgrupper, der mødes regelmæssigt for at sparre og videndele. Det er en forventning, at praksisfællesskaber kan være en fordel i relation til at

- Etablere faglige miljøer, hvor der er mulighed for videndeling og sparring. Dels med andre psykologer, dels med andre faggrupper, hvor samarbejdet har relevans.
- Øge tilgængeligheden for patienterne, herunder forbedre tilgængeligheden for personer med handicap.
- Drage fordel af fælles faciliteter.

Som en følge af dette er det væsentligt, at planlægningen af tilbuddet om psykologhjælp sker i sammenhæng med andre sundhedstilbud i det hele sundhedsvæsen. Samarbejdet med praktiserende læger bør fremhæves som særlig relevant. Lokalemæssig og geografisk nærhed kan understøtte et forbedret samarbejde med almen praksis om fælles patienter og en større fælles viden om behandlingsmuligheder i henholdsvis psykologpraksis og almen praksis. Et tættere samarbejde med almen praksis er derfor relevant og bør bl.a. tænkes ind i forbindelse med planlægning af sundhedshuse og praksisfællesskaber.

Erfaringer fra et projekt i regionen, der havde til formål at fremme etableringen af praksisfællesskaber, viser at behovet for støtte i etablerings- og sammenlægningsprocesser er varierende, men kan være til stede.

Med udgangspunkt i erfaringerne fra det nævnte projekt bør der i planperioden tilrettelægges en proces, som kan understøtte etableringen af praksisfællesskaber. Særligt praksisfællesskaber med et tværfagligt sigte kræver noget ekstra. En proces kan indeholde:

- En kortlægning af regionens muligheder for vejledning af praksis, som har en konkret interesse i at etablere et praksisfællesskab.
- Information om hjælp og vejledning til etablering af praksisfællesskaber, der gøres tilgængelig på sundhed.dk.

Anbefalinger:

- At kortlægge antallet af praksisfællesskaber.
- At tilrettelægge en proces, der understøtter etableringen af praksisfællesskaber.

2. Rekruttering og fastholdelse

Mål:

- **Der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal psykologer til at sikre en passende kapacitet i almen praksis.**

Rekruttering af nye psykologer på landsplan

Mange psykologer nedsætter sig som praktiserende psykologer i den sidste del af deres arbejdsliv. Praktiserende psykologer er den gruppe af psykologer, som forventer at blive længst på arbejdsmarkedet.

I 2010 var 30 % af psykologforeningens medlemmer nedsat i praksis (med eller uden ydernummer). Af de 58+ årige udgjorde disse 44 %.

Gennemsnittet for den forventede tilbagetrækningsalder er 68 år.

Optaget på psykologuddannelserne er steget de seneste år, således at antallet af dimittender fra uddannelserne er markant større end den forventede tilbagetrækning¹². Antallet af færdiguddannede psykologer forventes derfor at stige. Hertil kommer det store antal af privatpraktiserende psykologer uden

¹² Kilde: Psykologers beskæftigelse 2010, Tobias Haastrup Holst & Niels Kjeldsen.

ydernummer. Rekrutteringsgrundlaget fremover synes på denne baggrund uproblematisk.

Rekruttering af praktiserende psykologer til nye og ledige kapaciteter i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har ikke oplevet generelle problemer med rekruttering af psykologer til praksissektoren i den sidste planperiode.

Ved de seneste opslag af ledige ydernumre har der været et stort antal kvalificerede ansøgere, jf. Tabel 6 i Grundbeskrivelse.

Der har ved disse lejligheder ikke været problemer med at finde egnede ansøgere til de ledige ydernumre, selvom der ses forskelle i antal ansøgere afhængig af ydernummerets geografiske placering i regionen. Det nuværende rekrutteringsgrundlag i Region Hovedstaden synes derfor også uproblematisk.

Gennemsnitsalderen for de praktiserende psykologer i regionen er 57 år. 26 af de praktiserende psykologer i regionen er 68 år eller derover. Mange fortsætter således med at praktisere efter de er fyldt 68 år. De ældste psykologer med praksis i regionen er i dag 74 år.

Aldersfordelingen hos de praktiserende psykologer fremgår af Tabel 5. Det ses, at der fra 2009 til 2013 er sket en forskydning af aldersfordelingen, så en større andel er over 51 år.

Alderssammensætningen blandt de praktiserende psykologer i Region Hovedstaden viser også, at praktiserende psykologer fortsætter deres praksis til en høj alder. Det bekræfter, at selvom en del af den samlede mængde psykologer beskæftiges i andre sektorer, er der en tendens til at nedsætte sig i praksis i den sidste del arbejdslivet.

Tabel 5 Antal ydere fordelt på alder i 2009 (pr. 1. februar) og 2013 (pr. 20. februar)

Alder	2009		2013	
	Antal	%	Antal	%
31-40 år	6	2,5	6	2,4
41-50 år	44	18,3	34	13,7
51-60 år	117	48,5	102	40,9
61-70 år	71	29,5	94	37,8
71-80 år	3	1,2	13	5,2
I alt	241	100	249	100

På denne baggrund vurderes der ikke at være behov for særlige rekrutterings tiltag i planperioden.

3. Ventetider

Mål:

- **Patienter har overblik over ventetiden, når de skal vælge psykolog.**

At kende ventetiden er vigtigt for borgerne, når de skal vælge psykolog. I henhold til overenskomsten skal praktiserende psykologer derfor som minimum hver anden måned holde deres ventetid opdateret for at give borgerne korrekt information om tilgængeligheden.

Desuden anvendes ventetiderne af regionen til at træffe beslutninger omkring geografisk placering af ydernumre og til planlægning af den samlede kapacitet.

I henhold til overenskomsten, skal ventetiden opdateres minimum hver anden måned – se Faktaboks 9.

Faktaboks 9

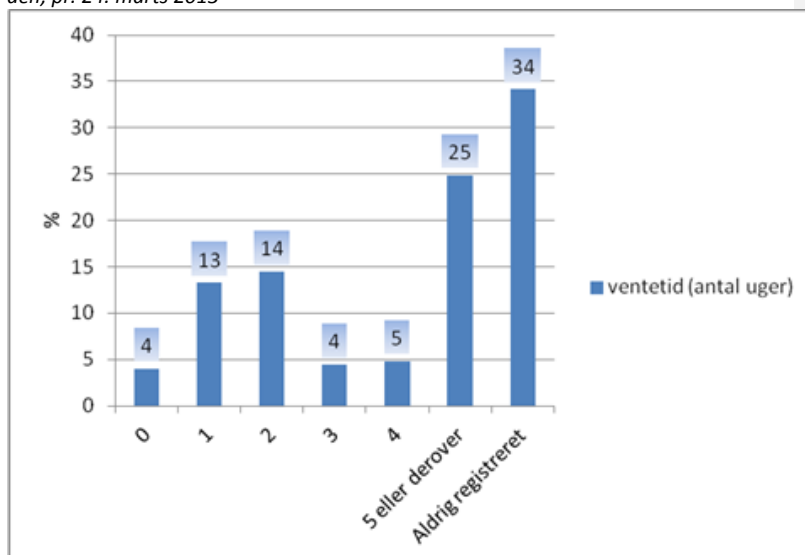
Ventetider i henhold til Overenskomstens § 25 stk. 3 (uddrag):

”Psykologen skal oplyse den gennemsnitlige ventetid til første konsultation for sine ikke-akutte patienter på sin praksisdeklaration. Psykologen skal skønne ventetiden og indtaste oplysningen på sundhed.dk, og oplysningen skal opdateres minimum hver anden måned.”

Den selvregistrerede ventetid for psykologer i Region Hovedstaden fremgår af Figur 3.

Det ses, at en del af praksis (34 %) aldrig har opdateret deres ventetid. Af de psykologer, som har opdateret deres ventetid, har ca. 40 % en ventetid på under fire uger. 59 % har fem uger eller derover. I grundbeskrivelsen er vedlagt ventetidsopgørelser i de enkelte planområder.

Figur 3 Selvregistrerede ventetider hos praktiserende psykologer i Region Hovedstaden, pr. 24. marts 2013



Forklaringen på manglende ventetidsregistrering kan være flere, men en del skyldes tekniske problemer med ajourføring på sundhed.dk.

Det bør herudover afdækkes, hvorfor der er en manglende ventetidsregistrering blandt praktiserende psykologer, så problemerne kan blive løst med henblik på at synliggøre ventetiden i praksis for borgeren.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget halvårligt følger op på såvel ventetid som ventetidsregistrering.

4. Tilgængelighed

Mål:

- **Patienter kommer nemt i kontakt med den praktiserende psykolog.**
- **Psykologpraksis er tilgængelig for personer med handicap.**

Tilgængelighed opdeles typisk i telefonisk, elektronisk og fysisk tilgængelighed. Tilgængeligheden er et vigtigt element i den service, der tilbydes borgeren.

For så vidt angår personer med handicap er tilgængelighed væsentligt i forhold til at kunne sikre, at alle patienter har et tilstrækkeligt frit valg til psykologhjælp.

Det er derfor en væsentlig overordnet målsætning at prioritere tilgængeligheden i psykolog praksis, så der er lige adgang for alle patientgrupper.

Telefonisk og elektronisk tilgængelighed

Det antages, at de fleste psykologpraksis benytter både telefonsystemer og e-mail i kontakten med deres patienter, men der er ingen eksakt viden om den telefoniske og elektroniske tilgængelighed. Overenskomsten indeholder mål om elektronisk tidsbestilling, jf. Faktaboks 10.

Faktaboks 10

Elektronisk kommunikation i henhold til overenskomsten § 25 stk. 8:

”Det er en fælles målsætning, at psykologerne tilbyder elektronisk kommunikation – herunder, men ikke begrænset til tidsbestilling”.

Elektronisk tidsbestilling er målrettet patienter, der er i behandling hos psykolog, og kan ikke anvendes til booking af 1. konsultation.

Elektronisk kommunikation er med til at forbedre tilgængeligheden og understøtte kommunikation mellem psykolog og patient f.eks. i forhold til tidsbestilling og ændring af aftalt konsultation.

Borgere, som af egen læge er blevet henvist til behandling hos psykolog, skal nemt kunne få kontakt med en psykologpraksis for at aftale en tid til første konsultation. Ligeledes skal det være nemt for patienter, som er i behandlingsforløb i psykologpraksis, at få kontakt med praksis for at ændre aftaler mv. Det er derfor vigtigt, at patienterne har mulighed for at blive kontaktet i

situationer, hvor telefonen ved patientens opkald er optaget eller ikke besvares.

En undersøgelse af den telefoniske og elektroniske tilgængelighed til psykologpraksis for henviste patienter vil belyse eventuelle svage punkter i kommunikationen og danne grundlag for eventuelle indsatser.

Anbefalinger:

- At den telefoniske og elektroniske tilgængelighed til psykologpraksis for henviste patienter undersøges med henblik på at belyse eventuelt behov for en indsats.

Tilgængelighed for personer med fysiske handicap

Cirka 5,7 procent af den danske befolkning har et handicap. Det antages, at en tilsvarende procent af befolkningen i Region Hovedstaden har et handicap¹³.

Det er en fælles målsætning, at psykologpraksis på sigt skal være tilgængelige for personer med handicap. Personer med handicap omfatter udover bevægelsehandicap også høre- og synshandicap.

I henhold til overenskomsten skal alle psykologer tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede under hensyntagen til praksis' økonomi. Se Faktaboks 11.

Faktaboks 11

Handicaptilgængelighed i henhold til overenskomsten, anmærkning til § 11, stk. 2: "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."

Psykologer er således ikke forpligtet i henhold til lovgivning eller overenskomst til at praktisere i lokaler, som er tilgængelige for personer med handicap.

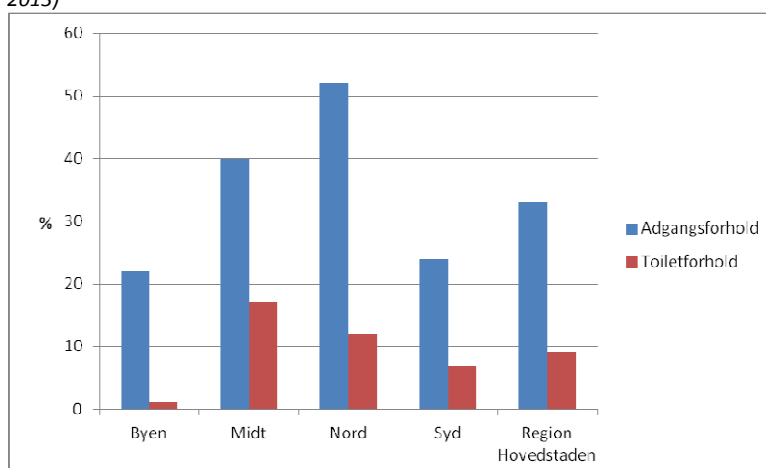
I henhold til FN's handicapkonvention¹⁴, som Danmark har tiltrådt, er der dog en pligt til at fremme adgangen for personer med handicap til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden.

¹³ Danske Handicaporganisationer organiserer 320.000 mennesker i Danmark fordelt på forskellige handicaporganisationer, hvilket giver et muligt tal for, hvor mange mennesker, der lever med et handicap. Dette svarer til, at 5,7 procent af befolkningen i Danmark har et handicap. Der findes ingen registreringer, som kan vise det eksakte antal af mennesker med handicap.

¹⁴ FN-konventionen om rettigheder for personer med handicap, artikel 9.

Andel af praksis med handicapegnede adgangsforhold og toiletforhold fremgår af Figur 4. Gennemsnitligt har 33 % af psykologpraksis i henhold til deres egne registreringer¹⁵ handicapegnede adgangsforhold og kun 9 % har toiletforhold, som er egnede for personer med handicap.

Figur 4 Andel (%) af praksis, der har handicapegnede toiletforhold og handicapegnede adgangsforhold, selvregistreret, fordelt på hovedområder (pr. 20. februar 2013)



Den fysiske tilgængelighed i psykologpraksis bør forbedres i planperioden. Det er en udfordring for enkelte psykologpraksis at etablere handicapadgang af flere årsager. De udbudte erhvervslejemål indenfor et planlægningsområde opfylder ikke nødvendigvis bygningsreglementets krav til adgangsforhold for personer med handicap. I flere områder findes ikke tilgængelige lokaler, eller det er ikke muligt at ombygge, da boligmassen ikke opfylder kravene.

Overgang til en forbedret tilgængelighed for personer med handicap er en proces, der rækker ud over planperioden 2014-2017. I planperioden skal praksis dog i videst muligt omfang tilgodesse etablering af handicapegnede adgangs- og indretningsforhold, enten ved 1) at etablere praksis i handicapegnede lokaler, eller 2) at etablere handicapegnede adgangsforhold og øvrig indretning i eksisterende praksislokaler.

Med henblik på at fremme forholdene for personer med handicap i psykologpraksis i Region Hovedstaden revideres den nuværende flyttevejledning. Revisionen skal tage udgangspunkt i praksisudviklingsplanens mål "Psykologpraksis er tilgængelig for personer med handicap".

Regionen og Dansk Psykologforenings repræsentanter er enige om, at ved nyindsættelser i praksis skal der ud over den faglige vurdering lægges vægt

Slettet: bør

Slettet: ændres

Slettet: , så den er i overensstemmelse med byggelovgivningens regler om adgangsforhold i bygninger med offentlig adgang.

¹⁵ Der kan være usikkerhed om disse tal, da der ikke er aftalt en definition af handikaptilgængelighed, ligesom praksisdeklarationen kan være utilstrækkeligt ajourført.

på praksisplanens intentioner. Regionen lægger vægt på, at nynedsatte praksis skal være tilgængelige for personer med handicap.

De praktiserende psykologer skal opdatere oplysninger om praksis på praksisdeklarationen på sundhed.dk. Der er tvivl om kvaliteten af denne information, da der ikke i overenskomsten er aftalt en definition af, hvad ”handicap-tilgængelighed” er.

Det skal afklares, om der er behov for at aftale en standard for, hvordan praksis’ tilgængelighed formidles, så patienten kan relatere oplysninger til eget handicap. Det skal desuden afklares om dette er muligt på sundhed.dk.

Anbefalinger:

- At der aftales en definition af handicapegnende adgangs- og toiletforhold.
- At vejledningen for afgørelser om flytning af praksis revideres med henblik på at tilstræbe tilgængelighed til psykologpraksis for personer med handicap.
- At der årligt følges op på tilgængelighed i praksis for personer med handicap med udgangspunkt i yderregisterets oplysninger om tilgængelighed.
- At psykologpraksis opdaterer praksisdeklarationen med klinikinformation om toilet- og adgangsforhold for personer med handicap med udgangspunkt i en aftalt definition af tilgængelighed.
- At der i planperioden gennemføres en kortlægning af tilgængeligheden for handicappede i psykologpraksis. Undersøgelsen gennemføres af en ekstern rådgivende organisation.
- At samarbejdsudvalget etablerer et samarbejde mellem relevante aktører i forhold til at kortlægge og nedbryde barrierer for flytning til velegnede lokaler.

Plan for udvikling

1. Rammer for kvalitetsudvikling

Mål:

- **Praktiserende psykologer arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling.**

Kvalitetsstrategien for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden angiver mål og principper for det fælles kvalitetsarbejde i regionens sundhedsvæsen. Strategien er således også dækkende for psykologområdet.

Regionerne har også i fællesskab opstillet målsætninger for kvalitetsudviklingen i praksissektoren.

Begge strategier (Faktaboks 11) er således dækkende for psykologområdet, men det er ikke aftalt, hvordan strategierne konkret tænkes udfoldet og tilpasset de forhold, der gør sig gældende i psykologpraksis.

Faktaboks 12

Kvalitetsstrategier

Region Hovedstadens kvalitetsstrategi for sundhedsvæsenet indeholder fem overordnede indsatsområder:

- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus.
- Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet.
- Styrket patientsikkerhed.
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet.
- Forløbsstyring og tværsektoriel udvikling.

I regionernes kvalitetsstrategi for praksissektoren er der opstillet følgende målsætninger:

- Senest ved udgangen af 2014 skal der i alle overenskomster på praksisområdet være en konkret plan for, hvordan og hvornår Den Danske Kvalitetsmodel implementeres, herunder en plan for den eksterne vurdering.
- Alle behandlere på praksisområdet skal arbejde med databaseret kvalitetsudvikling.
- Kvalitetscirklen skal være en fast del af efteruddannelsesbuddet til alle behandlere.

Slettet: 1

Psykologpraksis er en del af det samlede sundhedsvæsen. Det er derfor vigtigt at sikre de praktiserende psykologers rolle i et integreret sundhedsvæsen. Arbejdet med kvalitet i psykologpraksis skal udvikles og understøttes, så der sikres høj kvalitet, og så udviklingen er tilpasset behovet i psykologpraksis.

Forberedelse til akkreditering

Det fremgår af overenskomsten, at Den Danske Kvalitetsmodel på sigt skal omfatte alle sundhedsydelse, der modtager offentlig støtte. Regionerne har i 2011 fremlagt en fælles regional strategi for kvalitetsudvikling i hele praksissektoren, herunder også for psykologer. Strategien har som formål at sikre, at der arbejdes systematisk med kvalitet og kvalitetsudvikling i alle behandlergrupper, regionerne og kommunerne indgår overenskomst med. Som samlede ramme for strategien står Den Danske Kvalitetsmodel. Det følger heraf, at behandlerne skal arbejde systematisk med den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet i deres praksis. Definitioner af de tre kvalitetsbegreber fremgår indledningsvist i afsnit 2, 3 og 4.

Det kommende kvalitetsarbejde i psykologpraksis skal indeholde følgende elementer:

- Udvikling via kvalitetscirklen og akkreditering af Den Danske Kvalitetsmodel.
- Dokumentation af kvaliteten via automatisk dataopsamling og feedback.
- Behandling i overensstemmelse med faglige evidensbaserede vejledninger.
- Patientsikkerhed og patientinddragelse.
- Effektiv ressourceudnyttelse.
- Evidensbaseret psykologisk behandling.

Desuden skal eventuelle aftalte anbefalinger fra moderniseringsudvalget om akkreditering indeholdes i kvalitetsarbejdet.

Fortsættelse og udvikling af praksiskonsulentordning

Praksiskonsulentordningen blev etableret i efteråret 2012 efter anbefaling i Praksisplan for psykologhjælp 2009-2012. Konsulentordningen er bemandet med en praktiserende psykolog, som varetager konsulentordningen med otte ugentlige timer.

Formålet med ordningen er at styrke det tværsektorielle og det tværfaglige samarbejde i det samlede sundhedsvæsen, samt at bidrage til en monofaglig udvikling blandt de praktiserende psykologer i regionen.

Praksiskonsulentordningen er et væsentligt redskab i forhold til styrkelse af den organisatoriske, den sundhedsfaglige og den patientoplevede kvalitet i psykologpraksis. Praksiskonsulenten er central i forhold til udmøntningen af den kvalitetsudviklingsmæssige indsats i psykologpraksis. Praksiskonsulenten kommer til at spille en væsentlig rolle i forhold til f.eks. at implementere regionernes kvalitetsstrategi for praksissektoren og nærværende praksisplan. Funktionen bør derfor fortsættes og udvikles løbende i den kommende planperiode.

Praksiskonsulenten udarbejder årlige handleplaner og afrapporterer årligt til samarbejdsudvalget. Praksiskonsulentens opgaver prioriteres i samspil med den tidsmæssige prioritering af implementering af praksisplanens indsatsområder. Dette samspil varetages i dialog mellem konsulenten og styregruppen for implementering af praksisplanen.

Anbefalinger:

- At praksiskonsulentordningen fortsættes i planperioden.

2. Organisatorisk kvalitet

Mål:

- **Patienter oplever sammenhængende forløb i sektorovergangen mellem almen praksis og psykologpraksis.**
- **Patienter, som behandles både i psykologpraksis og i psykiatrien oplever sammenhængende forløb.**
- **Relevant information er formidlet til de praktiserende psykologer på sundhed.dk.**

Ved den organisatoriske kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelse af arbejds-gange i psykologpraksis og samordningen af sundhedsvæsenets indsats i patientforløb.

Under organisatorisk kvalitet hører ledelse, kvalitets- og risikostyring og dokumentation. Det indebærer bl.a., at psykologer kommunikerer med det omkringliggende sundhedsvæsen og medvirker til optimale patientforløb. For at opnå sammenhængende og effektive patientforløb skal praksisplanen understøtte og fremme kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og almen praksis samt øvrige sundhedsaktører. Visionen er beskrevet i overenskomsten, se Faktaboks 13.

Faktaboks 13

Psykologpraksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen i henhold til overenskomstens § 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."

Slettet: 2

Samarbejde med almen praksis

Almen praksis er de praktiserende psykologers vigtigste samarbejdspart, idet patienterne henvises herfra til psykologbehandling, og psykologen 'afleverer'

patienten tilbage til almen praksis, når behandlingen er afsluttet. Hvis der er behov for anden sundhedsfaglig behandling efter afsluttet psykologbehandling, vurderes dette af den praktiserende læge, som kan henvise patienten til det relevante tilbud. Et velfungerende samarbejde og en velfungerende kommunikation er derfor afgørende for, at patienten oplever et sammenhængende forløb og bliver viderehenvist korrekt.

Overenskomsten beskriver samarbejdet mellem almen praksis og psykologpraksis¹⁶. Tilskudsberettiget psykologbehandling kan alene ske efter henvisning fra almen praksis. Ved behandlingens afslutning skal epikrise sendes til patientens egen læge. Dette medvirker til at sikre, at patientens behandlingsforløb i psykologpraksis og almen praksis er sammenhængende og effektive.

Overenskomstens parter har i denne overenskomstperiode (2011- oktober 2014) nedsat et moderniseringsudvalg, som forventes at afrapportere i juni. Samarbejdet mellem psykologpraksis og almen praksis udgør bl.a. et tema i moderniseringsudvalgets arbejde.

Der bør i implementeringsperioden fokuseres på at implementere og udfolde anbefalinger fra moderniseringsudvalget i forhold til sammenhæng i behandlingsforløb mellem almen praksis og psykologpraksis.

Nedenfor gennemgås de områder, som der særligt skal rettes fokus mod i planperioden.

- Henvisninger fra almen praksis.
- Epikriseskrivning.
- Lokal netværksdannelse og gensidig kommunikation.

Henvisning til psykologbehandling

Der skal henvises korrekt og henvisningen skal indeholde den nødvendige information.

For at en henvisning er korrekt, skal

- Patienten være omfattet af en personkreds, der er tilskudsberettiget til psykologbehandling.
- Psykologbehandling være relevant ud fra gældende kliniske retningslinjer.

Almen praksis kan i dag på praksisinformationen på sundhed.dk finde information om henvisning til psykologpraksis, herunder også hvilken personkreds, der er tilskudsberettiget. Der er grundlag for at videreudvikle praksisinformationen målrettet praktiserende læger på sundhed.dk, f.eks. gennem præciserede oplysninger om de snævre henvisningskriterier til psykologbehandling.

Sundhedsstyrelsen har retningslinjer for, hvilke oplysninger henvisningerne skal indeholde, f.eks. oplysninger om psykometrisk test inden henvisning under depressionskategorien.

¹⁶ Overenskomst for psykologhjælp § 1, stk. 2

Som opfølgning på tillægsaftale om satspuljemidler til psykologbehandling af patienter med depression og angst arbejdes der allerede med revurdering af regionens lokale vejledning 'Psykologbehandling – vejledning ved henvisning'. Praksiskonsulenten for psykologområdet og en konsulent fra almen praksis indgår i dette arbejde.

Relevante parter bør indgå i en fortsat dialog om den indholdsmæssige kvalitet af henvisningen.

Epikriseskrivning

Når et samtaleforløb hos psykolog afsluttes, afsendes en elektronisk epikrise til henvisende praktiserende læge. Epikrisen skal indeholde den nødvendige information for at sikre kvaliteten i den eventuelt fortsatte behandling af patienten.

Det er en målsætning at øge psykologernes kendskab til og opmærksomhed på at afsende epikriser ved behandlingens afslutning. Almen praksis skal ikke blot underrettes, men også modtage relevant og nødvendig information, særligt hvis der er grundlag for en henvisning til f.eks. psykiatrisk behandling.

Kendskab og opmærksomhed kan øges eksempelvis ved formidlings- og læringsaktiviteter.

Tværrregionalt drøftes løbende muligheder for at forbedre de it-standarder for elektronisk kommunikation, som er tilgængelige for psykologer i deres praksissystem.

Indtil der foreligger et resultat, skal implementeringsaktiviteter tage afsæt i de eksisterende regionale rammer for elektronisk kommunikation og aftalte standarder for epikriseskrivning.

Gensidig kommunikation og netværksdannelse

Udover epikriser og henvisning har der hidtil været begrænset gensidig kommunikation og netværksdannelse mellem psykologer og almen praksis. Der kunne tænkes at blive et øget behov for såvel formelle som uformelle samarbejdsformer i takt med, at den tilskudsberettigede aktivitet i psykologpraksis øges. Det kan dreje sig om videndeling og kommunikation om typiske patientgrupper eller patientgrupper, der både modtager behandling i almen praksis og psykologpraksis

Samarbejdet med almen praksis skal i planperioden søges styrket ved f.eks. samarbejde med lægekonsulenter, deltagelse i relevante møder og udvalg samt synliggørelse af psykologerne ved relevante arrangementer. På denne måde bliver der mulighed for at vise, hvilke kvalitetsudviklingsprojekter praktiserende psykologer deltager i, og almen praksis motiveres til at inddrage praktiserende psykologer.

Endelig vil en let adgang til telefonkontakt og e-mailkontakt mellem de to behandlergrupper kunne forbedre kommunikationen.

Anbefalinger:

- Konklusioner fra moderniseringsudvalget, som vedrører psykologområdet, skal udfoldes og implementeres.
- Information om henvisning til psykologbehandling på praksisinformati on på sundhed.dk skal revideres og præciseres.
- Kendskab til og opmærksomhed på epikriseskrivning skal øges ved relevante implementeringsaktiviteter f.eks. med fokus på læring og formidling.

Samarbejde med praktiserende speciallæger i psykiatri og børne- ungsdomspsykiatri samt psykiatrien generelt

Praksisplanen skal understøtte sammenhængende og effektive patientforløb for patienter, som er i en gråzone mellem psykologpraksis, psykiatripraksis og den hospitalsbaserede psykiatri, eller som eventuelt er i behandling i både psykiatrien og i psykologpraksis.

Al 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 relevant information til patientens praktiserende læge.

Tilsvarende ved afslutning af et forløb i behandlingspsykiatrien afsluttes patienten til egen læge, eventuelt med anbefaling om henvisning til praktiserende speciallæge i psykiatri.

Der er således ingen direkte snitflade mellem behandlingspsykiatrien og psykologpraksis, og det er ikke afdækket hvilke udfordringer og behov, der er for kommunikation, videndeling og samarbejde.

Det bør undersøges, om der er behov for en indsats for at øge den indbyrdes viden om fælles patientgrupper/diagnosegrupper mellem almen praksis, praktiserende psykologer, praktiserende psykiatere og praktiserende børne- og ungdomspsykiatere f.eks. ved nedsættelse af en trepartsgruppe bestående af repræsentanter fra psykiatri, almen praksis og psykologpraksis. Eventuelle anbefalinger eller overvejelser fra moderniseringsudvalget i regi af Danske Regioner bør inddrages i en indsats.

Collabri¹⁷ er et regionalt projekt til styrkelse af den sammenhængende indsats mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis ('shared care') for patienter med angst og depression. Snitfladen i forhold til patienterne i psykologpraksis er stor her, og i dette projekt vil der blive arbejdet med at understøtte almen praksis i at opspore, henvise og behandle de pågældende patienter optimalt. Et arbejde, der også vil påvirke praktiserende psykologers arbejde. Det er relevant at følge arbejdet i dette projekt, og eventuelt afdække mulighederne for videndeling i projektet.

¹⁷ Collabri – Collaborative Care. Effekt af en brobyggende behandling af angst og depression. Projektet forløber: 1.8.2012-31.12.2015 og vil inddrage 60 alment praktiserende læger i Region Hovedstaden.

Anbefalinger:

- At det afdækkes, om der er behov for tværfagligt samarbejde, herunder f.eks. udveksling af viden, øget kendskab til faggrænser eller tværfagligt samarbejde omkring konkrete patientforløb.
- At erfaringer og resultater fra Collabriprojektet følges, og at det afdækkes, om der kan videndeles i forhold til projektet.

Samarbejde med kommuner

Kommunikation og samarbejde mellem praktiserende psykolog og kommune kan være væsentlig for at sikre sammenhængende patientforløb for nogle patientgrupper. En del af patienterne i psykologpraksis kan være i forløb hos deres kommune. Der kan eksempelvis være tale om børn og unge, som er i forløb i det kommunale PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) og voksne, som er tilknyttet kommunens sociale behandlingssystem.

Generelt varetages samarbejdet mellem regionen og kommunerne gennem sundhedsaftalerne. Der kan i regi af sundhedsaftalerne drøftes behov for en koordination mellem praktiserende psykologers og kommunernes tilbud om patientforløb, hvor begge parter er involveret.

Der ses behov for at afdække problemstillinger vedrørende kommunikation og samarbejde mellem psykologpraksis og kommuner om patienter, som praktiserende psykologer behandler indenfor overenskomsten med regionerne.

Anvendelse af sundhed.dk

Formålet med www.sundhed.dk er at udgøre et samlingspunkt for den internetbaserede sundhedsinformation og bindeled for den elektroniske kommunikation mellem henholdsvis brugere og aktører i det danske sundhedsvæsen.

Sundhed.dk består af en borgerrettet del og en sundhedsfaglig del. Såvel borgere som sundhedsfaglige har på sundhed.dk adgang til en række oplysninger om og information fra sundhedsmyndigheder f.eks. fra Region Hovedstaden.

Den del af Sundhed.dk, som er målrettet sundhedsfaglige, benyttes af regionen til bl.a. at formidle relevant information til de praktiserende psykologer¹⁸. Information kan have både faglig og administrativ karakter, og vedrører typisk information om datakonsulentordningen, patientsikkerhed, efteruddannelse, netværksdannelse eller information om fagligt relevante patientforløb. De praktiserende psykologers anvendelse af sundhed.dk som informationsportal er begrænset.

Det er derfor væsentligt, at der i planperioden arbejdes for:

- At øge praktiserende psykologers kendskab til og anvendelse af sundhed.dk.

¹⁸ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/psykologpraksis/praksisinformation-psykologpraksis-hovedstaden/>

- At udvikle indholdet på den del af det regionale sundhed.dk, som er målrettet de praktiserende psykologer, så relevant information er opdateret og tilgængeligt.

Den operationelle redaktionsgruppe (DOR) har ansvaret for opbygning og struktur af den regionale del af sundhed.dk. Der bør være en løbende dialog med DOR om udvikling og tilpasning af sundhed.dk.

Praksisdeklaration

Praktiserende psykologer skal i henhold til overenskomsten have en praksisdeklaration på sundhed.dk.

Faktaboks 14

Praksisdeklaration i henhold til overenskomstens § 25, stk. 3:

”Psykologen skal have en praksisdeklaration på sundhed.dk. Psykologen skal vedligeholde aktuelle oplysninger om træffetid, fravær fra praksis pga. ferie, kursus, længerevarende sygdom, hvorvidt klinikken kan modtage bevægelseshæmmede, eventuelt tilbud af elektronisk tidsbestilling og andet på sin egen praksisdeklaration. Psykologen indtaster selv disse oplysninger på sundhed.dk. Dette kræver, at psykologen har digital signatur.

Psykologen skal oplyse den gennemsnitlige ventetid til første konsultation for sine ikke-akutte patienter på sin praksisdeklaration. Psykologen skal skønne ventetiden og indtaste oplysningen på sundhed.dk, og oplysningen skal opdateres minimum hver anden måned.

Psykologens praksisdeklaration skal også indeholde oplysninger om eventuelt særlige arbejds- og interesseområder, og disse oplysninger skal vedligeholdes af den enkelte psykolog.”

Siden 2010 har datakonsulentordningen stået til rådighed for praktisk hjælp med afregning og henvisningshotel, ligesom de har rådgivet om og hjulpet med at få adgang til sundhed.dk og herunder praksisdeklarationen.

Der er fortsat behov for bistand fra datakonsulenterne herunder i relation til opdatering af ventetider på sundhed.dk og til nye it-relaterede tiltag i den kommende overenskomst.

Anbefaling:

- At øge kendskabet og anvendelsen af sundhed.dk f.eks. gennem nyhedsbreve og andre typer af formidlingsaktiviteter.
- At udvikle indholdet af den regionale del af sundhed.dk, som er målrettet de praktiserende psykologer.

3. Sundhedsfaglig kvalitet

Slettet: 3

Mål:

- **Patienterne oplever en ensartet høj kvalitet i behandlingen.**
- **Psykologer forholder sig til egne data og udvikler på baggrund heraf kvaliteten i egen praksis.**
- **Behandling hos psykolog er sikker for patienterne.**

Ved den sundhedsfaglige kvalitet forstås kvaliteten af de professionelle ydelser, der har helbredelse og lindring som formål.

Inden for de nærmeste år skal den danske kvalitetsmodel omfatte sundhedsydelser leveret af psykologpraksis. En understøttelse af udvikling af den sundhedsfaglige kvalitet skal derfor forberede anvendelse af metoder og begreber fra den danske kvalitetsmodel, og indlede en kultur for kvalitetsudvikling i psykologpraksis, som spiller sammen med denne model.

Udvikling af den sundhedsfaglige kvalitet indebærer, jævnfør den danske kvalitetsmodel, bl.a. at:

- Psykologer forholder sig til egne data og på baggrund heraf udvikler kvaliteten i egen praksis ved at fokusere på kvaliteten af de ydelser, der bliver leveret.
- Psykologer i størst muligt omfang behandler i overensstemmelse med evidensbaseret psykologisk praksis.

Databaseret kvalitetsudvikling

Det er forventningen, at der i planperioden på landsplan sker en konkretisering af dette væsentlige element i Den Danske Kvalitetsmodel i relation til behandlingsarbejdet i psykologpraksis. En konkretisering af hvilke behandlingsprocesser, der egner sig til systematisk opsamling af data om behandling og status for patienterne med henblik på, at psykologen forholder sig til data og herudfra kan udvikle kvaliteten i egne ydelser. Der skal her tages hensyn til, at de faglige ydelser i psykologpraksis er forskellige i forhold til, hvilke metoder den enkelte psykolog vælger at benytte. Resultatet af behandlingen er ikke kun afhængig af de faglige ydelser, men i høj grad også af patienternes individualitet og det samspil, der opnås mellem psykolog og patient.

Der skal skabes erfaringer med databaseret kvalitetsudvikling i planperioden eksempelvis gennem projekter, hvor der afprøves forskellige feedbacksystemer.

Anbefalinger:

- Det afdækkes hvordan der i psykologpraksis kan arbejdes med systematisk opsamling af data med henblik på kvalitetsudvikling af de leverede ydelser, herunder hvilke databaserede systemer der egner sig bedst til formålet.
- Der formuleres og iværksættes et eller flere projekter, hvor enkelte praksis med støtte fra regionens konsulenter tilvejebringer erfaringer med registrering af patientdata og systematisk anvendelse af data til udvikling af behandlingsarbejdet i praksis.

Faglige vejledninger

Der arbejdes i psykologpraksis med forskellige metoder og tilgange til behandling, psykologerne vælger selv metode. Faglige evidensbaserede vejledninger findes indtil videre ikke i for ydelser indenfor overenskomstens område. Overenskomsten rummer vejledning/retningslinjer om brugen af overenskomstens ydelser, som bl.a. beskriver en proces for den første samtale med patienten, men dette vedrører ikke valg af behandlingsmetode og vejledning i den sundhedsfaglige behandling. Derimod findes overordnede principper for evidensbaseret psykologisk praksis, og der arbejdes i moderniseringsudvalget også med forslag til faglige vejledninger for overenskomstens områder.

Patientsikkerhed

Pr. 1. september 2010 blev lov om patientsikkerhed udvidet, og alle praksissektorens ydere blev forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser (UTH). Formålet med rapporteringen er at understøtte patientsikkerheden ved at indsamle, analysere og formidle viden om UTH. Der er tilrettelagt et særligt rapporteringssystem, som er fortroligt og ikke sanktionerende. Psykologer i praksissektoren er således omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

I psykologpraksis kan en utilsigtet hændelse f.eks. være forveksling af patientens identitet eller manglende eller uklar kommunikation til almen praksis om patientens status. En mangelfuld information kan føre til uhensigtsmæssig/fejlagtig behandling af patienten i almen praksis.

En kultur omkring rapportering af utilsigtede hændelser og læring af disse skal - som på det øvrige praksisområde - oparbejdes i psykologpraksis. Psykologernes medvirken i patientsikkerhedssystemet gennem rapportering af utilsigtede hændelser er første skridt i udvikling af patientsikkerheden på dette område.

Med henblik på at fremme kendskabet til patientsikkerhed deltager en repræsentant for psykologerne allerede i Patientsikkerhedsrådets møder, hvor hændelser drøftes med Enhed for Patientsikkerhed, Koncern Praksis og andre ydergrupper med henblik på læring og indsatsområder.

Herudover er det væsentligt, at styrke praktiserende psykologers kendskab til patientsikkerhed gennem formidlings- og læringsaktiviteter.

Anbefalinger:

- Udarbejdelse af en generisk liste over typer af utilsigtede hændelser vedr. psykologers arbejde med deres klienter.
- Udarbejdelse af en informationspjece målrettet regionens praktiserende psykologer vedr. patientsikkerhedsarbejdet.
- Iværksætte formidlings- og læringsaktiviteter om patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser.

Efteruddannelse

Overenskomsten omfattede for 2011-2012 efteruddannelsesmidler, som anvendes til formål, som besluttet af samarbejdsudvalget. Der er ikke afsat efteruddannelsesmidler for 2013, men der er resterende midler til brug dette år. Det er forventningen, at den kommende overenskomst igen vil afsætte midler til regionale efteruddannelsesaktiviteter. Planlægning af de regionale efteruddannelsesaktiviteter skal ske med udgangspunkt i praksisudviklingsplanen og målrettes en fremtid med Den Danske Kvalitetsmodel som overordnet ramme for udvikling af de faglige ydelser i psykologpraksis.

4. Patientoplevet kvalitet

Mål:

- **Psykologpraksis understøtter patienter i at tage vare på egen sundhed.**
- **Patienter rapporterer utilsigtede hændelser i psykolog praksis.**

Ved den patientoplevede kvalitet forstås patienternes erfaringsbaserede vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet. Vurdering af patientoplevelser indgår i den danske kvalitetsmodel, men indgår endnu ikke i overenskomsten.

Eventuelle tiltag i forbindelse med styrkelse af den patientoplevede kvalitet skal ligge i forlængelse af de mål og principper, der er fastlagt i Region Hovedstadens patient- og pårørendepolitik.

Faktaboks 15

Værdier i Region Hovedstadens bruger- og pårørendepolitik

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

Slettet: 4

Patient- og brugerinddragelse

I takt med at der i stigende grad er kommet fokus på patienter som aktive informationssøgende borgere, er patientinddragelse blevet et relevant led i behandlingen.

Der sondres bl.a. mellem inddragelse i *det kliniske arbejde*, herunder mulighed for at få indflydelse på planlægning og beslutninger i eget forløb, og inddragelse i *det organisatoriske arbejde*, som bl.a. indebærer mulighed for indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet¹⁹.

Patientinddragelse i psykologpraksis indebærer blandt andet, at praksis sikrer kommunikation med og information til patienten med henblik på, at patienten bedre kan tage vare på egen sundhed og dermed også påvirke den kliniske effekt af en given behandling. Patientinddragelse i det kliniske arbejde indgår

¹⁹ Morten Freil og Janne Lehman (2009). Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet. Ugeskrift for læger 171/20

allerede som en naturlig og integreret del af behandlingen hos psykolog med henblik på at aktivere klientens egne ressourcer i en samarbejdsrelation.

Patientinddragelse i det organisatoriske arbejde bør fastholdes som et element i den løbende kvalitetsudvikling i psykologpraksis, f.eks. i praksiskonsulentordningens arbejde og ved udarbejdelse og implementering af organisatoriske akkrediteringsstandarder.

Hvordan der konkret kan nås en forbedret patient- og brugerinddragelse i psykologpraksis er ikke afdækket. Et udredningsarbejde bør tage hensyn til de forskellige typer af patientinddragelse, som er beskrevet ovenfor. Der kan eventuelt søges inspiration i erfaringer fra hospitalsvæsenet, hvor patientinddragelse har været på dagsorden i flere år.

I løbet af 2013 gøres epikriser tilgængelige for patienten på sundhed.dk. Praktiserende psykologer bør oplyse patienten om denne mulighed.

Patienters rapportering af utilsigtede hændelser

Fra 1. september 2011 kunne patienter og pårørende rapportere utilsigtede hændelser via de samme kanaler, som anvendes af sundhedsfaglige personer. Det sker indtil videre i beskedent omfang.

Det har betydning, at patienter og pårørende får kendskab til muligheden for at rapportere deres oplevelser, idet patienter og deres pårørende er særlig gode til at opdage problemer med sikkerheden, fordi de er med i hele forløbet – også ved sektorskift.

Det er derfor en målsætning, at patienter er oplyste om rapporteringsmuligheden, samt oplyste om forskelle på patientsikkerhedssystemet, som er et læringssystem, og patientklagesystemet, hvor der placeres ansvar.

Anbefalinger:

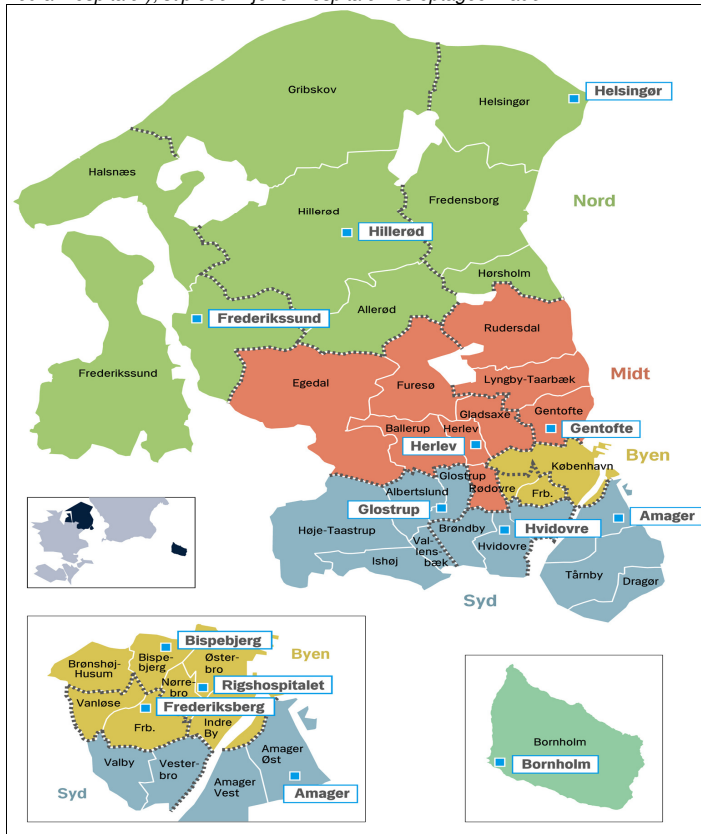
- At styrke patienters kendskab til patientsikkerhed og rapporteringssystemet gennem informationsindsats.

Grundbeskrivelse

til Praksisudviklingsplan for psykologhjælp 2014-2017

1. Planlægningsområder

Figur 1: Planlægningsområder (hvide streger) og hovedområder (farver) i Region Hovedstaden (blå markeringer svarer til beliggenhed af hospitaler); stiplede linjer er hospitalernes optageområder.

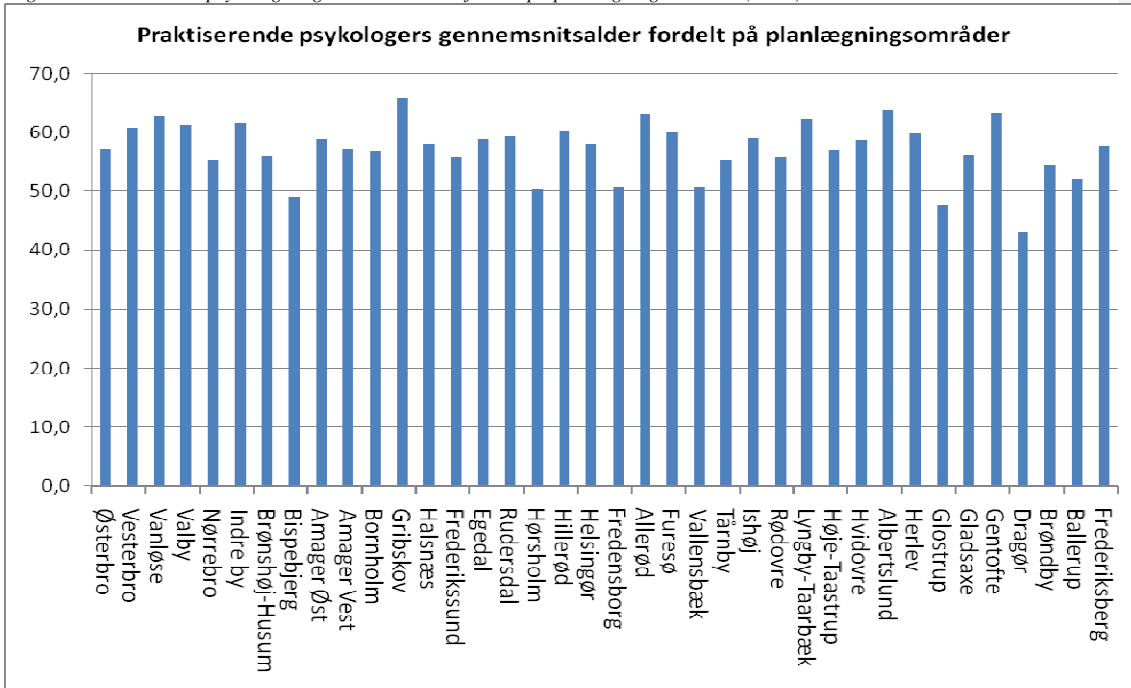


Tabel 1: Planlægnings- og hovedområder i Region Hovedstaden, (indbyggere, juni 2011)

Hovedområde	Nord (316.621)	Midt (440.731)	Byen (478.048)	Syd (499.799)
Planlægningsområder	Frederikssund Gribskov Halsnæs Hillerød Allerød Helsingør Fredensborg Hørsholm	Egedal Furesø Ballerup Herlev Rødovre Gladsaxe Lyngby-Taarbæk Rudersdal Gentofte	Brønshøj-Husum Vanløse Frederiksberg Bispebjerg Nørrebro Indre By Østerbro Bornholm (Christiansø)	Valby Vesterbro Amager Høje-Taastrup Albertslund Ishøj Vallensbæk Brøndby Glostrup Hvidovre Tårnby Dragør

2. Aldersfordeling

Figur 2: Praktiserende psykologers gennemsnitsalder fordelt på planlægningsområder (2013)



Tabel 2: Antal praktiserende psykologer, fordelt på alder i 2009 (pr. 1. februar) og 2013 (pr. 20. februar)

Alder	2009		2013	
	Antal	%	Antal	%
31-40 år	6	2,5	6	2,4
41-50 år	44	18,3	34	13,7
51-60 år	117	48,5	102	40,9
61-70 år	71	29,5	94	37,8
71-80 år	3	1,2	13	5,2
I alt	241	100	249	100

3. Tilgængelighed for personer med handicap

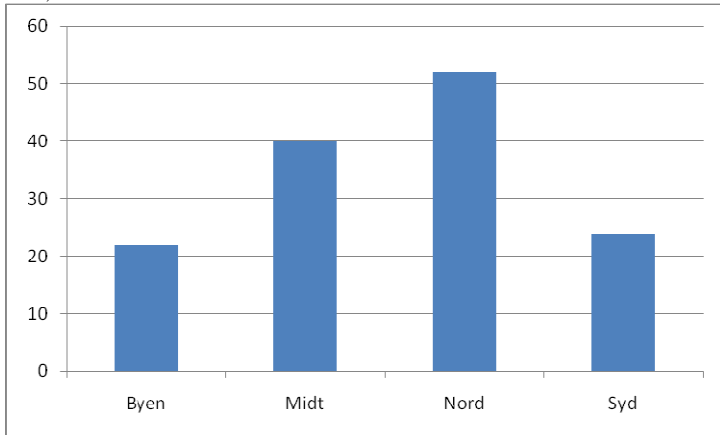
Tabel 3: Antal og andel af praksis med handicapegnede adgangsforhold, selvregistrering, pr. 20. februar 2012

Planlægningsområde	Antal	%
Frederiksberg	3	20
Ballerup	3	50
Brøndby	2	40
Dragør		0
Gentofte	4	27
Gladsaxe	4	50
Glostrup		0
Herlev	1	25
Albertslund	1	25
Hvidovre	2	33
Høje-Taastrup	1	17
Lyngby-Taarbæk	2	25
Rødovre	4	67
Ishøj	2	100
Tårnby	1	20
Vallensbæk	2	67
Furesø	3	50
Allerød		0
Fredensborg	2	67
Helsingør	6	50
Hillerød	8	67
Hørsholm	4	100
Rudersdal	3	38
Egedal	2	50
Frederikssund	3	60
Halsnæs	1	33
Gribskov	2	33
Bornholm	2	29
Amager Vest	1	13
Amager Øst	1	20
Bispebjerg	4	80
Brønshøj-Husum		0
Indre By	3	10
Nørrebro	2	25
Valby	1	17
Vanløse	2	50
Vesterbro	1	11
Østerbro	1	14
Hovedtotal	84	33

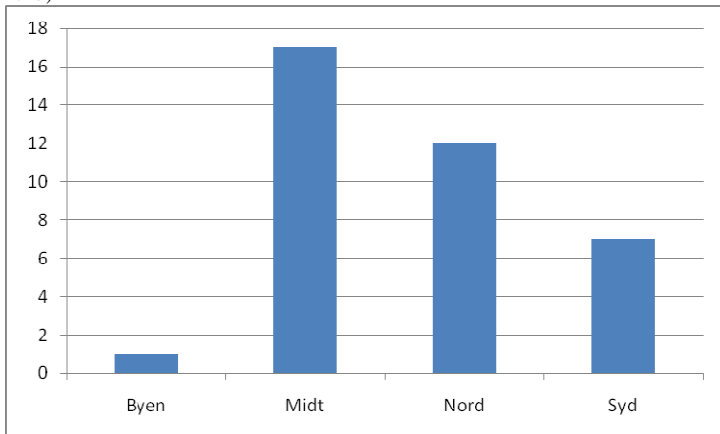
Tabel 4: Antal og andel af praksis med handicapegnede toiletforhold, selvregistrering, pr. 20. februar 2012

Planlægningsområde	Antal	%
Frederiksberg	0	0
Ballerup	2	33
Brøndby	0	0
Dragør	0	0
Gentofte	1	7
Gladsaxe	4	50
Glostrup	0	0
Herlev	1	25
Albertslund	0	0
Hvidovre	0	0
Høje-Taastrup	1	17
Lyngby-Taarbæk	2	25
Rødovre	1	17
Ishøj	0	0
Tårnby	0	0
Vallensbæk	1	33
Furesø	0	0
Allerød	0	0
Fredensborg	1	33
Helsingør	3	25
Hillerød	2	17
Hørsholm	0	0
Rudersdal	0	0
Egedal	0	0
Frederikssund	0	0
Halsnæs	0	0
Gribskov	0	0
Bornholm	0	0
Amager Vest	1	13
Amager Øst	0	0
Bispebjerg	1	20
Brønshøj-Husum	0	0
Indre By	0	0
Nørrebro	0	0
Valby	0	0
Vanløse	0	0
Vesterbro	1	11
Østerbro	0	0
Total	22	9

Figur 3: Andel (%) af praksis der har handicapegnede adgangsforhold, selvregistreret, fordelt på hovedområder (pr. 20. februar 2013)



Figur 4: Andel (%) af praksis der har handicapegnede toiletforhold, selvregistreret, fordelt på hovedområder (pr. 20. februar 2013)



4. Kapacitet

4.1 Psykologkapacitetens omfang og geografiske fordeling

Tabel 5: Antal kapaciteter fordelt på hovedområde og kommune pr. 1.1.2013

Hovedområde	Område	Kapaciteter pr. 1.1 2013	Sikrede pr. 1.1 2013*	Kapacitet pr. sikret	
Nord	Frederikssund	5	44.317	8.863	
	Gribskov	6	40.648	6.775	
	Halsnæs	3	30.782	10.261	
	Hillerød	12	48.250	4.021	
	Allerød	5	24.050	4.810	
	Helsingør	12	61.594	5.133	
	Fredensborg	3	39.441	13.147	
	Hørsholm	4	24.542	6.136	
	Nord i alt		50	313.621	6.272
	Midt	Egedal	4	42.014	10.503
Furesø		6	38.229	6.372	
Ballerup		6	48.215	8.036	
Herlev		4	26.937	6.734	
Rødovre		6	37.353	6.225	
Gladsaxe		8	66.009	8.251	
Lyngby-Taarbæk		8	53.843	6.730	
Rudersdal		8	54.804	6.851	
Gentofte		15	73.329	4.889	
Midt i alt			65	440.731	6.780
Byen	Frederiksberg	15	102.190	6.813	
	Brønshøj-Husum	3	42.602	14.201	
	Vanløse	4	38.778	9.694	
	Bispebjerg	5	52.065	10.413	
	Nørrebro	8	77.023	9.628	
	Indre By	30	50.811	1.694	
	Østerbro	7	73.827	10.547	
	Børn-holm/Christiansø	7	40.754	5.822	
Byen i alt		79	478.048	6.051	
Syd	Valby	6	50.043	8.341	
	Vesterbro/Kgs. Enghave	9	59.698	6.633	
	Amager Øst	5	52.753	10.551	
	Amager Vest	8	62.258	7.782	
	Høje-Taastrup	6	48.397	8.066	
	Albertslund	4	27.781	6.945	
	Ishøj	2	21.180	10.590	
	Vallensbæk	3	14.789	4.930	
	Brøndby	5	34.203	6.841	
	Glostrup	2	21.883	10.942	
	Hvidovre	6	51.350	8.558	
	Tårnby	5	41.554	8.311	

Grundbeskrivelse Praksisudviklingsplan for psykologhjælp 2014-2017

	Dragør	1	13.907	13.907
	Syd i alt	62	499.794	8.061
	Total	256	1.732.193	6.766

Tabel 6: Praksiskandidater, antal og fordeling

Hovedområde	Område	Praksiskandidater pr. 1.1.2013
Nord	Frederikssund	
	Gribskov	
	Halsnæs	
	Hillerød	2
	Allerød	
	Helsingør	
	Fredensborg	
	Hørsholm	
	Nord i alt	2
	Midt	Egedal
Furesø		
Ballerup		
Herlev		1
Rødovre		1
Gladsaxe		2
Lyngby-Taarbæk		3
Rudersdal		2
Gentofte		1
Midt i alt		10
Byen	Frederiksberg	4
	Brønshøj-Husum	
	Vanløse	
	Bispebjerg	2
	Nørrebro	
	Indre By	6
	Østerbro	2
	Bornholm/Christiansø	
Byen i alt	14	
Syd	Valby	
	Vesterbro/Kgs. Enghave	1
	Amager Øst	1
	Amager Vest	1
	Høje-Taastrup	
	Albertslund	
	Ishøj	
	Vallensbæk	1
	Brøndby	
	Glostrup	1
	Hvidovre	
Tårnby	1	

	Dragør	
	Syd i alt	6
	Total	32

4.2 Psykologkapacitetens fordeling

Tabel 7: Antal kapaciteter pr. indbygger fordelt på hovedområde pr. 1. 1.2013

Hovedområde	Antal kapaciteter	Antal sikrede pr. 1.1.2013	Antal indbyggere pr. kapacitet
Nord	50	313.621	6.272
Midt	65	440.731	6.780
Byen	79	478.048	6.051
Syd	62	499.794	8.061
Total	256	1.732.193	6.766
<i>Hele landet</i>	838	5.600.748	6.683,47
<i>Pr. 1. februar 2009, Region Hovedstaden</i>	241	1.645.825	6.829

Kilde: Sygesikringen, Danmarks Statistik

a. Omfanget af søgning til ledige kapaciteter i Region Hovedstaden i 2009

Tabel 8: Besættelse af ydernumre i årene 2010 - 2013

År	Ledige ydernumre	Geografisk placering	Antal ansøgninger	Afslag 1 *)	Afslag 1-6 (**)	Afslag andre årsager
2010	4	Nørrebro, Frederikssund, Halsnæs, Allerød	40	13	17	6
2010	5	2 i Amager, Furesø, Halsnæs, Dragør	34	9	17	3
2011	5	Amager, Bispebjerg, Halsnæs, 2 i Rudersdal	66	28	25	8
2011	4	Helsingør, Gladsaxe, 2 i Brøndby	47	18	19	6
2012	1 + 15 nye	Gribskov, Fredensborg, Hørsholm, Ballerup, Rødovre, Gladsaxe, Brønshøj, Husu,, Vanløse, Nørrebro, Bornholm, Valby, 2 i Amager Øst, Vallensbæk, Brøndby, Hvidovre.	150			
2013	7	Ballerup, Vanløse, Østerbro, Glostrup, Amager Øst, Hvidovre, Furesø	79	61	0	11

*) Er fundet kvalificeret - men ikke valgt

**) Er fundet kvalificeret, men der er søgt i et ikke opslået område

4.4. Befolkningsfremskrivning

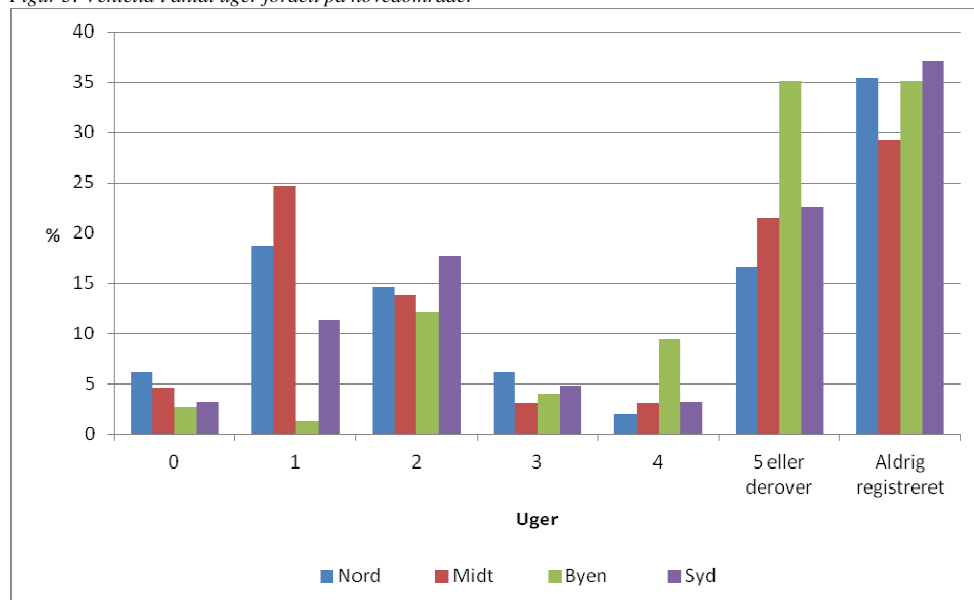
Tabel 9: Befolkningsfremskrivning Region Hovedstaden

År	Antal borgere
2013	1.731.976
2014	1.749.155
2015	1.765.086
2016	1.780.110
2017	1.794.474

Kilde: Danmarks Statistik

4.5. Ventetider

Figur 5: Ventetid i antal uger fordelt på hovedområder



5. Aktivitet

Faktaboks

Forbrug og produktion

Aktiviteten opgøres i forbrug og produktionstal.

Produktion er dækkende for praktiserende psykologers produktion af ydelser enten for regionens borgere eller borgere fra andre regioner

Produktion kan også kaldes omsætningstal, men dækker kun tilskudsberettigede aktiviteter der er sket indenfor overenskomstens rammer. Det er altså ikke udtryk for en given kliniks samlede omsætning, som også indeholder egenbetaling og aktiviteter udenfor overenskomstens rammer. Produktion er ofte anvendeligt som målestok i en kapacitetsvurdering, da tallene er udtryk for den samlede aktivitet i praksis uanset hvilken region patienten har bopæl i.

Forbrug af psykologiydelser er dækkende for regionens egne borgeres forbrug af ydelser enten i regionen eller i andre regioner.

Forbrug afspejler Region Hovedstadens samlede udgift.

5.1 Patienter

Tabel 10: Udvikling i antallet af patienter 2007-2012

Region	2007	2012	Stigning (%)
Region Hovedstaden	13.521	25.222	86,54
Region Midtjylland	9.020	18.160	101,33
Region Nordjylland	4.512	10.322	128,7
Region Sjælland	7.545	12.198	61,67
Region Syddanmark	9.243	17.984	94,57
Landsplan	43.638	83.388	91,90

5.2. Produktion

Tabel 11: Udvikling i antallet af ydelser fordelt på henvisningsgrupper 2007-2012

Gruppe-nr.	Henvisningsgruppe	Antal ydelser 2007	Antal ydelser 2012
1	Røveri-, volds- og voldtægts ofre	7.392	8.097
2	Trafik- og ulykkesofre	2.714	2.328
3	Pårørende til alvorligt psykisk syge	11.064	11.779
4	Personer ramt af alvorlig invaliderende sygdom	17.244	17.685
5	Pårørende til personer ramt af alvorlig invaliderende sygdom	13.968	14.836
6	Pårørende ved dødsfald	21.067	18.613
7	Personer, der har forsøgt selvmord	2.063	1.294
8	Kvinder, der har fået foretaget provokeret abort pga. misdannelser ved barnet	519	407
9	Personer under 18 som har været udsat for incest eller seksuelle overgreb	2.986	2.613
10	Let til moderat depression (18-37 år) efter udført psykometrisk test (fra 1.7.2012 patienter over 18 år.)	-	60.491
11	Personer med let til moderat OCD (18-28 år) (fra 1.7.2012 patienter mellem 18 og 38)	-	13.137
	Ydelser i alt	79.087	151.280

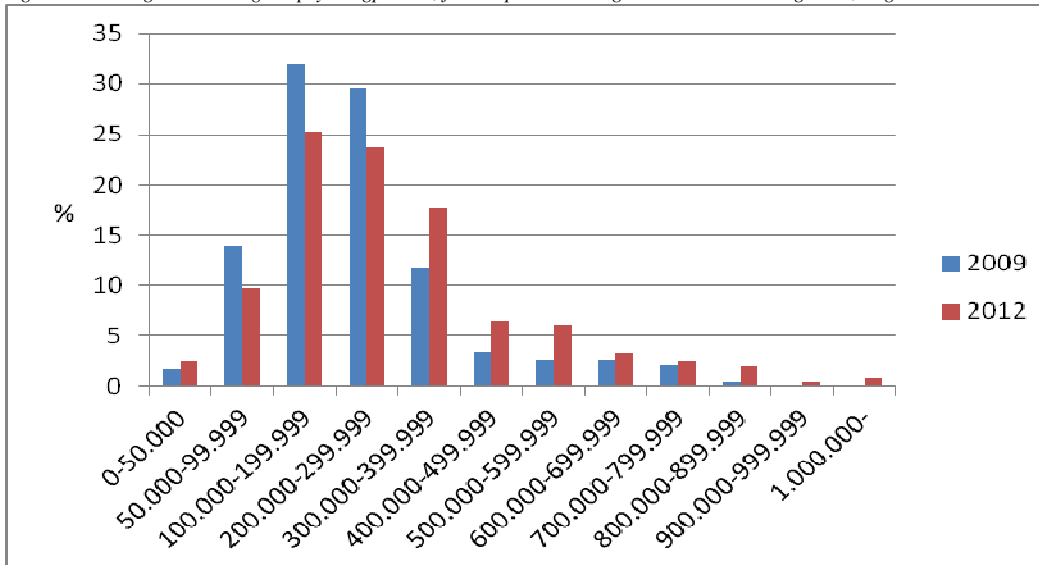
Tabel 12: Udvikling i antal 1. konsultationer fordelt på henvisningsgrupper 2007-2012

Gruppe-nummer	Henvisningsgrupper	Antal 1. konsultationer 2007	Antal 1. konsultationer 2012
1	Røveri-, volds- og voldtægts ofre	1.017	1.173
2	Trafik- og ulykkesofre	414	325
3	Pårørende til alvorligt psykisk syge personer	1.455	1.548
4	Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	2.351	2.330
5	Pårørende til personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	1.843	1.965
6	Pårørende ved dødsfald	2.851	2.528
7	Personer, der har forsøgt selvmord	297	177
8	Kvinder, der får foretaget provokeret abort p.g.a. misdannelser ved barnet	80	76
9	Personer under 18 år som har været udsat for incest eller seksuelle overgreb.	348	324
10	Let til moderat depression (18-37 år) efter udført psykometrisk test		8.084
11	Personer med let til moderat OCD (18 - 28 år)		1.888
	1. konsultationer i alt	10.670	20.418

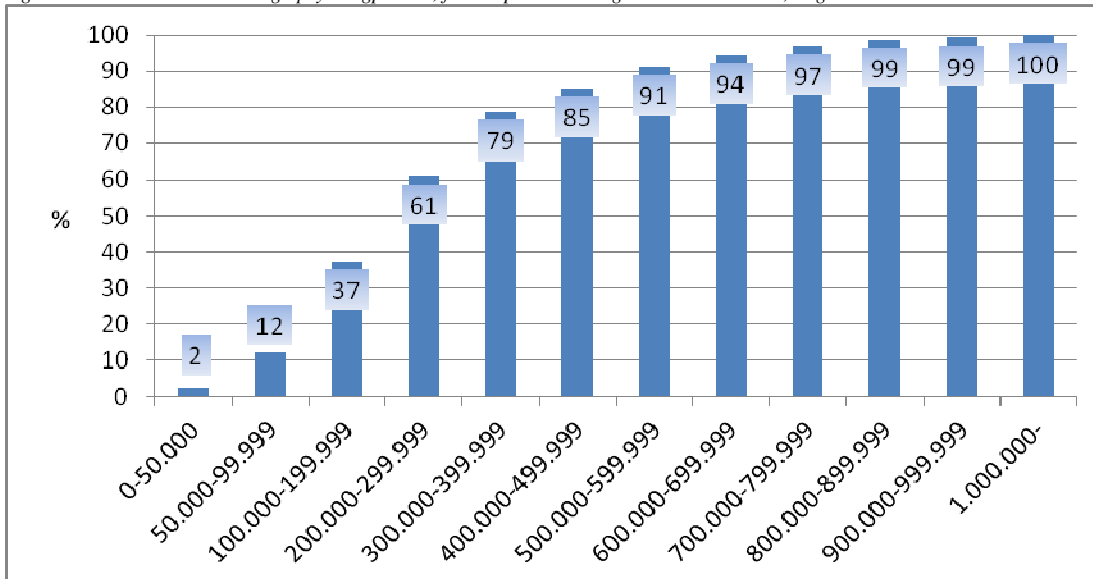
Tabel 13: Antal og andel af det samlede antal praksis med en omsætning på under 200.000 kr., Region Hovedstaden 2012

Omsætningsinterval (kr.)	Antal praksis	Andel (%)
0-99.999	30	0,1
100.000-149.999	29	11,6
150.000-199.999	34	13,6
Total	93	37,2

Figur 6 Udvikling i omsætningen i psykologpraksis, fordelt på omsætningsintervaller i 2009 og 2012, Region Hovedstaden



Figur 7: Akkumuleret omsætning i psykologpraksis, fordelt på omsætningsintervaller i 2012, Region Hovedstaden



Tabel 14: Antal og andel af det samlede antal praksis med en omsætning på under 200.000 kr., Region Hovedstaden 2009

Omsætningsinterval (kr.)	Antal praksis	Andel (%)
0-99.999	37	15,4
100.000-149.999	40	16,6
150.000-199.999	36	14,9
Total	113	46,9

Tabel 15: Udviklingen i den gennemsnitlige omsætning (produktion, kr) pr. fuldtidskapacitet i perioden 2009-2012 (faste priser, 2012-niveau)

	2009	2010	2011	2012
Samlet omsætning (faste priser=2012)	58.967	63.194	67.667	73.736
Samlet kapacitet	241	241	250	250
Gennemsnitlig omsætning pr. kapacitet (kr.)	244.676	262.215	270.668	294.944

Tabel 16: Produktion (kr.) pr. kapacitet, fordelt på hovedområder, 2012.

Hovedområde	Kapacitet	Produktion	Produktion/ kapacitet
Nord	50	12.054.609	241.092
Midt i alt	65	17.702.516	272.346
Byen i alt	79	26.103.961	330.430
Syd i alt	62	17.874.935	288.305
Total	256	43.807.195	171.122

Tabel 17: Produktion pr. kapacitet, fordelt på planlægningsområder, 2012

Hovedområde	Område	Kapaciteter pr. 1.1 2013	Produktion 2012	Produktion pr. kapacitet
	Frederikssund	5	1.319.992,77	263.998,55
	Gribskov	6	1.191.679,78	198.613,30
	Halsnæs	3	703.862,78	234.620,93
	Hillerød	12	3.355.867,43	279.655,62
	Allerød	5	918.660,73	183.732,15
	Helsingør	12	2.798.339,95	233.195,00
	Fredensborg	3	970.061,08	323.353,69
	Hørsholm	4	796.145,23	199.036,31
	Nord i alt	50	12.054.609,75	241.092,20
Midt	Egedal	4	846.022,14	211.505,54
	Furesø	6	1.450.680,45	241.780,08
	Ballerup	6	1.334.186,27	222.364,38
	Herlev	4	1.553.905,23	388.476,31
	Rødovre	6	1.956.060,36	326.010,06
	Gladsaxe	8	2.361.975,86	295.246,98
	Lyngby-Taarbæk	8	2.954.611,08	369.326,39
	Rudersdal	8	1.913.305,64	239.163,21
	Gentofte	15	3.331.768,91	222.117,93
	Midt i alt	65	17.702.515,94	272.346,40
Byen	Frederiksberg	15	5.848.012,75	389.867,52
	Brønshøj-Husum	3	831.990,45	277.330,15
	Vanløse	4	356.868,25	89.217,06
	Bispebjerg	5	2.585.367,05	517.073,41
	Nørrebro	8	2.188.895,64	273.611,96
	Indre By	30	11.258.069,86	375.269,00
	Østerbro	7	1.731.722,83	247.388,98
	Bornholm/Christiansø	7	1.303.033,82	186.147,69
	Byen i alt	79	26.103.960,65	330.429,88
Syd	Valby	6	1.556.896,76	259.482,79
	Vesterbro	9	3.562.170,43	395.796,71

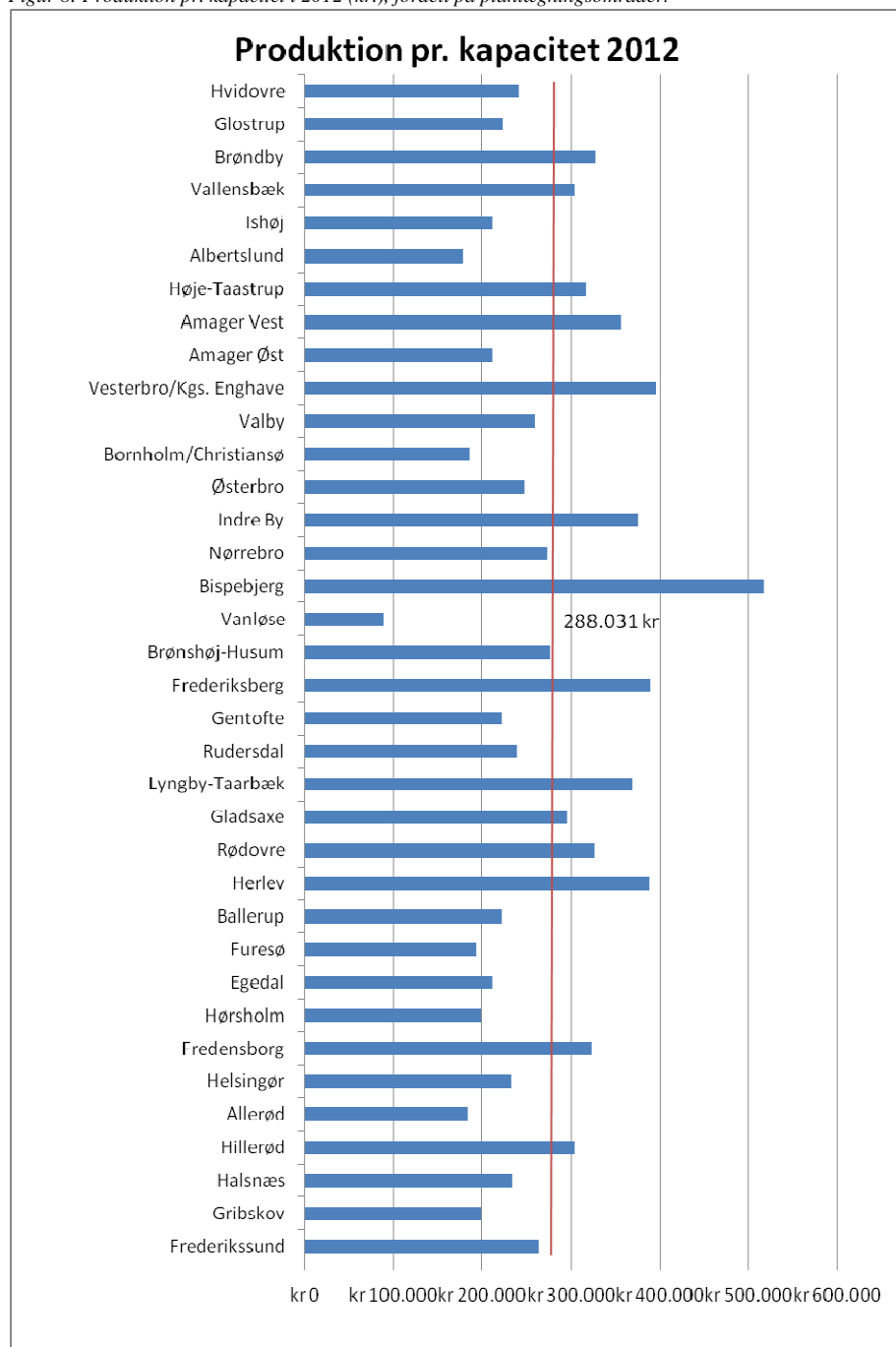
Grundbeskrivelse Praksisudviklingsplan for psykologhjælp 2014-2017

Amager Øst	5	1.056.770,18	211.354,04
Amager Vest	8	2.852.426,06	356.553,26
Høje-Taastrup	6	1.901.354,50	316.892,42
Albertslund	4	712.538,50	178.134,63
Ishøj	2	421.346,03	210.673,02
Vallensbæk	3	912.000,73	304.000,24
Brøndby	5	1.635.311,59	327.062,32
Glostrup	2	445.534,32	222.767,16
Hvidovre	6	1.448.173,15	241.362,19
Tårnby og Dragør	6	1.370.413,05	228.402,175
Syd i alt	62	17.874.935,30	288.305,41
Total	256	147.472.043,28	576.062,67

Tabel 18: Gennemsnitlig omsætning (produktion, kr) pr. kapacitet, landstal, 2012

	Samlet kapacitet	Omsætning	Omsætning pr. kapacitet
Region Midtjylland	191	50.504.245	264.420
Region Sjælland	124	33.002.655	266.150
Region Syddanmark	184	49.133.297	267.029
Region Hovedstaden	256	73.736.022	288.031
Region Nordjylland	91	29.944.249	329.058

Figur 8: Produktion pr. kapacitet i 2012 (kr.), fordelt på planlægningsområder.



5.3. Forbrug

Tabel 19: Udvikling i forbrug (kr), 2008-2012, løbende og faste priser (2012-niveau)

	2008	2012
Bruttohonorar – løbende priser	42.448.992,33	73.940.591,78
Bruttohonorar – 2012 priser	45.420.346,89	73.940.591,78

Tabel 20: Udviklingen i forbrug fordelt på regioner 2007-2012, faste priser (2012-niveau)

	2007	2012	Udvikling (%)
Region Hovedstaden	39.464.571,67	73.774.036,31	86,9
Region Midtjylland	23.849.705,98	51.258.763,94	114,9
Region Nordjylland	12.626.064,88	29.554.929,85	134,1
Region Sjælland	20.812.929,24	33.087.387,24	58,9
Region Syddanmark	24.120.735,75	48.419.196,10	100,7
Landsplan	120.874.007,5	236.094.313,44	95,3

Tabel 21: Forbrug pr. sikret 2012, fordelt på planlægningsområder

Område	Forbrug 2012 (1.000 kr.)	Sikrede pr. 1.1 2013*	Forbrug pr. sikret, kr.
Frederikssund	1.483	44.317	33,46
Gribskov	1.862	40.648	45,80
Halsnæs	1.152	30.782	37,43
Hillerød	2.091	48.250	43,34
Allerød	797	24.050	33,14
Helsingør	2.694	61.594	43,73
Fredensborg	1.209	39.441	30,65
Hørsholm	754	24.542	30,72
Nord i alt	12.041	313.621	38,39
Egedal	1.416	42.014	33,70
Furesø	1.354	38.229	35,42
Ballerup	1.440	48.215	29,87
Herlev	913	26.937	33,90
Rødovre	1.268	37.353	33,95
Gladsaxe	2.536	66.009	38,42
Lyngby-Taarbæk	2.170	53.843	40,30
Rudersdal	1.685	54.804	30,75
Gentofte	2.422	73.329	33,03
Midt i alt	15.204	440.731	34,50
Frederiksberg	5.236	102.190	51,24
Brønshøj-Husum	1.338	42.602	31,40
Vanløse	1.926	38.778	49,67
Bispebjerg	2.493	52.065	47,88
Nørrebro	5.351	77.023	69,47
Indre By	2.934	50.811	57,74
Østerbro	4.274	73.827	57,89
Bornholm/Christiansø	1.318	40.754	32,33
Byen i alt	24.869	478.048	52,02
Valby	2.304	50.043	46,04
Vesterbro/Kgs. Enghave	3.998	59.698	66,97
Amager Øst	3.016	52.753	57,17
Amager Vest	3.104	62.258	49,85
Høje-Taastrup	1.732	48.397	35,79
Albertslund	850	27.781	30,55
Ishøj	611	21.180	28,86

Grundbeskrivelse Praksisudviklingsplan for psykologhjælp 2014-2017

Vallensbæk	443	14.789	29,96
Brøndby	1.151	34.203	33,65
Glostrup	686	21.883	31,33
Hvidovre	1.892	51.350	36,84
Tårnby og Dragør	1.875	55.461	65,33
Syd i alt	21.660	499.794	43,34
Total	73.774	1.732.193	42,59

Figur 9: Forbrug pr. sikret fordelt på planlægningsområder, Region Hovedstaden (2012)

