

Døgndækkende psykiatrisk hjemmebehandling – et alternativ til akut indlæggelse?

Folkesundhed og kvalitetsudvikling, CFK – Region Midtjylland

Pia Vedel Ankersen

Dorthe Wiwe Durr

Trine Damgaard Møller

Simone Marie Madsen

Indhold

1	Indledning	6
1.1	Akut psykiatrisk hjemmebehandling	7
1.2	Problemstilling.....	8
1.3	Disposition for rapporten	9
2	Rammeforståelse for evaluering af DDHB	11
2.1	Psykiatriens historie.....	11
2.1.1	Fremkomsten af psykofarmaka	13
2.1.2	Opsummering af udviklingstendenser i psykiatriens historie	13
2.2	Sundhedssystemets udvikling	14
2.2.1	Sundhedssystemets udfordringer	14
2.3	Sundhedsvæsnets organisering.....	15
2.3.1	Specialeplanlægning	16
2.4	Psykiatrisk hjemmebehandling i lyset af sundhedssystemets og psykiatriens udvikling.....	16
3	Undersøgelhedsdesign og anvendte metoder	18
3.1	Undersøgelhedsdesign	18
3.2	Metoder og data.....	20
3.2.1	Observationsstudie.....	22
3.2.2	Litteraturstudie.....	22
3.2.3	Dokumentgennemgang	24
3.2.4	Kvantitative sekundære data.....	24
3.2.5	Kvalitativ interviewundersøgelse	24
3.2.6	Spørgeskemaundersøgelse.....	26
3.3	Opsummering af undersøgelhedsdesign og anvendte metoder	26
4	Litteraturstudie	28
4.1	Metodetilgang til litteraturstudie.....	28

4.2	Økonomiske vurderinger af CRHT	31
4.3	Opsummering af økonomilitteratur	32
4.4	CRHT behandling - teknologi	33
4.4.1	Kerneydelsen i CRHT.....	33
4.4.2	CRHT-teknologi vurderet på effekter	37
4.5	Patient- og pårørendeperspektiv i CRHT	40
4.5.1	Afklaring af patientgruppe til CRHT.....	40
4.5.2	Patienters og pårørendes erfaringer med CRHT	41
4.5.3	Opsummering af patientperspektiv.....	43
4.6	Organisering af Crisis Resolution Home Treatment (CRHT)	44
4.7	Sammenfatning vedrørende litteraturen	46
5	Økonomiske succeskriterier for DDHB	49
5.1	Opsummering af økonomisk litteraturstudie.....	50
5.2	Indlæggelse, sengedage og genindlæggelsesforløb.....	50
5.2.1	Borgere i behandlingspsykiatrien	51
5.2.2	Psykiatriske indlæggelser	54
5.2.3	Sengedage	56
5.2.4	Genindlæggelser.....	58
5.2.5	Ambulant behandling	60
5.2.6	Omkostninger ved indlæggelser.....	63
5.2.7	Opsummering på opgørelser over indlæggelser, sengedage og omkostninger.....	68
5.3	Er Døgndækkende Hjemmebehandling en besparelse?	70
5.4	Opsummering på succeskriterier for DDHB.....	71
6	Beskrivelse af Døgndækkende Hjemmebehandling (DDHB)	73
6.1	Hovedpointer fra litteraturgennemgang.....	73
6.2	Døgndækkende akut psykiatrisk behandling i Silkeborg.....	74

6.2.1	Afgrænsning af patientgruppe	75
6.2.2	Behandlingsforløb.....	76
6.2.3	Pårørendeinddragelse i hjemmebehandling	77
6.2.4	ECT som ambulans behandling.....	77
6.2.5	Akut Døgntilbud.....	78
6.2.6	DDHB versus CRHT: ligheder og forskelle.....	79
6.3	Et alternativt til indlæggelse i et patientperspektiv?	81
6.4	Opsummering	82
7	Behandlerperspektiv.....	84
7.1	Opsummering af litteraturgennemgang.....	84
7.2	Kompetenceprofil for hjemmebehandlere	84
7.2.1	Fagprofil for hjemmebehandlere	86
7.2.2	Hjemmebehandlerrollen sammenlignet med roller i hospitalsbehandling	86
7.3	Behandlerrollen set gennem personaleperspektiv	87
7.3.1	Dannelse gennem uddannelse og erfaringer	89
7.3.2	Kompetencer: faglige og personlige.....	90
7.3.3	Balancen mellem faglig og personlig involvering	93
7.3.4	En hårfin balance	93
7.4	Hjemmebehandlere i et patientperspektiv	94
7.4.1	Behandlerkontakt	94
7.4.2	Mødes patienter med respekt?.....	99
7.4.3	Den rigtige behandling?.....	101
7.5	Konklusion på behandlerperspektiv	102
8	Patient- og pårørende perspektiv.....	105
8.1	Opsummering af litteratur.....	105
8.2	Patientperspektivet	106

8.2.1	Patienternes oplevelse af deres behandling	106
8.2.2	Patientafgrænsning	108
8.2.3	Fordele og ulemper ved DDHB og indlæggelse	109
8.3	Pårørendeinddragelse	112
8.3.1	Argumenter for pårørendeinddragelse	112
8.3.2	Model for pårørendeinddragelse	113
8.3.3	Patienternes oplevelse af pårørendeinddragelse	114
8.4	Opsummering af patientperspektiv	116
9	Organisation.....	119
9.1	Litteraturopsummering omkring organisering.....	120
9.2	Organisering i Regionspsykiatrien og i Psykiatriens hus.....	120
9.2.1	DDHB's organisering i Psykiatriens Hus.....	121
9.2.2	Organisering i forhold til opgaveudførelse.....	122
9.2.3	Tværasektorielt samarbejde.....	123
9.3	Visitation til hjemmebehandling – Gatekeeper-funktion.....	126
9.4	Opsummering	127
10	Konklusion.....	129
10.1	Design og metoder	129
10.1.1	Er psykiatrisk hjemmebehandling et sikkert tilbud?	130
10.1.2	Hvilke patienter har gavn af døgndækkende hjemmebehandling?	130
10.1.3	Kan døgndækkende hjemmebehandling reducere indlæggelser.....	131
10.1.4	Hvad består behandlingen af?.....	132
10.1.5	Hvordan oplever patienterne behandlingen?	132
10.1.6	Er der sammenhæng i behandlingsforløb?	133
10.1.7	Organisering af DDHB.....	133
10.2	Opsummering	133

11 Litteraturliste 135

1 Indledning

Døgndækkende hjemmebehandling af psykiatiske patienter er en ny behandlingsform i Danmark og findes indtil videre kun i Silkeborg.

Den grundlæggende ide i Døgndækkende hjemmebehandling (DDHB) er at minimere hospitalsindlæggelse for i stedet at lade den akut psykiatiske behandling foregå som hjemmebehandling. Udgangspunktet for behandlingen er patientens dagligdag og det tilstræbes at opretholde og udbygge patienternes hverdagskompetencer. Behandlingsindsatsen tilstræbes på denne vis, at være så tæt på borgerens hverdagsliv som muligt. Endvidere inddrages relevante offentlige instanser og pårørende i et kontinuerligt samarbejde. Fokus er på, at opbygge eller genetablere patientens evne til at mestre livet. Dette i samarbejde med pårørende og relevante offentlige instanser.

DDHB er ét af regionens behandlingstilbud i det fælles kommunale og regionale Psykiatriens Hus i Silkeborg. Psykiatriens Hus blev etableret med afsæt i Region Midtjyllands Psykiatriplanen fra 2008 (1).

En del af planen implicerede, at pr. 1. juli 2009 blev psykiatrisk sengeafsnit i Silkeborg nedlagt. Efter nedlæggelsen af sengeafsnittet er akutte psykiatiske patienter bosiddende i Silkeborg behandlet i ét af to spor. Patienter som er udfaregerende og ukontrollabel selvmordstruet er indlagt på Risskov psykiatriske hospital. Patienter, hvor det er muligt at inddæmme selvmordsimpulserne og de udfaregerende impulser er siden juli 2009 behandlet med døgndækkende hjemmebehandling (2).

Døgndækkende hjemmebehandling er som navnet siger behandling i hjemmet. Denne behandling kan foregå hele døgnet. Det er det særegne ved hjemmebehandlingen i Silkeborg (2),(3).

I mange andre kommuner er ambulante hjemmebehandling også muligt, men tidsrummet hvori dette kan foregå er som regel 8-16.

Det politiske succeskriterium for reorganisering af den psykiatiske behandling i Silkeborg var økonomiske besparelser. Disse skulle indløses på baggrund af en reduktion i indlæggelser, reduktion i den gennemsnitlige indlæggelsestid og reduktion i genindlæggelser (1,4).

Det politiske succeskriterium leder naturligt til et spørgsmål om hvorvidt der rent faktisk er sket en reduktion i indlæggelser, gennemsnitlig liggetid og genindlæggelser? Men det leder naturligvis også til et spørgsmål om hvorvidt, psykiatribrugere i Silkeborg nu stilles dårligere end andre psykiatribrugere i Region Midtjylland?

I forhold til at søge, at besvare det spørgsmål, kan det være en god ide, at vende spørgsmålet på hovedet. Det er muligt at indlæggelser er meget dyre men blot fordi det er dyrt er det så godt? De nye toner indenfor psykiatrisk behandling er: 'Mindst mulig indgriben i borgerens liv' og 'Indsats så tæt på borgerens hverdagsliv som muligt' (5,6). Det er formålsformuleringer som er i god tråd med behandlingsvisioner som søger mod *recovery* og *empowerment* af psykiatribrugere/patienter. I en sådan optik er hjemmebehandling mindre indgribende for psykiatribrugeren/patienten fordi behandlingen opretholder muligheden for at fortsætte hverdagslivet omend dette er på nedsat funktionsniveau. Hermed er spørgsmålet om hjemmebehandling blevet til mere end blot et spørgsmål om at spare penge. Spørgsmålet er i denne optik nærmere et spørgsmål om hvorvidt det kan siges, at psykiatribrugere/patienterne oplever, at kunne fortsætte deres hverdagsliv (naturligvis under hensyntagen til at dette er på nedsat funktionsniveau)?

Et andet spørgsmål som er interessant at undersøge i forbindelse med en evaluering af den døgndækkende hjemmebehandling ved Psykiatriens Hus, er hvorvidt ambitionen om at skabe sammenhæng i patientforløb er lykkedes? Det var en af de centrale målsætninger med etableringen af Psykiatriens Hus, hvor kommunale og regionale psykiatriske tilbud flyttede ind i samme bygning.

Ovenstående spørgsmål er omdrejningspunktet for nærværende evalueringsrapport. I det følgende beskrives kort hvad akut psykiatrisk hjemmebehandling er. Efterfølgende redegøres der for problemstillingen og de spørgsmål der søges besvaret i rapporten. Afslutningsvis beskrives strukturen for rapporten.

1.1 Akut psykiatrisk hjemmebehandling

Døgndækkende hjemmebehandling (Mobil Crisis Home Treatment (MCHT)) defineres i *Home Treatment for Acute Mental Disorders – an alternative to Hospitalization* af Heath således:

An alternative service to in-patient hospital treatment for individuals with acute mental disorders, who would otherwise need admission, offering short term, intensive home-based treatment, with staff available 24-hours a day, seven days a week (Heath 2005: xxi; (7)).

Det fremgår af definitionen, at der skal være tale om 24 timers tilgængelighed alle dage hele året rundt. Det er en intensiv behandling og den bør være kortvarig. Endvidere at den er et alternativ til hospitals indlæggelse og at behandlingen foregår hjemme hos patienten. Videre hedder det at akut psykiatriske hjemmebehandling kan afkorte hospitalsindlæggelse samt lette overgangen fra indlæggelse til eget hjem (2,3,7).

Den mest almindelige betegnelse for akut psykiatrisk hjemmebehandling, som anvendes i den internationale litteratur og svarer til DDHB/MCHT er *Crisis Resolution Home Treatment* (CRHT). Denne betegnelse og forkortelse benyttes i nærværende rapport for akut psykiatriske hjemmebehandling i andre lande svarende til DDHB i Danmark.

1.2 Problemstilling

I 2012, 4 år efter reorganiseringen af den psykiatriske behandling i Silkeborg, modtog Psykiatriens Hus Dagens Medicins initiativpris 'Den Gyldne Skalpel'. Begrundelsen for prisuddelingen var at i Psykiatriens Hus var det lykkedes at koordinere regional og kommunal indsats for psykiatriske patienter i Silkeborg (8). Derudover, at de nye tiltag i Psykiatriens Hus gør, at patienterne i Silkeborg Kommune får en bedre psykiatrisk behandling. Spørgsmålet er om det er rigtigt? Specielt er spørgsmålet om døgndækkende hjemmebehandling er en billigere, mindre indgribende psykiatrisk behandling som kan hævdes at være på niveau med indlæggelsesbehandling?

I dette spørgsmål er der flere spørgsmål og svarene kan være forskellige alt efter hvilket perspektiv der anlægges på problemstillingen. Det overordnede spørgsmål, kan derfor bryde op i mindre spørgsmål, som lyder:

1. Er hjemmebehandling et lige så sikkert behandlingstilbud som indlæggelse? Konkret er spørgsmålet om der er flere selvmord eller selvmordsforsøg forbundet med hjemmebehandling. Derudover om der er flere overfald eller mord forbundet med hjemmebehandling
2. Er der patientgrupper, hvor anvendelsen af DDHB er mere relevant end andre?
3. Kan det sandsynliggøres, at døgndækkende hjemmebehandling reducerer indlæggelser, genindlæggelser og sengedage?
 - a. Hermed søges det besvaret om DDHB kan siges at være en mindre indgribende behandling?
 - b. Hermed søges også en besvarelse af om DDHB er en billigere behandlingsform
4. Hvordan er behandlingen?
 - a. Hvordan beskrives behandlingen i diverse retningsgivende dokumenter
 - b. Hvordan beskriver personale (hjemmebehandlere, psykiatere mv.) behandlingen?
 - c. Hvordan oplever patienter behandlingen?
5. Hvorledes oplever patienter behandlingen?
 - a. Hvad angiver patienterne som fordele og ulemper ved DDHB og indlæggelse?
 - b. Er patienterne tilfreds med behandlingen?
6. I hvor høj grad er der målopfyldelse for ambitionen om sammenhængende behandlingsforløb? Dette søges besvaret primært fra et patientperspektiv.

7. I hvor høj grad er DDHB organiseret med henblik på den bedste mulige opgaveløsning i forhold akut psykiatriske hjemmebehandling?

De ovenstående spørgsmål er søgt besvaret gennem forskellige metodiske tilgange.

For det første er spørgsmålene søgt besvaret gennem et litteraturstudie. Formålet med dette var at undersøge hvorledes døgndækkende hjemmebehandling bedrives andre steder i verden. I den forbindelse var det ambitionen, at undersøge evidensen for behandlingen i forhold til sikkerhed for såvel patienten som omgivelserne, Patient- og pårørende tilfredshed, omkostningsvurdering, essentielle karakteristika for ydelsen og dennes optimale organisering. På baggrund af litteraturstudiet har det været muligt at opstille nogle kriterier for hvorledes DDHB bør bedrives.

Udover litteraturstudiet, er der foretaget dokumentgennemgang i forhold en beskrivelse af hvorledes DDHB bedrives. Derudover er der på baggrund af data fra primært InfoRM undersøgt i hvor høj grad indlæggelser og sengedage er reduceret efter indførelsen af DDHB. Yderligere er der foretaget personlige interviews med hjemmebehandlere, psykiatere, patienter og pårørende. Derudover er der gennemført en spørgeskema undersøgelse blandt patienter indlagt på Risskov psykiatriske hospital og patienter i hjemmebehandling.

1.3 Disposition for rapporten

Rapporten indledes med at skitsere psykiatriens historie, sundhedsvæsnets udfordringer og udviklingstendenserne i psykiatrien og sundhedsvæsnets. Ambitionen med dette kapitel, er at søge at beskrive hvilke strømninger i psykiatrien og indenfor sundhedsvæsnets, som DDHB er en konsekvens af men samtidig også skal være et svar på. Dette er emnet for kapitel 2

I kapitel 3 gennemgås undersøgelsesdesign og metoden for evalueringen. Dette med henblik på at give den metodisk interesserede læser mulighed for at ræsonneret for designet og de anvendte metoder.

Kapitel 4 er litteraturstudiet. I dette kapitel vurderes evidensen for CRHT i forhold til såvel selve ydelsen (indsatsen), omkostningerne ved ydelsen, patienternes vurdering af ydelsen og organiseringen af ydelsen. I studierne sammenlignes der traditionelt til indlæggelsesbehandling, hvilket vil sige at sammenligningsgrundlaget er mellem hjemmebehandling og indlæggelse.

Kapitel 5 er en vurdering af målopfyldelse i forhold til hvorvidt DDHB har formået at reducere indlæggelser, sengedage, genindlæggelser og omkostninger.

Kapitel 6 er en beskrivelse og vurderingen af behandlingsindsatsen Døgndækkende hjemmebehandling.

Kapitel 7 angår hjemmebehandlers perspektiv på døgndækkende hjemmebehandling og deres funktion i forhold til dette arbejde. Det undersøges i kapitlet om de ambitioner som hjemmebehandlerne beskriver for deres arbejde opleves af patienterne i behandling

Kapitel 8 er en gennemgang af patienter vurderingen af hjemmebehandling. Der er specielt fokus på de fordele og ulemper som patienterne oplever i forbindelse med hjemmebehandling.

Kapitel 9 er en beskrivelse og vurderingen af hvorvidt DDHB er organisering optimalt i forhold opgaveløsningen, hvilket vil sige at bedrive akut psykiatrisk hjemmebehandling som alternativ til indlæggelse.

Kapitel 10 er konklusionen, hvor der samlet samles op på de spørgsmål der er stillet i denne indledning

2 Rammeforståelse for evaluering af DDHB

I dette kapitel gennemgås de udviklingstendenser i sundhedssystemet og specielt indenfor psykiatrien som døgndækkende hjemmebehandling (DDHB) i Silkeborg dels er et resultat af men også nødvendigvis skal søge at forholde sig til.

I Region Midtjyllands strategiplan for psykiatriområdet 2013-2016 angives stigningen i henviste til behandlingspsykiatrien samt mangl på speciallæger indenfor psykiatrien som en af psykiatriens helt store udfordringer (5). Det øgede behov for psykiatrisk behandling, manglende på psykiatere resulterer i ventelister til psykiatriske behandling. Dette er én af de udfordringer, som DDHB skal søge at tilpasse sit virke efter. Derudover er der behandlingsstrømninger indenfor psykiatrien, hvor spørgsmålene om anvendelse af tvang og medicineringsbehov blandt patienter jævnligt er på mediernes dagsorden. Spørgsmålet om anvendelsen af tvang er endvidere også et emne for regeringens psykiatriplan samt rapporten fra regeringens udvalg om psykiatri (6,9).

Udviklingen indenfor psykiatrien har desuden sammenhæng med udviklingen og udfordringerne for sundhedsvæsenet. Udfordringerne for det danske sundhedsvæsen angives at være et relativt højt udgiftsniveau (10). En demografisk udfordring i forhold til en aldrende befolkning, udviklingen af ny omkostningstung teknologi og et øget efterspørgselspres på bedst mulig behandling. Det er alle dynamikker der trækker i retning af øget sundhedsudgifter. Et yderligere udfordringsniveau angår psykiatrien. Psykiatrien udgør i Region Midtjylland 7 pct. af de samlede sundhedsudgifter (5). WHO samt Patient- og pårørende foreninger påpeger, at mentalsundhed som regel er en underprioriteret sundhedsopgave. Det giver nogen finansielle udfordringer for psykiatrien som er udover de generelle finansielle udfordringer som sundhedsvæsenet generelt står overfor (11). Denne udfordringens synes påbegyndt adresseret med Regeringens nyeste Psykiatriplan udkommet maj 2014 (6).

Kapitlet indledes med en kort gennemgang af psykiatriens historie. Udviklingen i mulighederne indenfor medicinsk behandling står her centralt. Et andet centralt tema er udviklingen i synet på værdien af pårørende i forhold til psykiatri brugerens behandling. Efterfølgende fremstilles sundhedssystemet udvikling. Fokus er på de den organisering der har betydning for psykiatriske ydelser specielt akut psykiatriske ydelser. Strukturreformen og Specialeplanlægningens anvisninger for decentraliseringen og centralisering af sundhedsydelser er central for forståelsen af udviklingen af DDHB men også i forhold til de udfordringer DDHB står overfor i dag.

2.1 Psykiatriens historie

Den psykiatriske behandling har i gennem tiderne undergået store omvæltninger.

Indtil omkring år 1650 var det en udbredt forståelse, at den psykisk syge var besat af ånder og besad heksekræfter. Fra slutningen af 1700 tallet og op gennem 1800 tallet ændrede forståelsen af den syge sig med udgangspunkt i en lægevidenskabelig forklaring om, at psykisk sygdom havde årsag i arvelige sygdomme i hjernen (12). Dette paradigmeskift medførte oprettelsen af de psykiatriske hospitaler (i alt 5 fra 1852-1915). I takt med denne indsigt, ændredes ansvaret for den psykiske syge fra, at være et privat anliggende for familie og slægtninge til i højere grad at være et offentligt anliggende (12).

I starten blev hospitalerne primært anvendt til forvaring af de psykisk syge, som samfundet på grund af farlighed havde brug for at isolere og afgrænse. Behandlingen af de ufarlige patienter vedblev indtil 1840'erne med at være et familieanliggende (12). Fra omkring midten af 1800 tallet begyndte en faglig debat om sindssygdom og behandlingsstrategier. Sindssygdom blev betragtet, som en tilstand der skulle behandles i særligt indrettede sindssygehospitaler. Helt centralt for behandlingen var at patienterne skulle fjernes fra hjemmene og behandles på hospitalet eller asylet, som betegnelsen var på dette tidspunkt (12). Hospitalet blev derfor oftest opført med en afsides beliggenhed, på landet og i smukke omgivelser isoleret omverdenen og pårørende (12). Indlæggelse på hospitalet var således betingelse for lindring og behandling af den psykiske syge. Behandlingen bestod af observation af patienten, for at iværksætte den rigtige og nødvendige behandling (12). Patienten skulle have ro og ikke udsættes for unødvendige sindsbevægelser. Dette understøttes af et citat af Steenberg, som udtrykte: *"Saalænge en Sindssygdom er akut, maa det syge Organ- Hjærnen- holdes i absolut Ro"* (12). Behandlingen bestod derudover af en somatisk behandling, der havde til hensigt at behandle de legemlige sider med blandt andet medikamenter og forlængede bade, der virkede beroligende, dertil en psykisk behandling der havde til hensigt, at behandle den moralske side af patienten. Ved hjælp af en fast linje og passende belønninger, skulle patienten genopdrages (12).

Imidlertid medførte manglende effekter af behandlingen, at antallet af helbredte patienter var begrænset og dermed sket der en ophobning af uhelbredeligt psykisk syge patienter som medførte pladsproblemer på hospitalerne. Dette medførte et antal nye psykiatriske hospitaler og opførelsen af anstalter, der kunne blive opholdssted for de uhelbredeligt syge (12).

Psykiaternes forsøg på at helbrede patienterne bestod i forskellige former for behandlinger mere eller mindre nyttesløse og inhumane behandlinger. Behandlingsformerne som der blev eksperimenteret med var malariabehandling, feberfremkaldelse, insulinchok og lobotomi (det hvide snit). I dag beskrives disse behandlingsformer for nytteløse og inhumane (12). Ikke desto mindre afstedkom behandlingsinitiativerne en optimisme og tro på gennembrud i den psykiatriske behandling (13).

2.1.1 Fremkomsten af psykofarmaka

I løbet af 1950'erne bidrog udviklingen af psykofarmaka såsom neuroleptika (Klorpromazin) igen til en behandlingsmæssig revolution (Kragh 2008). Denne har behandlingsmæssige revolution har dog vist sig at have en behandlingseffekt. Patienter som tidligere blev anset for uhelbredeligt syge og kronificerede kan på baggrund af psykofarmaka (og psykoterapi) udskrives til ambulans behandling. På den baggrund har mulighederne i den medicinske behandling bidraget til en nytænkning indenfor den psykiatriske behandling med fokus på, at muliggøre at psykiatribrugere er mest muligt i eget hjem og mindst mulig indlagt.

En stigende kritik af de anvendte behandlingsmetoder og den bio-medicinske tankegang, medførte gennem 70'erne til en "antipsykiatri bevægelse". Denne tankegang bidrog med andre synspunkter såvel sociale, som psykologiske årsager til sygdommen. Forstyrrelser i familiodynamikken, samt teorier om tidlige forstyrrelser i mor - barn forholdet var et essentielt tema i forståelsen af psykisk sygdom på dette tidspunkt. Ligesom Gregory Batesons' dobbelt bindingsteori, om at kommunikative modsatrettede signaler mellem børn og forældre kunne være en medvirkende årsag til forekomsten af blandt andet skizofreni (12,14). Pårørende blev tillagt et nærmest direkte ansvar for udviklingen af psykisk sygdom. På baggrund af denne tankegang, blev pårørende kun sparsomt involveret i behandlingen (14)

I perioder tegner der sig et medie billede, hvor medicinering af psykiatriske patienter beskrives som inhuman og nyttesløs (jf. debatten efter Gøtzsche kronik i Politiken 6. januar 2014 (15)). Det afstedkommer som regel en ophedet debat om medicinering (behandlingsmæssige-) nytte og bivirkninger.

I det følgende opsummeres udviklingstendenserne indenfor psykiatrien

2.1.2 Opsummering af udviklingstendenser i psykiatriens historie

Det medicinske gennembrud i 1950'erne fremstår som centralt for behandlingsperspektivet for psykiatriske patienter. Den medicinske behandlingsmulighed åbnede op for reduktion i indlæggelser.

Medicineringsmuligheden afsted en anti-psykiatrisk bevægelse, hvor medicinering af patienter blev anskuet som en falsk behandling, hvor perspektivet var at psykoterapi i højere grad ville have potentiale for forbedring af patienters tilstand. I dag er det mere almindelig med et perspektiv, hvor de to tilgange ikke anskues som gensidigt udelukkende, men derimod anskues som komplimenterende tilgange til forbedring af patienters tilstand.

Et andet interessant aspekt ved psykiatriens historie er synet på pårørende. Dette har bølget frem og tilbage mellem at pårørende har været beskrevet som årsagen til psykisk sygdom til at pårørende bliver betragtet som en ressource i behandlingsforløb. I dag er tonen i forhold til pårørende, at de skal inddrages og de udgør en ressource.

2.2 Sundhedssystemets udvikling

I det følgende gennemgås sundhedssystemets udvikling. Fokus er på de udfordringer som organiseringen og reorganiseringen af DDHB er og har været et forsøg på at modsvarer. Ambulante akut psykiatriske tilbud, som DDHB er underlagt Specialeplanen for sundhedsydelse. Denne gennemgås derfor i forlængelse af gennemgangen af strukturreformen. Gennemgangen i kapitlet bestræber sig på at holde fokus på betydningen af sundhedssystemet udvikling for psykiatrien.

2.2.1 Sundhedssystemets udfordringer

I European Observatory serien: *Health system in Transition* (HiT) angives forskellige udfordringer, som det danske sundhedssystem står overfor. Det er en aldrende befolkning og dermed en ændring i sygdomsmønstret, hvor det kan forventes at flere får langvarige og kroniske sygdomme, danskernes sundhedsvaner specielt rygning og alkoholforbruget, en voksende social ulighed i sundhed og mangel på sundhedspersonale (10). Yderligere angives udviklingen af ny teknologi at medfører et udgiftspres sammen med et forventningspres fra befolkningen i forhold til at få tilbudt behandling på højt niveau. Endvidere angives det at sundhedsudgifterne i Danmark er relativ høje set i forhold til BNP, hvilket indikere at en forøgelse af sundhedsudgifterne kan være problematisk. På trods af de høje sundhedsudgifter er middellevetiden relativ lave sammenlignet med andre lande specielt de øvrige skandinaviske lande.

I WHO udgivelsen *Investing in Mental Health* beskrives mental sundhed som en betydelig og voksende sundhedsudfordring (16). WHO angiver at mental sundhed er underprioriteret specielt i lav til middel indkomstlande hvor mindre end 5 pct. af sundhedsudgifterne går til mental sundhed (psykiatri). I høj indkomst lande går lidt over 5. pct. til psykiatri (mental sundhed) (16). I Region Midtjylland budgettet for 2013 er det psykiatriske område tildelt 7 pct. af udgifter. Dermed er det en smule over hvad høj indkomst lande i gennemsnit anvender på psykiatri området (5). WHO budskab er, at det er samfundsøkonomisk omkostningseffektivt at investere i mental sundhed. Derudover at der er store personlige og befolkningssundhedsmæssige gevinster forbundet med en forbedring af den mentale sundhed. På samme vis argumentere Pedersen, Bech og Vrangbæk i deres Copenhagen Consensus papir for at psykiatriområdet ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv bør være én ud af ti prioriteret satsningsområder (17).

Udfordringerne for det danske sundhedsvæsen er altså betydelige. Sammenholdt med at løsningen ikke umiddelbart synes at være en udgiftsstigning påpeges det i Psykiatriplanen at der skal ...[] sættes fokus på initiativer, der kan bidrage til, at flere kan behandles indenfor de givne rammer og dermed mest mulig sundhed for pengene (5).

I forhold til udviklingen indenfor psykiatriens er der dog tendenser som peger i retning af at en udgiftsvækst indenfor psykiatrien. Regeringens psykiatriplan som er udkommet i maj 2014 øremærker 1,6 milliard til udbygning af psykiatrien (6).

I det følgende redegøres der for sundhedsvæsnets organisering.

2.3 Sundhedsvæsnets organisering

Strukturreform fra 2007 hvor 14 amter blev slået sammen til 5 regioner og 272 kommuner blev reduceret 98 kommuner har bidraget til en centralisering. Ansvar for driften hospitalerne var tidligere placeret i amterne. Denne opgave overgik til regionerne. Udover driften af sygehus havde amterne også ansvaret for en stor del andre sundhedsydelser såsom forebyggelse mv. en del af disse overgik til regionerne, men en stor del overgik til kommunerne som var blevet væsentlig større. Struktur ændringen har afstedkommet nye samarbejdsopgaver mellem kommunerne og regionen. I sammenhæng med struktur reformen er hospitalsstrukturen ændret således, at der i dag er færre hospitaler samlet i større enheder samt specialiseret enheder. Dette er sket samtidig med at den ambulante behandling er udbygget.

Danmark som et land der har haft en tradition for et decentralt sundhedssystem. Strukturreformen sammen med andre reformer og politiske initiativer har dog gradvist centraliseret dele af sundhedssystemet (10).

Konkret i forhold til psykiatrien har der været en decentraliseringsbølge i 70'erne, som kombination med den antipsykiatriske bevægelse medførte reduktion i sengepladser. I den forbindelse blev distriktskykiatrien som et tværfagligt behandlingstilbud udbygget. Behandlingen i distriktskykiatrien medførte, at den psykiske syge kunne tilbydes ambulante behandling og samtidigt forblive integreret i lokalmiljøet (12).

Siden sidst i 90'erne er den ambulante behandling yderligere udbygget til også at omfatte den subakutte og akutte behandling af psykiske syge. Etableringen af psykiatrisk mobilteams (hjemmebehandling) vandt indpas over hele landet. Formålet var at forebygge eller afkorte indlæggelse på psykiatrisk hospital. Psykiske syge patienter fik dermed mulighed for, at blive behandlet derhjemme. De pårørende fik i den henseende en ny rolle, som en slags medbehandlere, en ressource der muliggjorde at patienter, der tidligere blev indlagt kunne bibeholdes og behandles i egne rammer. I den henseende bidrager nyere økonomisk forskning med evidens for, at pårørende inddragelse giver en samfundsøkonomisk gevinst (18).

Spørgsmålet om hvilke opgaver der skal centraliseres og hvilke der skal decentraliseres er beskrevet i Specialeplanen, hvor det angives hvad der er sundhedsopgaver på hovedfunktionsniveau, regionsniveau og specialefunktion. Dette gennemgås i det følgende.

2.3.1 Specialeplanlægning

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens notat for specialevejledning for psykiatrien, at det[g]rundlæggende princip i psykiatrien er at tilbyde den behandling, der er effektiv, tilstrækkelig og mindst indgribende i patientens tilværelse og integritet (19). Det fremgår også, at aktiviteten i psykiatrien har været og fortsat er stigende, samt at en stor del er akut psykiatrisk behandling med 38.000 akutte indlæggelser årligt, hvilket svarer til 90 pct. af de psykiatriske indlæggelser. Endvidere beskrives det i notatet, at der er foregået en væsentlig udbygning af de ambulante funktioner, og tillige at udbygningen forventes at fortsætte (19).

Den gældende Specialeplan er fra 2010. Specialeplanen angiver, hvilke sygehuse der kan varetage specialfunktioner. Der sondres mellem hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau. Hovedfunktion er en basisfunktion, som kan omfatte forebyggelse, diagnostik, behandling mv. Det centrale spørgsmål er kompleksitetsgraden for den psykiske lidelse, som skal være relativt lille. Endvidere skal den være relativ hyppigt forekommende, således at der ikke er noget, der tilsiger en centralisering af ydelsen (20).

Specialfunktionsniveau er opdelt i et regionsniveau og et højtspécialiseret funktionsniveau.

Regionsfunktionen angives at være en specialfunktion, som etableres på 1-3 sygehuse i en region, mens højtspécialiserede funktioner har stor kompleksitet, forekommer sjældent og kræver mange ressourcer, eksempelvis samarbejde mellem flere specialer. I Region Midtjylland er den højtspécialiseret funktion placeret på Børne- og ungdomspsykiatrisk Center, Risskov og de voksenpsykiatriske afdelinger på Aarhus Universitetshospital, Psykiatrisk Hospital, Risskov. Disse afdelinger har også regionsfunktionsniveau, hvilket også gør sig gældende for Regionspsykiatrien Vest (Holstebro og Herning) (19,20).

2.4 Psykiatrisk hjemmebehandling i lyset af sundhedssystemets og psykiatriens udvikling

Udfordringerne for det danske sundhedsvæsen er betydelige. I OECD-sammenligninger er det danske sundhedsvæsen et af de sundhedssystemer, der lægger størst beslag på landets rigdom (sundhedsudgifter i forhold til BNP). Samtidig er danskernes middellevetid relativt lav, hvilket kan fortolkes som et udtryk for et mindre godt fungerende sundhedssystem. Derudover har Danmark en udfordring i forhold til en aldrende befolkning med et mere omkostningsintensivt sygdomsmønster. Nye og dyre teknologier er til rådighed, hvilket skaber forventninger om, at disse stilles til rådighed.

I tillæg til disse generelle udfordringer for sundhedsvæsenet står psykiatrien over for en stigning i antallet af henvist til behandling og en mangel på speciallæger (psykiatere). WHO beskriver mental sundhed og specielt udviklingen i den mentale sundhedsbyrd som en betydelig udfordring. Dette sammenholdt med, at

psykiatrien generelt er underprioriteret i forhold til somatiske sygdomme, gør udfordringen endnu større. I Region Midtjylland er forholdet mellem udgifterne til psykiatri og somatik: psykiatri 7 pct. – somatik 93 pct.

Regeringens nyeste psykiatriplan fra maj 2014 indikerer en politisk finansiel opprioritering af psykiatriområdet, men ellers synes de sundhedsmæssige løsninger ikke umiddelbart at kunne forventes løst gennem udgiftsstigning. I Psykiatriplanen fra 2013 hedder det, at der skal : ...[] *sættes fokus på initiativer, der kan bidrage til, at flere kan behandles inden for de givne rammer og dermed mest mulig sundhed for pengene* (5).

Spørgsmålet er, om DDHB er et initiativ, hvor der kan spares penge, samtidig med at visionerne for god psykiatrisk behandling efterleves? Det spørgsmål er underliggende denne evalueringsrapport.

3 Undersøgellesdesign og anvendte metoder

I dette kapitel redegøres for evalueringens design og herunder de anvendte metoder. Problemstillingen for evalueringen er primært at beskrive Døgndækkende Hjemmebehandling (DDHB). Belysningen af denne problemstilling beror på en gennemgang af relevante dokumenter, analyse af interviewdata mv. Herudover er problemstillingen at belyse, om DDHB er et lige så sikkert behandlingstilbud til psykiatiske patienter i akut krise som indlæggelser og om DDHB er på niveau med, bedre eller dårligere end anden akut behandling. Derudover vurderes, hvad omkostningerne er ved DDHB sammenlignet med indlæggelser. Evalueringen er derfor designet til at kunne sammenligne DDHB med anden behandling såsom indlæggelser, der eventuelt er suppleret med hjemmebehandling, som ikke er døgndækkende.

Evalueringen er baseret på følgende dataindsamlingsmetoder: litteraturstudie, gennemgang af dokumenter omkring DDHB, kvalitative (primært personlige) semi-strukturerede interview med medarbejdere, patienter og pårørende, spørgeskemaundersøgelse blandt patienter under DDHB og blandt indlagte patienter fra Silkeborg og Favrskov Kommuner på Risskov Psykiatrisk Hospital samt observationsstudie i DDHB.

I det følgende beskrives undersøgelsesdesignet og de anvendte dataindsamlingsmetoder.

3.1 Undersøgellesdesign

Prioriteringen af øget ambulant behandling kombineret med behandling af komplekse lidelser på højt specialiserede enheder inden for sundhedsvæsenet har afstedkommet nedlæggelser af mindre sygehuse og afdelinger samt en udbygning af de specialiserede funktioner på større sygehuse (jf kapitel 2: Rammeforståelse for evaluering af DDHB). Overordnet set har prioriteringen af centrale, højt specialiserede enheder samt mere ambulant behandling resulteret i en reduktion af sengepladser i det danske sundhedsvæsen.

Formålet med hjemmebehandling (herunder mobile team) til patienter i akut psykiatrisk krise er at forbygge indlæggelser, at nedbringe antallet af indlæggelser og genindlæggelser og i det hele taget at nedbringe antallet af sengedage (2). I retningslinjerne for Shared care, mobile team og opsøgende funktioner fremgår det, at målgruppen ikke er begrænset til personer med affektive lidelser, men at det primært er denne gruppe, som modtager hjemmebehandling (2).

I Silkeborg Kommune er hjemmebehandlingen døgndækkende som det eneste sted i Danmark. Den døgndækkende funktion trådte i kraft i 2009. Med indførelsen af (døgndækkende) hjemmebehandling skal målgruppen for indlæggelse og hjemmebehandling defineres. Omfanget af patienter, som indlægges, skal gerne være mindre, de skal gerne indlægges i kortere tid og der skal være færre genindlæggelser.

En sammenligning af hjemmebehandling som dagtilbud over for som døgntilbud kan foretages dels over tid (Silkeborg før og efter 2009) og dels i forhold til optageområde (Silkeborg Kommune i forhold til andre områder, her Horsens og Randers Kommuner). Endvidere er det interessant at sammenligne Silkeborg Kommune med Favrskov og Skanderborg Kommune, idet de kommunerne i forhold til socioøkonomiske og demografiske parametre er relativt sammenlignelige (21,22). Favrskov og Silkeborg Kommune anvender begge Risikov Psykiatrisk Hospital ved indlæggelser, mens Skanderborg anvender Horsens (23).

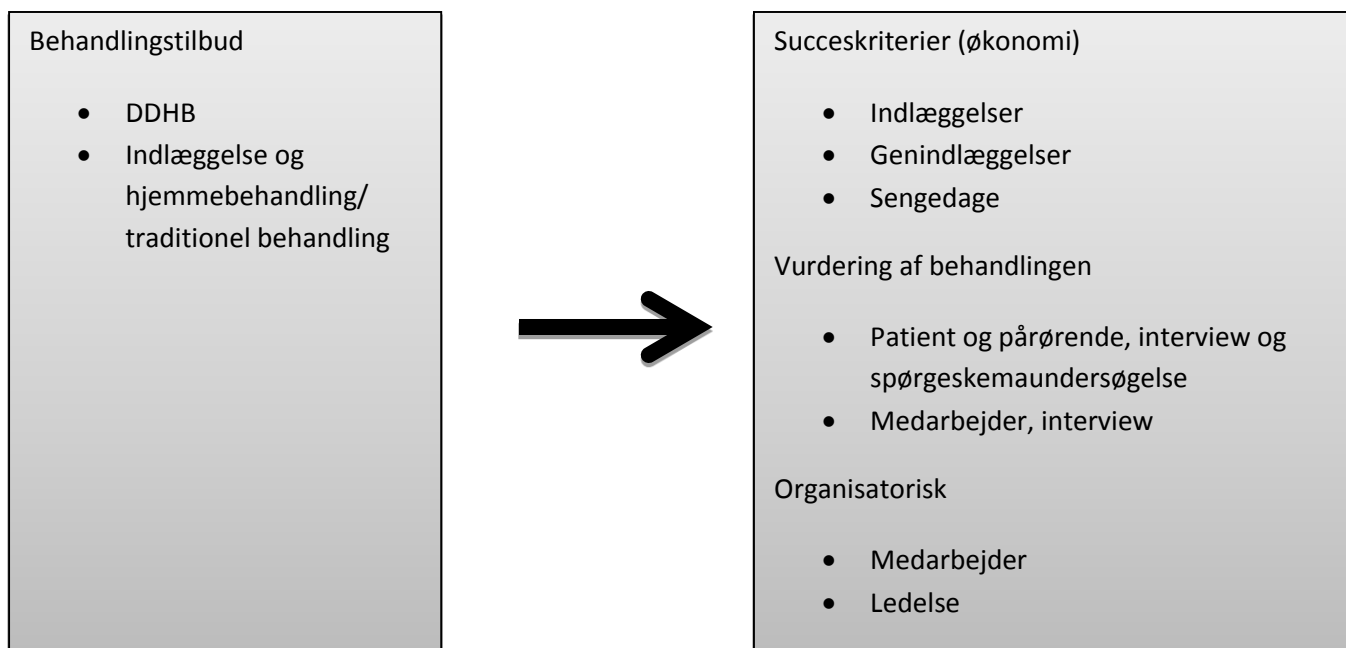
Sammenligningen mellem Silkeborg og Favrskov Kommuner er tildeles designet som et Most Similar System Design (herefter MSSD) (24). Problemet er dog, at Favrskov kommune består af 3-4 mindre byer og idet flere undersøgelser har vist at urbaniseringsgrad har sammenhæng med koncentrationen af borgere med psykisk sygdom lever undersøgelsen ikke helt op til principperne for MSSD. Principperne i design er dog øgt anvendt ved evalueringens øvrige komparationer.

I MSSD udvælges cases med henblik på at tillade maksimal variation på den uafhængige variabel samtidig med, at alt andet (så vidt muligt) holdes konstant (24). I nærværende undersøgelse er det behandlingsformen, som er den uafhængige variabel, hvilket konkret vil sige, at DDHB sammenlignes med hospitalsindlæggelse, eventuelt suppleret med hjemmebehandling i tidsrummet fra 8-16. Ambitionen er at undersøge, om kvaliteten og effekten skyldes forskelle i behandlingerne.

Umiddelbart lægger MSSD op til en variabelorienteret kvantitativ tilgang frem for en kontekstorienteret kvalitativ tilgang (24). I nærværende undersøgelse kombineres disse to tilgange med henblik på at belyse problemstillingen fra flest mulige perspektiver. Herved opnås metodetriangulering, som sikrer inferensfortolkninger. Den kontekstafhængige tilgang er anvendt med henblik på dokumentation af DDHB samt af den organisatoriske del. I forhold til analyserne af patient-, pårørende- og medarbejdertilfredshed er begge tilgange anvendt.

I nedenstående Figur 3.1 skitseres modellen for det komparative design for evalueringen af DDHB.

Figur 3.1: Komparativt undersøgelsesdesign for DDHB



3.2 Metoder og data

Formålet med at indsamle og analysere data er at slutte fra noget, der er undersøgt, til noget, der ikke er undersøgt (25). Tufte (1974) beskriver dataanalyse som en metode til fortolkning baseret på analyse af data, hvor en bagvedliggende substantiel teoretisk forståelse af problemstillingen er grundlaget for undersøgelsesdesign, dataindsamlingsmetoder, analyse og fortolkning (26). I nærværende evalueringsrapport har det været ambitionen at oparbejde en substantiel forståelse af problemstillingen, som også involverer et vist kendskab til praksis for psykiatrisk behandling. En af de anvendte metoder har derfor også været observationsstudier af praksis for hjemmebehandling. Derudover er der anvendt flere andre metoder, nemlig:

- Observationsstudie i DDHB
- Litteraturstudie
- Gennemgang af dokumenter vedrørende DDHB
- Kvalitative (primært personlige) semi-strukturerede interview med:
 - medarbejdere (17 personlige interview, herunder et opfølgingsinterview med én medarbejder, to opfølgende interview med to medarbejdere sammen samt et opfølgende interview med ledelsen for DDHB)
 - patienter (fire personlige interview samt et parinterview med deltagelse af både patient og samlever)
 - pårørende (fire interview samt parinterviewet)

- Spørgeskemaundersøgelse blandt patienter tilknyttet DDHB samt indlagte patienter fra Silkeborg og Favrskov Kommuner på Risskov Psykiatrisk Hospital
- Data vedrørende indlæggelser, sengedage mv. fra InfoRM samt priser baseret på DRG-opgørelser

Tabel 3.1 er en oversigt over dataindsamlingsmetoder i forbindelse med evalueringen af DDHB fordelt på henholdsvis sammenligning over tid og mellem kommuner/optageområder.

Tabel 3.1: Oversigt over metoder og data til evaluering af Døgndækkende Hjemmebehandling

	Komparation over tid	Komparation mellem hospitalsindlæggelse og CRHT/DDHB
Succeskriterier (økonomi)	Dataoplysninger: indlæggelser, sengedage, hjemmebesøg	Litteraturstudie: data fra InforRM og DRG data stationære data på psykiatri.
Behandling	Dokumentgennemgang: Behandling i Silkeborg Kommune før og efter Psykiatriplanen 2008	Litteraturstudie Dokumentgennemgang: behandlingstilbud, behandlingsform, interventioner, indlæggelser, medicinering m.v. Interviewundersøgelse
Behandlerrolle	Interview med medarbejdere og ledelse	Litteraturstudie Dokumentgennemgang (e-dok stillingsbeskrivelse) Interview med personale, ledelse, patienter og pårørende
Patient (og pårørende)		Litteraturstudie Dokumentgennemgang, patienttilfredshedsundersøgelser Interview med patienter, pårørende og personale Spørgeskemaundersøgelse: patientvurdering af DDHB's tilbud samt af hospitalsindlæggelse
Organisation	Organisationsdiagram, procedure-beskrivelse for ydelsen, ansvarsområder.	

	Medarbejder- og ledelsestilfredshedsundersøgelser	
--	---	--

3.2.1 Observationsstudie

Deltagerobservation er anvendt tidligt i evalueringsprocessen til at opnå indsigt i praksis ved DDHB, herunder indsigt i arbejdsgange, organisationsstruktur og kultur. En projektmedarbejder har observeret hjemmebehandling, familiesamtaler mv. i det omfang, det har været muligt, og patienter og pårørende har accepteret projektmedarbejderens deltagelse. Endvidere har projektmedarbejderen deltaget på udvalgte morgenkonference samt i enkelte temadage i hjemmebehandlertemaet.

Deltagelsen i og observationen af det daglige arbejde giver mulighed for at blive inddraget i de begreber, forestillinger og kategorier, der anvendes inden for DDHB. Denne indsigt er anvendt i udarbejdelsen af interviewguiderne (BILAG 1).

3.2.2 Litteraturstudie

Der er i forbindelse med evalueringen foretaget et litteraturstudie. Formålet med litteraturstudiet var at finde evidensbaserede standarder for akut psykiatrisk hjemmebehandling, som DDHB i Silkeborg Kommune kan vurderes på baggrund af. Alle kapitler indledes derfor med hovedpointerne/standarderne, som er fremkommet på baggrund af litteraturstudiet.

Indledningsvis er der gennemført en systematisk litteratursøgning. Litteratursøgningen er foretaget ud fra en PICO-søgestrategi, hvor fokuserede spørgsmål danner baggrund for søgestrategien. En PICO-søgestrategi indbefatter litteratursøgning i forhold til patient (P), intervention (I), comparison (C) og outcome (O).

Litteratursøgningen danner baggrund for udvælgelsen af international litteratur, som DDHB holdes op imod. Ambitionen er at vurdere, om der ved DDHB i Silkeborg Kommune er implementeret de behandlingsmetoder og strategier, organisatoriske strukturer mv. som internationale studier har dokumenteret effekten af.

Der er søgt i flere forskellige databaser, som er opbygget forskelligt og har forskellig indeksering af søgeordene. Litteratursøgningen er derfor tilpasset de enkelte databaser (bilag 2 for søgestrategi). Der er søgt i følgende databaser: Cochrane, EMBase, PubMed, Scopus, PsycINFO, Cinahl, Sociological Abstract, HTA, GreyNet og SveMed+.

I litteratursøgningen anvendtes søgeord som "mental disorders", "mentally ill persons", "psychiatry", "crisis intervention", "crisis resolution home treatment", "mobile crisis resolution team", "hospitalization",

"inpatients", "patient satisfaction", "readmission" og "bed days". Yderligere blev der i bloksøgningen inden for patient- og pårørendeperspektivet brugt søgeord som "caregivers participation", "family involvement" og "relatives/caregivers satisfaction", for blot at nævne nogle. I søgningen omhandlende organisatoriske og økonomiske forhold anvendtes søgeord som "organization and administration", "organizational characteristics", "multidisciplinary care team" "cost and cost analysis" og "health care management". Dokumentation for litteratursøgning opbevares ved CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Inklusionskriterierne var brede og indbefattede voksne mellem 18 og 65 år. Alle publikationer omhandlende "crisis intervention" blev inkluderet.

Litteratursøgningen blev udført i forskellige faser. I første fase blev der søgt efter litteratur, der kunne bidrage med viden om kerneydelsen i DDHB. Under anden fase af litteratursøgningen blev der søgt efter litteratur, der kunne bidrage med synspunkter og oplevelser med DDHB fra patienter og pårørende, mens litteratursøgningens tredje fase omfattede identificering af litteratur, der beskrev organisatoriske og økonomiske forhold i DDHB.

I alt 1050 artikler blev identificeret, hvoraf 540 blev ekskluderet, dels ved gennemlæsning af overskrifter, dels på grund af beskrivelse af anden intervention, eksempelvis "assertive community treatment" eller "community treatment", som indeholder en mere langsigtet behandlingsintervention end den akutte behandling, som er interventionen i DDHB. 510 artikler fik gennemlæst abstracts, hvoraf 324 blev kasseret. I alt 176 artikler blev gennemlæst med henblik på udvælgelse til projektet. Heraf blev det vurderet, at i alt 67 artikler på varierende vis var relevante for projektet.

Litteraturvurdering og udvælgelse

To projektdeltagere har sammen vurderet og udvalgt alle artikler på baggrund af titler og læsning af abstracts.

- Alle artikler med irrelevant titel er sorteret fra
- Alle artikler med irrelevant abstract er sorteret fra
- Alle artikler med irrelevant indhold er sorteret fra

Irrelevante artikler blev kasseret primært på den baggrund, at de indeholdt anden intervention end det akutte tilbud, der danner baggrund for denne undersøgelse (Figur 4.1: Diagram (flow chart) over udvælgelse af artikler til litteraturstudie).

Gennemgang af kvantitativ litteratur:

- Publikationstyper som bidrager til evidensgrundlaget, herunder metaanalyser, systematiske review, randomiserede studier og komparative studier er medtaget. Der findes ingen kohortestudier på området
- Publikationstyper som ikke bidrager til evidensgrundlaget er inddraget som baggrundslitteratur
- Rapportens udvalgte artikler er gennemgået med tjeklister, der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (27). De anvendte tjeklister er i overensstemmelse med designtypen ved det enkelte studie
- Mindst to personer fra projektgruppen har vurderet litteraturen via tjeklister

3.2.3 Dokumentgennemgang

Forskellige dokumenter er brugt i forbindelse med beskrivelsen af DDHB. Psykiatriplaner, oplæg og statusrapporter bidrager med information vedrørende psykiatriplanlægning på generelt (Region Midt) og specifikt (Silkeborg Kommune) plan. Formålsbeskrivelser og elektronisk dokumentsamling (e- dok) beskriver fag- og behandlingsspecifikke aspekter såvel som organisatoriske aspekter ved DDHB i Silkeborg Kommune. Opgørelser over indlæggelser, sengedage og lignende beror på data fra E-sundhed. Rapporten fra Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse "Implementering af psykiatrisk hjemmebehandling: crisis resolution home treatment til voksne patienter i Danmark" (2012) anvendes dels som litterær inspiration, dels i forbindelse med, at der laves en beregning af sundhedsydelser vedrørende antal behandlede patienter og antal ydelser fra DDHB i Psykiatriens Hus (28). I den forbindelse har Risskov Psykiatrisk Hospital ligeledes bidraget med data vedrørende opgørelser over indlæggelser og kontakt til psykiatrisk modtagelse uden for almindelig DDHB-visitationsstid (kl. 8-16).

3.2.4 Kvantitative sekundære data

Fleere former for kvantitative data er anvendt. Dels er oplysninger om indlæggelser, genindlæggelser og sengedage baseret på data fra InfoRM og DRG vedrørende stationære data fra psykiatrien anvendt. Derudover er der udarbejdet en spørgeskemaundersøgelse til at afdække patienttilfredshed og -oplevelse. Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i DDHB i Silkeborg Kommune, og ligeledes adspørges patienter fra Silkeborg og Favrskov Kommuner, der indlægges og modtager behandling på Risskov Psykiatrisk Hospital, om tilfredsheden med den akutte behandling under indlæggelsen (Bilag 3 DDHB, bilag 4 Psyk. Risskov).

3.2.5 Kvalitativ interviewundersøgelse

Der er i forbindelse med evalueringen af DDHB gennemført kvalitative interview med medarbejdere hos DDHB, patienter og pårørende. Der er gennemført i alt 28 interview. Ud af disse er 19 medarbejderinterview, hvoraf tre er opfølgende interview med medarbejdere, som tidligere var blevet

interviewet. Et er med to medarbejdere, et andet er med ledelsen for DDHB, overlæge Preben Friis og ledende sygeplejerske Bente Pedersen, og det sidste var med en koordinator ved DDHB. Derudover er der gennemført fire personlige interview med patienter og fire personlige interview med pårørende. Endelig er der gennemført et interview med et par, idet en patient og dennes partner blev interviewet på samme tid. Således indgår i alt fem patienter og fem pårørende i den kvalitative undersøgelse.

Interviewundersøgelsen blev gennemført i perioden fra april til september 2013.

Medarbejderne blev orienteret om undersøgelsen og opfordret til at deltage i undersøgelsen, såfremt de fik en henvendelse om at deltage. Medarbejderne blev udvalgt med henblik på at afdække hjemmebehandlarbejdet fra forskellige perspektiver. I forhold til arbejdsopgaver og stillingsklassifikationer blev ledelsen samt koordinatore, psykiatere, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (SOSU-assistenter) udvalgt. Sekretærer, den øvrige ledelse og andre samarbejdspartnere i Psykiatriens Hus, herunder kommunale medarbejdere, blev ikke inkluderet i undersøgelsen.

Patienterne, som var relevante som respondenter, fik af deres hjemmebehandler udleveret en kort skrivelse om interviewundersøgelsen. I den forbindelse blev de spurgt, om de ville deltage i undersøgelsen. Det var ambitionen at finde 8-10 patienter med forskellige karakteristika, således at der både var affektive og psykotiske respondenter med forskellig køn, alder, uddannelsesniveau, civilstand mv. Det er ikke muligt at få afdækket alle aspekter gennem forskellige respondenter, idet kun seks patientinterview indgår i undersøgelsen.

Udvælgelsen af pårørende er baseret på tilsvarende overvejelser. Det er heller ikke her muligt at afdække alle de ønskede aspekter, idet der også her kun er fem interview.

Interviewguiderne er inspireret af observationer i Hjemmebehandlingstemaet. Interviewene er semi-strukturerede, hvilket vil sige, at interviewene er strukturerede omkring temaer. Hermed er det muligt for respondenterne at tale om temaerne med deres egne ord. Interviewene lader sig således i høj grad styre af respondenternes betragtninger, fortælling og fortolkninger. Det er dog tilstræbt, at områderne i interviewguiderne afdækkes. Alle interview er gennemført af den samme projektmedarbejder.

Temaerne i interviewguiden til medarbejdere vedrørende evalueringen af DDHB omhandlede primært patienternes oplevelser med DDHB, herunder temaer som tilfredshed, empowerment, tilgængelighed, kontakt, behandlingskontinuitet og samarbejdsrelationen med DDHB.

Personlige interview er valgt frem for gruppeinterview, fordi det kan være udfordrende for psykisk syge at deltage i gruppesammenhænge. De fleste patientinterview er af omkring en times varighed, dog er et af knap to timers varighed.

Alle interview er optaget og efterfølgende transskriberet (29). Transskriberingen er fortaget således, at tænkepauser, gråd mv. er indskrevet med henblik på en formidling af stemninger (BILAG 5). Efterfølgende er interviewene kodet i Nvivo10 med henblik på kategorisering i relevante temaer (29). Kodningen er teoristyrket, idet interviewene er kodet på baggrund af kategorierne fra interviewguiderne (BILAG 5).

3.2.6 Spørgeskemaundersøgelse

Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter ved DDHB samt patienter fra Favrskov og Silkeborg kommuner indlagt på Risskov Psykiatrisk Hospital.

Spørgeskemaundersøgelsen er udarbejdet i SurveyXact, og det har derfor været muligt at tilgå undersøgelsen over nettet. Det er dog ingen respondenter, som har valgt denne metode til at udfylde spørgeskemaet. Alle har i stedet valgt at få udleveret et papirskema, som de herefter har udfyldt. Dette er efterfølgende indtastet af en projektmedarbejder.

Undersøgelsen er gennemført i februar og marts 2014. På Risskov Psykiatrisk Hospital er data indsamlet ved at forskningsassistenterne Trine Damgaard Møller og Dorte Wiwe Dürr har kontaktet afdelingerne P og Q mandag morgen for at forhøre sig om patienter indlagt fra Silkeborg og Favrskov. Torsdag morgen er de mødt op med spørgeskemaer på afdelingerne og har delt dem ud til relevante patienter og interviewet de patienter, som ønskede dette.

3.3 Opsummering af undersøgelsesdesign og anvendte metoder

Evalueringen af DDHB er designet med henblik på dels at dokumentere DDHB og dels at sammenligne DDHB med anden akut psykiatrisk behandling, som regel hospitalsbehandling, eventuelt kombineret med hjemmebehandling, som ikke er døgndækkende. Sammenligningen med international praksis er foretaget på baggrund af et litteraturstudie. Sammenligningerne med anden praksis i Danmark er foretaget på baggrund af flere forskellige datakilder. I forhold til sammenligningen med behandlingstilbuddet til patienter i kommunerne er komparationen søgt designet efter et Most Similar System Design (MSSD) (24). Det har ikke været muligt at opretholde stringensniveau med MSSD ved komparationer, men principperne for en stringent sammenligning på baggrund af et begrænset antal cases er efterstræbt.

Der er i evalueringen anvendte flere forskellige metoder med henblik på at opnå metodetriangulering. Metodetriangulering understøtter sandsynligheden for, at problemstillingen er belyst fra forskellige perspektiver.

4 Litteraturstudie

I det følgende gennemgås litteraturstudiet, som er udarbejdet i forbindelse med af evalueringen af Døgndækkende Hjemmebehandling (DDHB).

Der er ikke danske studier af DDHB, og litteraturstudiet er derfor baseret på international litteratur omkring behandlingsformen, som er sammenlignelig med DDHB. Heath (2005) definerer i bogen *Home Treatment for Acute Mental Disorders – an Alternative to Hospitalization* ydelsen, som han betegner Mobil Crisis Home Treatment (MCHT), således:

An alternative service to in-patient hospital treatment for individuals with acute mental disorders, who would otherwise need admission, offering short term, intensive home-based treatment, with staff available 24-hours a day, seven days a week (Heath 2005: xxi).

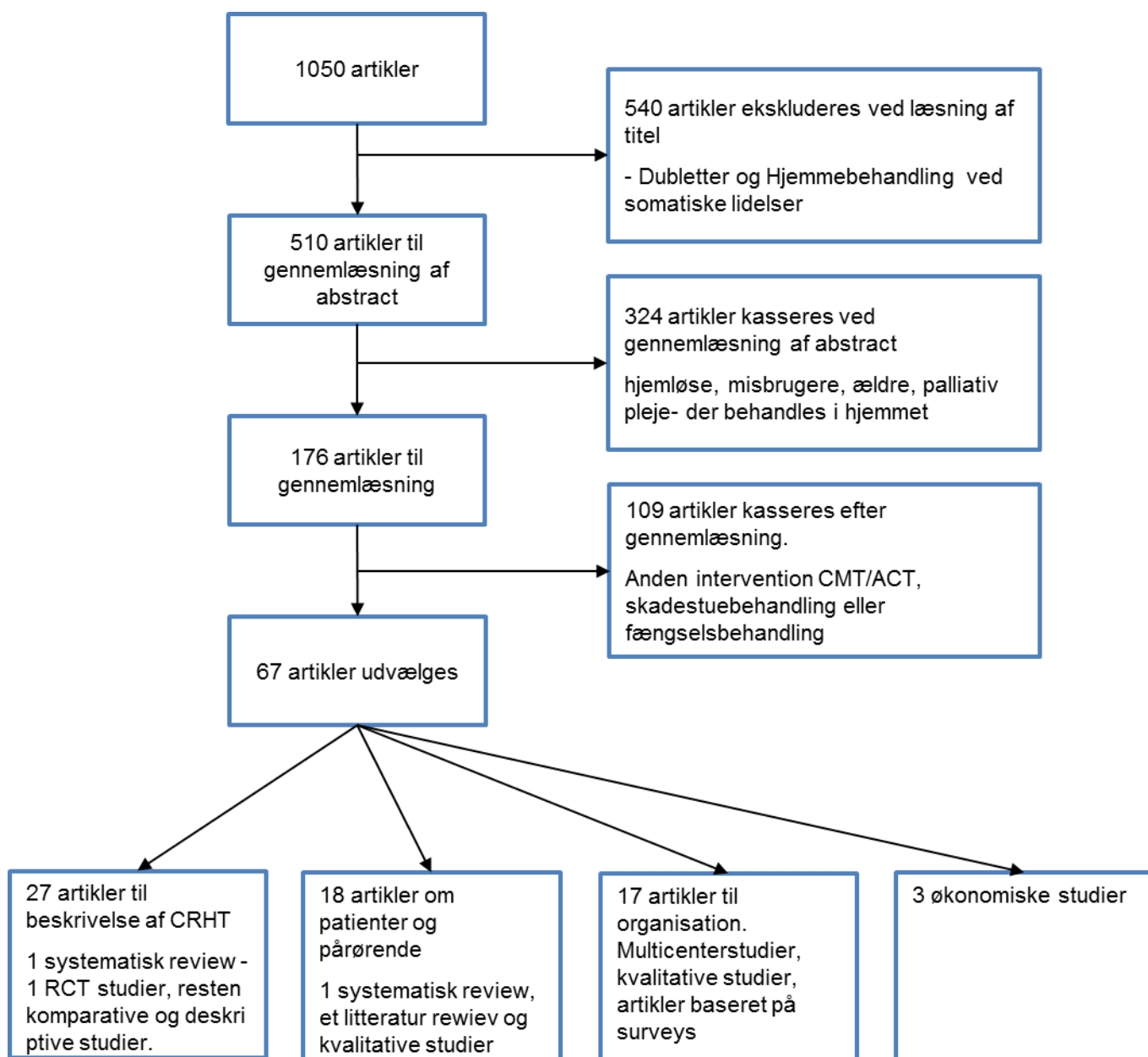
Det fremgår af definitionen, at der skal være tale om 24 timers tilgængelighed syv dage om ugen. Det er en intensiv behandling, og den er kortvarig. Endvidere er den et alternativ til hospitalsindlæggelse. Den mest almindelige betegnelse for behandling, der svarer til DDHB/MCHT, er *Crisis Resolution Home Treatment* (CRHT). Denne betegnelse og forkortelse benyttes i denne rapport om behandling, som svarer til DDHB (7).

Kapitlet indledes med en metodebeskrivelse for litteraturstudiet. Herunder beskrives, hvorledes artiklerne til nærmere gennemgang er udvalgt. Dette efterfølges af en gennemgang af litteraturen i forhold til økonomien ved CRHT-behandlingen foruden teknologien, patient- og pårørendeperspektivet i forhold til CRHT og sluttelig de organisatoriske forhold, der skal tages i betragtning for at CRHT kan være et optimalt alternativ til indlæggelse.

4.1 Metodetilgang til litteraturstudie

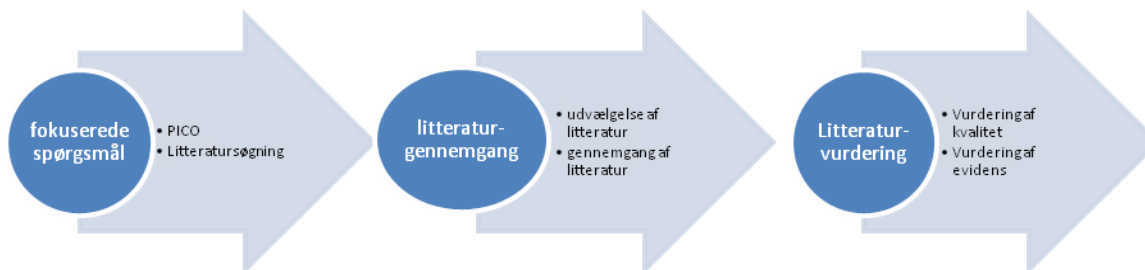
Litteratur omkring CRHT er relativt begrænset i omfang. Vi endte med at udvælge 67 artikler som potentielle emner for indgående litteraturvurdering. Disse er udvalgt på baggrund af 1050 artikler, som litteratursøgningen gav med de udvalgte søgeord. For en nærmere beskrivelse af søgestrategi mv. henvises til kapitel 3: Undersøgelhedsdesign og anvendte metoder). Udvælgelsesprocessen fra de 1050 artikler til de udvalgte 67 artikler fremgår af Figur 4.1.

Figur 4.1: Diagram (flow chart) over udvælgelse af artikler til litteraturstudie



Den metodiske tilgang til litteraturgennemgangen fremgår af figur 4.2. Figuren viser første fase, hvor der opstilles fokuserede spørgsmål. Disse anvendes til at opstille en PICO- (Patient, Intervention, Comparison, Outcome) søgestrategi med relevante søgeord og kombinationer af disse (jf. bilag 3). På baggrund af denne søgning fremkom der 1050 artikler. Litteraturgennemgangen reducerede disse 1050 artikler til de 67, som efterfølgende blev vurderet til at kunne indgå i litteraturstudiet på varierende vis. Den systematiske litteraturvurdering er begrænset til studier, der har undersøgt effekter af CRHT i sammenligning med traditionel behandling (jf. bilag 6 vurdering af studier).

Figur 4.2: Metodisk tilgang til litteraturgennemgangen



I alt blev 67 studier udvalgt til at indgå i den samlede litteraturfremstilling.

I forhold til at beskrive ydelsen CRHT var 28 artikler relevante at inddrage. Effektivurderingen er dog kun baseret på det systematiske review "Crisis Intervention for People with Severe Mental Illnesses", der i alt indeholdt 8 randomiserede studier (Bilag 7 tabel med 8 randomiserede studier) (30). Størstedelen af de øvrige studier, der undersøger effekterne af CRHT-behandling, er ikke baseret på randomiserede studier, men i stedet andre komparative design. Det systematiske review er af moderat evidens, hvorimod de resterende studier må karakteriseres som havende lav evidens, hvilket vil sige, at pålideligheden er begrænset. De er dog medtaget, fordi de indgår som baggrundsoplysninger eller bidrager med underbygning af andre studiers konklusioner. Studiernes metodologi blev kritisk vurderet på baggrund af Sundhedsstyrelsens tjeklister for litteraturvurdering (27). Litteraturvurderingen er foretaget af minimum to personer fra projektgruppen, ligesom evidensgraden af de inkluderede studier er vurderet på baggrund af den metodologiske kvalitet, herunder vurdering af studiedesign, systematiske fejl og bias. Af bilag 6 fremgår udvalgte litteraturvurderinger af studier der undersøger effekter af CRHT interventionen (jf. bilag 6).

I forhold til patientperspektivet indgår 19 artikler, heraf indgik det førnævnte systematiske review, med effektmåling af patienttilfredshed og oplevelsen af byrde af behandlingen for de pårørende. I øvrigt var hovedparten af studierne kvalitative. Der blev udvalgt 17 artikler til at belyse forhold vedrørende de organisatoriske aspekter af CRHT, samt 3 relevante artikler indgår til at vurdere økonomien ved CRHT i forhold til indlæggelse. Hovedpointerne i forhold til de fire emner behandles i det følgende. Der indledes med vurderingen af økonomien ved CRHT på baggrund af den udvalgte litteratur.

4.2 Økonomiske vurderinger af CRHT

Baggrunden for indførelsen af DDHB i Silkeborg var økonomiske besparelser. Succeskriteriet for DDHB var derfor reduktion i indlæggelser og reduktion af sengedage for dermed at opnå økonomiske besparelser. Sengeafdelingerne på hospitalet blev lukket 1. juli 2009, og muligheden for psykiatrisk indlæggelse i Silkeborg ophørte dermed (3). På den baggrund er det interessant at se på, hvad der er af evidens for, at der kan spares penge ved at tilbyde CRHT frem for indlæggelse til akut psykisk syge.

Litteraturgennemgangen i forhold til økonomi ved CRHT bygger på tre studier. Tre øvrige studier er fravalgt pga. for lavt evidensniveau. Inklusionskriterierne for de økonomiske artikler var ud over de generelle, at ingen studier måtte være mere end 10 år gamle, fordi økonomiske analyser hurtigt forældes.

Alle tre studier er fra UK af McCrone et al (31-33). Studiet fra 2007 redegør for de økonomiske konsekvenser af at lade CRHT fungere som gatekeeper i forhold til indlæggelser (33). De to studier fra 2009 er omkostningsanalyser, hvor omkostningerne ved CRHT sammenlignes med traditionel behandling i form af indlæggelser (31,32). Studierne gennemgås i det følgende.

Studiet fra 2007 sammenligner behandlingsomkostninger som konsekvens af forskellige visitationsprocedurer til akut psykiatrisk behandling (33). Der sammenlignes to procedurer, henholdsvis visitation gennem CRHT-team og visitation uden om CRHT-team. Hermed undersøges betydningen af, at CRHT fungerer som gatekeeper i forhold til hospitalsindlæggelse. I studiet estimeres sundhedsomkostninger til 2.224£ over en 28-dages periode, når CRHT-team fungerer som gatekeeper. Omkostningerne er 2.854£, når CRHT *ikke* fungerer som gatekeeper, hvilket vil sige en besparelse på 630£ pr. patient ved, at CRHT fungerer som gatekeeper. I UK visiteres 50 pct. af de akutte psykiatriske patienter gennem CRHT-team, mens resten visiteres uden om CRHT. Studiet anslår, at såfremt CRHT implementeres som gatekeeper i 90 pct. af visitationerne, vil denne organisatoriske ændring medføre en besparelse på 65 mio. £ (33).

McCrone et al-studiet fra 2009a bygger på RCT-studie udført af Johnson et al fra 2005, som er omtalt i patient- og teknologiafsnittet i dette kapitel. I studiet indgår 260 patienter. Disse er randomiseret til enten hospitalsbehandling eller CRHT. I McCrone et al-studiet sammenlignes de to gruppers forbrug af sundhedsydelser, sociale ydelser og kontaktomkostninger forbundet med kriminalitet.

Undersøgelsesperioden er en seksmåneders periode efter hospitalsbehandling eller CRHT (27).

Den gennemsnitlige omkostning til sundhedsydelser, sociale ydelser og kontaktomkostninger i forbindelse med kriminalitet pr. patient er ved CRHT 6.204£ mod 8.893£ ved behandling med indlæggelser. Det betyder, at der er en besparelse på 2.689£ ved CRHT (31) (McCrone 2009a). Dette svarer til en besparelse i

2004-kr. på cirka 25.000 kr. pr. patient. Denne besparelse er primært baseret på, at omkostningerne til sundhedsydelser er mindre, hvilket skyldes reduktion i sengedage (27).

Det tredje McCrone et al 2009b-studie sammenligner ligeledes omkostninger til sociale ydelser, sundhedsydelser og omkostninger forbundet med kriminalitet for patienter, der har fået henholdsvis hospitalsbehandling og CRHT (28). Forskellen til det andet McCrone-studie fra 2009 er, at fordelingen af patienter til indlæggelse eller CRHT *ikke* beror på randomisering. Derimod er patienterne fundet, efter de er blevet tildelt indlæggelse som behandling eller CRHT. Studiet inkluderer 181 patienter, og omkostningerne er opgjort over en seks måneders periode efter indlæggelse eller CRHT (32).

Forskellen i forbrug af ydelser mellem CRHT og indlæggelser beregnes til 2.189£ pr. patient over den seks måneders periode. Kontrolleret for patientkarakteristika falder dette beløb til 1.681£ pr. patient, og forskellen bliver statistisk insignifikant (28). Reduktionen i besparelser og det forhold, at forskellen bliver insignifikant, når der kontrolleres for patientkarakteristika, indikerer, at patientgruppen, der indlægges, har en større andel patienter, der er meget syge (28). På trods af dette peger resultaterne mod, at der er besparelser forbundet med CRHT-behandling frem for indlæggelse. Disse besparelser er igen primært forårsaget af besparelserne gennem reduktion i sengedage, hvilket medfører lavere sundhedsudgifter til CRHT-patienterne. Der er kun en mindre forskel i udgifterne til sociale ydelser og omkostninger forbundet med kriminalitet (32).

Problemstillingen omkring patientgruppen, som er egnet til CRHT, behandles i afsnittet om patient. I dette afsnit under effekter af CRHT gennemgås Johnson et al-studiet fra 2005. Dette RCT-studie dokumenterer den effekt, CRHT har på nedbringelse af indlæggelser, sengedage mv., som danner baggrund for ovenstående økonomiske studier (27-29).

4.3 Opsummering af økonomilitteratur

Opsummerende skal det indledningsvis pointeres, at det er begrænset, hvor mange økonomiske studier, der er omkring CRHT. Tre ud af seks mulige studier blev vurderet relevante. Alle studier påviser en omkostningsreduktion ved CRHT pga. et fald i sundhedsudgifter baseret på et mindre forbrug af sengedage (27-29). Der er stort set ingen forskel på omkostningerne til sociale ydelser og omkostningerne forbundet med kriminalitet mellem patienter, der har modtaget hhv. CRHT og indlæggelse. Den økonomiske besparelse ved CRHT er altså baseret på reduktion i sundhedsudgifter, primært baseret på reduktion i sengedage (27-29).

Ud over de tre studier, som er anvendt i dette afsnit, indeholder gennemgangene i CRHT-behandlingen som en teknologi samt patientafsnittet flere effektevalueringer, som påviser dels en reduktion i indlæggelse,

sengedage og dels at patienttilfredsheden ved CRHT er mindst lige så høj som tilfredsheden med indlæggelse. Konklusionen er derfor, at alle resultater peger i retning af, at CRHT er en billigere behandlingsform. Spørgsmålet er dog hvor meget billigere? Idet nogle studier kommer frem til en statistisk insignifikant reduktion i indlæggelsestider, kan det indikere, at besparelsen er 0 kr. Der er dog intet, der tyder på, at CRHT på nogen måde kan blive en dyrere behandling end indlæggelse.

I det følgende gennemgås CRHT-behandlingen baseret på en litteraturgennemgang af 28 artikler

4.4 CRHT behandling - teknologi

Gennemgangen af CRHT-behandlingen er baseret på i alt 28 artikler, som inddrages på varierende vis i beskrivelsen af CRHT. Artiklerne omhandler behandlingsinterventionen i CRHT. De anvendes til at beskrive indholdet i CRHT -behandlingen med henblik på at opstille standarder for CRHT-behandling, som kan danne udgangspunkt for en sammenligning med praksis i DDHB i Silkeborg. Fem studier bidrog med viden om, hvilken behandling patienterne modtager i eget hjem, herunder indholdet i selve kerneydelsen i CRHT (34-38). Hertil er der ligeledes fundet inspiration til beskrivelse af kerneydelsen i bogen *Home Treatment for Acute Mental Disorders – an Alternative to Hospitalization* (7).

I litteraturen sammenlignes CRHT med indlæggelse. Efter gennemgangen af kerneydelsen ved CRHT gennemgås effekterne af CRHT. Der er udvalgt følgende effekter: *Indlæggelse* og *Risiko for selvmord og død*. Denne gennemgang er primært baseret på det systematiske review *Crisis Intervention for People with Severe Mental Illnesses* (30). Resultatet fra det systematiske review, underbygges af andre studier, herunder quasiexperimentielle, komparative og andre studiedesign, som alle kan karakteriseres ved lav evidens (jf. bilag 6).

4.4.1 Kerneydelsen i CRHT

Kerneydelsen i CRHT er for så vidt det samme, som patienten tilbydes under indlæggelse. Kerneydelsen består af forskellige behandlingsprincipper og metoder, som er udviklet på baggrund af guidelines, evalueringer og forskning i emnet (7,38,39).

Følgende fem karakteristika ved behandlingen oplistes som kerneelementer i CRHT-interventionen:

- Tilgængelighed alle ugens dage, hele døgnet alle dage om året.
- Risiko- og symptomvurdering
- Vurdering af funktionsniveau, sociale omstændigheder og helbred i øvrigt
- Formulering af behandlingsplan, som accepteres af patienter og pårørende
- Opstart af behandling (inkl. medicinsk) med hyppig kontakt mellem behandler og patient
- Psykologiske interventioner, undervisning, vejledning og rådgivning af patient og pårørende

Tilgængelighed 24 timer syv dage om ugen er et helt essentielt karakteristika for CRHT (7,39). Dette behandles mere indgående i afsnittet om organiseringen af CRHT. I studiet af Johnson et al fremgår det at behandlingen er akut og kortvarig, hyppigst fra 4-6 uger (34). Behandlingsforløbet skal initialt indledes med en grundig anamnese, med henblik på vurdering af symptomer og problemområder, herunder sociale, praktiske og dagligdagsproblematikker (34,35). Intensiv involvering, herunder en omfattende risiko- og symptomvurdering fra CRHT-behandlere initialt i sygdomsforløbet, er centralt for den videre behandling. Risikovurdering omfatter en vurdering af selvmordsrisiko (7,34). Risikovurderingen af den enkelte patient er blandt andet det, der medvirker til at vurdere om patienten er egnet til at modtage behandling af CRHT (39). Hvis patienten har ukontrollable selvmordstanker kan CRHT udgøre en behandlingsmæssig risiko og patienten skal i stedet henvises til indlæggelse (7). CRHT er derfor ikke en egnet behandlingsform, såfremt der er væsentlig forhøjet selvmordsrisiko, hvor der ikke kan laves aftaler med patienten om, at han eller hun undlader selvmordsforsøg mellem behandlingerne. I de tilfælde hvor selvmordsrisikoen kan inddæmnes med hjemmebehandling er CRHT et sikkert tilbud. Intensiv involvering herunder omfattende risiko- og symptom vurdering initialt i sygdomsforløbet er derfor helt centralt for den videre behandling (7) (heath). Den grundige vurdering af risiko-, symptom- og funktionsniveau er medvirkende til, at patient og pårørende accepterer CRHT behandlingen, som et alternativ til hospitalsindlæggelse og bliver fortrolige med at CRHT er en værdig behandlingsform (7,39). Vurderingen af patientens funktionsniveau, sociale omstændigheder med videre indgår også i CRHT og denne vurdering er væsentlig for udviklingen af den bedst mulige behandlingsplan for patienten (7). Behandlingsplanen skal laves i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Samarbejdet omkring behandlingsplanen er essentielt og kan være karakteriseret af forhandlinger, før der findes enighed om den rette behandlingsplan (7). Behandlingsplanen for det videre behandlingsforløb må accepteres af patient og pårørende (7). Denne lydhørhed gør behandlingen mere ligeværdig. Behandlerens lydhørhed over for patient og pårørendes ønsker, forstærkes eventuelt af, at behandleren er gæst i patientens hjem. Der beskrives en øget lydhørhed ved behandling i CRHT end under en indlæggelse på et psykiatrisk behandlerafsnit, hvor patienten bliver "gæst" og derved underlagt andres normer og regler (6). Rollen som gæst i patientens hjem initierer til at øge behandlerens sensitivitet for at se, høre og tale med patienten (7,34). Behandlerens professionelle rolle, når denne er gæst i patientens hjem, er omtalt i afsnittet om behandlerperspektivet (Medarbejder perspektivet i litteraturen og KREF til kapitel om behandlerperspektiv).

Kerneydelsen i CRHT er som førnævnt en akut og kortvarig indsats, der fremstår som alternativ til indlæggelse. Derfor må et CRHT-team indbefatte en speciallæge i psykiatri med henblik på igangsættelse af den akutte medicinske behandling, med en efterfølgende opfølgning og justering. Hurtig adgang til beroligende medicin er en af de vigtigste enkeltstående faktorer for at forebygge indlæggelse. Det er derfor

centralt i CRHT, at medicinen hurtigt kan udskrives, administreres og reguleres. Indsatsen fra psykiateren og reguleringen af medicin er beskrevet med stor indvirkning på fald i indlæggelser og er vigtig, for at tilbuddet fungerer som et alternativ til hospitalsindlæggelse (7,34,39).

Behandlingen består endvidere af en præventiv intervention med psykoedukation af patienten og dennes familie (34,40). Psykoedukationen skal bestå af undervisning, således at patienten får indsigt i egen sygdom. Denne sygdomsforståelse skal tilskynde til at opdage sygdomssymptomer i tide til at forebygge tilbagefald. I den forbindelse kan det være relevant at udarbejde en kriseplan, der indeholder forskellige relevante tiltag, der alt i alt bidrager til at forebygge tilbagefald. Psykoeducation kan i den forbindelse både indbefatte patient såvel som pårørende (7).

Behandlingen i eget hjem er fordelagtigt, fordi patienten fortsætter livet i sine daglige rammer. Patienten har dermed mulighed for at fokusere på de aktuelle problemstillinger ved behandlingen af lidelsen (7).

Behandling i eget hjem kan opleves mindre stigmatiserende sammenlignet med behandling på hospitalet (30,34). Når patienten bibeholdes i familielivet, betyder det at CRHT har en opgave i, at involvere hele familien i behandlingsplanerne, samt "klæde" de pårørende på til at magte opgaven. Behandlerne i CRHT må derfor skabe relationer til pårørende (og børn) og forstå hvordan situationen påvirker dem (7,34).

Tabel 4.1 er en skematisk oversigt over forskelle og ligheder mellem CRHT og hospitalsbehandling opstillet på baggrund af litteraturgennemgangen. Det fremgår af tabellen, at tilgængeligheden for begge behandlingstyper er hele døgnet. Dette behandles i afsnittet Organisering af Crisis Resolution Home Treatment (CRHT)).

Risikovurderingen ved CRHT foretages i et afgrænset tidsrum ved hjemmebehandling, mens den pågår kontinuerligt ved indlæggelse. Risikovurdering og observation forgår ved CRHT i patientens hjem. Dermed har behandleren mulighed for at få et helhedsindtryk af patientens liv. Hygiejniske forhold kan ikke ignoreres, ligesom rod og snavset hjem kan vidne om manglende overskud. Disse sanselige indtryk vil indgå i behandlerens vurdering af patientens tilstand sammen med de pårørendes beskrivelser af patienten. Ved indlæggelse pågår observationerne hele tiden, men indtryk fra patientens hverdag er betinget af patientens villighed til verbalt at beskrive disse forhold.

I forhold til patientgruppen er denne for så vidt den samme, for de to behandlingsmetoder, dog inkluderer indlæggelse patienter, der har en væsentligt forhøjet selvmordsrisiko og patienter, der er til fare for andre.

I forhold til behandler-patient-relationer er der flere forskellige behandlere ved indlæggelse, hvorimod CRHT er bundet op på færre behandlere.

Tabel 4.1: Oversigt over forskelle og ligheder mellem hospitalsbehandling og CRHT

	Hospitalsbehandling	CRHT
Personaletilgængelighed	Hele døgnet, alle ugens dage, hele året Personale hele døgnet på afdelingen.	Hele døgnet, alle ugens dage, hele året Tilkaldes pr. telefon døgnet rundt samt efter aftale. Behandling aftales.
Risikovurdering	Personalet døgnet rundt i samarbejde med patienten.	Personalet ved hjemmebesøg og i samarbejde med patienten og dennes eventuelle pårørende.
Observation	Mange forskellige symptomer, døgnet rundt	Kort tidsrum i patientens hjem. Helhedsobservation, generel trivsel inkl. pårørendes trivsel, hygiejne, renlighed mv. Mulighed for vurdering af funktionsniveau for patient og pårørende. Baseret på patientens og de pårørendes udtalelser.
Støttende samtaler og strategier	Fokus på patientens egen mestring.	Fokus på patientens og pårørendes mestring.
Patientsegmentet	Samme som i CRHT samt mere syge, som ikke kan tage ansvar for egen eller andres sikkerhed eller tage ansvar for egen behandling.	Patientsegment, der kan tage ansvar for egen og andres sikkerhed samt et medansvar for behandlingen.
Personaletilknytning, relationsopbygning	Observation og vurdering af patienten påhviler mange forskellige personaler igennem døgnet.	Observation og vurdering af patienten påhviler få personaler, og vurderingen varierer over tid.

I det ovenstående blev CRHT beskrevet i forhold til indlæggelse. Det blev beskrevet, at CRHT skal have 24 timers tilgængelighed syv dage om ugen hele året. Dette for at tilgængeligheden er sammenlignelig med den behandlings- og personaletilgængelighed, der er tilgængelig ved indlæggelse.

Endvidere er risikovurdering helt central. Yderligere skal medicinvurderingen foregå hurtigt og fleksibelt. Derudover er behandlingen på mange måder sammenlignelig med behandling ved indlæggelse, bortset fra at den foregår i patientens hjem. Dermed er der mulighed for at få et mere autentisk indtryk af patientens

liv. Indtrykkene er baseret på kommunikationen mellem behandler og patient, som sammen med behandlerens sanselige indtryk kommer til at indgå i vurderingen af patientens og pårørendes tilstand (7).

I det følgende redegøres der for effekterne ved DDHB sammenlignet med indlæggelse i forhold til effekterne på indlæggelsesdage mv. samt risikovurdering i forhold til selvmord mv.

4.4.2 CRHT-teknologi vurderet på effekter

Effekterne, som er udvalgt til at vurdere CRHT-interventionen sammenlignet med hospitalsbehandling er *risiko for selvmord og død og indlæggelser* og disse er uddraget fra det systematiske review (30).

Effektområdet *indlæggelse* skal forstås således, at det er patienter som (gen-) indlægges på hospitalet, efter de er randomiseret til enten CRHT eller hospitalsindlæggelse. På den måde bliver indlæggelse en metode til at vurdere effektiv behandling. Endvidere vurderes effektområdet risiko for selvmord og død. Dette fordi, det er helt centralt, at CRHT skal være et mindst lige så sikkert behandlingstilbud som hospitalsbehandling, hvilket vil sige, at der ikke skal være flere selvmord eller uforklarlige dødsfald. Det systematiske review; "*Crisis intervention for severe mental illnesses*", som effektvurderingerne er baseret på, indeholder endvidere også effekter på patienttilfredshed og byrdefordeling for pårørende (30). Disse to effektområder behandles i afsnittet om patientperspektivet (Patient- og pårørendeperspektiv i CRHT).

CRHT's effekt på indlæggelser

Det systematiske review *Crisis Intervention for People with Severe Mental Illnesses* (30) indeholder to studier, som benytter effektområdet indlæggelse, som primært effektområde. Fenton et al 1998 (41) finder ikke nogen forskel i indlæggeshyppighed mellem hospitalsbehandling og CRHT efter en seks måneders periode (RR:0,94, 95 % CI (0,70;1,27)).

Johnson et al 2005 påviser en forskel i indlæggelser (42). I dette studie konkluderes det, at CRHT reducerer indlæggelse på psykiatrisk hospital efter tre og seks måneder (3 mdr., RR:0,53, 95 % CI (0,41;0,68); 6 mdr., RR 0,62 95 % CI (0,51;0,76)). Samles resultaterne fra de to undersøgelser og laves der et såkaldt pooled estimat, viser dette ikke en reduktion i indlæggelse (RR 0,75, 95 % CI (0,50;1,13)). Dette resultat er påvirket af heterogeniteten mellem de to studier (30) (Syst review).

Tabel 4.2: Studier af effekten af indlæggelser ved CRHT sammenlignet med hospitalsbehandling

Studie, type, antal (n)	Interventioner der sammenlignes	Effektområde
Fenton et al 1998, RCT, (119)	Hjemmebehandling i krisecenter versus standard hospitalsbehandling	RR (95 % CI) RR:0,94 (0,70;1,27)

Johnson et al 2005, RCT, (260)	Crisis Resolution Home Treatment versus standard hospitalsbehandling	RR (95 % CI) 3 mdr follow-up RR:0,53 (0,41;0,68) 6 mdr follow-up RR 0,62 (0,51;0,76)
Pooled estimat (369)		RR (95 % CI) RR 0,75 (0,50;1,13)

Sammenlignes med anden international litteratur, som dog vurderes til lav evidens, ses en tendens til reduktion i indlæggelse blandt i kvasiexperimentielle og andre komparative studier.

Johnson et al fandt eksempelvis, i et før og efter-studie, at indlæggelsesraten efter seks uger blev reduceret med 22 pct. i gruppen, der modtog CRHT (42) (pre and post CRHT). Andre komparative studier har fundet, at indlæggelsesraten er reduceret med mellem 10 pct. og 45 pct. i områder med CRHT (47) (Bergerud Tone, 2009) (48)(Malcolm Hugo, 2002)(49)(Glover 2006) (50)(Jacobs 2011) (35)(Hubbeling 2012). Studiet af Jetwa fandt en statistisk signifikant reduktion på 37,5 pct., hvorimod Tyrer et al kun fandt en nedgang på 7,7 pct. (43,44). Barker et al fandt til sammenligning en reduktion på 24 pct., mens andre sammenlignende registerstudier ikke finder nogen forskel i indlæggelser (42-46). De forskellige resultater kan blandt andet tilskrives forskellige metodologiske tilgange, studiedesign og antal personer, som indgår i undersøgelserne. Litteratur reviewet af Hubbeling et al, der havde til formål at undersøge litteratur siden indførelsen af CRHT i England fandt, at litteraturen peger i retning af, at CRHT reducerer indlæggelser (35). Resultatet må dog ses med det forbehold, at store metodologiske forskelle mellem studierne gør det svært at konkludere, men studierne peger dog alle primært i samme retning (35). Litteraturvurdering på udvalgte studier fremgår af bilag 6.

Risikoevaluering af selvmord og død

Arbejdet med psykisk syge patienter, der i deres sygdomsperioder er kendetegnet ved at have kognitive og emotionelle forstyrrelser, kan indebære en risiko for, at den enkelte patient har tanker om selvmord eller konkret forsøger at begå selvmord. Derfor er det vigtigt at undersøge, om CRHT forbindes med øget risiko for specielt selvmordsforsøg set i forhold til hospitalsindlæggelse (30).

Seks studier i det systematiske review undersøger risiko for selvmord (Fenton 1979 (51), Fenton 1998 (41), Hout 1983 (??), Johnson 2005 (42), Muijen 1992 (??), Stein 1975 (??)) (jf. bilag 7). Selvmord er relativt sjældent forekommende, og derfor er prævalensen lav. Endvidere beskrives effektmålet død under mystiske omstændigheder.

Ingen af de seks studier påviser en forøget risiko for selvmord eller dødsfald ved CRHT eller ved hospitalsbehandling. Denne konklusion fremgår af Tabel 4.3, hvor der også er beregnet et samlet estimat på baggrund af de seks studier. Dette er meget tæt på en relativ risiko på én (RR 1,06, 95 % CI (0,36:3,11)), hvilket skal fortolkes således, at der ikke er forskel mellem de to behandlingsformer i forhold til risiko for selvmord eller dødsfald.

I det følgende opsummeres de vigtigste pointer i forhold til behandlingen CRHT).

Tabel 4.3: Studier af effekter på selvmord eller dødsfald under mystiske omstændigheder ved hjemmebehandling sammenlignet med hospitalsbehandling

Studie, respondenter (n)	Sammenligning	Effektmål
Fenton et al 1979, (162)	CRHT vs. hospitalsbehandling	Risiko Ratio (RR) 95 % CI RR: 0,22 (0,01:4,41)
Fenton et al 1998, (119)	Krisecenter vs. Hospitalsbehandling	Risiko Ratio (RR) 95 % CI RR:2,19 (0,09:52,57)
Hoult et al 1983, (120)	CRHT vs. hospitalsbehandling	Risiko Ratio (RR) 95 % CI RR:0,33 (0,01:8,02)
Johnson et al 2005, (260)	CRHT versus hospitalsbehandling	Risiko Ratio (RR) 95 % CI RR:2,78 (0,11:67,60)
Muijen et al 1992, (189)	Hjemmebaseret behandling versus hospitalsbehandling	Risiko Ratio (RR) 95 % CI RR:1,58 (0,27:9,25)
Stein et al 1975, (130)	Hjemmebaseret behandling versus hospitalsbehandling	Risiko Ratio (RR) 95 % CI RR:1,00 (0,06:15,65)
Pooled estimat, (980)		Risiko Ratio (RR) 95 % CI RR: 1,06 (0,36:3,11)

Opsummering af CRHT-teknologi

På baggrund af litteraturgennemgangen kan kerneydelsen i CRHT beskrives. Der er i litteraturen bred enighed om, at kerneydelsen skal indeholde følgende ydelser:

- En omfattende risiko- og symptomvurdering
- En omfattende vurdering af funktionsniveau, sociale omstændigheder og helbred i øvrigt
- Formulering af behandlingsplan, som accepteres af patienter og pårørende
- Opstart af behandling, hyppig kontakt til behandler
- Psykologiske interventioner, undervisning, vejledning og rådgivning af patient og pårørende

Vedrørende effektmålet indlæggelse fremgik det, at patienter behandlet i CRHT-teamet har mindre risiko for (gen-)indlæggelse end patienter behandlet i hospitalsregi. Ved effektmålet risiko for selvmord eller dødsfald viser effektmålet, at der er den samme risiko mellem CRHT og hospitalsindlæggelse.

I det følgende gennemgås patient- og pårørende perspektivet på CRHT.

4.5 Patient- og pårørendeperspektiv i CRHT

Litteraturgennemgangen af patientperspektivet beror på 19 artikler, som belyser forskellige aspekter ved CRHT set ud fra patientperspektiv og i nogen grad pårørendeperspektiv. Patientperspektivet er primært undersøgt i en kvalitativ kontekst, hvorfor hovedparten af anvendte studier i dette afsnit er baseret på kvalitative undersøgelser. Der anvendes ligeledes et enkelt litteratur review, der undersøger patientaspektet i både en kvalitativ og en kvantitativ tilgang. I afsnittet undersøges også patienternes tilfredshed med CRHT sammenlignet med hospitalsbehandling, ligesom undersøgelsen også omhandler, hvorvidt patienternes pårørende oplever det som en større byrde, at patienterne behandles hjemmesammenlignet med de patienter der behandles på hospitalet. Dette sker ved anvendelse af et systematisk review: *Crisis Intervention for People with Severe Mental Illnesses (30)*.

Fire studier beskæftiger sig med definitionen af, hvilken patientgruppe der er egnet til CRHT (52-55). Psykisk syge med behov for psykiatrisk behandling er en broget gruppe mennesker. Anvendelsen af CRHT som alternativ (eller supplement) til hospitalsindlæggelse skal tage højde for denne forskellighed og være tydeligt formuleret i forhold til, hvilke patientgrupper CRHT er egnet til og evt. hvilke behandlingsformer ikke er egnet til, eksempelvis patienter med væsentligt forhøjet selvmordsrisiko. CRHT afstedkommer dermed et behov for en redefinition af målgruppen til indlæggelse og CRHT.

CRHT som behandlingsform er en forholdsvis ny behandlingsform i Europa. I litteraturen undersøges det, hvilke erfaringer, oplevelser og vurderinger patienter (og pårørende) har med CRHT. Ved hjælp af kvalitative studier belyses temaer, som anses for vigtige for patienter og pårørende i forbindelse med at overgå til CRHT fra hospitalsbehandling. Patient og pårørende bidrager i det henseende med vigtig information om, hvilke faktorer der bidrager til positive og negative oplevelser i forbindelse med CRHT.

4.5.1 Afklaring af patientgruppe til CRHT

Fire studier beskæftiger sig med patientgruppesammensætningerne for CRHT. Hasselberg et al 2011-studiet fandt i en sammenligning mellem forskellige behandlingstilbud, at patienter med depression viste største fremgang ved CRHT-behandling. De modtog også den længste behandling. Patienter med psykotiske symptomer havde mindst behandlingseffekt ved CRHT-behandling. De modtog også den korteste behandling (53).

Et andet studie af Cotton et al fandt, at patienter, der vurderedes usamarbejdsvillige, der havde en historie med tvangsindlæggelser eller der havde risiko for self neglect i højere grad blev indlagt end tilbudt CRHT (54).

Det fremgår af det engelske nationale survey *A National Survey of Crisis Resolution Teams in England*, at patienter med psykoser, affektive lidelser, angst og personlighedsforstyrrelser oftere modtager CRHT. Patienter med misbrug og organiske lidelser tilbydes i mindre grad CRHT (56).

Brimblecombe et al (2003) konkluderer, at ukontrollable selvmordstanker og tidligere indlæggelser er prædiktorer i forhold til risikoen for indlæggelse (52).

Opsummerende peger litteraturen på, at patienter med depressive lidelser har størst behandlingseffekt ved CRHT. Patienter, som tidligere har været indlagt under tvang, psykotiske patienter og patienter med ukontrollable selvmordstanker henvises hyppigere til indlæggelse. Hermed kan ydre punkterne i forhold til definition af målgruppen for CRHT defineres. De mindst egnede er patienter med følgende karakteristika: stærkt selvmordstruede, udadreagerende patienter, patienter med organiske lidelser, patienter med misbrug, usamarbejdsvillige patienter og patienter, der har været indlagt på tvang. Patienter, som har størst nytte af CRHT, er depressive patienter. Anvendes hyppighed af CRHT som mål for patientdefinition, fremgår det, at det er patienter med affektive lidelser, psykoser, angst og personlighedsforstyrrelser, der hyppigst modtager CRHT (52-54,56).

4.5.2 Patienters og pårørendes erfaringer med CRHT

Som tidligere beskrevet i kapitel 1 er CRHT en forholdsvis ny behandlingsform i mange europæiske lande. Formålet er at flytte den akutte pleje ind (tilbage) i den familiære kontekst, således at patienten kan behandles i egne rammer. Der er udarbejdet kvalitative studier, der undersøger, hvilke erfaringer patienter og pårørende indtil har haft med CRHT. Undersøgelserne giver indblik i patienters og pårørendes positive som negative erfaringer med CRHT.

Temaer som "det at kunne blive hjemme i egne rammer" er et afgørende element for tilfredsheden (57). Dette giver en følelse af tryghed, ro og håb, ligesom det giver mulighed for, at patienten kan fastholde dagligdags gøremål og sociale aktiviteter (57). Patienterne udtrykker også, at CRHT medvirker til en følelse af at have kontrol over eget liv. Respektfuld behandling, medinddragelse og at blive lyttet til oplever patienterne som et positivt element i CRHT (57,58). Patienterne udtrykker, at de i højere grad møder denne tilgang i CRHT set i forhold til hospitalsindlæggelse (59-61).

Oplevelsen af, at personalet i CRHT er fleksible og åbne i forhold til forskellige behandlingstilgange, bliver også beskrevet som et positivt element ved CRHT. Patienterne oplever, at de bliver set, hørt og inddraget på anden vis end ved almindelig hospitalsbehandling (57,59). Pårørendes oplevelser og erfaring med CRHT er på sin vis kongruente med patienternes (57).

Pårørendes medvirken i behandlingen er essentiel. Dermed er der i CRHT også en opgave forbundet med at få de pårørende gjort i stand til at bestride opgaven. I en dansk rapport fra CBS blev der gennemført en cost-benefit-beregning på effekterne af familieintervention og inddragelse af pårørende i behandlingen af psykisk sygdom. Analysen finder, at der er et samfundsøkonomisk potentiale i at inddrage pårørende estimeret til over 15 mia. kr (18). Rapportens konklusioner er blandt andet baseret på et systematisk review, der undersøger effekter af familieintervention (62).

De negative aspekter ved CRHT beskrives i højere grad som relateret til organisatoriske forhold end til behandlingsaspektet i CRHT (57) (Winness 2010). Eksempelvis er det en forudsætning for følelsen af tryghed med behandlingen, at der er en udstrakt tilgængelighed til personalet (57,63). I den forbindelse nævnes 24 timers tilgængelighed, ligesom muligheden for hurtig kontakt og hjælp er essentiel for oplevelsen af tryghed (63,64). Dertil opleves interventionen i nogle henseender som værende for kort. Ventetiden til andre behandlingstilbud giver en oplevelse af at blive sluppet til ingenting. Den manglende kontinuitet opleves som værende frustrerende og medfører i værste fald et tilbagefald for patienten (57,63).

Patientevaluering

I det systematiske review; *“Crisis Intervention for people with severe mental illnesses”* måles patienttilfredshed på en Client Satisfaction Scale (CSQ) i to af de otte inkluderede studier (30).

Patienttilfredsheden er derfor baseret på disse to studier. I studiet af Johnson et al måles tilfredsheden ved tre måneders opfølgning. Af studiet fremgår det, at der *ikke* er forskel på tilfredsheden med hospitalsbehandling som standard i forhold til CRHT (MD: 1,60 95 % CI (-0,22;3,42) (30,65).

I studiet af Muijen et al måles tilfredsheden i længere tid efter behandlingen, idet der er opfølgning seks, tolv og tyve måneder efter (??). Patienterne, der har fået CRHT, er i alle tre målinger statistisk signifikant mere tilfredse med behandlingen end patienterne, der har fået standardbehandling (MD: 5,10 95 % CI (3,16; 7,04); MD: 4,80 95 % CI (3,11;6,49); MD: 5,40 95 % CI (3,91;6,89)) (30).

Tabel 4.4: Tilfredshed med CRHT over for indlæggelse i fire studier hvor der målt 3, 6, 12 og 20 mdr. efter behandling

Studie / antal (n)	Sammenligning	Effekt mål
Johnson et al 2005 3 måneders follow-up (226)	CRHT versus hospitalsbehandling	Middelforskel (MD) 95 % CI MD: 1,60 (-0,22;3,42)
Muijen et al 1992 6 måneders follow-up (115)	Hjemmebaseret behandling versus hospitalsbehandling	Middelforskel (MD) 95 % CI MD: 5,10 (3,16;7,04)
Muijen et al 1992 12 måneders follow-up (121)	Hjemmebaseret behandling versus hospitalsbehandling	Middelforskel (MD) 95 % CI MD:4,80 (3,11;6,49)

Muijen et al 1992 20 måneders follow-up (127)	Hjemmebaseret behandling versus hospitalsbehandling	Middelforskel (MD) 95 % CI MD:5,40 (3,91;6,89)
--	---	---

Note.

I det følgende gennemgås pårørende oplevelsen af byrden ved ikke at have patienten indlagt under den akutte psykiatriske krise, men derimod hjemme til behandling.

Effekter på byrde

At leve sammen med og passe en psykisk syg kan være hårdt for de pårørende, specielt i perioder, hvor der er opblussen i symptomer. Studierne i det systematiske review; "*Crisis Intervention for people with severe mental illnesses*" undersøger byrden for de pårørende målt på flere forskellige former for oplevelse af byrde. Endvidere undersøges det, om byrden opleves som større for pårørende, hvor patienten tilbydes CRHT end ved standardbehandling (indlæggelse) (30).

Effekt målet byrde undersøges i to af de i alt otte studier der indgår i det systematiske review (30).

Studierne beskriver oplevelsen af byrde relateret til de pårørende til den psykisk syge.

Tabel her?

Overordnet set angiver pårørende til patienten i CRHT-behandling, at de oplever en mindre byrde i forhold til pårørende til patienter, som er indlagt. De pårørende til patienter behandlet i CRHT oplevede færre forstyrrelser i deres dagligdagsliv og færre forstyrrelser i deres sociale liv i forhold til pårørende, hvor patienten var i standardbehandling. Oplevelsen af byrde er opgjort tre måneder efter behandling. Ved opfølgning seks måneder efter behandlingen var forskellen udlignet (30).

Studiet af Hoult 1983 studiet opgør oplevelsen af den overordnede byrde (overall burden) efter tre måneder (RR:0,57 95 % CI (0,41;0,80) og efter seks måneder (RR:0,34 95 % CI (0,20;0,59). Resultatet er, at vurderingen af den overordnede byrde er mindre blandt pårørende til patienter i CRHT set i forhold til pårørende til patienter i standardbehandling (30).

4.5.3 Opsummering af patientperspektiv

På baggrund af litteratur omkring patienters og pårørendes perspektiv på CRHT i forhold til hospitalsindlæggelse kan det konkluderes, at patientgruppen der har størst effekt af CRHT er affektive patienter, herunder primært gruppen af depressive patienter. Patienter med organiske lidelser, patienter med misbrugsproblemer, usamarbejdsvillige patienter, patienter som tidligere har været indlagt på tvang, udadreagerende og stærkt selvmordstruede patienter er i mindre grad egnet til CRHT (52-54).

Primært kvalitative studier er anvendt til at redegøre for patienters og pårørendes perspektiv på CRHT og indlæggelsesbehandling, herunder tilfredshedsvurderinger og oplevelsen af byrden ved at have en pårørende, der er i CRHT eller indlæggelsesbehandling.

Litteraturen beskriver, at patienterne oplever, at CRHT bidrager til en vis opretholdelse af dagligdagslivet og på den vis støttes den enkelte patients recoveryproces. Dette giver en følelse af tryghed, ro og håb.

Oplevelsen af, at personalet i CRHT er fleksible og åbne i forhold til forskellige behandlingstilgange, er også et positivt element ved CRHT. Patienterne oplever, at de bliver set, hørt og inddraget på anden vis end ved behandling i hospitalssektoren. Endvidere opleves det, at det skæve magtforhold mellem patient og behandlere er mindre ved CRHT. Patienterne er generelt mere tilfredse med CRHT, hvilket fremgår af effektstudierne. Pårørende til patienter, der behandles ved CRHT, oplever en mindre byrde og færre forstyrrelser i forhold til deres sociale liv end pårørende til patienter, der er i indlæggelsesbehandling.

4.6 Organisering af Crisis Resolution Home Treatment (CRHT)

Gennemgangen af organisationsafsnittet er baseret på en litteraturgennemgang af 18 artikler samt bogen af *Home Treatment for Acute Mental Disorders* (7). På denne baggrund beskrives de organisatoriske karakteristika for CRHT. Beskrivelsen præciserer, hvilke organisatoriske elementer der er essentielle for, at CRHT kan være et alternativ til hospitalsbehandling. Enkelte studier bidrager også med en redegørelse af, hvilke organisatoriske udfordringer CRHT gennemgår, når disse kriterier ikke er opfyldt.

Heath beskriver følgende organisatoriske karakteristika ved CRHT, som skal være opfyldt (7).

- Tilgængelighed 24 timer alle ugens dage året rundt
- Mulighed for hjemmebesøg op til flere gange dagligt
- Hurtig respons, intensiv intervention med en varighed fra 2-6 uger
- Gatekeeperfunktion, der indebærer, at ingen patienter indlægges, uden at CRHT-teamet har vurderet, om patienten kan behandles af teamet
- Behandlingstilbuddet eksisterer indtil krisen er løst og anden opfølgende behandling er iværksat
- Multidisciplinært team, men vigtigt med psykiaterkompetencer

Tilgængelighed 24 timer i døgnet alle ugens dage er et essentielt organisatorisk karakteristika ved CRHT. I det hele taget er tilgængelighed et essentielt element for, at CRHT kan være et reelt alternativ til hospitalsindlæggelse (7,39).

Den døgndækkende tilgængelighed til behandlingen skal resultere i, at patienter modtager hurtig respons og behandling, hvilket Heath angiver som meget betydningsfuldt for al akut behandling (7). Dette implicerer, at det multidisciplinære team skal indeholde psykiaterkompetencer for dermed at kunne give akut medicinsk behandling samt anden akut psykiatrisk behandling på højde med hospitalsbehandling (7).

Heath påpeger endvidere, at CRHT er mindre succesfuld til nogle patientgrupper. CRHT skal derfor være målgruppeafklaret i forhold til behandlingen, hvilket skal medtænkes i de organisatoriske rammer (7). I den forbindelse er gatekeeperfunktionen til den akutte psykiatriske behandling vigtig. I tilfælde af, at gatekeeperfunktionen ikke er i CRHT-teamet, vil en del patienter blive indlagt, som kunne have været behandlet i CRHT (7,39). Dette skyldes at et manglende kendskab til CRHT medvirker til, at patienter henvises til traditionel hospitalsbehandling. Beslutningskompetencerne vedrørende indlæggelse eller CRHT skal derfor være i CRHT-teamet for at få den optimale udnyttelse af CRHT-tilbuddet og undgå unødvendig indlæggelse (7).

Behandlingsvarigheden i CRHT varierer og er beskrevet til en varighed på mellem 2-6 uger afhængigt af behandlingsrespons og tilgængelighed af opfølgende behandling (7,39). Sidstnævnte, som bidrager til kontinuitet i behandlingen, er en stor udfordring for de fleste CRHT-team og bevirker, at behandlingstiden i CRHT strækker sig ud over akutfasen (55,66-68).

Størrelsen på organisationens optageområde er meget varieret og afhænger af, om det er land- eller byområder. Det har betydning for, hvor mange patienter der tildeles CRHT. På samme vis er der forskel på antal patienter pr. behandler (case-load) (7,39,66).

I litteraturen anbefales ovennævnte organisatoriske karakteristika for CRHT: tilgængelighed, gatekeeperfunktion, multidisciplinært team med psykiaterkompetencer, skarphed i forhold til patientgruppedefinition samt akut behandling, der afsluttes inden for omkring seks uger, hvorefter anden stabilitetsorienteret psykiatrisk behandling, bostøtte mv. overtager det videre forløb (69). Forskningen i effekten af CRHT påpeger, at disse karakteristika er essentielle for, at CRHT fungerer optimalt og dermed udgør et effektivt alternativt til hospitalisering (7,39,68). Imidlertid ses store organisatoriske forskelle i tilgængelighed, responstid, gatekeeping m.m. Disse udfordringer følger primært af manglede finansielle ressourcer (56,66,67).

Medarbejderperspektivet i litteraturen

Den internationale litteratur indeholder sparsom information vedrørende medarbejdernes kompetencer og erfaringer med at arbejde i CRHT-team. Der er dog udført enkelte kvalitative studier, som bidrager med oplysninger (70-72). Medarbejderne i CRHT-team har mange forskellige uddannelser, og disse team beskrives i den forbindelse som multidisciplinære. I international litteratur er disse multidisciplinære teams sammensat af medarbejdere med kompetencer som sygeplejersker, socialarbejdere (socialrådgivere), psykologer og lignende (7,56,66,67,73).

Det er ikke nærmere specificeret, hvorvidt de forskellige kompetencer medfører forskellig opgaveløsning i teamet. Medarbejderne skal i forhold til opgave håndteringen være selvledende, kunne arbejde

selvstændigt og tage beslutninger. Medarbejdere, der arbejder med selvstændig opgavevaretagelse, specielt med opgaveløsning af sundhedsydelse, er hyppigere i risiko for stress og udbrændthed (70). Medarbejderne oplever, at det høje individuelle ansvarsniveau i perioder er stressfyldt. Oplevelsen af at skulle træffe beslutninger uden kollegial sparring, umødt supervisionsbehov og manglende faglig sparring danner grobund for faglig utilfredshed og stress. Faglig sparring blandt medarbejdere beskrives som relativt vigtigt for at udvikle medarbejdernes kompetencer (70,72,74).

Opsummering vedrørende organisatoriske forhold

Der ses en bred enighed om, at visse organisatoriske kernekaraktistika må være til stede, for at CRHT udgør et alternativ til hospitalsbehandling baseret på et videnskabeligt grundlag. Dette er:

- Tilgængelighed 24 timer alle ugens dage året rundt
- Mulighed for hjemmebesøg op til flere gange dagligt
- Hurtig respons, intensiv intervention med en varighed fra 2-6 uger
- Interventionen indebærer et behandlingsaspekt samt støtte af social og praktisk karakter
- Gatekeeperfunktion, der indebærer, at ingen patienter indlægges, uden at CRHT-teamet har vurderet, om patienten kan behandles af teamet
- Behandlingstilbuddet eksisterer indtil krisen er løst og anden opfølgende behandling er iværksat
- Multidisciplinært team, men vigtigt med psykiaterkompetencer

Trods de beskrevne kernekaraktistika ses i praksis forskellige modeller af CRHT, herunder med varierende åbningstider, ingen gatekeeping med mere.

Medarbejderne i CRHT er sammensat multidisciplinært. Oftest er der flest sygeplejersker, ligesom socialarbejdere og psykologer også er repræsenteret. Den store selvstændighed og det at arbejde alene kan bevirke øget forekomst af stress, såfremt medarbejderne ikke bliver mødt med faglig supervision og sparring.

I det følgende opsummeres hovedpointerne omkring CRHT på baggrund af litteraturgennemgangen.

4.7 Sammenfatning vedrørende litteraturen

Litteraturgennemgangen er anvendt til at belyse økonomien ved CRHT, behandlingsindholdet i CRHT, patient- og pårørendeperspektivet og organiseringen af CRHT.

Litteraturgennemgangen blev indledt med økonomiske studier omkring CRHT. De økonomiske studier dokumenterer en omkostningsreduktion ved CRHT sammenlignet med hospitalsindlæggelse. Denne er primært indløst gennem reduktion i sengedage. Endvidere dokumenteres en økonomisk besparelse ved at lade CRHT-team fungere som gatekeepere i forhold til hospitalsindlæggelse. Afsnittet CRHT-teknologi vurderet på effekter dokumenterer ligeledes reduktion i indlæggelser samt at der ikke er forøget risiko for

dødsfald eller selvmord ved CRHT sammenlignet med hospitalsbehandling. I afsnittet Patient- og pårørendeperspektiv i CRHT dokumenteres det, at patienttilfredsheden med CRHT og hospitalsbehandling er den samme i enkelte studier, mens den i andre er større ved CRHT. Pårørendes oplevelse af belastning ved at have en pårørende i CRHT er overordnet set mindre end pårørendes oplevelse af at have en patient indlagt. I afsnittet om de organisatoriske forhold i CRHT dokumenteres det at visse organisatoriske kerne karakteristika må være til stede for at CRHT på et videnskabeligt grundlag udgør et alternativ til hospitalsbehandling. Dette er blandt andet at CRHT behandlingstilbuddet er døgndækkende samt at CRHT teamet har en gatekeeper funktion.

Konklusionen er på denne baggrund, at CRHT er en behandling, som ikke er dyrere og som sandsynligvis er væsentligt billigere end hospitalsbehandling (4.3 Opsummering af økonomilitteratur). Det er en behandling, hvor der ikke er en forøget risiko for selvmord eller dødsfald (sammenlignet med hospitalsbehandling). Det er en behandling, hvor patienter og pårørende er mindst lige så tilfredse på kort sigt med behandlingen. På længere sigt er patienter og pårørende mere tilfredse med behandlingen. Det rejser naturligt spørgsmål: Hvad skal behandlingen indeholde? Hvilke kvalifikationer skal der være i et CRHT-team? Hvad er det, patienter og pårørende oplever som positivt ved CRHT? Hvordan skal CRHT organiseres? Spørgsmål som disse skal afdækkes for at beskrive, hvad der skal være til stede, for at de positive effekter af CRHT kan indløses. På baggrund af gennemgangen af artikler samt oversigtlitteratur omkring CRHT blev disse spørgsmål søgt besvaret.

I afsnit 4.4 CRHT behandling - teknologi blev følgende karakteristika fremhævet som essentielle for behandlingen:

- Tilgængelighed alle hele døgnet, alle ugens dage hele året rundt – organiseringsbetingelse
- Hurtig respons og hjemmebesøg
- Risiko- og symptomvurdering
- Vurdering af funktionsniveau, sociale omstændigheder og helbred i øvrigt
- Formulering af behandlingsplan, som accepteres af patienter og pårørende
- Medicinsk administration og supervision. Opstart af behandling (inkl. medicinsk) med hyppig kontakt mellem behandler og patient
- Psykologiske interventioner, undervisning, vejledning og rådgivning af patient og pårørende
- Patientgruppedefinition i forhold til egnethed til CRHT (vs. indlæggelse)

Kerneydelsen ved CRHT er grundlæggende den samme behandlingsintervention, som er kendetegnende ved indlæggelse på hospitalet: risiko- og symptomvurdering, opstart (evt. justering) af medicinsk behandling, psykoedukation samt psykologiske interventioner, der skal hjælpe patienten med håndtering af den akutte situation, udarbejdelse af behandlingsplan mv.

Patienter som har selvmordstanker, som de ikke kan forpligte sig på at undlade at forsøge at udføre eller patienter, der er til fare for andre skal henvises til indlæggelse i hospitalspsykiatrien. Principielt er CRHT et tilbudt til alle diagnostiske grupper af patienter, dog er patienter i hospitalspsykiatrien hyppigere patienter, hvor der anvendes (eller har været anvendt) tvang, patienter med organiske lidelser og misbrugsproblemer. Patienter, som har størst gavn af CRHT er patienter med affektive lidelser.

I forhold til patient- og pårørendeperspektivet blev følgende karakteristika påpeget som centrale:

- Patientens egnethed i forhold til CRHT skal vurderes i forhold til behovet for indlæggelse
- Sikkert og tilgængeligt behandlingstilbud
- Hurtig respons og hjemmebesøg, herunder pårørendeinddragelse. Mulighed for fleksibilitet i forhold til den tid, der bliver brugt sammen med patienten og dennes sociale netværk, evt. flere besøg samme døgn
- Hjælp til praktiske problemstillinger
- Hjælp, forklaringer, råd, vejledning og generel støtte til pårørende (og andre omsorgsydere)

På baggrund af litteraturgennemgangen i forhold til det organisatoriske element (4.6 Organisering af Crisis Resolution Home Treatment (CRHT)) fremhæves følgende forhold som centrale og medvirkende til en optimering af CRHT:

- Gatekeeperfunktion i forhold til hospitalsindlæggelse skal varetages af CRHT-personale
- Behandling skal være tilgængelig 24 timer i døgnet syv dage om ugen
- Behandling skal fortsætte indtil patienten er stabiliseret
- Det skal sikres, at patienten er overleveret til fortsat behandling, når den akutte psykiatriske krise er overstået

I forhold til, hvorledes CRHT bør organiseres, er det første punkt hvorledes patienter visiteres til behandling. Det er dokumenteret, at CRHT-team skal visitere til CRHT-behandling og teamet skal være gatekeeper for indlæggelse. Er dette ikke tilfældet, visiteres patienter til indlæggelse, som kunne være behandlet i CRHT, hvilket indebærer en meromkostning. Der skal være 24 timers tilgængelighed. Behandlingen skal fortsætte indtil patienten ikke er akut længere (2-6 uger). Der skal være behandling, som kan videreføre stabiliseringen af patienten, når denne ikke længere er akut, og der skal foregå en overlevering.

5 Økonomiske succeskriterier for DDHB

1. juli 2009 blev psykiatrisk sengeafsnit i Silkeborg nedlagt. Siden er akutte psykiatriske patienter behandlet med Døgndækkende Hjemmebehandling (DDHB) i Silkeborg eller alternativt blevet indlagt på Risskov Psykiatrisk Hospital. Indlæggelse er for de patienter, som ikke kan forpligte sig til at undlade selvmordsforsøg eller som er til fare for andre.

Det politiske succeskriterium for reorganisering var økonomiske besparelser (3). Disse skulle indløses gennem reduktion i antal indlæggelser, reduktion i den gennemsnitlige indlæggelsestid og reduktion i antal genindlæggelser.

Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt der faktisk er sket en reduktion i antal indlæggelser i forbindelse med, at DDHB blev etableret i Silkeborg? Dette spørgsmål søges besvaret i det følgende på baggrund af data fra InfoRM vedrørende indlæggelser, senedage og ambulante besøg. Derudover anvendes data fra DRG-grupperet LPR, psykiatri; stationært til at redegøre for udgifterne til indlæggelser. Silkeborg Kommune sammenlignes med de øvrige kommuner i Region Midtjylland, hvor dette er muligt. I forhold til antal genindlæggelser sammenlignes der med Horsens og Randers Kommune på baggrund af e-sundhedsdata. Silkeborg kommune er den eneste kommune i Region Midtjylland, der har døgndækkende hjemmebehandling. I de øvrige kommuner er det mere almindeligt med mobilteam og ambulante behandling i tidsrummet mellem 8-16.

Ideelt burde der foretages en fuld omkostningsanalyse, hvor alle omkostninger til psykiatrisk behandling af voksne, fordelt på akut og ikke-akut (ambulant) behandling, i kommunerne i regionen sammenlignes. Dette har dog ikke været målet for denne evalueringsrapport, og en sådan analyse ville kræve flere data. Ambitionen for dette kapitel er derfor ikke at give en fuld omkostningsanalyse, men på baggrund af indlæggelsestal og udgifterne i den forbindelse at tegne et tentativt billede af omkostninger ved akut psykiatrisk hjemmebehandling sammenlignet med indlæggelse.

Derudover gives der på baggrund af MTV-rapporten *Implementering af psykiatrisk hjemmebehandling: Crisis Resolution and Home treatment til voksne patienter i Danmark (2012)*, udarbejdet ved den sundhedsfaglige kandidatuddannelse, et tentativ svar på, hvad det vil betyde at lade DDHB-teamet stå for visitationen til psykiatrisk behandling i Silkeborg hele døgnet (28). Spørgsmålet er altså, hvilke besparelser på indlæggelsesudgifter implementeringen af en gatekeeper-funktion ved DDHB kan resultere i. Det fremgår af **Organisationskapitlet**, at DDHB-teamet ikke har denne funktion. Resultatet heraf er, at patienter henvises til modtagelsen på Risskov Psykiatrisk Hospital efter kl. 16 på hverdage og i weekenden.

5.1 Opsummering af økonomisk litteraturstudie

Det skal indledningsvis pointeres, at det er begrænset, hvor mange økonomiske studier, der findes omkring akut psykiatrisk hjemmebehandling (CRHT – Crisis Resolution Home Treatment, den engelske betegnelse for DDHB). Tre ud af seks mulige studier blev vurderet relevante (31-33). Alle studier påviser en omkostningsreduktion ved CRHT pga. et fald i sundhedsudgifter baseret på et lavere forbrug af sengedage. Der er stort set ingen forskel på omkostningerne til sociale ydelser og omkostningerne forbundet med kriminalitet mellem patienter, der har modtaget hhv. CRHT og indlæggelse. Den økonomiske besparelse ved CRHT er altså baseret på reduktion i sundhedsudgifter, primært baseret på reduktion i antal sengedage.

Ud over de tre studier, som er anvendt i dette afsnit, indeholder gennemgangene kapitlerne **CRHT-behandlingen** som en teknologi samt **patientafsnittet** flere effektevalueringer, som påviser dels en reduktion i indlæggelsesdage og dels at patienttilfredsheden ved CRHT er mindst lige så høj som tilfredsheden med indlæggelse. Konklusionen er derfor, at alle resultater peger i retning af, at akut psykiatrisk behandling i form af CRHT er en billigere behandlingsform end indlæggelse. Spørgsmålet er dog hvor meget billigere. Idet nogle studier kommer frem til en statistisk insignifikant reduktion i indlæggelsestider, kan det indikere, at besparelsen er 0 kr. Der er dog intet, der tyder på, at CRHT på nogen måde kan blive en dyrere behandling end indlæggelse.

Endvidere påviste et studie af McCrone et al (2007), at der er en besparelse på 630£ pr. patient over en 28-dages periode, såfremt et CRHT-team fungerer som gatekeeper til indlæggelser og dermed står for visitation til enten hospitalsindlæggelse eller DDHB (33).

5.2 Indlæggelse, sengedage og genindlæggelsesforløb

I det følgende sammenlignes opgørelser på antal personer i behandling i voksenpsykiatrien, indlæggelser, sengedage, ambulante besøg og udgifter til indlæggelser i de 19 kommuner i Region Midtjylland. Endvidere sammenlignes opgørelser på genindlæggelsesforløb mellem Horsens, Randers og Silkeborg Kommuner på baggrund af e-sundhedsdata.

I forhold til sammenligning mellem kommunerne i Region Midtjylland er det vigtigt at være opmærksom på, at kommunerne har forskellige demografiske og socioøkonomiske karakteristika, som har sammenhæng med psykiatriske behandlingsbehov. Flere undersøgelser har påvist en sammenhæng mellem psykiatrisk behandlingsbehov og socioøkonomisk status, således at gruppen med lavt uddannelsesniveau og lav indkomst har et større behandlingsbehov end folk med høj uddannelse og høj indkomst. Der er også sammenhæng mellem civilstand på den måde at personer, der bor alene, i højere grad benytter behandlingspsykiatrien. Dette betyder, at kommuner såsom Silkeborg, Favrskov og Skanderborg kan

forventes at have et mindre behandlingsbehov grundet kommunernes relative velstand, men også fordi der er relativt flere borgere i disse kommuner, der bor sammen med en partner, har børn i hjemmet osv.

(Larsen FB., Ankersen PV. & Stine Poulsen (2011) EVT BARE (HHDD 2010 & 2013).

Derudover har koncentrationen af personer med psykiatrisk behandlingsbehov sammenhæng med befolkningstæthed, hvilket vil sige at det er forventeligt, at kommuner centreret om større byer har flere borgere med et psykiatrisk behandlingsbehov. I forhold til kommunerne i Region Midtjylland er dette naturligvis særligt relevant at være opmærksom på i forhold til Aarhus, hvor befolkningstætheden er høj. Sammenligningerne må derfor nødvendigvis tage højde for dette. Det er derfor, ud over sammenligninger kommunerne imellem, også interessant at undersøge udviklingstendenserne i kommunerne, og spørgsmålet er i denne evalueringsrapport specielt rettet mod, hvorvidt der i Silkeborg er sket en reduktion i indlæggelser og genindlæggelsesforløb siden etableringen af DDHB i 2009.

5.2.1 Borgere i behandlingspsykiatrien

Tabel 5.1 er en opgørelse over antal borgere i kommunerne samt over hvor mange personer (CPR- numre) der var i voksenpsykiatrisk behandling i perioden fra 2008 til 2013. CPR-numre indbefatter både akut og ambulante behandling.

Tabel 5.1 Oversigt over indbyggere, CPR-numre og CPR-numre pr. 1000 indbyggere i behandlingspsykiatrien fordelt på kommunerne i Region Midtjylland¹

Kommune	Data	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Skive	Indbyggere (n)	37212	37271	37229	37299	37190	37132
	CPR-numre (n)	681	841	890	908	972	1057
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	18,30	22,56	23,91	24,34	26,14	28,47
Viborg	Indbyggere (n)	70190	70817	71198	71506	71877	72438
	CPR-numre (n)	1063	1241	1432	1541	1741	1955
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	15,14	17,52	20,11	21,55	24,22	26,99
Norddjurs	Indbyggere (n)	30119	30153	30138	30194	30194	30482
	CPR-numre (n)	504	622	607	653	679	757
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	16,73	20,63	20,14	21,63	22,49	24,83
Herning	Indbyggere (n)	63998	64980	65453	65819	66377	66828
	CPR-numre (n)	1063	1195	1278	1342	1367	1600

¹ Tabellen indeholder en oversigt over voksne indbyggere i kommunerne samt antallet af unikke CPR-numre i behandlingspsykiatrien i perioden 2008-2013. Indbyggertallene er indhentet fra Danmarks Statistik og udtrykker antallet af indbyggere pr. første kvartal i året. CPR-numre er indhentet fra InfoRM, og er opgjort for stationære og ambulante patienter i perioden. På baggrund af de to tal er antallet af CPR-numre pr. 1000 indbyggere udregnet og angivet.

	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	16,61	18,39	19,53	20,39	20,59	23,94
Aarhus	Indbyggere (n)	237110	241260	245127	249247	252833	257516
	CPR-numre (n)	4962	5115	4988	4871	5094	6138
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	20,93	21,20	20,35	19,54	20,15	23,84
Silkeborg	Indbyggere (n)	65958	66464	66863	67351	67844	68081
	CPR-numre (n)	876	1143	1185	1311	1441	1605
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	13,28	17,20	17,72	19,47	21,24	23,57
Horsens	Indbyggere (n)	61999	63123	63357	64136	64950	66056
	CPR-numre (n)	1218	1310	1346	1173	1240	1506
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	19,65	20,75	21,24	18,29	19,09	22,80
Holstebro	Indbyggere (n)	43625	43856	43784	44024	44055	44311
	CPR-numre (n)	627	725	824	836	874	991
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	14,37	16,53	18,82	18,99	19,84	22,36
Randers	Indbyggere (n)	72896	73332	73772	74371	74910	75363
	CPR-numre (n)	1389	1458	1503	1491	1466	1683
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	19,05	19,88	20,37	20,05	19,57	22,33
Odder	Indbyggere (n)	16277	16382	16550	16691	16698	16827
	CPR-numre (n)	245	270	258	254	271	333
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	15,05	16,48	15,59	15,22	16,23	19,79
Syddjurs	Indbyggere (n)	31663	31780	31918	32285	32489	32727
	CPR-numre (n)	494	507	558	561	586	607
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	15,60	15,95	17,48	17,38	18,04	18,55
Ikast-Brande	Indbyggere (n)	30177	30446	30569	30839	30950	30900
	CPR-numre (n)	343	452	464	508	494	567
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	11,4	14,85	15,18	16,47	15,96	18,35
Struer	Indbyggere (n)	17418	17414	17345	17180	17168	17078
	CPR-numre (n)	217	255	262	252	297	313
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	12,46	14,64	15,11	14,67	17,30	18,33
Ringkøbing-Skjern	Indbyggere (n)	43847	44358	44281	44171	44251	44284
	CPR-numre (n)	431	503	562	575	660	811
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	9,83	11,34	12,69	13,02	14,91	18,31
Lemvig	Indbyggere (n)	16852	16851	16839	16754	16699	16732
	CPR-numre (n)	188	240	251	263	230	282
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	11,16	14,24	14,91	15,70	13,77	16,85
Hedensted	Indbyggere (n)	33889	34238	34297	34457	34631	34716
	CPR-numre (n)	385	413	429	425	451	553
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	11,36	12,06	12,51	12,33	13,02	15,93
Samsø	Indbyggere (n)	3278	3228	3256	3202	3201	3163
	CPR-numre (n)	77	77	73	59	52	50
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	23,49	23,85	22,42	18,43	16,24	15,81
Favrskov	Indbyggere (n)	33400	33896	34071	34431	34733	34948

	CPR-numre (n)	395	416	390	411	413	548
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	11,83	12,27	11,45	11,94	11,89	15,68
Skanderborg	Indbyggere (n)	41018	41444	41954	42298	42649	42892
	CPR-numre (n)	465	555	548	557	558	668
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	11,34	13,39	13,06	13,17	13,08	15,57
Region Midt	Indbyggere (n)	950926	961293	968001	976255	983699	992474
	CPR-numre (n)	15623	17338	17848	17991	18886	22024
	CPR-numre pr. 1000 indbyggere (gns)	16,43	18,04	18,44	18,43	19,20	22,19

Det fremgår af tabellen, at alle kommuner ud over Samsø har haft en stigning i antallet af borgere i behandlingspsykiatrien i perioden fra 2008-2013. Tallene i tabellen er rangeret efter borgere i psykiatribehandling pr. 1000 indbyggere i 2013. I Region Midtjylland var gennemsnittet i 2013 22,19 borgere pr. 1000 indbyggere over 18 år. I 2008 var tallet 16,43 borgere i behandlingspsykiatrien pr. 1000 indbyggere. Dette tal illustrerer således en stigning i antal borgere i behandlingspsykiatrien, hvilket er gældende for alle kommuner i Region Midtjylland bortset fra Samsø. Antallet af borgere i behandlingspsykiatrien pr. 1000 indbyggere rangerer fra 15,57 i Skanderborg til 28,47 i Skive for år 2013. Udviklingen i Silkeborg fra 2008 til 2013 viser en stigning fra 876 personer i behandlingspsykiatrien i 2008 til 1605 personer i 2013. Det svarer til en stigning pr. 1000 indbyggere fra 13,28 i 2008 til 23,57 borgere i 2013. Det er en stigning på næsten 10 personer pr. 1000 indbyggere i behandlingspsykiatrien. Det er en betydelig stigning og placerer Silkeborg i gruppen af kommuner, som dels har et relativt højt antal personer i behandlingspsykiatrien og dels har en relativt stor stigning i antal personer i behandlingspsykiatrien. Skive har oplevet en tilsvarende stor stigning. Stigningen i Region Midtjylland generelt er på 6 borgere i psykiatrisk behandling pr. 1000 indbyggere.

Tallene i Tabel 5.1 illustrerer således en øget behandlingsindsats i psykiatrien. På baggrund af forudsigelser fra WHO samt nationale og regionale psykiatrirapporter er det forventeligt at se en stigning i behandlingsindsats inden for psykiatrien pga. et øget behov for psykiatrisk behandling. Flere spørgsmål rejser sig på baggrund af Tabel 5.1. For det første er der naturligvis spørgsmålet om, hvorfor der ses denne stigning? Det er dog ikke nærværende rapportens ambition at besvare dette spørgsmål. Her kan blot konstateres, at der er en stigning, og at denne er forventelig ud fra prognoser for udviklingen i mental sundhed, som instanser som WHO og Sundhedsstyrelsen har formuleret de sidste år. Et andet spørgsmål er, hvorvidt behandlingen foregår i hospitalsregi givet ved indlæggelser og sengedage, eller om behandlingen foregår ambulantly. Ambitionen i den psykiatriske behandling i Region Midtjylland er mindst mulig indgriben i borgerens liv, hvilket taler for ambulantly behandling i de tilfælde, hvor det er muligt. Et tredje spørgsmål lyder i forlængelse heraf: Hvor mange indlæggelser er der?

5.2.2 Psykiatriske indlæggelser

I det følgende gennemgås antallet af indlæggelser i tidsperioden fra 2008 til 2013 for kommunerne i Region Midtjylland. Det interessante er at se på udviklingen i indlæggelser i kommunerne og at sammenligne antal indlæggelser mellem kommunerne.

Tabel 5.2 Oversigt over indlæggelser og indlæggelser pr. 1000 indbyggere fordelt på kommunerne i Region Midtjylland²

Kommune	Data	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aarhus	Indlæggelser (n)	3233	3252	3263	3491	3338	3433
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	13,64	13,48	13,31	14	13,3	13,33
Norddjurs	Indlæggelser (n)	258	368	373	343	341	346
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	8,57	12,2	12,38	11,36	11,29	11,35
Viborg	Indlæggelser (n)	739	670	977	1043	805	723
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	10,53	9,46	13,72	14,59	11,2	9,98
Randers	Indlæggelser (n)	584	618	687	638	691	747
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	8,01	8,43	9,31	8,58	9,22	9,91
Horsens	Indlæggelser (n)	415	391	441	541	517	566
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	6,69	6,19	6,96	8,44	8,06	8,57
Favrskov	Indlæggelser (n)	204	242	261	215	232	268
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	6,11	7,14	7,66	6,24	6,7	7,67
Syddjurs	Indlæggelser (n)	195	239	259	236	264	245
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	6,16	7,52	8,11	7,31	7,65	7,49
Herning	Indlæggelser (n)	436	495	602	604	518	491
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	6,81	7,62	9,2	9,18	7,8	7,35
Holstebro	Indlæggelser (n)	191	175	224	312	292	303
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	4,38	3,99	5,12	7,13	6,63	6,84
Skanderborg	Indlæggelser (n)	232	220	218	264	242	269
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	5,66	5,31	5,2	6,24	5,67	6,27
Odder	Indlæggelser (n)	74	91	75	115	78	103
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	4,55	5,55	4,53	6,89	4,67	6,12
Skive	Indlæggelser (n)	329	337	374	378	301	223
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	8,84	9,04	10,05	10,13	8,09	6,01
Hedensted	Indlæggelser (n)	117	129	164	173	153	275
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	3,45	3,77	4,78	5,02	4,41	6
Ikast-Brande	Indlæggelser (n)	148	151	206	232	188	178
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	4,9	4,96	6,74	7,53	6,07	5,76

² Tabellen indeholder en oversigt over antallet af indlæggelser i behandlingspsykiatrien i kommunerne i perioden 2008-2013. Indlæggelsestallene er indhentet fra InfoRM og er opgjort for stationære patienter, der indlægges i perioden. På baggrund af dette tal samt indbyggertallene (se tabel 1) er antallet af indlæggelser pr. 1000 indbyggerne udregnet og angivet.

Struer	Indlæggelser (n)	50	69	45	64	64	94
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	2,87	3,96	2,59	3,73	3,73	5,5
Silkeborg	Indlæggelser (n)	474	497	385	474	416	366
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	7,19	7,48	5,76	7,04	6,13	5,38
Samsø	Indlæggelser (n)	14	26	14	14	42	17
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	4,27	8,05	4,27	4,37	13,12	5,37
Lemvig	Indlæggelser (n)	83	93	87	85	72	89
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	4,93	5,52	5,17	5,07	4,31	5,32
Ringkøbing-Skjern	Indlæggelser (n)	174	177	215	205	190	181
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	3,97	3,99	4,86	4,64	4,29	4,09
Region midt	Indlæggelser (n)	7950	8240	8870	9427	8744	8917
	Indlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	8,36	8,57	9,16	9,66	8,89	8,98

I Region Midtjylland var der en stigning i antallet af indlæggelser fra 7950 i 2008 til 8917 indlæggelser i 2013. Stigningen i indlæggelser er altså på 12 pct. Stigningen i borgere i behandlingspsykiatrien var på 40 pct.. Stigning i indlæggelser er altså mindre end stigningen i behandlingspsykiatrien generelt.

Antallet af indlæggelser er naturligvis afhængigt af kommunestørrelse. Samsø, som er den mindste kommune i Region Midtjylland, har mellem 14 og 42 indlæggelser pr. år, mens Aarhus har flest indlæggelser, mellem 3233 og 3491 pr. år. Antallet af indlæggelser er derfor mest interessant at fortolke inden for den enkelte kommune, mens antal indlæggelser pr. 1000 indbyggere kan anvendes til at sammenligne indlæggelseshyppigheden mellem kommunerne. De fleste kommuner i Region Midtjylland har oplevet en stigning i antallet af indlæggelser i perioden. Specielt er dette gældende til og med 2011. Enkelte kommuner har dog ikke oplevet en stigning i antal indlæggelser i perioden. Dette gælder Aarhus, som ligger meget stabilt med mellem 3200 og 3500 indlæggelser pr. år. I Silkeborg er der et vist udsving, men en generel nedadgående tendens over perioden. I 2008 var antallet af indlæggelser pr. 1000 indbyggere 7,19, hvilket faldt til 5,38 indlæggelser pr. 1000 indbyggere i 2013. Forskellen mellem indlæggelsestallene i 2008 og 2013 afspejler den største reduktion i indlæggelser i perioden for Silkeborg. Reduktionen er på 23 pct. Dette er en ganske betydelig reduktion, når der i øvrigt i Region Midtjylland er en stigning på 12 pct. i perioden. Ændringen i indlæggelsesmønsteret for Silkeborgs borgere har medført, at Silkeborg er gået fra at have en relativt høj indlæggelsesfrekvens pr. 1000 indbyggere til nu at være blandt de kommuner, der har en lav indlæggelsesfrekvens.

I 2008 og første halvdel af 2009 var det muligt at indlægge til psykiatrisk behandling på sengeafsnittet i Silkeborg. Muligheden forsvandt pr. 1. juli 2009, hvorefter patienter skulle henvises til Risskov Psykiatrisk Hospital. Den relativt unikke situation i Silkeborg i udviklingen i antal indlæggelser pr. 1000 indbyggere i perioden tyder på, at DDHB har haft en effekt på antallet af indlæggelser.

5.2.3 Sengedage

Tabel 5.3 er en oversigt over sengedage, sengedage pr. indlæggelse og sengedage pr. 1000 indbyggere fordelt på kommuner og samlet for Region Midtjylland

Tabel 5.3: Oversigt over sengedage, sengedage pr. indlæggelse og sengedage pr. 1000 indbyggere fordelt på kommunerne i Region Midtjylland Sengedage³

Kommune	Data	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aarhus	Sengedage i perioden (n)	50156	52197	57467	58767	64209	64442
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	15,51	16,05	17,61	16,83	19,24	18,77
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	211,53	216,36	234,44	239,74	253,96	250,24
Viborg	Sengedage i perioden (n)	16482	16587	13224	14038	16491	17195
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	22,3	24,76	13,54	13,46	20,49	23,78
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	234,82	234,22	185,74	196,26	229,43	237,38
Herning	Sengedage i perioden (n)	10889	13060	10276	10070	10083	10770
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	24,97	29,95	17,07	16,67	19,47	21,93
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	170,15	200,98	157	152,99	151,91	161,16
Holstebro	Sengedage i perioden (n)	4746	5078	5357	5439	6215	6852
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	24,85	29,02	23,92	17,43	21,28	22,61
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	108,79	115,79	122,35	123,55	141,07	154,63
Horsens	Sengedage i perioden (n)	10529	10351	9579	8463	8392	10134
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	25,37	26,47	21,72	15,64	15,51	17,9
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	169,83	163,98	151,19	131,95	129,21	153,42
Norddjurs	Sengedage i perioden (n)	4488	4849	4538	3779	4633	4572
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	13,4	13,18	12,17	11,02	13,59	13,2
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	149,01	160,81	150,57	125,16	151,93	149,99
Odder	Sengedage i perioden (n)	1330	1511	1044	1759	1824	2198
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	17,97	16,6	13,92	15,3	23,38	21,34
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	81,71	92,24	63,08	105,39	109,23	130,62
Ikast-Brande	Sengedage i perioden (n)	3419	3312	4253	4043	3837	3496
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	23,1	21,93	20,65	17,43	20,41	19,64
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	113,3	108,78	139,13	131,1	123,97	113,14
Randers	Sengedage i perioden (n)	8742	8099	8685	8118	8221	8501
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	14,97	13,11	12,64	12,72	11,9	11,38
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	119,92	110,44	117,73	109,16	109,75	112,8
Struer	Sengedage i perioden (n)	1467	1947	1474	1353	1377	1921

³ Tabellen indeholder en oversigt over antallet af sengedage i behandlingspsykiatrien i kommunerne i perioden 2008-2013. Antallet af sengedage er indhentet fra InfoRM og er opgjort som stationære patienter med sengedage i perioden. På baggrund af dette tal, samt indlæggelsestallene (se tabel 2) og indbyggertallene (se tabel 1) er antallet af sengedage pr. indlæggelser og sengedage pr. 1000 indbyggere udregnet og opgjort.

	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	29,34	28,22	32,76	21,14	21,52	20,44
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	84,22	111,81	84,98	78,75	80,21	112,48
Syddjurs	Sengedage i perioden (n)	2051	2522	3002	3146	3062	3643
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	10,52	10,55	11,59	13,33	11,6	14,87
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	64,78	79,36	94,05	97,44	94,25	111,31
Skanderborg	Sengedage i perioden (n)	2499	3915	4113	3326	3333	4555
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	10,77	17,8	18,87	12,6	11,77	16,93
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	60,92	94,46	98,04	78,63	78,15	106,2
Skive	Sengedage i perioden (n)	6191	6972	5178	4394	3936	3874
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	18,82	20,69	13,84	11,62	13,08	17,37
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	166,37	187,06	139,09	117,8	105,83	104,33
Hedensted	Sengedage i perioden (n)	3178	3472	2905	3226	2899	3568
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	27,16	26,91	17,71	18,65	18,95	12,97
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	93,78	101,41	84,7	93,62	83,71	102,78
Lemvig	Sengedage i perioden (n)	2469	1973	1655	1724	1453	1674
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	29,75	21,22	19,02	20,28	17,09	18,81
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	146,51	117,09	98,28	102,9	87,01	100,05
Favrskov	Sengedage i perioden (n)	2289	2886	2814	2799	2910	3372
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	11,22	11,93	10,78	13,03	12,54	12,58
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	68,53	85,14	82,59	81,29	83,78	96,49
Ringkøbing-Skjern	Sengedage i perioden (n)	4024	3944	4020	4006	4083	3707
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	23,13	22,28	18,7	19,54	21,49	20,48
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	91,77	88,91	90,78	90,69	92,27	83,71
Silkeborg	Sengedage i perioden (n)	7121	7257	5087	6359	5594	5690
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	15,02	14,6	20,76	31,02	29,44	13,44
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	107,95	109,19	76,08	94,42	82,82	83,58
Samsø	Sengedage i perioden (n)	237	618	306	122	323	264
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	16,93	23,77	21,85	8,71	7,69	15,53
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	72,3	191,45	93,98	38,1	100,91	83,47
Region Midt	Sengedage i perioden (n)	142307	150550	144977	144931	152875	160428
	Sengedage pr. indlæggelse (gns)	17,9	18,27	16,34	15,37	17,48	17,99
	Sengedage pr. 1000 indbyggere (gns)	149,65	156,61	149,77	148,46	155,41	161,64

I Region Midtjylland var der en stigning fra 142.307 sengedage i 2008 til 160.428 sengedage i 2013. Der var således en stigning på 13 pct. i perioden. Det afspejles i kommunernes tal ved en generel tendens til en mindre stigning eller nogenlunde det samme antal sengedage hvert år i perioden. I Aarhus har der været en relativt stor stigning, og det er denne, som i høj grad afspejles i Regionens samlede stigning i antal sengedage.

I Silkeborg var der et fald i antallet af sengedage fra 7.121 i 2008 til 5.690 i 2013. Det vil sige at Silkeborg reducerede antallet af sengedage med 25 pct, hvilket naturligvis hænger sammen med reduktionen i indlæggelser.

Sættes sengedage i relation til indlæggelser, fremgår det, at det gennemsnitlige antal sengedage pr. indlæggelse er 17,99 i 2013. I 2008 var det 17,9. I de andre år lidt mere eller lidt mindre. For Silkeborg er antallet 13,44 i 2013, hvilket placerer Silkeborg i gruppen af kommuner med få sengedage pr. indlæggelse. De to foregående år var antallet af sengedagene dog ganske højt pr. indlæggelse, henholdsvis 31,02 og 29,44, hvilket placerede Silkeborg i gruppen med mange sengedage pr. indlæggelse. Det er altså et tal, som kan svinge ganske voldsomt og som må formodes at have sammenhæng med få personers indlæggelsesforløb. Det giver derfor formentlig et mere retvisende billede at se på sengedage pr. 1.000 indbyggere.

Antallet af sengedage pr. 1000 indbyggere i en kommune siger noget om omfanget og længden af en indlæggelsesbehandling i befolkningen. I Region Midtjylland er antallet af sengedage pr. 1.000 indbyggere i perioden 2008-2013 steget fra 149,65 til 161,64, hvilket i høj grad skyldes væksten i forbrug af sengedage for indbyggerne i Aarhus.

Sengedage pr. 1000 indbyggere er i Silkeborg er faldet fra 107,95 i 2008 til 83,58 i 2013.

I forhold til ambitionerne om at nedbringe antallet af sengedage i Silkeborg fremgår det, at det er lykkedes at nedbringe antallet af sengedage betydeligt i løbet af perioden. Dette tyder på, at nedlæggelsen af sengeafsnittet i Silkeborg og etableringen af DDHB har haft den tilsigtede virkning i forhold til at nedbringe antal sengedage gennem en reduktion i indlæggelser.

Et interessant spørgsmål, som rejser sig i kølvandet på indikationen af, at DDHB reducerer indlæggelser og sengedage, er naturligvis om kvaliteten af den psykiatriske behandling står mål med hospitalsbehandling. Et almindelig anvendt mål for kvaliteten af behandling er antallet af genindlæggelser.

I det følgende gennemgås Tabel 5.4, som er en oversigt over genindlæggelsesforløb i Silkeborg, Horsens og Randers.

5.2.4 Genindlæggelser

Tabel 5.4 er en oversigt over genindlæggelsesforløb i perioden fra 2009 til 2012.

Tabel 5.4 Oversigt over genindlæggelser og indlæggelser pr. 1000 indbyggere fordelt på kommunerne: Randers, Horsens og Silkeborg⁴

Kommune	Data	2009	2010	2011	2012
Randers	Genindlæggelser (n)	162	186	147	194
	Genindlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	2,21	2,52	1,98	2,59
Horsens	Genindlæggelser (n)	52	70	131	137
	Genindlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	0,82	1,1	2,04	2,11
Silkeborg	Genindlæggelser (n)	90	65	84	105
	Genindlæggelser pr. 1000 indbyggere (gns)	1,35	0,97	1,25	1,54

Tabellen er ikke så omfangsrig som de øvrige tabeller, idet årene der inkluderes er 2009 til 2012, hvorfor der mangler tal for 2008 samt 2013. Endvidere er kun tre kommuner, Randers, Horsens og Silkeborg, inkluderet. Det skyldes, at genindlæggelsesdata ikke er tilgængelig gennem InfoRM som er anvendt til de andre tabeller. Opgørelsen i Tabel 5.4 er udleveret fra Psykiatriens Hus. Det er ønskeligt med data fra 2008, fordi den akutte psykiatriske behandling på daværende tidspunkt bestod af indlæggelse. I første halvdel af 2009 var der fortsat mulighed for indlæggelse, men denne mulighed eksisterede ikke i sidste halvdel af 2009.

Genindlæggelser er defineret ved indlæggelse indenfor 30 dage efter en udskrivning. Når patienter udskrives, er det enten som færdigbehandlede, til opfølgning i mobilteam eller anden psykiatrisk behandling. Sundhedsstyrelsen angiver, at årsagen til genindlæggelser enten er utilstrækkelig behandling under indlæggelse, utilstrækkelig opfølgning efter udskrivning eller utilstrækkeligt samarbejde mellem hospital og kommune ved overdragelsen af ansvaret for patientens behandling (**Monitorering af sundhedsaftalerne 2011: 13**).

I Horsens og Randers er mobilteamene tilgængelige fra kl. 8-16. I Silkeborg er der tilgængelighed hele døgnet. Tilgængelighed hele døgnet kan forventes at være befordrende for at opsamle eventuelle tilbagefald inden disse udvikler sig til akutte krise, der kræver (gen-)indlæggelse. Det må derfor forventes at der er færre genindlæggelsesforløb i Silkeborg, fordi muligheden for intervention er døgndækkende. Endvidere er det sandsynligt, at muligheden for at komme i kontakt med en behandler hele døgnet giver en

⁴ Tabellen indeholder en oversigt over antallet af genindlæggelser i behandlingspsykiatrien i Randers, Horsens og Silkeborg i perioden 2009-2012. Genindlæggelsestallene er udleveret af Regionspsykiatrien i Silkeborg. Data er fra e-sundhed og opgjort for stationære patienter, der (gen)indlægges i perioden på mindre end 30 dage fra en udskrivning. På baggrund af dette tal samt indbyggertallene (se tabel 1) er antallet af genindlæggelser pr. 1000 indbyggerne udregnet og angivet.

oplevelse af et sikkerhedsnet og dermed tryghed for patienten. Det kan i sig selv tænkes at have en positiv effekt på antallet af genindlæggelsesforløb.

I Silkeborg er der sket en reduktion i genindlæggelser i forhold til 2009 i 2010 og 2011, men en stigning i 2012. Stigningen i genindlæggelser er dog mindre i Silkeborg end i Randers og Horsens.

Genindlæggelser i forhold til indlæggelser fremgår også af Tabel 5.4. Her fremgår det, at Silkeborg generelt har færre genindlæggelser eller lige så få genindlæggelser pr. indlæggelse.

I forhold til genindlæggelser pr. 1.000 indbyggere er der mellem 0,97 og 1,54 genindlæggelser pr. 1.000 indbyggere i Silkeborg. I Randers er det mellem 2,21 og 2,59 og i Horsens er det mellem 0,82 og 2,11 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere.

På baggrund af Tabel 5.4 kan det konkluderes, at Silkeborg klarer sig lige så godt som Randers og Horsens, og der er derfor ikke noget, der tyder på, at det akutte behandlingstilbud i Silkeborg skulle være en dårligere behandling end indlæggelse.

Det næste spørgsmål, som rejser sig, vedrører niveauet for ambulante behandling. Og spørgsmålet er i den forbindelse, om Silkeborg har formået at reducere indlæggelser, genindlæggelser og sengedage ved at intensivere den ambulante behandling voldsomt?

5.2.5 Ambulant behandling

Tabel 5.5 er en oversigt over antallet af ambulante besøg i Region Midtjyllands kommuner og i Region Midtjylland samlet set.

Tabel 5.5 Oversigt over ambulante besøg, ambulante besøg pr. CPR-nummer og ambulante besøg pr. 1000 indbyggere fordelt på kommunerne i Region Midtjylland⁵

Kommune	Data	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Skive	Ambulante besøg (n)	3.672	5.060	6.416	7.039	8.560	9.799
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	5,39	6,02	7,21	7,75	8,81	9,27
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	98,68	135,76	172,34	188,72	230,17	263,90
Silkeborg	Ambulante besøg (n)	5.731	9.820	17.711	15.756	15.294	16.561
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	6,54	8,59	14,95	12,02	10,61	10,32
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	86,89	147,75	264,88	233,94	225,43	243,25
Randers	Ambulante besøg (n)	12.129	13.865	14.363	13.555	15.998	17.962

⁵ Tabellen indeholder en oversigt over antallet af ambulante besøg i behandlingspsykiatrien i kommunerne i perioden 2008-2013. Antallet af ambulante besøg er indhentet fra InfoRM, og er opgjort som antallet af ambulante besøg, hjemmebesøg og udebesøg i perioden. På baggrund af dette tal samt antallet af unikke CPR-numre og indbyggertallene (se tabel 1) er antallet af ambulante besøg pr. CPR-numre og ambulante besøg pr. 1000 indbyggere udregnet og opgjort.

	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	8,73	9,51	9,55	9,09	10,90	10,67
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	166,45	189,07	194,69	182,26	213,56	238,34
Holstebro	Ambulante besøg (n)	5.484	6.070	6.945	7.442	9.132	8.920
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	8,75	8,37	8,43	8,90	10,45	9,00
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	125,71	138,41	158,62	169,04	207,29	201,30
Norddjurs	Ambulante besøg (n)	2.795	3.931	4.164	4.251	5.422	6.065
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	5,55	6,32	6,86	6,51	7,99	8,01
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	92,80	130,37	138,16	140,79	179,57	198,97
Aarhus	Ambulante besøg (n)	34.526	35.306	35.140	33.271	41.130	51.131
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	6,96	6,90	7,04	6,83	8,07	8,33
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	145,61	146,34	143,35	133,49	162,68	198,55
Viborg	Ambulante besøg (n)	7.891	9.120	9.284	9.936	14.806	17.984
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	7,42	7,35	6,48	6,45	8,50	9,20
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	112,42	128,73	130,40	138,95	204,40	190,64
Herning	Ambulante besøg (n)	6.332	7.336	7.515	7.338	9.613	11.832
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	5,96	6,14	5,88	5,47	7,03	7,40
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	98,94	112,90	114,82	111,49	144,82	177,05
Syddjurs	Ambulante besøg (n)	3.243	3.379	3.615	3.829	4.852	5.768
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	6,56	6,66	6,48	6,83	8,28	9,50
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	102,42	106,32	113,26	118,60	149,34	176,25
Horsens	Ambulante besøg (n)	10.112	11.093	9.014	7.618	9.922	11.437
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	8,30	8,47	6,70	6,49	8,00	7,59
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	163,10	175,74	142,27	118,78	152,76	173,14
Struer	Ambulante besøg (n)	1.387	1.432	1.448	1.538	2.662	2.550
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	6,39	5,62	5,53	6,10	8,96	8,15
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	79,63	82,23	83,82	89,52	155,06	149,31
Odder	Ambulante besøg (n)	1.803,0	2.098,0	1.882,0	1.612,0	1.989,0	2.506,0
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	7,36	7,77	7,29	6,35	7,34	7,53
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	69,43	89,45	82,61	76,91	100,26	121,77
Favrskov	Ambulante besøg (n)	2.537	2.400	2.172	2.608	2.982	4.239
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	6,42	5,77	3,15	6,35	7,22	7,74
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	75,96	70,80	63,75	75,75	85,85	121,29
Hedensted	Ambulante besøg (n)	2.121	2.561	2.664	2.420	3.740	4.164
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	5,51	6,20	6,21	5,69	8,29	7,53
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	62,59	74,80	77,67	70,23	108,00	119,94
Lemvig	Ambulante besøg (n)	1.361	1.452	1.631	1.482	1.365	1.748
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	7,24	6,05	6,50	5,63	5,93	6,20
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	80,76	86,17	96,86	88,46	81,74	104,47
Samsøe	Ambulante besøg (n)	294	309	313	253	164	159
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	3,82	4,01	4,29	4,29	3,15	3,18
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	89,69	95,72	96,13	79,01	51,23	50,27

Region Midt	Ambulante besøg (n)	101.418	115.232	124.277	119.948	147.631	172.825
	Ambulante besøg pr. CPR-nummer (gns)	6,91	7,12	7,44	7,17	8,45	8,53
	Ambulante besøg pr. 1000 indbyggere (gns)	113,52	128,41	137,19	132,10	162,24	189,22

Det fremgår af tabellen, at der er sket en stigning i antallet af ambulante besøg i hele regionen fra 101.418 til 172.825, hvilket svarer til en stigning på 70 pct. Enkelte kommuner, Samsø, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer, har oplevet et mindre fald, mens alle andre kommuner har oplevet relativt store stigninger i antallet af ambulante besøg. Den største stigning findes i Silkeborg, hvor der er en vækst fra 5.731 besøg i 2008 til 16.561 besøg i 2013, hvilket svarer til en stigning på 189 pct.

Når Tabel 5.5 sammenholdes med Tabel 5.2 og Tabel 5.3 fremstår ændringen i den psykiatriske behandlingsform, hvor ambulante behandling de senere år er kommet til at spille en større rolle, mens indlæggelser og sengedage udgør en mindre del af behandlingen. I Silkeborg er denne udvikling særlig markant, hvilket især fremgår af den relativt store vækst i ambulante besøg.

For at få en idé om omfanget af ambulante besøg i patienters behandlingsforløb er det interessant at se på forholdet mellem ambulante besøg og antal personer (CPR-numre) i behandlingspsykiatrien. Derudover er det også interessant at se på antal ambulante besøg pr. 1000 indbyggere i kommunen.

I Region Midtjylland er der 8,53 besøg pr patient i behandlingspsykiatrien. Randers er den kommune, der har flest ambulante besøg pr. borger i behandlingspsykiatrien med 10,67 i 2013, efterfulgt af Silkeborg med 10,32 besøg pr. borger i behandlingspsykiatrien. Herefter kommer Syddjurs, Skive, Viborg og Holstebro med mellem 9 og 10 besøg pr. borgere i behandlingspsykiatrien. Århus, Struer og Norddjurs har omkring (eller lidt mere) end 8 besøg pr. borgere i behandlingspsykiatrien. De øvrige kommuner, bortset fra Samsø, har omkring 7 besøg pr. borgere i behandlingspsykiatrien.

Variationen mellem kommunerne er større, når der ses på ambulante besøg pr. 1000 indbyggere i kommunen. På Samsø er der kun 50,27 ambulante besøg pr. 1000 indbyggere. I Skive er der 263,90 ambulante besøg pr. 1000 indbyggere. Det næsthøjeste antal findes i Silkeborg, hvor der er 243,25 pr. 1000 indbyggere.

Skive og Silkeborg er de kommuner, der har oplevet den største stigning i antallet af ambulante besøg, hvilket også afspejles i antal besøg pr. borger i behandlingspsykiatrien og besøg pr. 1000 indbyggere. Begge disse kommuner er de kommuner som har været bedst til at nedbringe antallet af sengedage pr. borger i behandlingspsykiatrien (jvf Tabel 5.3). Dette tyder på, at der i disse kommuner er sket et behandlingsskift fra behandling gennem hospitalsindlæggelse over mod mere ambulante behandling.

Dette rejser et spørgsmål om, hvad der kan spares ved at reducere antal indlæggelser og sengedage.


5.2.6 Omkostninger ved indlæggelser

Omkostninger ved psykiatriske indlæggelser for personer over 18 år fremgår af Tabel 5.6 og Tabel 5.7.

Tabellerne er baseret på DRG-grupperet LPR, psykiatri; stationært, hvor totalprisen for indlæggelser i et givet år er anvendt.

Tabel 5.6 oversigt over udgifterne til indlæggelser i alt, udgifterne pr. indlæggelse og udgifterne pr. 1000 indbyggere fordelt på kommunerne i Region Midtjylland⁶

Kommune	Data	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Viborg	Udgifter til indlæggelser i alt	73.978.321	61.356.069	69.925.522	82.276.331	80.451.890	85.438.515
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	100.106	91.576	71.572	78.884	99.940	118.172
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	1.053.972	866.403	982.128	1.150.621	1.119.300	1.179.471
Norddjurs	Udgifter til indlæggelser i alt	23.304.768	30.059.994	30.193.928	31.766.572	30.991.335	32.499.367
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	90.329	81.685	80.949	92.614	90.884	93.929
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	773.756	996.916	1.001.856	1.052.082	1.026.407	1.066.182
Aarhus	Udgifter til indlæggelser i alt	270.774.402	290.740.626	301.677.884	234.965.122	298.901.433	268.759.728
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	83.753	89.404	92.454	67.306	89.545	78.287
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	1.141.978	1.205.093	1.230.700	942.700	1.182.209	1.043.662
Horsens	Udgifter til indlæggelser i alt	48.216.910	46.722.707	48.477.612	62.080.664	56.821.099	61.845.663
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	116.185	119.495	109.927	114.752	109.905	109.268
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	777.705	740.185	765.150	967.953	874.844	936.261
Holstebro	Udgifter til indlæggelser i alt	22.804.413	21.682.217	28.095.872	60.667.722	59.574.720	39.061.440
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	119.395	123.898	125.428	194.448	204.023	128.916
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	522.737	494.396	641.693	1.378.060	1.352.281	881.529
Randers	Udgifter til indlæggelser i alt	55.692.592	55.428.520	62.309.809	54.520.348	68.799.975	63.890.907
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	95.364	89.690	90.698	85.455	99.566	85.530
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	764.001	755.857	844.627	733.086	918.435	847.776
Herning	Udgifter til indlæggelser i alt	53.529.355	61.794.375	61.837.841	61.596.032	63.203.216	55.330.648
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	122.774	124.837	102.721	101.980	122.014	112.690
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	836.422	950.975	944.767	935.840	952.185	827.956
Hedensted	Udgifter til indlæggelser i alt	13.561.273	16.404.803	16.748.905	18.823.789	17.007.528	26.436.327
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	115.908	127.169	102.127	108.808	111.160	96.132
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	400.167	479.140	488.349	546.298	491.107	761.503
Favrskov	Udgifter til indlæggelser i alt	16.966.298	19.491.421	23.405.361	16.731.564	24.093.476	25.294.483
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	83.168	80.543	89.676	77.821	103.851	94.382
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	507.973	575.036	686.958	485.945	693.677	723.775
Odder	Udgifter til indlæggelser i alt	6.218.305	9.456.498	7.533.217	14.698.555	10.189.518	10.549.231
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	84.031	103.918	100.443	127.814	130.635	102.420
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	382.030	577.249	455.179	880.628	610.224	626.923
Struer	Udgifter til indlæggelser i alt	6.901.605	7.911.105	6.622.675	9.249.004	9.591.003	10.242.461

⁶ Tabellen indeholder en oversigt over de samlede udgifter til indlæggelser i behandlingspsykiatrien i kommunerne i perioden 2008-2013. Udgiftstallene er indhentet fra  På baggrund af dette tal samt indlæggelsestallene og indbyggertallene er udgifter pr. indlæggelse og udgifter pr. 1000 indbyggere udregnet og opgjort.

	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	138.032	114.654	147.171	144.516	149.859	108.962
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	396.234	454.296	381.820	538.359	558.656	599.746
Skanderborg	Udgifter til indlæggelser i alt	19.077.269	18.647.320	21.981.828	26.725.588	24.298.167	25.314.502
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	82.230	84.761	100.834	101.233	100.406	94.106
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	465.095	449.940	523.951	631.840	569.724	590.192
Syddjurs	Udgifter til indlæggelser i alt	12.519.442	15.977.195	19.562.602	16.335.337	23.443.084	19.031.960
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	64.202	66.850	75.531	69.218	88.800	77.681
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	395.397	502.744	612.902	505.973	721.570	581.537
Lemvig	Udgifter til indlæggelser i alt	7.571.519	10.168.223	10.926.701	9.768.048	9.441.230	9.690.124
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	91.223	109.336	125.594	114.918	131.128	108.878
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	449.295	603.420	648.892	583.028	565.377	579.137
Skive	Udgifter til indlæggelser i alt	31.051.402	35.121.682	27.453.050	30.589.245	23.945.224	21.040.651
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	94.381	104.219	73.404	80.924	79.552	94.353
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	834.446	942.333	737.410	820.109	643.862	566.645
Ikast-Brande	Udgifter til indlæggelser i alt	15.995.394	16.219.719	25.492.097	20.425.100	21.551.603	16.027.635
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	108.077	107.415	123.748	88.039	114.636	90.043
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	530.052	532.737	833.920	662.314	696.336	518.694
Samsø	Udgifter til indlæggelser i alt	1.270.689	1.889.696	1.284.755	946.004	2.509.620	1.626.353
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	90.764	72.681	91.768	67.572	59.753	95.668
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	387.642	585.408	394.581	295.442	784.011	514.181
Silkeborg	Udgifter til indlæggelser i alt	50.512.938	43.364.257	37.661.343	39.651.040	38.307.760	33.177.074
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	106.567	87.252	97.822	83.652	92.086	90.648
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	765.835	652.447	563.261	588.722	564.645	487.318
Ringkøbing-Skjern	Udgifter til indlæggelser i alt	18.412.320	18.838.721	21.847.091	24.764.485	22.679.034	21.306.286
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	105.818	106.433	101.614	120.802	119.363	117.714
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	419.922	424.697	493.374	560.650	512.509	481.128
Region Midt	Udgifter til indlæggelser i alt	748359215	781275147	823038092	816580551	885800917	826563355
	Udgifter pr. indlæggelse (gns)	94133,23	94814,94	92788,96	86621,47	101303,86	92695,23
	Udgifter pr. 1000 indbyggere (gns)	786979,44	812733,63	850245,08	836441,86	900479,67	832831,24

Tabel 5.6 er en oversigt over udgifterne til indlæggelser, udgifterne i forhold til antallet af indlæggelser og udgifterne til indlæggelser i forhold til 1.000 borgere i kommunen. Tabellen er rangeret efter største udgift til indlæggelser pr. 1.000 indbyggere.

De samlede udgifter til indlæggelser i 2013 er 826 mio. kr. Der er sket en stigning fra 748 mio. kr i 2008. Det vil sige, at i Region Midtjylland er der sket en stigning på lidt mere end 10 pct. i udgifterne til indlæggelser. Udgifterne til indlæggelser er størst i Aarhus, hvor udgifterne er knap 269 mio. kr. Den kommune, der har det næsthøjeste forbrug, er Viborg med en udgift på 85,5 mio. kr. Det mindste forbrug er på Samsø, som forbruger lidt mere end 1,5 mio. kr. I Silkeborg var udgifterne i 2008 til indlæggelser lidt mere end 50 mio.

kr. I 2013 er dette beløb reduceret til 33 mio. kr. Det betyder, at Silkeborg i modsætning til de fleste andre kommuner i Region Midtjylland har været i stand til at nedbringe indlæggelsesomkostningerne, konkret med cirka 17 mio. kr.

Forskellene i udgiftsbeløbene til indlæggelser er naturligvis store mellem kommunerne, dels pga. forskelle i indbyggertal mellem kommunerne og forskellene i antallet af indlæggelser. Det er derfor mere interessant at se på disse tal.

Det fremgår af Tabel 5.6, at Viborg er den kommune, der i perioden har størst udgifter til psykiatrisk indlæggelsesbehandling med 905.712 kr. pr. 1000 borgere. Den mindste udgift findes i Ringkøbing-Skjern, hvor udgiften er 370.357 kr. pr. 1000 borgere i 2013. Silkeborg har det næstmindste forbrug pr. 1000 indbyggere til psykiatrisk indlæggelsesbehandling med 371.333 kr.

De gennemsnitlige udgifter pr. indlæggelse i Region Midtjylland er 92.695 kr. i 2013. I kommunerne varierer de gennemsnitlige udgifter til indlæggelser fra 128.916 kr. pr. indlæggelse i Holstebro som det dyreste i 2013 til 77.681 kr. i gennemsnit pr. indlæggelse for borgere fra Syddjurs. Aarhus er den kommune, der har den næstlaveste gennemsnitlige udgift med 78.287 kr. pr. indlæggelse. Der er omkring 30.000 kr. i forskel på den gennemsnitlige udgift pr. indlæggelse mellem kommunerne. Den gennemsnitlige udgift pr. indlæggelse for patienter fra Silkeborg er 90.648 kr. i 2013. Den gennemsnitlige udgift for indlæggelse for Silkeborgs borgere ligger altså omkring regionsgennemsnittet.

Et interessant spørgsmål som rejser sig ved at se på Tabel 5.6 er, hvad udviklingen i udgifterne har været over tid. Det fremgår af tabellen, at der generelt har været en vækst i udgifterne til indlæggelser for patienter i alle kommunerne bortset fra Skive og Silkeborg. Det er dog svært at danne sig et overblik på baggrund af data i Tabel 5.6.

Tabel 5.7: Udvikling i udgifterne i procent til indlæggelser fra år 2008 fordelt på kommuner⁷

Kommune	Data	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hedensted	Udgifter til indlæggelser i alt	13.561.273	16.404.803	16.748.905	18.823.789	17.007.528	26.436.327
	Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)		27,57	23,95	65,23	36,70	91,77
Holstebro	Udgifter til indlæggelser i alt	22.804.413	21.682.217	28.095.872	60.667.722	59.574.720	39.061.440
	Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)		-4,92	23,20	166,04	161,24	71,29
Odder	Udgifter til indlæggelser i alt	6.218.305	9.456.498	7.533.217	14.698.555	10.189.518	10.549.231
	Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)		52,08	21,15	136,38	11,79	69,65

⁷ Tabellen indeholder en oversigt over de samlede udgifter til indlæggelser i behandlingspsykiatrien i kommunerne i perioden 2008-2013. På baggrund af dette tal er den procentvise udvikling indlæggelsesudgifter udregnet og opgjort.

Syddjurs	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	12.519.442	15.977.195 27,62	19.562.602 56,26	16.335.337 30,48	23.443.084 87,25	19.031.960 52,02
Favrskov	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	16.966.298	19.491.421 14,88	23.405.361 37,95	16.731.564 -1,38	24.093.476 42,01	25.294.483 49,09
Struer	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	6.901.605	7.911.105 14,63	6.622.675 -3,53	9.249.004 34,01	9.591.003 38,97	10.242.461 48,41
Norddjurs	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	23.304.768	30.059.994 28,99	30.193.928 29,56	31.766.572 36,31	30.991.335 32,98	32.499.367 39,45
Skanderborg	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	19.077.269	18.647.320 -2,25	21.981.828 15,23	26.725.588 40,09	24.298.167 27,37	25.314.502 32,69
Horsens	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	48.216.910	46.722.707 -3,10	48.477.612 0,54	62.080.664 31,85	56.821.099 17,84	61.845.663 28,27
Samsøe	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	1.270.689	1.889.696 48,71	1.284.755 1,11	946.004 -25,55	2.509.620 97,50	1.626.353 27,99
Lemvig	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	7.571.519	10.168.223 34,30	10.926.701 44,31	9.768.048 29,01	9.441.230 24,69	9.690.124 27,98
Ringkøbing-Skjern	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	18.412.320	18.838.721 2,32	21.847.091 18,65	24.764.485 34,50	22.679.034 23,17	21.306.286 15,72
Randers	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	55.692.592	55.428.520 -0,47	62.309.809 11,88	54.520.348 -2,10	68.799.975 23,54	63.890.907 14,72
Viborg	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	73.978.321	61.356.069 -6,41	69.925.522 -0,13	82.276.331 6,11	80.451.890 11,68	85.438.515 13,19
Herning	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	53.529.355	61.794.375 15,44	61.837.841 15,52	61.596.032 15,07	63.203.216 18,07	55.330.648 3,37
Ikast-Brande	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	15.995.394	16.219.719 1,40	25.492.097 59,37	20.425.100 27,69	21.551.603 34,74	16.027.635 0,20
Århus	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	270.774.402	290.740.626 7,37	301.677.884 11,41	234.965.122 -13,22	298.901.433 10,39	268.759.728 -0,74
Skive	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	31.051.402	35.121.682 13,11	27.453.050 -11,59	30.589.245 -1,49	23.945.224 -22,89	21.040.651 -32,24
Silkeborg	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	50.512.938	43.364.257 -14,15	37.661.343 -25,44	39.651.040 -21,50	38.307.760 -24,16	33.177.074 -34,32
Region Midt	Udgifter til indlæggelser i alt Udvikling i indlæggelsesudgifter (pct.)	748359215,3	781275147,2 4,40	823038091,8 9,98	816580550,7 9,12	885800916,8 18,37	826563355,4 10,45

Tabel 5.7 er udformet med henblik på at give et overblik over udviklingen fra 2008 til 2013. I 2008 var det fortsat muligt at indlægge på sengeafsnittet i Silkeborg, og referencepunktet for udviklingen er derfor sat til 2008, hvilket skal forstås således, at den procentvise udvikling i udgifter sker på baggrund af en sammenligning med udgifterne i 2008.

Det fremgår af Tabel 5.7, at Silkeborg er den eneste kommune, hvor der konsekvent har været en reduktion i udgifterne til indlæggelser. Skive har næsten en tilsvarende reduktion i indlæggelsesudgifterne henover årene, men dog ikke i fra 2008 til 2009. I Aarhus er der tale om mindre udgiftsstigninger nogle år og mindre fald andre år. Viborg, Samsø, Skanderborg og Favrskov har enkelte år, hvor der er en reduktion i udgifterne til indlæggelser. Når der ses bort fra disse enkelte reduktioner i enkelte år, er det generelle billede udgiftsstigninger (set i forhold til 2008) til indlæggelser i alle kommuner.

Det tyder på, at DDHB som et akut psykiatrisk behandlingstilbud har medvirket til nedbringelse af antallet af indlæggelser og dermed til at reducere udgifterne til indlæggelser betydeligt. Reduktionen i udgifterne til indlæggelser i Silkeborg fra 2008 til 2013 er på knap 35 pct, svarende til 18 millioner kr.

5.2.7 Opsummering på opgørelser over indlæggelser, sengedage og omkostninger

I det ovenstående er udviklingen i antal indlæggelser, sengedage, ambulante behandling, genindlæggelser og udgifter til indlæggelser gennemgået. I et økonomisk perspektiv er indlæggelse en relativt dyr behandlingsform sammenlignet med ambulante behandling. Det kan derfor være hensigtsmæssigt at søge at minimere indlæggelsesbehandling og i stedet søge at behandle ambulante.

Et skift fra indlæggelsesbehandling til ambulante behandling forudsætter, at den ambulante behandling har et lige så højt kvalitetsniveau som indlæggelsesbehandling. I dette afsnit er kvalitetsmålet genindlæggelser anvendt. Det fremgår af tabel 5.4, at Silkeborg har været i stand til at holde et generelt lavt niveau for genindlæggelser, som er mindst lige så lavt som i Randers og Horsens. Det betyder, at det kan konkluderes, at Silkeborg-patienter, som har mulighed for at modtage ambulante psykiatrisk hjemmebehandling (DDHB), modtager behandling af en kvalitet, som er mindst lige så god som indlæggelsesbehandling i Randers og Horsens.

Udover kvalitetsmålet genindlæggelser blev antal borgere i behandlingspsykiatrien, antal indlæggelser, sengedage og ambulante behandlingsforløb gennemgået.

I forhold til patienter i behandlingspsykiatrien er der en relativ stor variation imellem, hvor mange patienter der er i psykiatrisk behandling (jf. Tabel 5.1). I regionen var der i alt 22.024 i 2013, hvilket svarer til 22,19 borgere pr. 1000 indbyggere. I Skanderborg var der i 2013 cirka 15,57 patienter pr. 1000 indbyggere, mens der i Skive var 28,47 patienter pr. 1000 indbyggere. I Silkeborg var der i 2013 23,57 borgere pr. 1000

indbyggere i behandlingspsykiatrien. I samtlige kommuner var der en stigning i antallet af patienter i behandlingspsykiatrien i perioden fra 2008 til 2013. Prognoserne fra WHO og OECD, som angiver, at psykiatiske sygdomme er i vækst med et øget behandlingsbehov til følge, kan siges at afspejles i disse tal.

Tabel 5.2 viser indlæggelser i perioden 2008 til 2013. I Region Midtjylland var der i perioden fra 2008 til 2013 en stigning i antallet af indlæggelser fra 7950 til 8917, hvilket svarer til en stigning på 12 pct. Det skyldes i høj grad en stigning i indlæggelsesantallet i Aarhus. I Silkeborg var der et fald i indlæggelser, således havde Silkeborg i 2008 474 indlæggelser. I 2013 var antallet af indlæggelser reduceret til 366, hvilket er et fald på 22 pct. Det tyder på, at hjemmebehandlingen i Silkeborg har været i stand til at reducere antallet af indlæggelser og dermed haft den tilsigtede effekt.

Udviklingstendensen i antallet af sengedage i perioden fra 2008 til 2013 er i de fleste kommuner en svag stigning. I Silkeborg er antallet af sengedage reduceret fra 7.121 i 2008 til 5.690 i 2013. Forbruget af sengedage pr. 1000 indbyggere i Silkeborg er dermed faldet fra 107,95 i 2008 til 83,58 i 2013. Silkeborg Kommune har dermed det næstlaveste antal sengedage pr. 1000 indbyggere i Region Midtjylland i 2013, hvilket tyder på, at DDHB, ud over at nedbringe indlæggelser, også er medvirkende til at nedbringe antallet af sengedage.

Udviklingstendensen for ambulans behandling er en relativt stor stigning i samtlige kommuner med undtagelse af Samsø (Tabel 5.5). I flere kommuner er der sket en fordobling, og i enkelte, deriblandt Silkeborg, tæt på en tredobling i antallet af ambulante besøg. I Silkeborg er antallet af ambulante besøg 243 pr. 1000 indbyggere, hvilket er et relativt højt tal, som placerer Silkeborg som den kommune i regionen, som bruger næstflest ambulante besøg. Skive har 264 besøg pr. 1000 indbyggere. Forøgelsen i den ambulante behandling i kombination med en reduktion i antallet af indlæggelser og sengedage illustrerer det skift, der er sket i behandlingspsykiatrien i Silkeborg over mod mere ambulans behandling, også i forhold til akut behandling.

I forhold til udgifterne til indlæggelser (Tabel 5.6) fremgår det, at Silkeborg i 2008 brugte lidt mere end 50 mio. kr. på indlæggelser. I 2013 er denne udgift faldet til 33 mio. kr., hvilket vil sige, at der er sket en reduktion i udgifterne til indlæggelser på lidt over 17 mio. kr. Silkeborg er dermed også den kommune, som i 2013 bruger færreste penge pr. 1000 indbyggere på indlæggelser, idet der i Silkeborg anvendes 370.357 kr. pr. 1000 indbyggere.

I alle kommuner, med undtagelse af Silkeborg og til dels Skive, har der stort set hvert år været en øget udgift til indlæggelser set i forhold til udgiftsniveauet i 2008 (Tabel 5.7).

Samlet set peger opgørelserne over indlæggelser, sengedage, ambulante besøg og omkostninger i retning af, at omlægningen af den psykiatriske behandling i Silkeborg i retning af mere ambulat behandling, herunder hjemmebehandling til patienter i akut psykiatrisk krise, kan reducere omkostningerne til indlæggelser. Spørgsmålet er naturligvis, om hele besparelsen anvendes på den ambulante akutte psykiatriske behandling (DDHB). Dette spørgsmål søges besvaret i det følgende afsnit.

5.3 Er Døgndækkende Hjemmebehandling en besparelse?

I det følgende søges et tentativt omkostningsestimater på DDHB etableret. Dette sammenlignes med omkostningerne ved indlæggelsesbehandling. Opstillingen er baseret på ovenstående samt analyser og tal fra økonomiafdelingen ved Psykiatriens Hus. I den forbindelse inddrages MTV-rapporten *Implementering af psykiatrisk hjemmebehandling: Crisis Resolution and Home treatment til voksne patienter i Danmark (2012)* udarbejdet ved den sundhedsfaglige kandidatuddannelse (28).

Totalomkostningerne til psykiatriske indlæggelser viser en svagt stigende tendens i perioden fra 2008 til 2013. I 2008 var udgifterne 748 mio. kr., hvilket steg til 885 mio. kr. i 2012 for derefter at falde til 826 mio. kr. i 2013. Den gennemsnitlige omkostning pr. indlæggelse svinger i perioden mellem den laveste omkostning på 86.621 kr. i 2011 til den højeste omkostning i 2012 på 101.304 kr. pr. indlæggelse (jf. Tabel 5.6). I Silkeborg svinger udgifterne til indlæggelser pr. patient mellem 106.567 kr. i 2008 til det laveste beløb på 83.652 kr. pr. patient i 2011. De laveste gennemsnitlige omkostninger pr. patient er omkring 60.000 kr.

De samlede udgifter til regionspsykiatrien ved Psykiatriens Hus er 40 mio. kr. Dette beløb indbefatter ud over udgifterne til DDHB udgifter til et affektivt team, et psykoseteam, daghospital, team for personlighedsforstyrrelser mv. Spørgsmålet er, hvad DDHB's andel af de 40 mio. kr. er?

De samlede regionslønudgifter i Psykiatriens Hus er cirka 25 mio. ud af de 40 mio. Ud af de 25 mio. estimeres lønudgifterne til DDHB til knap 8 mio. kr. Dette er givet et personaleforbrug, som indbefatter 11 årsværk hjemmebehandlere, en afdelingslæge, en ledende sygeplejerske samt en ledende overlæge, to lægesekretærer og fire beredskabsvagter (løntillæg). Estimateret er baseret på lønstatistikker fra Danmarks Statistik. Lønudgifterne til DDHB udgør ved disse estimater 32 pct. af de samlede lønudgifter ved Psykiatriens Hus for regionspsykiatrien. Ud over lønudgifter er der øvrige udgifter på 15 mio. til overhead, husleje, biler, benzin mv. Det anslås, at DDHB's andel af disse udgifter er cirka 4,5 mio. kr., hvilket vil sige, at DDHB's andel af disse driftsudgifter udgør cirka 30 pct. DDHB antages hermed at koste 12,5 mio. kr. ud af de samlede 40 mio. kr., svarende til 31 pct. af regionens udgifter til Psykiatriens Hus. Det er et realistisk estimat. Det kan dog tænkes, at udgifterne er lidt højere eller lavere. Det kan være interessant at regne

med en udgift til DDHB, som helt sikkert er overestimeret for ikke at overvurdere en eventuel besparelse. Derfor regnes der også med et scenarie, hvor udgifterne til DDHB udgør halvdelen af regionens udgifter til Psykiatriens Hus, hvilket vil sige 20 mio. kr.

Der behandles cirka 500 patienter om året i DDHB.

I forhold til det realistiske estimat betyder det, at de 12,5 mio. kr. skal divideres med 500 for at få behandlingsudgiften pr. patient. Det giver en gennemsnitlig pris pr. indlæggelse på 25.000 kr. pr. hjemmebehandlingsforløb. I forhold til den høje estimering af DDHB's udgifter er det 20 mio. kr. delt med 500 patienter, hvilket giver en behandlingspris på 40.000 kr.

Det betyder, at den realistiske difference på omkostningerne mellem et hjemmebehandlingsforløb og en indlæggelse er cirka 60.000 kr. (86.621-25.000 kr. (laveste indlæggelsesomkostning i 2011 fratrukket omkostningerne ved et hjemmebehandlingsforløb)).

Den mindste difference i omkostningerne mellem et hjemmebehandlingsforløb og indlæggelse er lidt mere end 25.000 kr. (86.621-40.000 kr. (laveste indlæggelsesomkostning i 2011 fratrukket højt estimerede omkostninger ved et hjemmebehandlingsforløb)).

Det betyder, at der sandsynligvis er ganske store summer at spare ved at omlægge indlæggelsesbehandling til hjemmebehandling. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at hjemmebehandling ikke er den ideelle behandlingsform for alle patientgrupper. Hjemmebehandling er ikke et sikkert behandlingstilbud til udadreagerende patienter og patienter, som er ukontrollerbart selvmordstruede. Disse patienter skal fortsat modtage psykiatrisk behandling i indlæggelsesforløb.

5.4 Opsummering på succeskriterier for DDHB

I dette kapitel er DDHB vurderet på baggrund af de succeskriterier, der blev opstillet for behandlingsformen tilbage i 2008. Succeskriterierne er antallet af indlæggelser, sengedage og genindlæggelser. Analyser af disse har dannet baggrund for sammenlignende økonomiske analyser af DDHB over for indlæggelsesbehandling.

I Region Midtjylland har der i perioden fra 2008 til 2013 været en stigning i antallet af personer, som er i enten ambulant behandling eller i indlæggelsesbehandling. Denne stigning i antal personer i psykiatrisk behandling findes også i Silkeborg.

I regionens kommuner har udviklingen i indlæggelser generelt været konstant eller præget af en mindre stigning. I Silkeborg har der været en reduktion i antal indlæggelser fra 474 indlæggelser i 2008 til 366 indlæggelser i 2013. Reduktionen afspejles i, at Silkeborg havde 5,38 indlæggelser pr. 1000 indbyggere

(over 18 år) i 2013. I 2008 var der 7,19 indlæggelser pr. 1000 indbyggere. Silkeborg er dermed i gruppen af kommuner med få indlæggelser pr. 1.000 indbyggere.

På regionsplan er der sket stigning i antallet af sengedage. I Silkeborg har der været et fald i antal sengedage fra 7121 i 2008 til 5690 i 2013. Denne reduktion i antal sengedage afspejles i antal sengedage pr. 1000 indbyggere, hvor der i Silkeborg er sket en reduktion fra 107,95 til 83,58 sengedage pr. 1000 indbyggere.

Antallet af ambulantebesøg er steget i alle kommuner i regionen (med undtagelse af Samsø). I Silkeborg har der været en markant stigning fra 5.731 besøg i 2008 til 16.561 besøg i 2013, hvilket svarer til tæt på en tredobling.

Det sidste, der er gennemgået, er udgifterne til indlæggelser. Disse er steget i stort set alle kommuner i Region Midtjylland. Det er dog ikke tilfældet i Silkeborg, hvor der er sket en reduktion i udgifterne fra lidt mere end 50 mio. kr. til lidt mere end 33 mio. kr., hvilket vil sige, at Silkeborg har reduceret indlæggelsesudgifterne med 17. mio. kr., når 2008-udgifterne sammenlignes med 2013-udgifterne.

På baggrund af opgørelser er der udregnet et estimat på, hvad besparelsen er ved hjemmebehandling frem for indlæggelse. Et hjemmebehandlingsforløb koster et sted mellem 25.000 kr. og 40.000 kr. Den gennemsnitlige omkostning for et indlæggelsesforløb i perioden fra 2008 til 2013 varierer fra cirka 85.000 kr. til cirka 100.000 kr. Det betyder, at hjemmebehandling giver en besparelse pr. forløb på mellem 25.000 kr. og 75.000 kr.

Det er vigtigt at understrege, at hjemmebehandling ikke er den optimale behandling for alle patientgrupper. Patienter, der ikke kan kontrollere deres selvmordstrang og patienter, der er udadreagerende, kan ikke behandles med hjemmebehandling, men bør i stedet indlægges.

6 Beskrivelse af Døgndækkende Hjemmebehandling (DDHB)

I det følgende beskrives ydelsen Døgndækkende Hjemmebehandling (DDHB). Der indledes med en opsummering af pointerne fra litteraturstudiet i forhold til, hvad ydelsen skal indeholde for at den kan være et alternativ til hospitalsindlæggelse. Efterfølgende beskrives DDHB med udgangspunkt i regionale rapporter, projektbeskrivelser, formålsbeskrivelser for DDHB og akut døgn, tjeklister, dokumenter fra e-dok mv., samt hjemmesiden for Regionspsykiatrien i Silkeborg, som bidrager med supplerende oplysninger. Yderligere inddrages informationsmateriale udarbejdet til patienter og pårørende ved Psykiatriens Hus (REFERENCE til BILAG).

Kerneydelsen i DDHB beskrives ved at formål, målgruppe og indhold i patientforløb gennemgås. Herefter beskrives nogle af de særlige ambulante behandlingstilbud: ambulante ECT og muligheden for ophold og overnatning i DDHB.

Formålet med opsummeringen af den internationale litteratur er at opstille kriterier for akut psykiatrisk hjemmebehandling. På den baggrund er det muligt at vurdere, om DDHB lever op til disse kriterier. Kapitlet afsluttes derfor med en diskussion af, hvorvidt der er forhold, som kan forbedres i forhold til selve den akutte psykiatriske hjemmebehandling.

6.1 Hovedpointer fra litteraturgennemgang

På baggrund af litteraturstudiet af akut psykiatrisk hjemmebehandling (CRHT) i kapitel 4 opsummeres centrale karakteristika, som forskellige studier er kommet frem til bør indeholdes i døgndækkende akut psykiatrisk behandling (CRHT/DDHB).

De gennemgående karakteristika, som angives som centrale for døgndækkende akut psykiatrisk behandling, er følgende:

- En omfattende risiko- og symptomvurdering
- En omfattende vurdering af funktionsniveau, sociale omstændigheder og helbred i øvrigt
- Formulering af behandlingsplan, som accepteres af patienter og pårørende
- Opstart af behandling (inkl. medicinsk)
- Mulighed for hyppig kontakt til behandler hele døgnet
- Simple psykologiske interventioner, undervisning, vejledning og rådgivning af patient og pårørende
- Tilgængelighed alle ugens dage, hele døgnet året rundt

Det første der skal foretages, når en patient henvises, er en omfattende risiko- og symptomvurdering.

Risikovurderingen omfatter, ud over input til behandlingsplanen, en vurdering af, om patienten er egnet til

hjemmebehandling. Endvidere vurderes patientens funktionsniveau og sociale omstændigheder samt patientens fysiske helbred.

Der udarbejdes en behandlingsplan, og behandlingen, herunder den medicinske, påbegyndes. Yderligere påbegyndes psykologiske interventioner, undervisning samt rådgivning, også af pårørende.

Behandlingen skal indeholde mulighed for hyppig kontakt til hjemmebehandlere og hjemmebesøg hele døgnet.

Tilgængeligheden, både i forhold til tid, men også i forhold til, hvorledes patienten oplever at blive mødt, er helt central for behandlingsformen. Tilgængelighed er et organisatorisk vilkår, som behandles nærmere i kapitel 9 - Organisation.

Gennemgangen af litteraturen pegede på, at akut psykiatrisk hjemmebehandling (CRHT) er en behandlingsmetode, som er lige så sikker som hospitalsindlæggelse, idet der ikke er øget risiko for selvmord eller dødsfald. Endvidere påpegedes det, at CRHT reducerer indlæggelser.

I det følgende gennemgås den døgndækkende akutte psykiatriske behandling (DDHB) som den praktiseres i Psykiatriens Hus i Silkeborg.

6.2 Døgndækkende akut psykiatrisk behandling i Silkeborg

Døgndækkende Hjemmebehandling er den første og eneste af sin art i Danmark. Hjemmebehandling, som ikke er døgndækkende, kendes i dele af regionen og i andre regioner som tilbud med tilgængelighed i dagtimerne, typisk fra 8-16 (Projektbeskrivelse). Betegnelsen for denne type hjemmebehandling er typisk mobilteam, Shared Care mv (2) (mobilteams, shared care og..). Disse tilbud er primært tiltænkt sub-akutte patienter. Målgruppen for Døgndækkende Hjemmebehandling (DDHB) er både akutte og sub-akutte patienter, og tilgængeligheden er derfor hele døgnet, ligesom det er tilfældet ved hospitalsindlæggelse.

Projektrapporten for DDHB beskriver det akutte psykiatriske tilbud således:

“Afgrænset, akut og intensiv behandling i eget hjem – som et alternativ til indlæggelse. Tilbuddet lægger vægt på stor grad af tilgængelighed og hurtig kontakt. Der tages udgangspunkt i, at patienten, ved at bruge egne erfaringer sammen med behandlerens faglige viden, kan styrke egne ressourcer til at håndtere og leve med sygdommens konsekvenser samt opnå strategier til at forebygge og/eller håndtere eventuelle fremtidige sygdomsperioder” (Silkeborg projektrapport)

Citatet angiver DDHB som et alternativ til indlæggelse. Tilgængelighed og hurtig kontakt er essentielle faktorer for, at behandlingen kan fungere som et alternativ.

I forhold til indlæggelsesforløb har DDHB endvidere følgende formål:

- at forebygge tilbagefald/hospitalsindlæggelse.
- at afkorte hospitalsindlæggelse.
- at lette overgangen til eget hjem efter indlæggelse.

Yderligere angives i citatet, at udgangspunktet for behandlingen er patienten. Behandlerens faglige viden mv. kan, med udgangspunkt i patienten, anvendes til at styrke patientens ressourcer mv. med henblik på, at patienten kan håndtere sygdommen og opnå strategier til at forebygge sygdomsudvikling.

6.2.1 Afgrænsning af patientgruppe

DDHB som et alternativ til indlæggelse er dog ikke hensigtsmæssigt i alle tilfælde, hvorfor afgrænsning af målgruppen for DDHB er væsentlig. Indledningsvis vurderes patienterne henvist til DDHB i forhold til, hvorvidt den enkeltes sygdomsbillede gør det hensigtsmæssigt at tilbyde patienten DDHB, eller om sygdommen er af en grad, som kræver indlæggelse eller anden behandling.

Målgruppen for den døgndækkende hjemmebehandlingsintervention er principielt den samme som for indlæggelse. Hjemmebehandling kan dog ikke inkludere patienter, som ikke kan bevare kontrol over suicidal tanker eller patienter, som ikke har kontrol over udadreagerende impulser. Hjemmebehandleren vurderer derfor i samarbejde med patienten, sine kolleger og patientens pårørende om hjemmebehandling kan udføres på en fagligt forsvarlig måde.

DDHB er *ikke* et forsvarligt behandlingstilbud i tilfælde, hvor der forekommer følgende symptomer:

- Alvorlig selvmordsrisiko.
- Adfærd, der udgør en alvorlig fare for patienten eller andre.
- Udadreagerende adfærd.
- Nødvendig anvendelse af tvang (Bilag formåls erklæring).

I disse tilfælde skal patienten indlægges.

Risikovurdering af patienterne er derfor essentiel ved hjemmebehandleres førstegangsbesøg for derigennem at vurdere, om patienten er egnet til hjemmebehandling eller skal indlægges (Beskrivelse af hjemmebehandlingstilbud nov. 2012).

DDHB skal på den anden side heller ikke inkludere patienter, som ikke er akutte. Disse patienter skal tilbydes mindre akutte behandlingsforløb, eksempelvis i Daghospitalet, affektivt team eller i psykoseteamet, evt. med bostøtte tilknyttet. Målgruppespecifikationen stiller derfor krav om en skarphed, så man dels får sendt for dårlige patienter videre til hospitalsforløb, og så man dels ikke inkluderer ikke-akutte patienter samt er opmærksom på at afslutte patienter, som ikke længere befinder sig i en akut fase.

6.2.2 Behandlingsforløb

Patienter kan indvisiteres i teamet af hjemmebehandlere, som har en første samtale med patienten. Henvisningen kommer fra forskellige instanser, blandt andet praktiserende læge, hospitalsafdelinger og psykiatrisk skadestue (Formålsbeskrivelse).

Behandlingen er tiltænkt som en kortvarig indsats, typisk med en varighed på 2-6 uger (formålsbeskrivelse). Hjemmebesøgene er oftest af en times varighed og hyppigheden af besøg aftales individuelt, men kan i perioder være op til flere gange dagligt. Patienten kan ved akut behov henvende sig døgnet rundt på en vagttelefon, som betjenes af en hjemmebehandler (formålsbeskrivelse).

I hjemmebehandlingsteamet i Silkeborg beskrives kerneydelsen på samme vis som i øvrig litteratur. Behandlingsindsatsen indeholder medicinsk behandling, selvmordsrisikovurdering, støttende og terapeutiske samtaler med henblik på mestringsstrategier til at håndtere og forebygge sygdomsepisoder, psykoedukation, hjælp til strukturering af hverdagen, støttende samtaler til pårørende samt kontakt til netværk og kommunale tilbud (Beskrivelse af Hj nov 2012).

Behandlingen tager udgangspunkt i patientens egen oplevelse af krisen og problemstillingen, og indsatsen bygger på et samarbejde mellem patient, pårørende og hjemmebeholderteamet. Behandlingsindsatsen har til formål at støtte patienten i at håndtere de konsekvenser, som den akutte krise og sygdommen medfører.

Ved det første hjemmebesøg vurderes patienten af to personaler. Der foretages indledningsvis en (suicidal-) risikovurdering (75). Endvidere udarbejdes en anamnese, som tager udgangspunkt i patientens beskrivelser og besvarelser af spørgsmål i forhold til temaer så som tidligere psykiske problemer, aktuelle psykiske udfordringer, psykosociale forhold, eksempelvis pårørende, somatiske lidelser, misbrugshistorie, medicin med videre. De områder, der skal spørges ind til, fremgår af en tjekliste for førstegangsbesøg (TJEKLISTE). Dialogen med patienten sammen med hjemmebehandlerens observationer, udtræk fra den elektroniske patientjournal samt forskellige psykometriske metoder anvendes i den diagnostiske udredning.

Depressionssymptomer vurderes på baggrund af enten en Hamilton-score eller Beck Depression Inventory (BDI). Begge screeningsinstrumenter bidrager til en vurdering af den aktuelle depressions sværhedsgrad og indeholder derfor vigtig information i forhold til videre behandling. Patienten screenes for selvmordsrisiko ved hjælp af Suicide Status Form (SSF-II-R). Selvmordsrisikoen vurderes ved samtale med patient og pårørende. Her er det vigtigt, at patienten kan indgå aftaler med personalet, og at de pårørende har en umiddelbar tryghed ved de aftaler, der laves. (Bilag? xx) (tjekliste 1.gangs besøg, HAM, BDI, SSF-II-R).

Det samlede indtryk af patienten resulterer i en vurdering af, om patienten skal have tilknytning til hjemmebehandlerteamet, skal modtage anden ambulant behandling eller om patienten skal indlægges. Der udarbejdes i samarbejde med patient og pårørende et udkast til en foreløbig behandlingsplan, såfremt patienten tilbydes hjemmebehandling.

Patientens sag fremlægges den efterfølgende dag på morgenkonference af hjemmebehandleren, der har været på besøg hos patienten, med henblik på kollegial sparring og sikring af, at eksempelvis medicinering bliver godkendt i den elektroniske patientjournal (EPJ). På morgenkonferencerne deltager psykiatere i den faglige sparringsproces omkring patientens behandlingsplan.

I det følgende beskrives tiltag, som understøtter hjemmebehandlingen i at reducere indlæggelser. Dette er dels pårørendeinddragelse, ECT-behandling (ElectroConvulsive Therapy) som ambulant behandling samt Akut Døgntilbud, hvor der er mulighed for, at svært depressive får en plads.

6.2.3 Pårørendeinddragelse i hjemmebehandling

Tanken bag kerneydelsen i DDHB er, at opretholdelsen af dagligdagsfunktioner og relationer på trods af sygdom, er medvirkende til, at patienten i højere grad oplever at besidde magten over eget liv. Da behandlingsindsatsen fra DDHB foregår i patientens eget hjem, er et samarbejde med de pårørende essentielt. Pårørendesamarbejdet beskrives nærmere i kapitel X om patient og pårørende, men da en del af kerneydelsen i DDHB også er rettet mod pårørende, berøres emnet også kort i dette kapitel.

Pårørende kan have en væsentlig betydning for, at behandlingen i eget hjem lykkes. Pårørende kan blive en vigtig medspiller, og det er en central behandlingsopgave at råde og vejlede for at støtte op om, at de pårørende kan håndtere opgaven. En vigtig forudsætning for hjemmebehandling er, at samboende pårørende accepterer denne behandlingsform. Derfor har hjemmebehandleren en vigtig opgave i forhold til at afklare pårørendes forventninger til behandlingsforløbet, ligesom de pårørende løbende skal inddrages i planlægningen af behandlingen (Bilag). De pårørende skal tilbydes psykoeducation, og er der børn i familien, er personalet forpligtet til at afholde familiesamtale, hvor personalet i samarbejde med patienten og pårørende vurderer børnenes forhold og aktuelle situation med det formål at vurdere, om de har brug for særlig støtte og hjælp (76) (politik for samarbejde ml psykisk syge, pårørende og personale i behandlings psyk 2009). Behandlingen i eget hjem kan i belastede perioder suppleres med et kortvarigt ophold i Akut Døgntilbud med henblik på at støtte patient og pårørende i særligt vanskelige perioder.

6.2.4 ECT som ambulant behandling

Patienter med svære depressioner havde tidligere kun mulighed for at modtage ElectroConvulsive Therapy (ECT) behandling under indlæggelse. ECT-behandling ordineres oftest som 8-12 behandlinger, hvor der

gives tre behandlinger på en uge, hvilket bevirker lange indlæggelsesforløb, hvor patienten var væk fra familien.

I Silkeborg tilbydes ECT-behandling ambulant. DDHB-temaet forestår koordinering med patienten, ECT-afdelingen i Risskov, kørselskontoret og efterfølgende ophold i Akut Døgntilbud.

Patienter ledsages til og fra ECT-behandling af en hjemmebehandler, og ved tilbagekomst til Psykiatriens Hus opholder patienten sig i Akut Døgntilbud, indtil patienten kan hentes af den pårørende. Der foreligger en klar retningslinje for denne opgaveløsning (75) (retningslinje ECT- behandling i DDHB). Patienter og pårørende til patienter, der modtager ECT-behandling, modtager en pjece om forløbet samt information om virkning og bivirkning af behandlingen (Pjece).

6.2.5 Akut Døgntilbud

Akut Døgntilbud er et samarbejds- og udviklingsprojekt mellem Silkeborg Kommune og Regionspsykiatrien i Silkeborg. Akut Døgntilbud er en del af det samlede behandlingstilbud i DDHB. Akut Døgntilbud råder over seks regionale pladser og seks kommunale pladser, der er placeret i Psykiatriens Hus i Silkeborg (Bilag).

Patienten kan tilbydes ophold i Akut Døgntilbuds regionale pladser i vanskelige perioder, hvor patienten eller pårørende har behov for, at patienten får et mere intensivt behandlingsforløb.

Opholdet i Akut Døgntilbud er ikke det samme som en indlæggelse. Patienten tildeles et værelse, som mest af alt minder om et hotelværelse eller vandrehjemsværelse. Patienterne medbringer selv deres medicin, de skal selv købe deres mad og i det hele taget på samme vis, som når man er på hotel, forestå dagligdagens gøremål. I forhold til meget forpinte patienter, som får tildelt en plads, er dette muligheden for en pause, hvilket pårørende også kan have brug for. Derudover er der kun kort vej hen til en hjemmebehandler, ligesom der er en fællesstue, hvor der er andre mennesker (Bilag).

Opholdet fordrer et vist samarbejde fra patienten, som skal kunne indgå visse aftaler og til dels skal kunne klare sig selv. Opholdet er derfor ikke egnet til svært selvmordstruede patienter, maniske patienter, eller patienter med anden adfærd, der kræver opsyn under mere skærpede former.

Hjemmebehandlerne i DDHB varetager visitering af patienter til Akut Døgntilbud. Under opholdet forestår hjemmebehandlerne behandling og støtte til patienten. Patienten kan under opholdet tilbydes:

- Støttende og afklarende samtaler i forhold til aktuell livssituation
- Ro, struktur og kontakt
- Støtte til at anvende individuelle mestringsstrategier

Opholdet i Akut Døgntilbud er af begrænset varighed og fordrer dels en forventningsafstemning mellem personalet, patienten og de pårørende i forhold til opholdet. Endvidere at personalet formidler en faglig beskrivelse og begrundelse for opholdet (Bilag).

6.2.6 DDHB versus CRHT: ligheder og forskelle

Gennemgangen af diverse dokumenter og formålsbeskrivelser for ydelsen i DDHB muliggør at sammenholde DDHB med de anvisninger, som der er i litteraturen for akut psykiatrisk hjemmebehandling (se kapitel 4 Litteraturstudie).

Tabel 6.1 er en oversigt over sammenligningen mellem DDHB i Silkeborg og beskrivelsen af CRHT på baggrund af litteraturstudiet. Det fremgår, at behandlingsinterventionen i DDHB består af stort set de samme ydelser, som beskrives i litteraturen som essentielle dele for akut psykiatrisk hjemmebehandling.

Tabel 6.1: Forskelle og ligheder mellem beskrivelse af kerneydelse i DDHB og øvrig litteratur

Kerneopgaver i DDHB	Kerneopgaver beskrevet i CRHT
Ved første hjemmebesøg deltager to hjemmebehandlere, således at den initiale behandlingsindsats vurderes af flere.	Ikke beskrevet i litteraturen, oftest kun en medarbejder.
Ved første hjemmebesøg foretages en faglig vurdering af, om der er behov for tilknytning til hjemmebehandlerteamet, indlæggelse på hospitalet eller anden behandling.	Beskrives på samme måde i litteraturen.
Ved første hjemmebesøg foretages observationer, der kan bidrage til diagnostisk afklaring.	Beskrives på samme måde i litteraturen..
Ved første hjemmebesøg afklares patientens og de pårørendes forventninger til behandlingen.	Beskrives på samme vis i litteraturen.
Ved første hjemmebesøg laves første udkast til en behandlingsplan.	Beskrives også i litteraturen.
Suicidal risikovurdering og risikovurdering i forhold til udadreagerende adfærd.	Beskrives også i litteraturen.
Vurdering af behandlingseffekt (medicinsk behandling, virkning og bivirkning).	Beskrives på samme vis i litteraturen.

Støttende samtaler, vurdering og vejledning med psykoeducativt indhold. Støtte til pårørende og samarbejdspartnere.	Beskrives på samme vis i litteraturen, dog ikke så meget fokus på familien som helhed.
Planlægning af struktur i patientens hverdag.	Beskrives også i litteraturen.
Mulighed for ophold i "Akut Døgntilbud"	Findes ikke beskrevet i litteraturen, men derimod omtales ophold i krisecentre.

Det fremgår af tabellen, at kerneydelsen i DDHB i høj grad inkluderer de ydelser, som beskrives i litteraturen som kerneopgaver. 24 timers tilgængelighed alle ugens dage er helt essentielt for, at hjemmebehandling kan være et trygt alternativ til indlæggelse (7,34). Dette giver mulighed for hjælp og hjemmebesøg fra personalet døgnet rundt med henblik på at stabilisere patientens akutte tilstand. Viden om teamets tilgængelighed er af stor betydning og skaber tryghed i behandlingen. Den tidsmæssige fleksibilitet, hvor patienten om nødvendigt besøges flere gange dagligt, hvor teamet rådgiver og støtter patienten og dennes pårørende allerede tidligt i forløbet, kan være en betydelig faktor, som forebygger at en hel familie påvirkes eller bryder sammen (7,57). Involvering fra teamet indtil den akutte krise er ovre, samt at yderligere opfølgning er sikret, beskrives også som en betydelig faktor (57). Gatekeeper-rollen, som teamet besidder i forhold til indlæggelse og øvrig akut psykiatrisk behandling, er et essentielt og betryggende fænomen, som giver teamet muligheden for at vurdere, hvilket tilbud/hvilken behandling den enkelte patient har mest gavn af (7).

Der er dog enkelte forskelle. Den initiale vurdering af en ny patient udføres i DDHB så vidt muligt af to personaler. Den faglige drøftelse af, hvilken hjælp patienten kan tilbydes og har behov for, giver mulighed for en faglig sparring i et arbejde, der ellers i høj grad er præget af den enkelte hjemmebehandlers selvstændighed og egne observationer. Den initiale vurdering, forventningsafklaring og faglige sparring udmønter sig i en behandlingsplan lavet i samarbejde med patienten og dennes pårørende.

Der ses forskelle i behandlingstilbuddet, og DDHB har yderligere tilbud til deres patientgruppe så som NADA, ambulante ECT og Akut Døgntilbud, som ikke er skildret i litteraturen vedrørende akut psykiatrisk hjemmebehandling (CRHT).

I det følgende inddrages besvarelserne på et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Psykiatribrugeres vurdering af deres behandling. Dette angår, hvilken behandling psykiatribrugere foretrækker: indlæggelse eller hjemmebehandling.

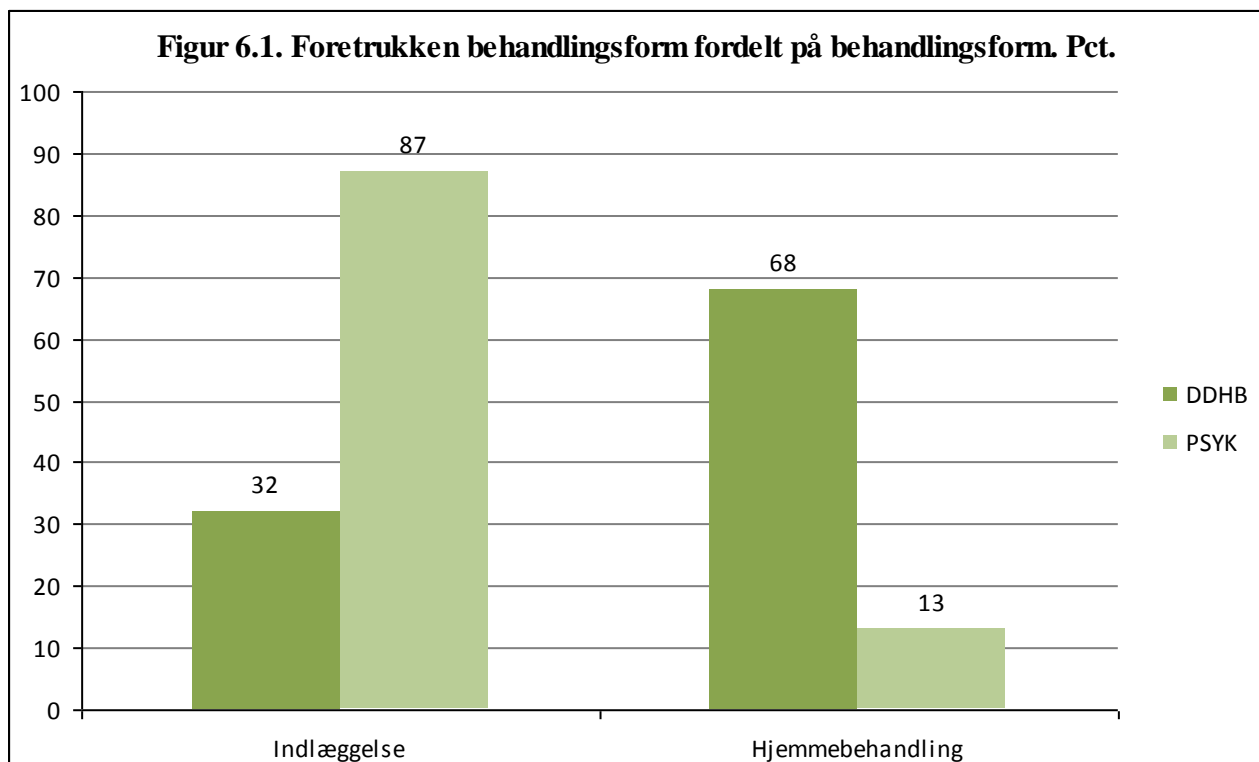
6.3 Et alternativt til indlæggelse i et patientperspektiv?

I spørgeskemaundersøgelsen bliver patienterne i DDHB og på et psykiatrisk hospital spurgt om, hvordan de vil foretrække at blive behandlet, hvis de har det meget dårligt. Fordelingen af svarene på henholdsvis det psykiatriske hospital og i DDHB fremgår af nedenstående figur 6.1. Data er for sparsomme til at kunne deles op på tre ønskede grupper: (1) Favrskov patienter og (2) Silkeborg patienter indlagt på Risskov Psykiatrisk Hospital og (3) patienter i hjemmebehandlingsforløb. Der er derfor kun opdelt på DDHB og psykiatrisk hospital (forkortet Psyk i figuren).

Det fremgår af figuren, at patienter indlagt på Risskov Psykiatrisk Hospital i overvejende grad foretrækker denne behandlingsform, mens patienter i hjemmebehandling i overvejende grad foretrækker denne behandlingsform. Knap en tredjedel af de, som er i hjemmebehandling, foretrækker dog hospitalsindlæggelse. På psykiatrisk hospital er det blot 13 pct. som foretrækker hjemmebehandling.

Det er sandsynligt, at patienterne i hjemmebehandlingsforløb har konkret kendskab til indlæggelse, mens det er mindre sandsynligt, at indlagte på psykiatrisk hospital har kendskab til hjemmebehandling. Det manglende kendskab til hjemmebehandling kan muligvis forklare, hvorfor patienter indlagt på psykiatrisk hospital ikke ser hjemmebehandling som et alternativ til indlæggelse. Dette tyder på, at såfremt hjemmebehandling skal indføres andre steder som et alternativ til indlæggelse, er der et arbejde i form af gøre behandlingsformen attraktiv.

Når patienter får erfaring med hjemmebehandling, bliver deres reservation over for denne behandlingsform mindre, således at hovedparten faktisk foretrækker denne form. Dog foretrækker knap en tredjedel fortsat indlæggelse.



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse: Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut Psykiatrisk behandling – Et alternativ til indlæggelse?

Note: N = 52. Spørgsmålet lød: "Forestil dig, at to personer diskuterer. En person udtaler én holdning, og en anden person udtaler en anden holdning. Angiv hvem du er mest enig med: A siger: Når jeg har det meget dårligt, vil jeg helst være indlagt på en psykiatrisk afdeling og have behandling der. B siger: Når jeg har det meget dårligt, vil jeg helst have behandling hjemme hos mig selv af hjemmebehandlere".

6.4 Opsummering

I dette kapitel er kerneydelsen ved DDHB gennemgået.

For det første er det beskrevet, at ydelsen i høj grad er sammenlignelig med behandlingen ved indlæggelse, blot foregår behandlingen i borgernes eget hjem. Derudover er det beskrevet, at den døgndækkende hjemmebehandling i Silkeborg indeholder de karakteristika, der i internationale studier er argumenteret for bør være indeholdt i behandlingen, for at denne kan fungere som et alternativ til indlæggelse.

De centrale elementer i behandlingen er:

- En omfattende risiko- og symptomvurdering
- En omfattende vurdering af funktionsniveau, sociale omstændigheder og helbred i øvrigt.
- Formulering af behandlingsplan, som accepteres af patienter og pårørende.
- Opstart af behandling (inkl. medicinsk).
- Mulighed for hyppig kontakt til behandlere hele døgnet.
- Simple psykologiske interventioner, undervisning, vejledning og rådgivning af patient og pårørende.

- Tilgængelighed hele døgnet, alle ugens dage, hele året.

Ud over disse kernekaraktistika ved hjemmebehandlingen er flere særlige initiativer ved hjemmebehandlingen beskrevet. Det er beskrevet, hvorledes svært depressive patienter kan modtage ECT-behandling ambulant, samt at det er muligt at få et ophold i Akut Døgntilbud, hvor der stilles hotelværelselignende forhold til rådighed for patienter, som har brug for at mulighed for mere intensiv støtte og behandling. Der er 12 pladser i alt, hvoraf DDHB kan disponere over de seks pladser.

Endvidere er der i kapitlet beskrevet, at psykiatribrugere, som får hjemmebehandling, i overvejende grad foretrækker denne behandlingsform frem for indlæggelse.

7 Behandlerperspektiv

Dette kapitel omhandler behandlerrollen i Døgndækkende Hjemmebehandling (DDHB). Kapitlet indledes med en opsummering af litteraturen omkring behandlerrollen for akut psykiatrisk hjemmebehandling. Dernæst anvendes formålsbeskrivelser, kompetencebeskrivelser, funktionsbeskrivelser mv. til at beskrive hjemmebehandlernes forskellige opgaver og kompetencekrav. I gennemgangen drages paralleller til behandlerrollen ved indlæggelse.

På baggrund af data fra den kvalitative undersøgelse beskrivesEndvidere ...spørgeskema data.....

7.1 Opsummering af litteraturgennemgang

Kapitel 4 (KRYDS REF) indholdt en gennemgang af internationale studier omkring hjemmebehandlerrollen ved akut psykiatrisk hjemmebehandling (CRHT).

Perspektivet på behandleren kan ses fra flere vinkler. For det første fra et patientperspektiv, der bidrager med information om medarbejderne set fra et brugerperspektiv. For det andet gennem litteratur, der beskriver karakteristika for hjemmebehandlere. For det tredje gennem medarbejdernes perspektiv på hjemmebehandlingsarbejdet.

Den internationale litteratur er relativt sparsom i sin beskrivelse af medarbejdernes rolle og kompetenceprofil i forhold til at udøve akut psykiatrisk behandling. Der er dog gennemgående, at hjemmebehandlerteam beskrives som multidisciplinære team, hvor fagprofilerne er både sygeplejersker, psykiatere, socialarbejdere (socialrådgivere), psykologer og lignende.

I forhold til patientperspektivet beskriver Hultberg & Karlsson, at patienter får en oplevelse af tryghed og mestring i forhold til sygdomsperioden gennem mødet med behandleren (Hultberg & Karlsson 2007).

Set fra et medarbejderperspektiv er arbejdet karakteriseret ved en høj grad af at arbejde alene, hvilket fordrer evnen til at tage selvstændige beslutninger. Arbejdsformen bevirker et behov for kollegial sparring og supervision. Den kollegiale sparring og supervision modvirker udbrændthed i personalegrupper, hvilket ellers er en risikofaktor. Endvidere bidrager faglig sparring til faglig udvikling (Borg & Karlsson 2010).

7.2 Kompetenceprofil for hjemmebehandlere

I DDHB består gruppen af sundhedsprofessionelle af psykiatere, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (SOSA). I det følgende er fokus på hjemmebehandlerrollen. Hjemmebehandleren er patientens primære kontakt til psykiatriens hus (e-dok).

Konkret prioriteres faglige kompetencer såsom evnen til at foretage en helhedsanskuelse af patientens situation samt evnen til at foretage langsigtet planlægning, herunder at prioritere og træffe nuancerede beslutninger i en kompleks situation og på den baggrund i samarbejde og dialog med patienten at udarbejde en behandlingsplan, som løbende evalueres. I forlængelse heraf prioriteres evnen til at formidle behandlingsplaner, herunder den medicinske del, samt evnen til at observere virkninger og bivirkninger ved den medicinske behandling og reagere herpå med henblik på en eventuel justering af behandlingsplanen. Derudover lægges stor vægt på selvstændighed og evnen til selvledelse på et højt refleksionsniveau, hvilket implicerer følgende: (hjemmebehandleren)...*kan forholde sig til egne faglige kompetencer og inddrage kollegaer, ledere, behandlingsansvarlig læge eller tværfaglige samarbejdsparter, når det er relevant* (Kompetenceprofil for hjemmebehandlere, lokalpsykiatrisk center i Silkeborg). I forhold til relationen til patienten og de pårørende lægges vægt på evnen til at opbygge, vedligeholde og afvikle relationer til patienter og pårørende.

Kompetenceprofilen indeholder desuden en beskrivelse af de organisatoriske kompetencer samt de samarbejds-, lærings- og forandringskompetencer, som hjemmebehandleren forventes at besidde.

Organisatoriske kompetencer, som prioriteres, er en helhedsforståelse i forhold til DDHB-teamets arbejde, men også i forhold til DDHB's organisatoriske placering i organiseringen af psykiatrien i kommunalt, regionalt og nationalt regi. I forhold til organiseringen i DDHB-teamet fordrer det evnen til at afpasse arbejdsopgaver i forhold til ressourcerne i teamet.

Hjemmebehandlere forventes at besidde samarbejdsevner i forhold til såvel patienten og dennes pårørende som kollegaer og tværsektorielle samarbejdspartnere. I forhold til patienten angives det, at behandlingen udarbejdes i samarbejde med denne.

Det forventes, at hjemmebehandlere har lærings- og forandringskompetencer i forhold til at kunne tilegne sig ny viden, såvel teoretisk som praksisbaseret, og reflektere over denne med henblik på at omsætte denne til praksis. Dette fordrer engagement og ansvarlighed i forhold til egen læring. I forhold til forandringskompetence forventes en indsigt i og åbenhed omkring egne kompetencer og mangel på samme. Endvidere fordres en vilje til at videreformidle og videreudvikle viden samt at vejlede andre.

Det fremgår af ovenstående, at forventningerne til hjemmebehandlerne er mangeartede. De gennemgående og mest centrale kompetencer er veludviklede samarbejdsevner (specielt i forhold til patienten), stor selvstændighed, evnen til selvledelse samt en høj grad af opmærksomhed på egne kompetencer og særligt mangel på kompetencer med henblik på at dels at inddrage andres kompetencer, når dette er nødvendigt, og dels at udvikle egne kompetencer.

I det følgende gennemgås fagprofilen for hjemmebehandlere.

7.2.1 Fagprofil for hjemmebehandlere

Det anbefales, at funktionen som hjemmebehandler bestrides oftest af sygeplejeuddannet personale, gerne med specialuddannelse i psykiatri. Funktionen kan dog også bestrides af en social- og sundhedsassistent (psykiatri og social Retningslinjer for shared care, mobilteams og opsøgende funktioner; psykiatri og social statusrapport Silkeborg). Endvidere anbefales det, at hjemmebehandlere ved ansættelsen har mindst to til tre års erfaring inden for psykiatrien.

På baggrund af forskellene i det faglige indhold og varigheden af sygepleje- og SOSU-uddannelsesforløbene er det specificeret, hvilke opgaver og kompetencer der kendetegner SOSU-assistenters ansvars- og kompetenceområder (E-Dok). Kompetenceniveauet vurderes to gange årligt ved en samtale. I alt er der tre kompetencetrin. Det beskrives, at behandlingsopgaverne der tildeles SOSU-assistent skal have en lavere kompleksitetsgrad end opgaverne, som bestrides af sygeplejeuddannet personale, ligesom der kontinuerligt skal foregå sparring med en sygeplejerske i de enkelte behandlingsforløb (e-dok). Endvidere beskrives det, at SOSU-assistent skal ikke må skrive epikriser, ligesom de ikke har ordinationsmulighed i EPJ.

I det følgende sammenlignes hjemmebehandlerrollen med rollen som behandler ved hospitalsindlæggelse.

7.2.2 Hjemmebehandlerrollen sammenlignet med roller i hospitalsbehandling

DSR beskriver, at den øgede specialiseringen inden for sundhedsvæsenet har ændret de sundhedsprofessionelles funktions- og kompetenceområder. Kravene til professionerne forandres og kompetenceområderne udvides og ændres, hvilket stiller krav til vidensudvikling, kvalificering af faglighed og kompetenceudvikling (DSR).

I DDHB er behandlingen organiseret således, at patienterne ikke møder en psykiater på samme vis som under en hospitalsindlæggelse. I hospitalssektoren møder patienten som minimum en læge en gang ugentligt, som patienten har mulighed for at drøfte behandlingsplan og status med. I DDHB står hjemmebehandleren i høj grad for at observere og afholde samtaler med patienten. Disse samtaler anvendes som udgangspunkt for drøftelser i det kliniske fællesskab ved daglige konferencer. Den lægelige behandling besluttet i høj grad på baggrund af hjemmebehandlerens tilbagemeldinger.

Hjemmebehandleren har dermed en del af psykiaterens opgaver i sit arbejde ved at foretage den initiale og løbende vurdering af patienten. Dette stiller krav til hjemmebehandlerens faglighed, viden og kompetencer ud over, hvad der traditionelt forventes af sygeplejersker eller SOSU-assistent på en afdeling.

Det ændrede og øgede kompetencekrav angår også de faglige og personlige kompetencer, som er givet ved, at den akutte psykiatriske behandling flytter fra hospitalet til patientens hjem. (Hjemme-) behandleren befinder sig i en ny situation, hvor en fagligt funderet behandlingsopgave skal løses i patientens eget hjem. Ud over behandlerrollen pålægges en rolle som gæst i patientens hjem, hvilket implicerer en vis ydmyghed. Denne ydmyghed kan anvendes i relationsopbygning til patienten, men kan også være udfordrende i forhold til et fortsat fokus på behandlingsopgaven og rollen. Adgangen til patientens hjem bidrager med en information, der ved indlæggelse ikke er adgang til, idet patientens tilstand kan observeres i en hverdagssammenhæng. Det kan iagttages, om der bliver lavet mad og ryddet op samt i hvor høj grad eventuelle børn, ægtefælle m.fl. er påvirkede af patientens situation. Dufter, ro eller ryddelighed bidrager til information om patientens tilstand og kan dermed bidrage med mere information om patienten end møder, der foregår i den professionelle kontekst på hospitalet eller ved møder i lokalpsykiatriske centre.

Borg og Karlsson påpeger, at det at være fagperson i andres hjem stiller krav til samarbejdsformen (Borg & Karlsson 2007). Hjemmebesøg initierer et mere ligeværdigt samarbejde med patienten og familien, fordi patienten er på "hjemmebane". Forholdet mellem patient og behandler er dog ikke privat, selvom det foregår i patientens hjem. Når behandleren skal arbejde i patientens hjem, stiller det krav til behandleren om at finde grænsen mellem den professionelle behandlerrolle og rollen som gæst. Samværsformen er dermed karakteriseret som tosidet. Den har en teoretisk funderet ramme, det vil sige et metoderelateret aspekt, hvor patienten mødes med eksempelvis strategier, observation og screeningsmetoder, der specifikt retter sig mod patientens problemer (professionel kontakt i samtale behandling Iversen/Rosenberg). Derudover er samværsformen karakteriseret ved et procesrelateret aspekt, hvor kontaktformen er mere privat, og hvor patienten mødes med indføling, nærvær og engagement. Skrider balancen mellem disse to aspekter i hjemmebehandlingen ved at patienten kun mødes med den mere private kontaktform, kan der opstå en risiko for, at hjemmebehandlingen bliver uden behandlingseffekt. Ses behandlingen alene ud fra et metoderelateret aspekt, kan patienten blive hægtet af i forhold til egen behandling (BOGEN:professionel kontakt). For medarbejderen er der dermed en vigtig opgave i at balancere mellem det metoderelaterede aspekt og det procesrelaterede aspekt, når behandlingen foregår i eget hjem.

I det følgende gennemgås personalets beskrivelse af de kvalifikationskrav, der er i forbindelse med hjemmebehandling.

7.3 Behandlerrollen set gennem personaleperspektiv

Det følgende afsnit er en beskrivelse af, hvorledes hjemmebehandlere ser sig selv, hvordan de beskrives af andre faggrupper samt hvorledes patienter i DDHB oplever behandlerne. Afsnittet er baseret på dataanalyse af interviewene og spørgeskemaundersøgelsen. Strukturen for gennemgangen er baseret på en skematisk

opstilling, et display, af centrale kompetencer og kvalifikationer i relation til hjemmebehandling. Displayet er udarbejdet primært på baggrund af personalets beskrivelse af arbejdet i de interview, som er lavet i forbindelse med undersøgelsen. De kvalitative analyser suppleres med analyser baseret på spørgeskemaundersøgelsen.

Nedenstående display er en sammenfatning af kvalifikationer og kompetencer, som hjemmebehandlerne og deres ledelse beskriver som essentielle for behandlingen af patienter i Døgndækkende Hjemmebehandling.

Display 7.1 oversigt over temaer i forhold til dannelse og kompetencer fordelt på faglige og personlige kvalifikationer formuleret af personale i hjemmebehandlingsteamet

	Faglige kvalifikationer	Personlige kvalifikationer
Dannelse: uddannelse og erfaring	1 Sygeplejerske Social- og sundhedsassistent. Tillægsuddannelse, eksempelvis som psykiatrisk sygeplejerske.	2 Erfaring igennem arbejde med psykiatribrugere. Livserfaring.
Kompetencer	3 Teoretisk grundlag; nuanceret refleksiv viden om sindslidelser og psykopatologisk paratviden. Faglig ballast i form af bred faglighed inden for psykiatri. Selvledende, kan træffe selvstændige beslutninger. Bevidsthed om faglige kompetencer og behov for udvikling heraf. Refleksive evner i individuel og kollegial fagsammenhæng. Skarphed på, hvem der er og hvem der ikke er målgruppe for DDHB.	4 Relationelle kompetencer; nærværende, bruger sig selv og sin person i relationen, situationsfornemmelse, ydmyg, tillidsskabende, lydhør, nænsom, indlevelsesevne og imødekommende. Psykisk robusthed og stabilitet, kender egne grænser og tør stå i ukendte situationer. Selvledende, kan træffe selvstændige beslutninger Bevidsthed om personlige kompetencer og behov for udvikling heraf. Refleksive evner i individuel og kollegial sammenhæng.

7.3.1 Dannelses gennem uddannelse og erfaringer

I det følgende udfoldes hjemmebehandlerens dannelsesmæssige og uddannelsesmæssige baggrunde og deres betydning i forhold til at mestre de faglige og personlige egenskaber, som hjemmebehandlingen kræver. Derudover fremgår det, at de skal besidde en række både faglige og personlige kompetencer og en evne til at veksle mellem disse. Det er således celle 1 og 2, som gennemgås i det følgende.

Celle 1: Viden- og kompetenceopbygning kombineret med faglighed. Fagligheden fremgår af diversiteten i hjemmebehandlerens uddannelsesniveau. Nogle hjemmebehandlere har en uddannelse som SOSU-assistent, mens andre har en mellemlang videregående uddannelse som sygeplejerske og nogle har derudover en overbygning som psykiatrisk sygeplejerske. Patienternes kontakt til psykiateren er mindre ved hjemmebehandling og går i vis grad gennem hjemmebehandleren. Hjemmebehandlerne er de primære observatører af patienterne, og den lægefaglige behandling besluttet på baggrund heraf. Dette er et emne, der problematiseres i hjemmebehandlerteamet i forhold til uddannelsesniveaet i teamet. En afdelingslæge siger herom:

Læge1: Man udliciterer en lækker kerneopgave. Og det er det, der er lidt svært. (...) Men hvis jeg kunne ønske noget frit, så skulle alle patienter i hjemmebehandlingsteamet mødes af en sygeplejerske, som havde en specialuddannelse i psykiatri. Og det vil jeg faktisk, hvis du spurgte mig, sige var et minimum af hvad, der var god behandling.

Citatet demonstrerer overvejelser, der opstår, når hjemmebehandlere fortager vurderinger, som tidligere var lægefaglige opgaver. Det problematiseres, at disse opgaver potentielt bliver løst af behandlere med en uddannelsesbaggrund som SOSU-assistent. Lægen i citatet ovenfor spørger i den sammenhæng, om det er god behandling, hvis disse opgaver varetages af andre end sygeplejersker, der er specialuddannet i psykiatri. Når lægen ikke selv har ansigt til ansigt-kontakten til patienten, men stadig stiller den endelige diagnose, er det fra et lægefagligt perspektiv essentielt at kunne stole på, at den vurdering, der bliver lavet, er lavet på baggrund af de rette faglige kvalifikationer.

I sammenhæng med ovenstående er det interessant at se på celle 2. Her er det ikke den uddannelsesmæssige baggrund, men den mere dannelsesmæssige baggrund i form af erfaring med at arbejde med psykiatribrugere samt livserfaring, der er det bærende element. Blandt hjemmebehandlerne gives der udtryk for, at erfaring har stor betydning i et akut hjemmebehandler-team. En hjemmebehandler siger om det at være nyansat sygeplejerske uden erfaring:

HBsygp3: Jamen, jeg tænker at det er skide svært at starte i sådan et akut team. Når ikke du har nogen erfaring (...) jeg var jo tilknyttet en mentorordning. I 3 måneder. (...) Og sidder med til de der samtaler, og så tænker de på et eller andet tidspunkt, nå, men nu har du set nok, så nu kan du godt holde dem selv (...) Og det er eddermame noget af en mundfuld. Fordi, vi står med det ansvar (...) har jeg kompetencerne til at

udføre det her stykke arbejde? Jeg har så aldrig været bleg for at gå tilbage og spørge mine kollegaer, og de har været velvillige og positive og åbne over for sparring og sådan.

Erfaring beskrives i citatet som en stor ballast i hjemmebehandlerteamet, og det påpeges hvor svært det er ikke at have den ballast, som erfaringen giver. Hjemmebehandlerne har et stort ansvar i deres arbejde. Det er hjemmebehandlerne, der møder patienterne, og det er på baggrund af deres observationer at de lægefaglige beslutninger om behandlingen foretages.

Udbygning af opgaverne i forhold til at løse opgaver, der tidligere var rent lægefaglige, og at løse dem i hjemme hos patienterne, bevirker at hjemmebehandlingen fordrer en høj grad af faglighed, optimalt funderet i en uddannelse som psykiatrisk sygeplejerske med erfaringsmæssig ballast.

7.3.2 Kompetencer: faglige og personlige

I det følgende gennemgås kompetencer i forhold til faglige og personlige kvalifikationer, hvilket vil sige celle 3 og 4 i displayet.

Faglige kvalifikationer og kompetencer

Temaerne, som angives, er et teoretisk grundlag, en faglig ballast, selvledelse, bevidsthed om kompetencer og mangel på samme samt refleksive evner.

Det teoretiske grundlag indebærer en nuanceret viden om sindslidelser og psykopatologisk paratviden. Det kræves, at hjemmebehandlerne har nuancerede teoretiske og refleksive kompetencer. Det er kompetencer, som hjemmebehandlere med en uddannelsesbaggrund som SOSU-assistent kan have vanskeligt ved at mestre.

Lsygp1: [S]å er der nogle refleksioner og noget udvikling og følge med og se, om opgaven ændrer sig og sådan noget som, som social og sundhedsassistenterne har svært ved, deres nuance, deres refleksion, deres teoretiske grundlag, deres brede viden og kunne indhente forskellige aspekter i en beslutning, det synes jeg bliver mere og mere tydeligt, jo mere specialiserede vi bliver.

På trods af erfaring med det psykiatriske system er det ikke givet, at alle hjemmebehandlere uanset uddannelsesniveau mestrer den teoretiske viden og refleksion, som hjemmebehandlingen kræver. Dog peger ledelsen på, at både sygeplejersker og SOSU-assistent er gode til at lave suicidalrisikovurderinger og skabe relationer til patienterne.

I tråd med den teoretiske viden angives et tema omkring faglig ballast i form af en bred faglighed inden for psykiatri. En hjemmebehandler udtrykker det således:

HBsygp1: [D]er kan være lidt med dokumentationen og beskrivelsen af, ja af psykopatologien, ikke også. (...) [H]vis vi mangler folk, så bliver det sygeplejersker at, fordi det er, det altså man har mange bolde i luften,

man skal favne vidt og bredt og ja har, have blik for rigtig meget, ikke også. Det er nogle komplekse problemstillinger, ikke også.

Der bliver lagt vægt på at favne bredt og have blik for komplekse problemstillinger hos patienterne. Skarphed i forhold til forhold til dokumentation og psykopatologiske beskrivelser anses også her som et væsentligt udviklingsområde. Uddannelsesniveaet betegnes igen som en væsentlig baggrund for at kunne mestre disse kompetencer.

En kompetence, der lægges meget vægt på i hjemmebehandlingen og som ligeledes fremgår i displayet, er hjemmebehandlernes evne til at være selvledende og træffe selvstændige beslutninger. Ligeledes skal hjemmebehandlerne være bevidste om deres faglige kompetencer og behov for udvikling heraf. I forhold til dette siger den ledende sygeplejerske, at hjemmebehandlerne skal:

Lsygp1: [K]unne selvstændigt træffe nogle fagligt kompetente vurderinger og beslutninger og kende sit eget kompetenceområde. Vide hvornår man skal inddrage og hvornår man ikke skal inddrage.

Behovet for disse kompetencer udspringer især af det store ansvar, der følger med som hjemmebehandler. Hjemmebehandlerne står i mange situationer, som de skal klare på egen hånd, hvor de skal kunne vurdere, om en given situation er noget, de selv kan klare, eller om de bliver nødt til at inddrage lægefaglig sparring. I den sammenhæng kræver arbejdet som hjemmebehandler en stor selvstændighed samtidig med, at den enkelte behandler skal kunne se, hvor kompetencerne ikke længere rækker og hvor der er behov for udvikling.

I forlængelse af dette er det et tema at kunne være tydelig omkring egne kompetencer og bruge refleksive evner til at se, hvornår ens kompetencer ikke rækker længere og i den forbindelse inddrage andre i vurderingen. Dette kræver, at hjemmebehandlerne både er refleksive i individuel sammenhæng, men også i en kollegial sammenhæng i forhold til at kunne tage imod samt at kunne bidrage med andre faglige perspektiver i forhold til hinanden og de problemstillinger, de møder.

Evnen til at vurdere, om patienterne er målgruppe for behandlingen eller ej, er ligeledes et tema, der italesættes i interviewene:

HBsygp4: (...) [D]er er rigtig mange af dem, der bliver meget, altså fanget ind i de der historier. Nej, og nu må vi også hjælpe med dut og dut og dut og alle mulige ting, ikke også. I stedet for lige at holde lidt fokus. Jamen, hvad er det akutte i det her, ikke? Og hvad kan vores opgave være? Har vi en opgave her overhovedet?

Hjemmebehandlerne møder mange forskellige mennesker med forskellige sociale baggrunde. Dette gør det væsentligt at kunne fokusere på, hvad der hører inden for den akutte behandling og bruge det til at afgrænse,

hvem der målgruppe for behandlingen. Det bliver problematiseret, når hjemmebehandlere bliver for emotionelle omkring patienternes livshistorier, og det kommer til at fylde for meget og tage fokus fra den reelle opgave: at tage sig af og behandle akutte psykiatriske patienter.

Hjemmebehandlerne skal forholde sig til patienten og dennes livshistorie, men skal samtidig have fokus på den akutte opgave. Det relationsskabende perspektiv fremgår netop i celle 4, hvor de personlige kompetencer, der kræves i hjemmebehandling, beskrives.

Personlige kvalifikationer og kompetencer

Hjemmebehandleren er gæst i patientens hjem, og en stor del af hjemmebehandlerens arbejde består i at skabe en tillidsrelation til patienter og pårørende. Derfor fordrer behandlingen, at hjemmebehandlerne råder over et bredt spektrum af personlige kvalifikationer og kompetencer. Disse fremgår i temaform af celle 4 i displayet.

En hjemmebehandler beskriver i forhold til relationelle kompetencer, at hun lægger vægt på at være nærværende, når hun møder patienterne:

HBsygp6: (...) [J] jeg er meget bevidst om, at jeg er nærværende, når det er sådan, at jeg møder mennesker, og at jeg prøver bare sådan at være klar og være, ikke at have en helt masse med mig, men egentlig prøve at være til stede der og mærke og fornemme (...).

Det handler om at få skabt en relation ved at være til stede og bruge sin person i relationen, men hjemmebehandleren skal også sætte sit sansesystem i spil og derigennem mærke og fornemme, hvad der på spil hos patienten. Når hjemmebehandleren kommer i patientens hjem, kræver det, at hjemmebehandleren besidder situationsfornemmelse og træder ind i hjemmet med en ydmyghed over for patienten og de normer, der findes i hjemmet.

At være tillidskabende er en evne, der ofte tages op blandt hjemmebehandlerne, når der tales relationelle kompetencer:

HBsygp13: (...) [M] en jeg tænker også, at det er derfor man bliver nødt til at opbygge den her relation, og de bliver ligesom nødt til at have tiltro til mig, at jeg vil dem altså det bedste, hvor på afdelingen, uden jeg som sådan ved, men på sygehusets afdelinger, altså der skal de jo bare tage imod mig, (...) den der relation, den er altså, den er vigtig for, at de ikke bare siger smut igen, dig gider jeg slet ikke have med at gøre, altså.

Tillidsrelationen er byggestenen for resten af behandlingen. Samtidig spiller opbygningen af en tillidsrelation også en afgørende faktor for den videre behandling, idet patienten, som får hjemmebehandling, kan sige fra

over for behandlingen. I den optik bliver behandlerens rolle som gæst i patientens hjem afhængig af, at der opbygges en relation.

De relationelle kompetencer har stor betydning i hjemmebehandlerens arbejde. Som det fremgår af displayet, beskriver hjemmebehandlerne også de relationelle kompetencer igennem andre egenskaber som at kunne være lydhør og nænsom over for patienten, eksempelvis ved at værne om patientens integritet. Herudover fremhæves indlevelsesevne i forhold til patienten og patientens liv og på baggrund heraf evnen til at være imødekommende.

I displayet ses, at hjemmebehandlerne ud over de relationelle kompetencer også skal besidde nogle personlige kompetencer, der omhandler deres egen psykiske ballast:

Lsygp1: [E]n personlig robusthed og psykisk stabilitet bliver man nødt til at have, og man bliver nødt til også at kunne arbejde selvstændigt og ligesom kunne tage en vurdering af en situation og træffe en beslutning og have det godt med det (...).

Hjemmebehandlerne skal være personligt og psykisk rustede til at kunne varetage det ansvar der følger arbejdets selvstændige karakter. Her bliver beslutningskompetence også en personlig egenskab. Det er ikke kun på baggrund af en faglig ballast, men ligeledes på baggrund af en personlig ballast, hjemmebehandlerne skal træffe beslutninger. Dette kræver, at de kender deres personlige grænser og at de tør stå alene og træffe selvstændige beslutninger.

7.3.3 Balancen mellem faglig og personlig involvering

I det ovenstående blev faglige og personlige kvalifikationer i forhold til dannelse gennem uddannelse og erfaring beskrevet. Den faglige uddannelsesmæssige baggrund har stor betydning for behandlingskvaliteten, og det samme har personlige egenskaber som erfaring og relationelle kompetencer. Når hjemmebehandlerne skal stå alene i nye situationer, giver et praksiskendskab til psykiatrien en større sikkerhed og en psykisk ballast at handle på baggrund af. Selvom uddannelsesbaggrunden, herunder de faglige kompetencer, i analysen ovenfor er adskilt fra de erfaringsmæssige og personlige kompetencer, er det tydeligt, at disse kompetenceområder hænger sammen og beriger hinanden i arbejdet som hjemmebehandler på en måde, der i praksis gør dem uadskillelige. Der ligger dog også en betydelig udfordring i at balancere mellem de personlige og de faglige hensyn. Dette beskrives kort i det følgende.

7.3.4 En hårfin balance

Med behandlingen for øje skal hjemmebehandlerne hele tiden opveje, hvornår og på hvilken måde den ene eller den anden tilgang bidrager til behandlingen:

Hbsygp7: [M]en nænsomheden, den skal være der først og fremmest, den kan være, så man kan begrave sig i nænsomhed, så man ikke tør noget, så man ikke engang tør vise, hvad ser jeg som fagperson, (...) så den der tydelighed (...) du har de og de symptomer og jeg ser det, på det og det, du har fortalt mig, at det kniber med at komme op om morgenen (...) får det linet op til, nå men okay, så patienten også kan få respekt for en og føle sig sikker.

Når patienten oplever at blive mødt med en oprigtig åbenhed og interesse fra hjemmebehandleren, skaber det en relation, hvori patienten også får lyst til at fortælle om sit liv. Disse oplysninger kan hjemmebehandleren anvende fagligt i forhold til behandlingen. Patientens tillid til behandleren skal dog ikke kun opbygges på baggrund af en personlig relation, men også på baggrund af behandlerens tydelige faglighed og kommunikation omkring hvilke observationer og faglige konklusioner, der ydes behandling ud fra.

Patienten skal opleve, at der bliver taget hånd om behandlingen og at den bliver varetaget af en fagekspert, der har forstand på at yde den rette hjælp. Samtidig skal patienten opleve at blive mødt som menneske i en sårbar situation.

I det ovenstående er behandlerrollen beskrevet fra en medarbejdervinkel. Det fremgår, at arbejdet fordrer mange forskellige artede kompetencer, som skal balanceres, for at patienten opnår den bedst mulige behandling. I det følgende ses der nærmere på, hvorledes patienter oplever behandleren.

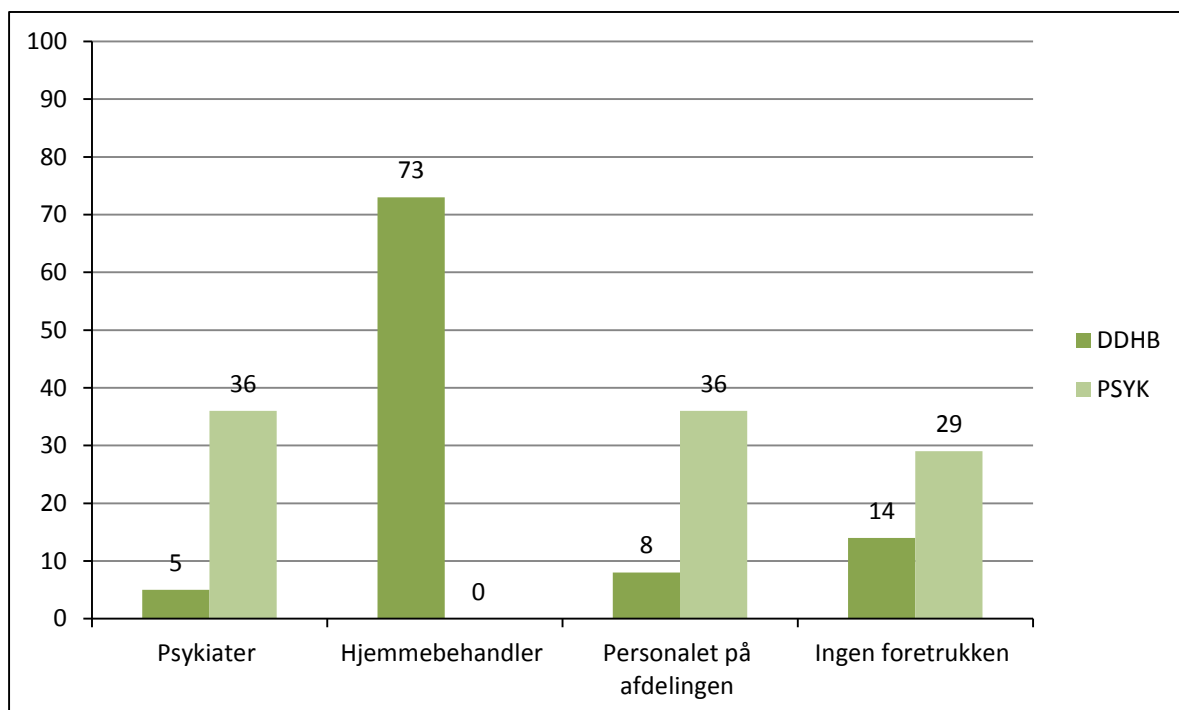
7.4 Hjemmebehandlere i et patientperspektiv

Patienters perspektiv på behandleren beskrives i det følgende på baggrund af analyser af spørgeskemaundersøgelsen. De centrale spørgsmål, der skal besvares, er hvordan patienten oplever mødet med behandleren. Ambitionen i DDHB er at møde patienten med respekt og anerkendelse og at opbygge en tillidsrelation, som kan danne basis for et godt behandlingsforløb. Spørgsmålet er, om det lykkes?

7.4.1 Behandlerkontakt

Det første spørgsmål, der kan rejses i et patientperspektiv på behandlere, er hvem patienten anser for deres vigtigste behandler. I spørgeskemaundersøgelsen er der spurgt til dette.

Figur 7.1: Foretrukken behandler fordelt på behandlingsform. Pct.

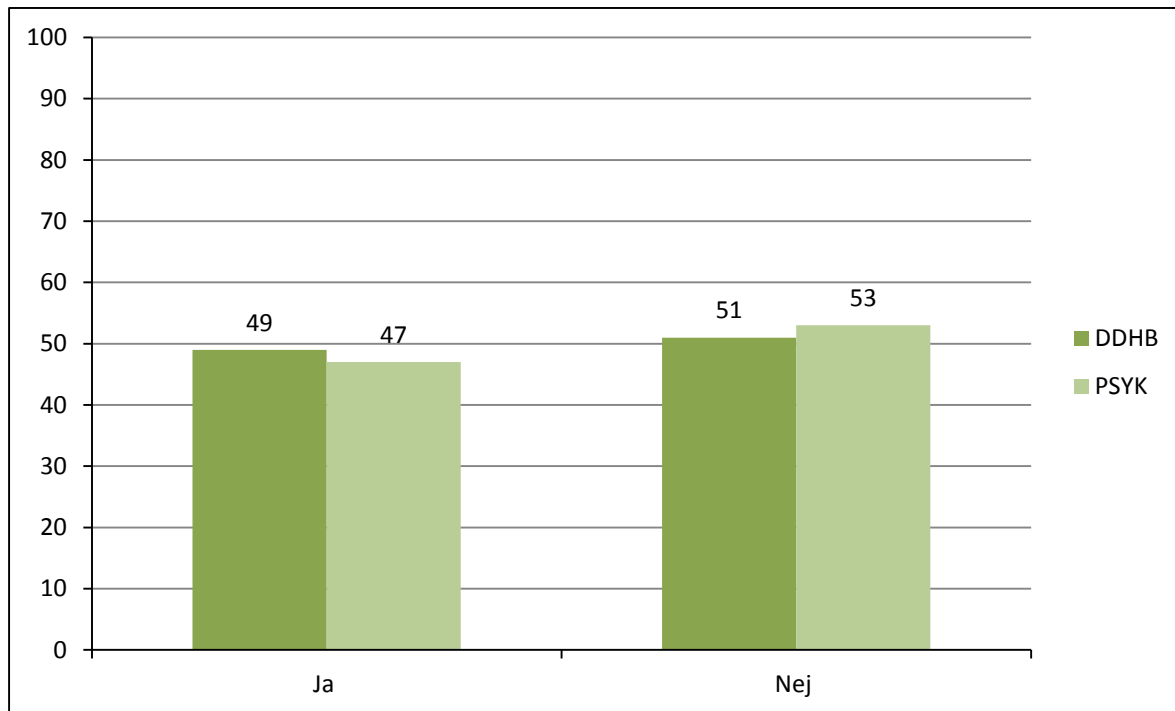


Figur 7.1 Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. N = 37 (DDHB); 14 (PSYK). Spørgsmålet lød: "Hvem synes du er din vigtigste behandler?" Spørgsmålet kunne besvares med fem forskellige kategorier, henholdsvis psykiater; hjemmebehandler; personalet på afdelingen, hvor jeg er indlagt; min læge (privatpraktiserende læge); det tænker jeg ikke over. Der var ingen, som angav min læge.

Det fremgår af Figur 7.1 at patienter indlagt på psykiatrisk hospital i høj grad angiver psykiateren som deres primære behandler. Det samme er ikke tilfældet ved DDHB, hvor langt den største del angiver, at det er hjemmebehandleren, som er deres vigtigste behandler. Det betyder, at hjemmebehandling i patienters perspektiv i høj grad forbindes med hjemmebehandleren, mens psykiateren har fået en mere tilbagetrukket rolle. Det betyder, at patienternes perspektiv på hjemmebehandling er i god overensstemmelse med ambitionen i DDHB, hvor det er hjemmebehandleren, der skal have den primære behandlerfunktion, mens psykiateren skal fokusere på de lægefaglige opgaver.

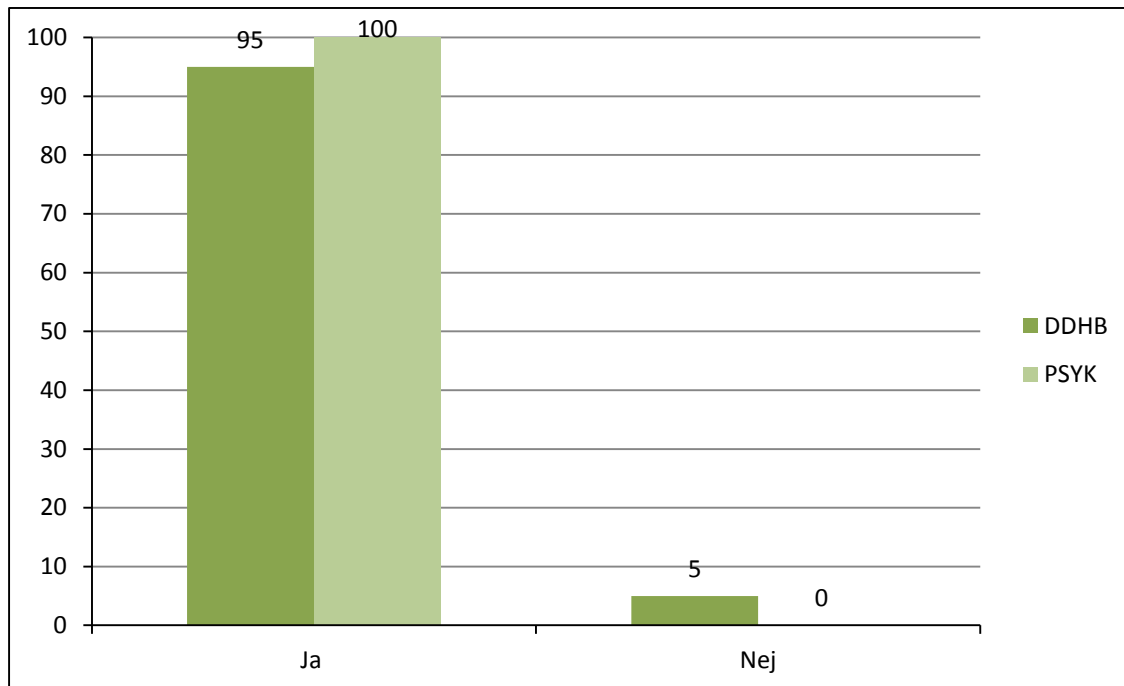
En del patienter ved DDHB angiver personalet på afdelingen som deres vigtigste behandler. Det kan skyldes, at en del patienter i DDHB opfatter Akut Døgntilbud som en indlæggelse. Grunden til, at det kan være en forklaring, er, at flere patienter, der aldrig har været indlagt, angiver at personalet på afdelingen, hvor de er indlagt, er deres vigtigste behandler.

Et andet interessant spørgsmål er, om patienter oplever en kontinuitet i forhold til behandlingen, således at det er den eller de samme behandlere, som patienten har kontakt med.

Figur 7.2: Oplever mange forskellige behandlere fordelt på behandlingsform. Pct.

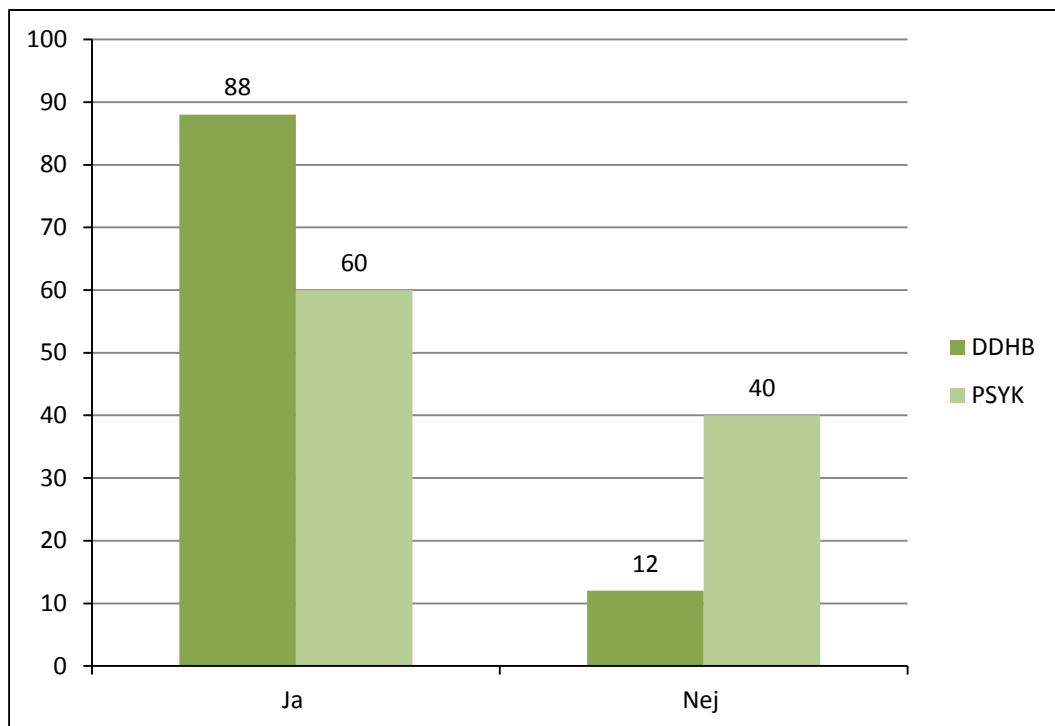
Figur 7.2 Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. N = 37 (DDHB); 15 (PSYK). Spørgsmålet lød: "Oplever du at have mange forskellige behandlere?" Spørgsmålet kunne besvares med henholdsvis *ja* og *nej*.

Det fremgår af Figur 7.2 at knap halvdelen af patienterne oplever at have mange behandlere. Det gælder både på Risskov Psykiatrisk Hospital og i DDHB. Det kan undre, at patienterne i DDHB ikke oplever en større kontinuitet i mødet med behandlere. Det næste interessante spørgsmål, som følger, er om patienterne oplever at have en god relation til mindst én behandler?

Figur 7.3: God relation til mindst én behandler fordelt på behandlingsform. Pct.

Figur 7.3 Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. N = 39 (DDHB); 15 (PSYK). Spørgsmålet lød: "Jeg har (mindst) én behandler, som jeg har en god relation til?" Spørgsmålet kunne besvares med henholdsvis *ja* og *nej*.

Det fremgår af Figur 7.3, at stort set alle både på Risskov Psykiatrisk Hospital og i DDHB har mindst én behandler, som de oplever at have en god relation til. Spørgsmålet, der følger efter denne konstatering, er, om den behandler, man oplever at have en god relation til, er den behandler, som man har mest kontakt til. Det fremgår af Figur 7.4 hvorledes patienterne ser på dette spørgsmål.

Figur 7.4: Mest kontakt med den behandler, man har den bedste relation til fordelt på behandlingsform. Pct.

Figur 7.4 Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. N = 33 (DDHB); 15 (PSYK).

Spørgsmålet, der var stillet i forlængelse af det foregående, lød: "Er det den behandler, som du har mest kontakt med?"

Spørgsmålet kunne besvares med henholdsvis *ja* og *nej*.

Det fremgår af Figur 7.4, at langt de fleste patienter i DDHB oplever at have mest kontakt med den behandler, de oplever at have en god relation til. På Risskov Psykiatrisk Hospital oplever størstedelen at have mest kontakt med den behandler, som har en god kontakt med. Der er dog flere, som ikke har den oplevelse.

Opsummerende på patienternes oplevelse af kontakten med behandlere kan det konstateres, at der er en oplevelse af at møde mange behandlere. Dette gør sig gældende både på Risskov Psykiatrisk Hospital og i DDHB. Det er måske ikke så bemærkelsesværdigt, at patienterne har denne oplevelse på Risskov Psykiatrisk Hospital, men det kan undre, at patienterne har denne oplevelse i DDHB, hvor der er fokus på relationsopbygning.

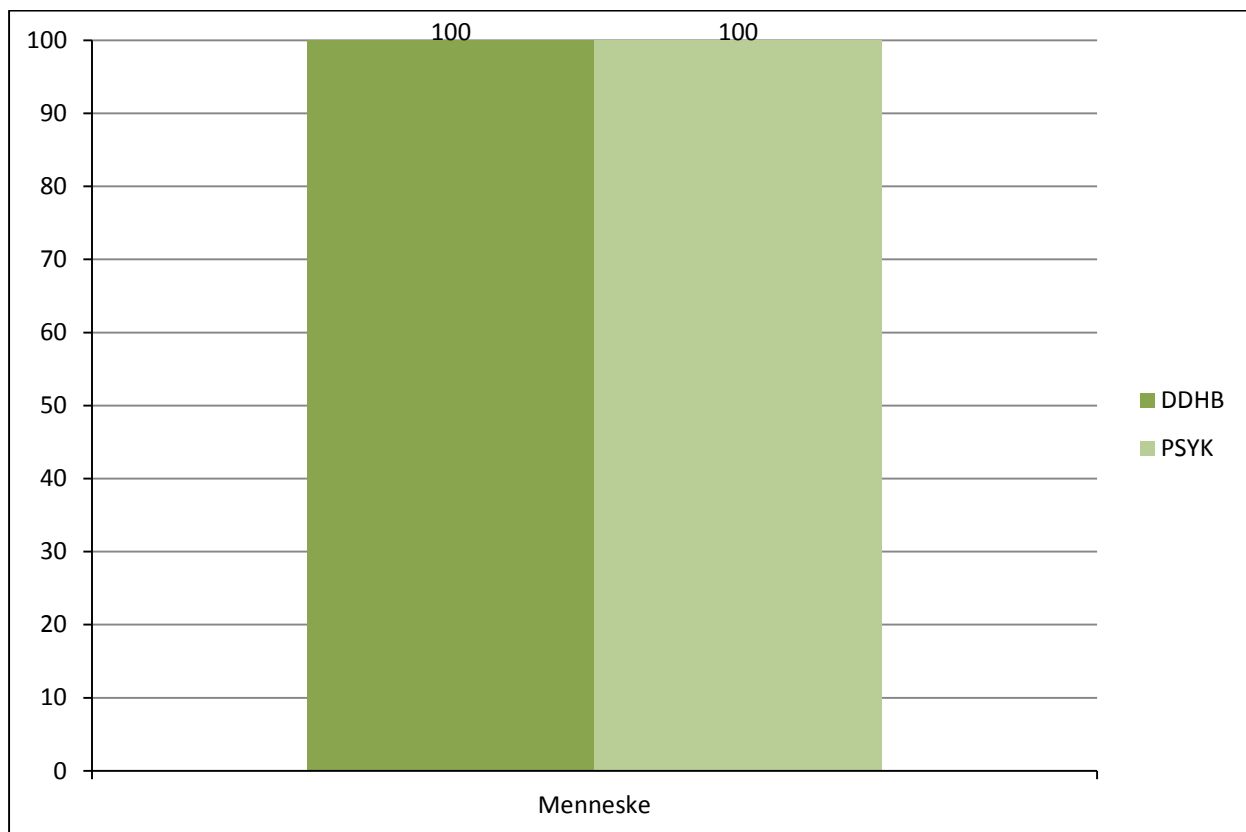
Langt de fleste patienter på både Risskov Psykiatrisk Hospital og i DDHB oplever at have mindst én behandler, som de har en god relation til, og ved DDHB oplever langt de fleste, at det er netop den behandler, som de har mest kontakt til.

I det følgende beskrives, hvorledes patienterne oplever at blive mødt af behandlerne.

7.4.2 Mødes patienter med respekt?

I DDHB prioriteres det, at patienten bliver mødt med interesse, respekt og anerkendelse. Spørgsmålet er, om patienterne oplever at blive mødt med denne tilgang?

Figur 7.5: Behandlere har respekt for én og anerkender én som et menneske fordelt på behandlingsform. Pct.

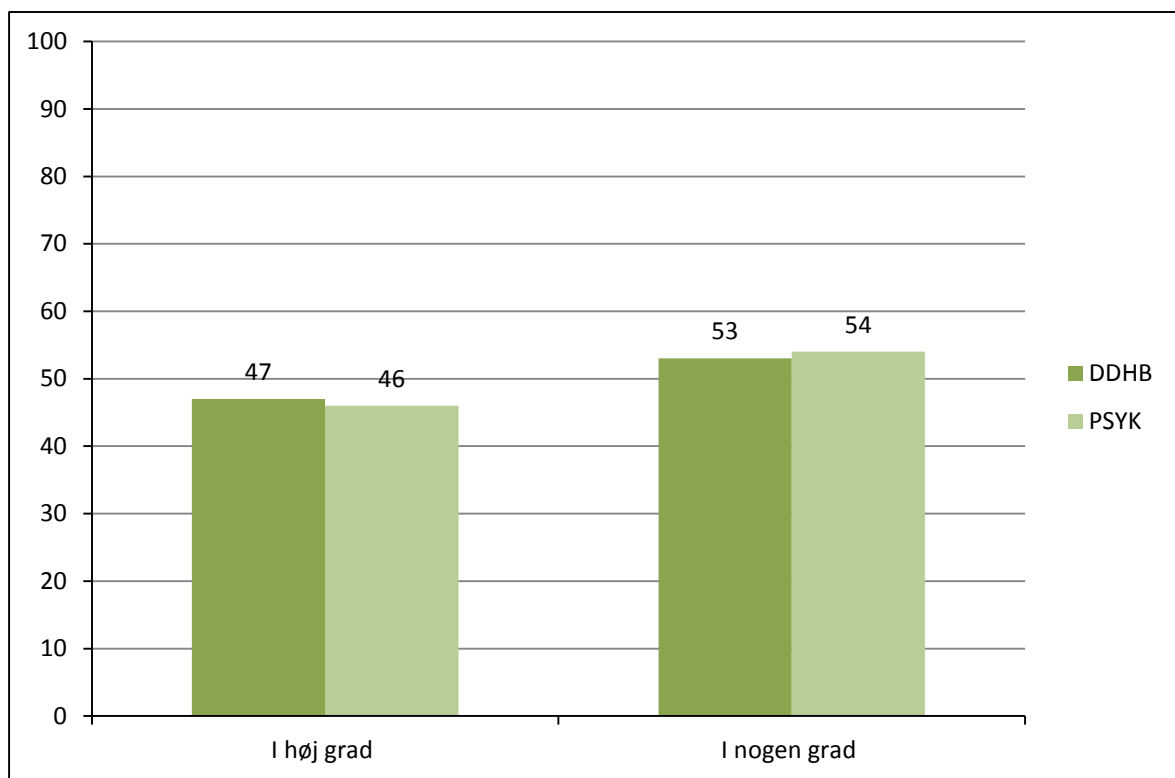


Figur 7.5 Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. N = 39 (DDHB); 11 (PSYK). Spørgsmålet lød: "Forestil dig, at to personer diskuterer. En person udtaler én holdning, og en anden person udtaler en anden holdning. Angiv hvem du er mest enig med: A siger: Jeg oplever, at mine behandlere har respekt for mig og anerkender mig som menneske. B siger: Jeg oplever, at mine behandlere kun har øje for mig som patient. Der var ingen, som angav at være mest enig med B.

Alle patienter på både Risskov Psykiatrisk Hospital og i DDHB angiver, at de oplever, at behandlerne har respekt for dem og anerkender dem som mennesker. Ingen har angivet, at de oplever, at deres behandlere kun har øje for dem som patienter.

Det samme positive billede af, hvorledes patienterne oplever, at de bliver mødt, genfindes i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt patienterne oplever, at behandlerne er interesseret i at komme til at kende patienterne som personer.

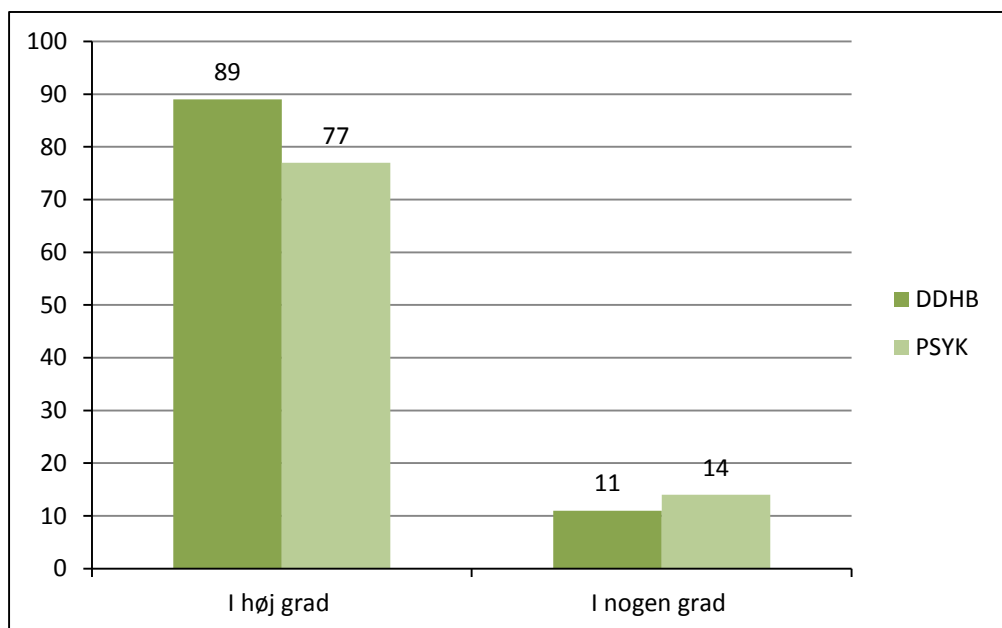
Figur 7.6: Oplevet at behandlere er interesserede i at kende én som person fordelt på behandlingsform. Pct



Figur 7.6.

Figur 7.6 Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. N = 38 (DDHB); 13 (PSYK). Spørgsmålet lød: "Jeg oplever, at mine behandlere er meget interesserede i at komme til at kende mig som person?" Spørgsmålet kunne besvares med henholdsvis ja, i høj grad; ja, i nogen grad; nej, kun i begrænset omfang; nej, slet ikke. Der var ingen, der havde besvaret med de to sidstnævnte svarmuligheder.

Det fremgår af Figur 7.6, at halvdelen oplever, at behandlerne i høj grad er interesserede i at komme til at kende patienterne som personer. Den resterende halvdel svarer i nogen grad, hvilket vil sige, at ingen oplever en manglende interesse fra behandlerne i forhold til at komme til at kende patienterne som personer.

Figur 7.7: Oplever at behandlere anerkender én som menneske fordelt på behandlingsform. Pct.

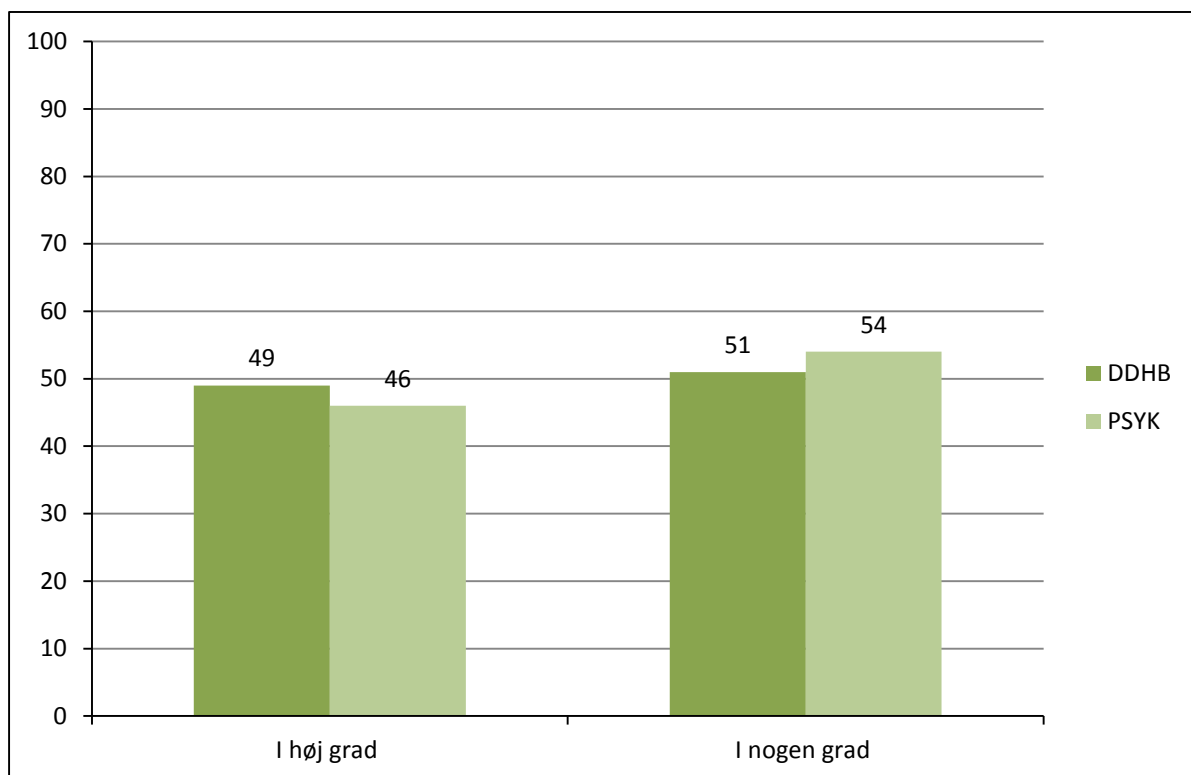
Figur 7.7 Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. N = 38 (DDHB); 13 (PSYK). Spørgsmålet lød: "Jeg oplever, at mine behandlere anerkender mig som menneske?" Spørgsmålet kunne besvares med henholdsvis ja, i høj grad; ja, i nogen grad; nej, kun i begrænset omfang; nej, slet ikke. Der var ingen, der havde besvaret med de to sidstnævnte svarmuligheder.

Figur 7.7 viser fordelingen på spørgsmålet om, hvorvidt patienterne oplever, at behandlerne anerkender dem som mennesker. Stort set alle på både Risskov Psykiatrisk Hospital og i DDHB oplever at blive mødt med anerkendelse.

7.4.3 Den rigtige behandling?

Det sidste spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen, som gennemgås i dette kapitel, er hvorvidt patienten oplever, at behandlerne er dygtige til at finde frem til den rigtige behandling.

Figur 7.8: Oplever at behandlere er dygtige til at finde frem til den rigtige behandling fordelt på behandlingsform. Pct.



Figur 7.8 Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. N = 39 (DDHB); 13 (PSYK). Spørgsmålet lød: "Jeg oplever, at mine behandlere er dygtige til at finde frem til den rigtige behandling?" Spørgsmålet kunne besvares med henholdsvis *ja, i høj grad*; *ja, i nogen grad*; *nej, kun i begrænset omfang*; *nej, slet ikke*. Der var én, som havde besvaret med *nej, kun i begrænset omfang*, vedkommende er medtaget i tabellen i kategorien *i nogen grad*.

Det fremgår af Figur 7.8, at alle patienter svarer, at de enten i høj grad eller i nogen grad oplever, at behandlerne er gode til at finde frem til den rigtige behandling. Dette er både gældende for patienterne på Risskov Psykiatrisk Hospital og i DDHB.

Det betyder, at alle patienter har en oplevelse af at blive mødt af behandlingskompetente behandlere.

7.5 Konklusion på behandlerperspektiv

I dette kapitel er behandlerrollen belyst gennem dokumentgennemgang, gennem interviewmateriale fra medarbejdere i Døgndækkende Hjemmebehandling og fra et patientperspektiv, primært baseret på spørgeskemaundersøgelsen blandt patienter i DDHB og på Risskov Psykiatrisk Hospital. Formålet har været at beskrive hjemmebehandlerarbejdet og specielt de kvalifikationer, der kræves for at bestride funktionen.

Indledningsvis blev centrale indsigter fra litteraturstudiet gennemgået. Medarbejderen bliver i akut psykiatrisk hjemmebehandling (CRHT) beskrevet som en del af et multidisciplinært team, hvori der indgår

mange fagligheder såsom psykiatere, sygeplejersker, socialarbejdere (socialrådgivere), psykologer mv. Endvidere beskrives at arbejdet fordrer selvstændighed og evnen til selvledelse.

På baggrund af kompetenceprofiler for hjemmebehandlere fremgår det, at hjemmebehandleren skal besidde alsidige kompetencer. Patienterne møder ikke på samme måde eller i lige så høj grad psykiateren. Psykopatologiske kompetencer er derfor centrale for hjemmebehandlere. Endvidere skal hjemmebehandleren være kompetent i forhold til at observere og rådgive i en god dialog med såvel patienten som psykiateren omkring patientens tilstand og behandlingsforløb. I forlængelse heraf påpeges kompetencer i forhold til selvledelse, selvstændighed og en refleksiv tilgang til egne kompetencer og mangel på samme med henblik på at kunne inddrage andres kompetencer, når det er relevant. Samarbejdsevne er derfor også helt centralt for hjemmebehandlere, både i forhold til patienter, pårørende, kollegaer, tværsektorielle samarbejdspartnere med flere.

Analyser af interview med personalet omkring kvalifikationskrav til hjemmebehandleren blev gennemgået i forhold til faglige og personlige kvalifikationer. I forhold til faglige kvalifikationer blev det fra flere sider påpeget, at det vil være ønskværdigt, at hjemmebehandlerens faglige profil er sygeplejerske, gerne med en specialuddannelse i psykiatri. Endvidere påpeges det, at arbejdets udfordrende og selvstændige karakter fordrer flere års erfaring inden for psykiatrisk behandling. Derudover blev, på linje med beskrivelserne fra andre studier, vigtigheden af en stor psykopatologisk indsigt påpeget på linje med bevidsthed om faglige kompetencer (og mangel på samme), refleksive evner og patientmålgruppeskarphed.

Arbejdet som hjemmebehandler fordrer også personlige kvalifikationer. Helt centralt står relationel kompetence i forhold til at kunne opbygge tillidsrelationer gennem nærvær, lydhørhed, nænsomhed, ydmyghed, indlevelse, medfølelse og personlig involvering. Endvidere er det vigtigt som hjemmebehandler at have en psykisk robusthed og at kende egne grænser og turde stå fast på dem; at være selvledende og have en stor bevidsthed om personlige kompetencer og refleksive evner i den forbindelse.

Belysningen af behandlerrollen fra et patientperspektiv er baseret på spørgeskemaundersøgelsen. Der er et begrænset antal respondenter (n=52), hvilket bevirker, at forskelle mellem grupper skal fortolkes med forsigtighed. Det første spørgsmål, som er afdækket, er hvem patienterne anser som deres vigtigste behandler. Patienterne i hjemmebehandling angiver i overvejende grad hjemmebehandleren og i mindre grad psykiateren som deres vigtigste behandler. På Risskov Psykiatrisk Hospital fremstår psykiateren som en mere central behandler i patienternes perspektiv. Ambitionen om, at den primære kontaktperson i DDHB skal være hjemmebehandleren, synes derfor opfyldt.

Patienterne er desuden blev spurgt til, om de oplever at møde forskellige behandlere. Det svarer halvdelen af patienterne på både på Risskov Psykiatrisk Hospital og i DDHB, at de gør. Det kan undre, at patienterne i

DDHB har den samme oplevelse af omskiftelighed i forhold til behandlere, fordi det i DDHB er en målsætning, at patienterne skal have tilknyttet primære kontaktpersoner. I forlængelse af spørgsmålet om, hvor mange behandlere patienterne oplever at møde, er der spurgt til, om patienterne oplever at have en god relation til mindst en behandler og om det i givet fald er den behandler, som de har mest kontakt til. Stort set alle patienter angiver at have mindst én behandler, som de har en god kontakt til. Knap 90 pct. af patienterne i DDHB angiver, at det er den behandler de har mest kontakt til. Andelen er knapt så stor på Risskov Psykiatrisk Hospital.

Den sidste gruppe af spørgsmål, som er fremstillet i kapitlet, angår hvorvidt patienterne oplever at blive mødt med respekt, anerkendelse og interesse af behandlerne. Alle patienter angiver, at behandlerne har respekt for dem. Derudover siger alle patienter, at de oplever, at deres behandler i høj grad eller i nogen grad er interesseret i at lære dem at kende og anerkender dem som mennesker.

Afslutningsvis er der redegjort for, i hvor høj grad patienterne oplever, at behandlerne er gode til at finde frem til den rigtige behandling. Alle har tilkendegivet, at de synes dette i høj grad eller i nogen grad.

Konklusionen på patientperspektivet på hjemmebehandleren er, at psykiateren har en mindre fremtrædende rolle i hjemmebehandling. Derudover konkluderes, at behandlerkontakten *ikke* vurderes som dårligere end kontakten ved hospitalsindlæggelse. Patienter oplever generelt at blive mødt med anerkendelse, respekt og interesse af behandlere i det psykiatriske system.

8 Patient- og pårørende perspektiv

I dette kapitel gennemgås patienternes perspektiv på Døgndækkende Hjemmebehandling (DDHB).

Indledningsvis opsummeres de væsentligste indsigter fra litteraturstudiet om patienters oplevelse af hjemmebehandling (Crisis Resolution Home Treatment, CRHT). For det første påpeger studier, at patienttilfredsheden på flere punkter er bedre ved CRHT end ved hospitalsbehandling og på andre punkter mindst lige så god som ved hospitalsbehandling. Endvidere ses det, at hjemmebehandling *ikke* er egnet til akutte psykiatriske patienter, som er udadreagerende eller selvmordstruede i en grad, der ikke kan kontrolleres. Endelig viser litteraturen at pårørendeinddragelse kan forbedre behandlingen (KRYD REF).

I dette kapitel undersøges det, om dette billede kan genfindes ved DDHB i Silkeborg på baggrund af interviewundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen (jf. kapitel 3). Indledningsvis fremstilles patienternes oplevelse af deres behandling. Herefter redegøres der for patienternes oplevelse af den målgruppeafgrænsning, der foretages af hjemmebehandlerne i DDHB. Fokus er på, om ukontrollabelt selvmordstruede patienter og udadreagerende patienter sendes videre til indlæggelse i det omfang, patienterne selv mener vil være hensigtsmæssigt. Endvidere belyses, hvorledes afslutningen af behandlingsforløb for patienter, der ikke længere er i akutfasen, opleves af disse patienter. Afslutningsvis søges pårørendeinddragelsen ved DDHB beskrevet.

8.1 Opsummering af litteratur

Litteraturgennemgangen omhandlende patientperspektivet på akut psykiatrisk hjemmebehandling CRHT inkluderede i alt 19 artikler (jf kapitel 4). Fire artikler angår, hvilke patientgrupper der er egnet til akut psykiatrisk hjemmebehandling og hvilke der i højere grad vil drage nytte af indlæggelse. De øvrige artikler omhandler patienternes tilfredshed med og oplevelse af behandlingen. Enkelte artikler behandler pårørendes vurdering af hjemmebehandling kontra indlæggelse. Ud over artiklerne er der inddraget en dansk økonomisk analyserapport, som søger at estimere besparelserne ved pårørendeinddragelse. Denne rapport baserer sig i høj grad på det systematiske review, som indgår i litteraturvurderingen REF.

De fire artikler som omhandler, hvilke patienter der har størst nytte af hjemmebehandling, konkluderer, at det er affektive patienter, primært gruppen af depressive patienter, som har størst gavn af denne behandlingsform. Patienter, som i mindre grad eller slet ikke er egnet til hjemmebehandling, er patienter med organiske lidelser, misbrugsproblemer, patienter som ikke kan eller vil indgå aftaler omkring deres behandling, patienter som tidligere har været indlagt på tvang samt udadreagerende og stærkt selvmordstruede patienter.

Primært kvalitative studier er anvendt til at redegøre for patienters og pårørendes perspektiv på CRHT og indlæggelsesbehandling, herunder tilfredshedsvurderinger og oplevelsen af byrden ved at have en pårørende, der er i CRHT eller indlæggelsesbehandling.

Det fremgår af studierne, at patienter oplever, at CRHT bidrager til en opretholdelse af dagligdagslivet og derfor støtter den enkelte patients recoveryproces og giver en følelse af tryghed, ro og håb. Patienterne i hjemmebehandling oplever, at personalet i CRHT er fleksible og åbne i forhold til forskellige behandlingstilgange, hvilket angives som et positivt element ved CRHT. Patienterne beskriver, at de bliver set, hørt og inddraget på anden vis end ved behandling i hospitalssektoren. Endvidere opleves magtforholdet mellem behandler og patienten som mere ligeværdigt ved CRHT. Patienterne er generelt mere tilfredse med CRHT, hvilket fremgår af effektstudierne. Pårørende til patienter, der behandles ved CRHT, oplever en mindre byrde og færre forstyrrelser i forhold til deres sociale liv end pårørende til patienter, der er i indlæggelsesbehandling.

I den danske økonomiske analyserapport vurderes pårørendeinddragelse at kunne give en samfundsøkonomisk gevinst på 1,5 mia kr. Omkostningsreduktionen skyldes i høj grad, at behandlingen forbedres, således at patienternes situation forbedres, hvorved indlæggelser, antal sengedage, sygdomsperioder mv. reduceres.

På baggrund af litteraturgennemgangen fremstår CRHT som en behandlingsform, der er egnet til akutte psykiatriske patienter, som *ikke* er udadreagerende eller selvmordstruede i en grad, der ikke kan kontrolleres. Derudover ses det, at patienttilfredsheden på flere punkter er bedre og på andre punkter mindst lige så god som ved hospitalsbehandling. Endvidere fastslås det, at pårørendeinddragelse kan forbedre behandlingen.

8.2 Patientperspektivet

I det følgende gennemgås patientperspektivet på hjemmebehandling. Første fremstilles patienternes oplevelse af behandlingen. Herefter følger en redegørelse for og diskussion af målgruppen for hjemmebehandlingen på baggrund af de patientinterview, der er indsamlet. Efterfølgende fremstilles patienters perspektiv på fordele og ulemper ved hjemmebehandling og indlæggelse. I den forbindelse inddrages den pårørendeinddragelse, der finder sted.

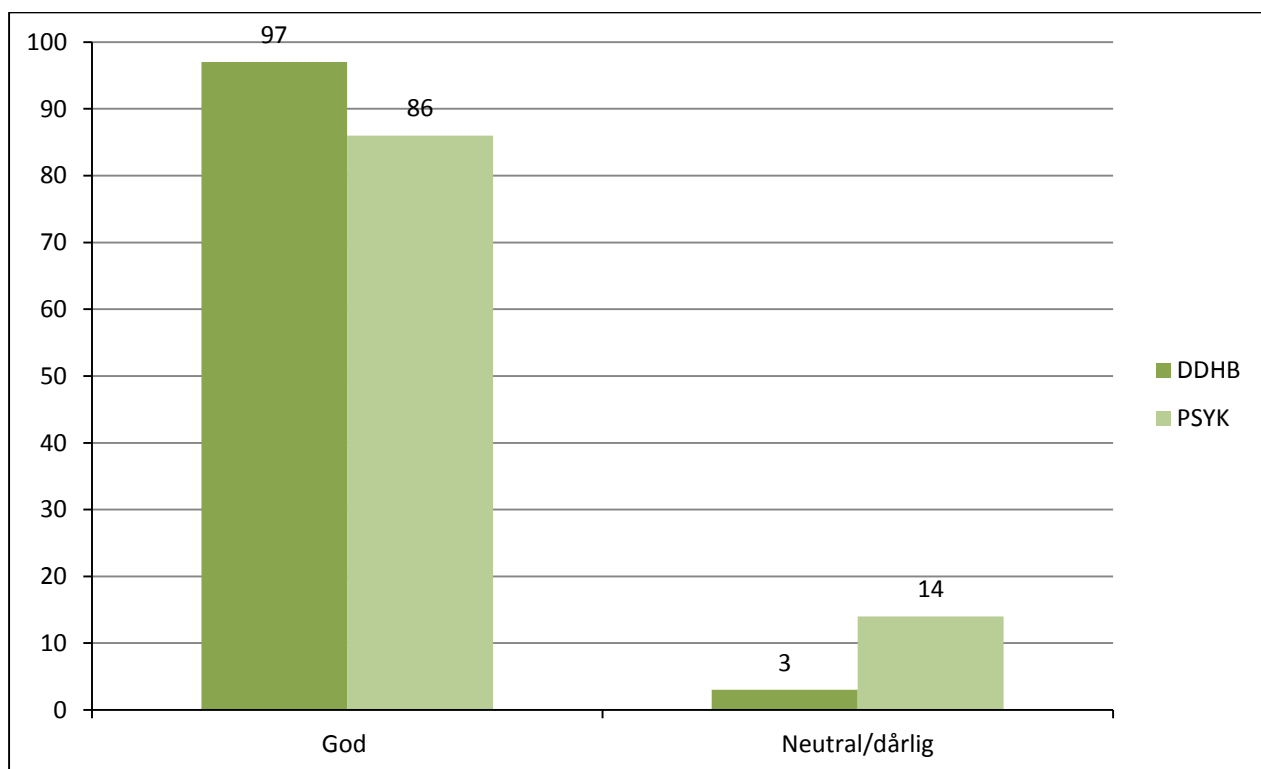
8.2.1 Patienternes oplevelse af deres behandling

I Danmark gennemføres der kontinuerligt patienttilfredshedsundersøgelser (LUP Psykiatri). I undersøgelsen fra 2013 fik 25 patienter udleveret et skema i forbindelse med behandling ved DDHB. Otte returnerede

skemaet, hvilket giver en svarprocent på 32. De otte patienter blev spurgt om deres samlede indtryk af deres besøg i ambulatoriet. De otte patienter angav, at deres indtryk enten var 'virkelig godt' eller 'godt'.

I undersøgelsen i forbindelse med nærværende rapport har 39 patienter fra DDHB og 15 patienter fra Risskov Psykiatrisk Hospital besvaret spørgeskemaet (54 respondenter i alt). Det fremgår af figur 8.1, hvorledes patienterne oplever behandlingen. I spørgeskemaet angiver patienterne deres oplevelse ved at krydse en smiley af, som enten er meget glad, glad, neutral, sur eller meget sur. Stort set alle patienter både i DDHB og på Risskov Psykiatrisk Hospital angiver, at de oplever behandlingen som god ved enten at have valgt et glad ansigt eller et meget glad ansigt. Nogle ganske få angiver behandlingen som værende neutral eller dårlig.

Figur 8.1 Oplevelse af behandlingen fordelt på behandlingsform. Pct.



Figur 1: Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. n = 37 (DDHB); n = 14 (PSYK). Spørgsmålet lød: "Hvordan oplever du din behandling?" Spørgsmålet kunne besvares med fem forskellige ansigtsudtryk. Der var ingen, som besvarede med den mest sure smiley.

På baggrund af figur 8.1 kan det konkluderes, at patienterne på både Risskov Psykiatrisk Hospital og i DDHB er godt tilfredse med deres behandling.

I det følgende gennemgås spørgsmålet om afgrænsning af patienter, for hvem DDHB er et alternativ til indlæggelse. Derudover skal patientgruppen afgrænses i forhold til patienter, der ikke er akutte og derfor eventuelt skal henvises til anden behandling.

8.2.2 Patientafgrænsning

På et sengeafsnit er der et begrænset antal senge. Det giver et naturligt loft for, hvor mange patienter der kan være indlagt til behandling. Det er ikke tilfældet for DDHB, hvor behandlingen foregår i patientens hjem, og antallet af behandlingspladser er derfor i princippet uendeligt stort. Derudover skal hjemmebehandlingen også tage hensyn til, at der er patienter, som er udadreagerende og selvmordstruede i en grad, som ikke kan kontrolleres. Disse patienter skal indlægges.

I forhold til spørgsmålet om indlæggelse kontra hjemmebehandling udtrykker specielt en mandlig patient i starten af 30'erne, hvorledes hjemmebehandling i nogle sygdomsperioder ikke er en tilstrækkelig intensiv behandling for ham (Pt.2_mand i starten af 30'erne). Det skyldes, at han ikke har den fornødne selvkontrol i forhold til at undlade selvmordsforsøg eller undlade at følge sine udadreagerende impulser. Han påpeger derfor, at hjemmebehandlerne skal være meget fokuserede i forhold til at muliggøre en indlæggelse i de perioder, hvor han har det meget dårligt.

I kapitel 7 fremgår det, at det både er vigtigt at have fokus på patienter med behov for indlæggelse og at fokusere på, at det kun er akutte patienter, der behandles. Konkret betyder det, at patienterne skal afsluttes i akutbehandling og videregives til anden behandling, når deres situation ikke er akut længere. Det fremgår af kapitlet, at vurderingen heraf kræver såvel erfaring som psykopatologiske kompetencer. Derudover kræver det personlige kompetencer at afbryde relationen til patienten og videregive ansvaret for behandling til andre instanser på trods af, at patienten ønsker at fortsætte relationen og behandlingen med hjemmebehandleren. Det svære i denne opgave fra et behandlerperspektiv er belyst i kapitel 7.

Fra et patientperspektiv opleves det som frustrerende at skulle afslutte akutforløbet og videregives til anden behandling. Et citat fra en kvindelig patient i slutningen af 30'erne illustrerer denne frustration:

Pt.1_kvinde i 30'erne: [A]t så, når det ikke er akut, så videre med dig med det samme. Og det synes jeg måske er sådan lidt....jeg kan godt blive lidt utryg ved det i hvert fald...jamen, det er også fordi du har været der gennem så lang tid, ikke også. Og så er hun (hjemmebehandleren) jo blevet også, på en eller anden måde blevet mit sikkerhedsnet.

Citatet illustrer oplevelsen af afslutningen på et akut behandlingsforløb. Patienten beskriver, hvorledes det er utrygt og i den forbindelse hvordan hun føler, hun mister sit sikkerhedsnet. Yderligere beskrives det, at det fra et patientperspektiv opleves som om, der er meget fokus på at få hende videre med det samme, underforstået at hun ikke er enig i, at hun er klar til at afslutte sit hjemmebehandlingsforløb.

En anden kvindelig patient beskriver, hvorledes hun oplever at være afsluttet i hjemmebehandling uden at kunne få anden behandling, fordi ventetiden på behandling i angstklinik er syv måneder. Hun oplever, at angstanfaldene er kommet tilbage, og det går ud over hendes energi og hendes evne til at håndtere

hverdagens udfordringer, eksempelvis at være nærværende i forhold til sine tre børn og sin samlever. Hun påpeger derfor, at det i hendes perspektiv er helt forkert, at hjemmebehandlingsforløb afsluttes uden anden behandling er påbegyndt:

Pt.1_kvinde i 30'erne: [Jeg vil sige, at hjemmebehandlerteamet er et rigtig rigtig godt initiativ og det er supergodt. Men de skal holde fast, indtil man kommer i decideret behandling. Det er helt forkert, at de giver slip. Helt forkert i mit hoved.

På baggrund af ovenstående omkring patientafgrænsning for målgruppen til hjemmebehandling, konkluderes det, at patienter oplever, at der kan være udfordringer forbundet med, hvornår der skal tilbydes behandlingsalternativer. Dette gælder i forhold til indlæggelse og det gælder specielt i forhold til afslutning af behandling, når patienten er stabiliseret og derfor ikke i en akutfase. Det særligt problematiske i den forbindelse, som patienter påpeger, er, at der er ventelister til den behandling, der skal træde i stedet.

8.2.3 Fordele og ulemper ved DDHB og indlæggelse

I det følgende gennemgås fordele og ulemper, således som de beskrives af patienterne i forbindelse med henholdsvis indlæggelsesbehandling og DDHB. Fordelene og ulemperne er opstillet i kondenseret form i display 8.1. Der fremstilles kun enkelte citater i det følgende til at illustrere temaerne.

Display 8.1: Fordele og ulemper ved Døgndækkende hjemmebehandling og indlæggelse

	DDHB	Indlæggelse
Fordele		
	Behandlingen foregår i eget hjem.	Situationens alvor kan ikke ignoreres.
	Mulighed for at have en identitet ud over patientrollen.	Mulighed for mandsopdækning, evt. under tvang.
	Er hjemme og kan bidrage og fungere i familien.	Direkte adgang til psykiater.
	Støtte til hverdagsopgaver og håndtering af børn – får værktøjer til at få hverdagen til at fungere.	Aflastning for pårørende.
	Undervisningsforløb med henblik på at mestre eventuelle kommende svære perioder.	
	Pårørendeinddragelse, pårørendesamtaler. Forklaringer til børn på børnenes præmisser.	
Ulemper		

	Indirekte kommunikation med psykiater.	Fængselslignende anstalt, som giver associationer til at være indsat i et fængsel.
	Grænseoverskridende behandleradfærd opleves ekstra intimiderende, fordi den foregår i patientens hjem.	Mindre dårlig end øvrige patienter, hvilket medfører, at ens situation bliver forværret pga. uro, forstyrrelser og voldsomme episoder.
	En oplevelse af utryghed og frustration følger et afsluttet behandlingsforløb.	Problem for pårørende at komme på besøg.
		For lidt terapeutisk behandling fra sygeplejersker mv.

De fordele, som fremhæves ved DDHB, er, at behandlingen foregår i patientens hjem, hvilket giver mulighed for, at patienten til en vis grad kan opretholde sit normale liv. Konkret fremhæves muligheden for at fungere i forhold til familien, specielt i forhold til børn. I den forbindelse påpeger flere, at hjemmebehandlere søger at støtte og hjælpe ved at give patienterne redskaber til at håndtere hverdagens udfordringer. Derudover fremhæves de undervisningsforløb, som hjemmebehandlerne giver patienterne omkring, hvorledes de skal håndtere deres sygdom.

Et andet forhold, som fremhæves, er, at rollen som patient fylder mindre i et hjemmebehandlingsregi, fordi der er mange andre roller, patienten udfylder, eksempelvis at være mor, eller at være den, der forestår indkøb og madlavning. Identiteten som patient bliver derfor mindre omsiggribende, og ens selvforståelse som et menneske med et hverdagsliv kan bedre opretholdes.

Muligheden for i mindre grad at se sig selv som patient illustreres i følgende udtalelse fra en kvindelig patient i 30'erne:

Pt.3_kvinde i 30'erne: Altså, det er jo ikke -, og jeg behøver ikke at fortælle nogen, at jeg går sygemeldt. Altså, det lyser ikke ud af mig. Og det behøver jeg ikke at fortælle gud og hvermand...(). Nu går jeg ud og altså prøver at fungere, så godt som jeg nu kan....() ..og jeg føler mig ikke så meget som patient herinde (DDHB/Psykiatriens Hus), det gør jeg faktisk ikke.

Interviewet forgik i Psykiatriens Hus og parentesens DDHB/Psykiatriens Hus er indsat, fordi det er referencerammen, som patienten angiver med sin udtalelse.

Yderligere fremhæves pårørendeinddragelsen som værdifuld af patienterne og de pårørende, som er interviewet.

Patienterne fremhæver også flere fordele ved indlæggelsesbehandling. For det første, at det er umuligt at ignorere situationens alvor. Det fremhæves specielt som en fordel af en kvinde, som i forbindelse med en indlæggelse diagnosticeres med en bipolar lidelse. Tidligere havde hun fået diagnosen depressiv af egen

læge. Indlæggelsen sammen med mennesker, som er meget dårlige, hjælper hende til en erkendelse af, at hun også selv er meget dårlig og at hun skal forholde sig til sin bipolare lidelse.

En anden fordel ved indlæggelse er muligheden for mandsopdækning og i den forbindelse eventuelt brug af tvang. En mand fremhæver dette som en fordel i de perioder, hvor han mister sin selvkontrol og dermed får kraftige ukontrollable selvmordsimpulser og udadreagerende impulser.

En tredje fordel, som fremhæves, er den direkte adgang til psykiateren, hvilket giver oplevelsen af en direkte dialog om især medicinsk behandling i modsætning til den indirekte dialog, der foregår gennem hjemmebehandlere.

Det sidste forhold, som fremhæves, er, at patienter har en oplevelse af, at det kan være en aflastning for familien, at patienten er væk i en periode. Dette udtrykkes klarest af kvinden med den bipolare lidelse, som igennem en længere periode havde ignoreret en voldsom forværring i sin tilstand.

Patienterne beskriver flere forskellige ulemper ved DDHB. Et forhold, som angives, er den indirekte kommunikation med psykiateren. Specielt en patient angiver dette som en betydelig ulempe.

EVT CITAT

En anden ulempe er, at hvad der opfattes som grænseoverskridende adfærd hos en hjemmebehandler opleves som meget intimiderende, fordi behandlingen foregår i patientens hjem. Det anses specielt som et problem, når der er en dårlig relation mellem en hjemmebehandler og en patient.

Den sidste ulempe, som angives af patienter, er, at afslutningen af et behandlingsforløb giver en oplevelse af utryghed og frustration. Oplevelsen af frustration og utryghed hænger sammen med, at der i høj grad er opbygget en personlig relation mellem behandler og patient. Denne har understøttet en positiv udvikling i patientens situation. Relationen giver derfor patienten tryghed, og afbrydelsen følges derfor af usikkerhed, specielt i forhold til, om den efterfølgende behandling kan bidrage til en fortsat bedring af patientens situation.

Ulemperne ved indlæggelse angår flere forskellige forhold. Et forhold, som angives, er, at omgivelserne på Risskov Psykiatrisk Hospital leder tankerne hen på et fængsel. Der er tremmer for vinduerne, man får undersøgt sine personlige ejendele mv. En patient beskriver derfor, at opholdet på Risskov Psykiatrisk Hospital fik hende til at føle sig som en indsat i et fængsel.

En anden ulempe er, at en del af de andre patienter, som er indlagt på Risskov Psykiatrisk Hospital, er meget dårlige. Det gør, at der kan være meget uro og mange forstyrrelser, og der opstår voldsomme episoder med patienter, der er udadreagerende. Det opleves som utrygt.

Derudover angiver flere patienter, at der er problemer forbundet med at få besøg af pårørende. Det skyldes dels afstanden til hospitalet og dels at besøget skal indpasses i et familieliv, som i forvejen er presset. En anden grund er, at patienterne ikke ønsker, at deres børn skal med på besøg. Årsagen er at de oplever at deres børn bliver utrygge ved at være på hospitalet. En mor fortæller i den forbindelse, at hendes datter spørger til, hvorfor der er tremmer for vinduerne.

En patient angiver desuden at han savner mere terapeutisk behandling, som han oplever at få af hjemmebehandlerne i Silkeborg.

Ovenstående gennemgang beskriver, at der er fordele forbundet både med indlæggelsesbehandling og hjemmebehandling. Overordnet set fremstår den største fordel ved hjemmebehandling at være det forhold, at behandlingen foregår i hjemmet. Det giver mulighed for i højere grad at opretholde et hverdagsliv og fortsat bidrage til familien. Ulemperne angives af enkelte at være den indirekte kommunikation med psykiaterne. Endvidere angives det som en ulempe, at i og med at relationen mellem behandler og patient er mere personlig, opleves eventuel uhensigtsmæssig adfærd fra en behandler som meget intimiderende. Den mere private relation gør også, at patienterne oplever, at det er svært, når behandlingsforløbet skal afsluttes.

I det følgende gennemgås pårørendeinddragelse.

8.3 Pårørendeinddragelse

Døgndækkende Hjemmebehandling foregår i patientens hjem, og de pårørende bliver derfor i høj grad involveret i behandlingen. I det følgende redegøres for behandlernes perspektiv på pårørendeinddragelse. Fokus er på argumenterne for inddragelse og på, hvordan inddragelsen søges udført. Efterfølgende redegøres der for, hvordan patienter ser på pårørendeinddragelse.

8.3.1 Argumenter for pårørendeinddragelse

Hjemmebehandlerne beskriver de pårørende som en naturlig del af behandlingen, fordi de pårørende er i hjemmet og derfor kan være en støtte såvel som en informationskilde for behandlingen.

En hjemmebehandler, der tidligere arbejdede på sengeafsnittet i Silkeborg, beskriver:

HBsygp7 "V[i] fandt ud af, jamen tingene var ikke altid lige sådan som patienten fremstillede, ikke nødvendigvis fordi at de ville skjule noget, men fordi de ikke magtede at fremstille det som det var, så den der pårørendedel og vurdering af hverdagen og kapaciteten derhjemme, det fik vi jo en helt anden, et helt andet billede af, fordi at ja, så behandlingen den blev lagt til rette helt an – på et helt andet grundlag og blev meget mere øhh målrettet situationen"

Patientens perspektiv alene er altså ikke altid nok til at skabe et billede af den reelle situation, og her kan den pårørendes perspektiv bidrage til at målrette behandlingen. Inddragelsen af de pårørende er altså et vigtigt aspekt i hjemmebehandlingen, både i forhold til hvor stor en del af tiden, patienten er i den pårørendes varetægt, og hvor meget det påvirker de pårørende. Derudover bidrager pårørende med en indsigt i patientens liv, som kan være befordrende for udarbejdelsen af behandlingsplaner mv. Ud over behandling af og samarbejde med patienten kræver hjemmebehandling derfor også, at der skabes et samarbejde og en relation til de pårørende.

I det følgende beskrives, hvorledes hjemmebehandlerne søger at inddrage pårørende.

8.3.2 Model for pårørendeinddragelse

Hjemmebehandlerne angiver i interviewene, at de pårørendes deltagelse i de første samtaler er vigtig for, at hjemmebehandleren kan få billede af patientens tilstand og vurdere patientens videre behandling. En hjemmebehandler beskriver endvidere, at det er vigtigt, at behandlingen kommer hurtigt i gang, så de pårørendes belastning lettes, og behandleren bliver klædt på til at løfte opgaven:

HBsygp7 "[E]n meget stor del af pårørendearbejdet, det er jo at klæde dem på til at blive derude og ikke løbe deres vej, at de får indsigt i, hvad er det her for noget, de aner det ikke, de aner ikke, hvorfor reagerer deres nære familiemedlem som vedkommende gør, (...) og det skal vi fortælle dem, det her, det er sygdom, og det er der noget at gøre ved, og det kan godt hjælpe, det er, den der lettelse, det er den de skal have først"

I citatet beskriver hjemmebehandleren, at en del af arbejdet også består i at forebygge, at den pårørende giver op og går fra den syge. De pårørende skal klædes på og have indsigt i sygdommen og vide, at den kan afhjælpes. På trods af, at de pårørende ikke er patienter, beskriver hjemmebehandlere, at nogle pårørende har brug for hjælp til at bede om hjælp. Det skyldes, at de pårørende selv kan være så nedslidte, at de ikke magter at bede om hjælp. I den forstand indebærer behandlingen derfor også, at hjemmebehandlerne forbygger, at de pårørende bliver syge.

I Døgndækkende Hjemmebehandling ydes der pårørendesamtaler i form af familiesamtaler og individuelle pårørendesamtaler, der er en samtaleform, hvor den pårørende får mulighed for at tale med hjemmebehandleren, uden at patienten nødvendigvis er til stede. Pårørendesamtalen er altså en støtte til den pårørende, hvor den pårørende kan komme af med sine bekymringer og tanker omkring sit liv uden hensyn til patienten:

HBsygp7 [V]i ser jo den pårørendes sårbarhed, fordi de kommer, der er de væk fra deres familie, og der tør de være sig selv, der tør de bryde sammen(...) de fortæller hvor slidte de er, de fortæller om deres bekymring, overvejelserne om skilsmisse, (...) de får jo ingen støtte, kan man sige, fra den de har brug for støtte fra, deres ægtefælle der er syg, så det er vældig, det er faktisk grimt, en rigtig svær samtale, hvordan

får man den så lukket til igen, (...) så det handler noget om at lære nogle teknikker ,kan man sige,(...) det er virkelig faglig udvikling, kan man sige”

Pårørendesamtalen kræver altså en høj faglighed i forhold til at kunne tackle samtalen, således at den pårørende bliver hørt, men så behandleren samtidig får lukket samtalen igen, så den pårørende er kommet af med sine tanker og samtidig er blevet klædt på til at kunne være en støtte for den sindslidende derhjemme.

En anden udfordring ved hjemmebehandling er afklaringen af opgavefordelingen mellem pårørende og hjemmebehandlere. Hjemmebehandlere påpeger vigtigheden af, at denne opgavefordeling er klart defineret. Pårørende varetager i forbindelse med hjemmebehandling opgaver, som ved indlæggelse varetages af plejepersonale, men det er ikke alle opgaver, der skal varetages af pårørende.

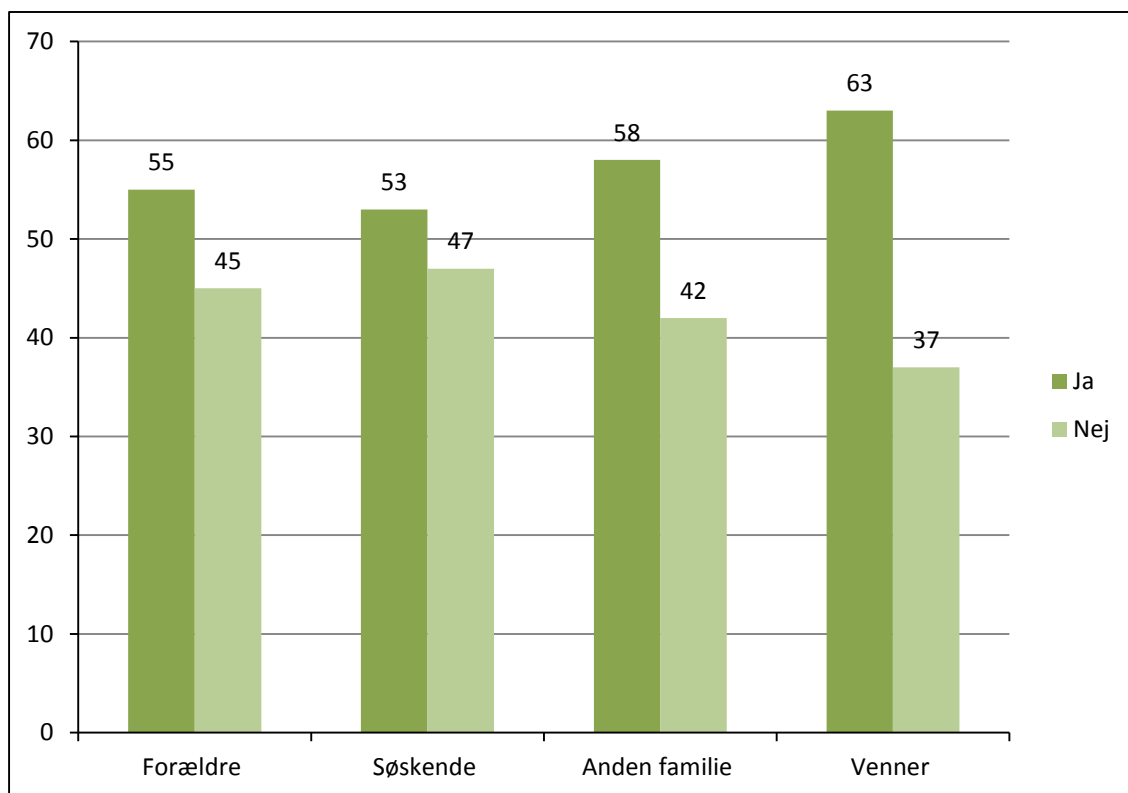
Hjemmebehandlere påpeger derfor, at det er vigtigt at være tydelig omkring opgavefordelingen. Hensigten med at være tydelig omkring, hvem der gør hvad, er også at lette den pårørende, så han eller hun får et sted at henvende sig og hverken føler sig alene med opgaven eller føler sig magtesløs i forhold til opgaver, der vedrører den sindslidende.

I det ovenstående er der redegjort for, hvorledes hjemmebehandlere opfatter opgaven omkring pårørendeinddragelse. Der er argumenteret for, at inddragelsen kan have stor værdi for behandlingen, fordi patienterne kan bidrage med et mere fuldstændigt billede af patientens situation. I det følgende gennemgås patienternes oplevelse af pårørendeinddragelsen ved DDHB.

8.3.3 Patienternes oplevelse af pårørendeinddragelse

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen er det muligt at beskrive, hvorledes patienter oplever pårørendeinddragelsen. Det er især muligt at beskrive, i hvor høj grad patienterne oplever at kunne få hjælp fra pårørende og om de oplever, at det har værdi for deres behandling. Dette er ikke muligt at sammenligne med indlæggelsesbehandling. Det skyldes, som det er beskrevet i **kapitel 3**, at disse spørgsmål ikke er stillet til patienterne, som er indlagt på Risskov Psykiatrisk Hospital.

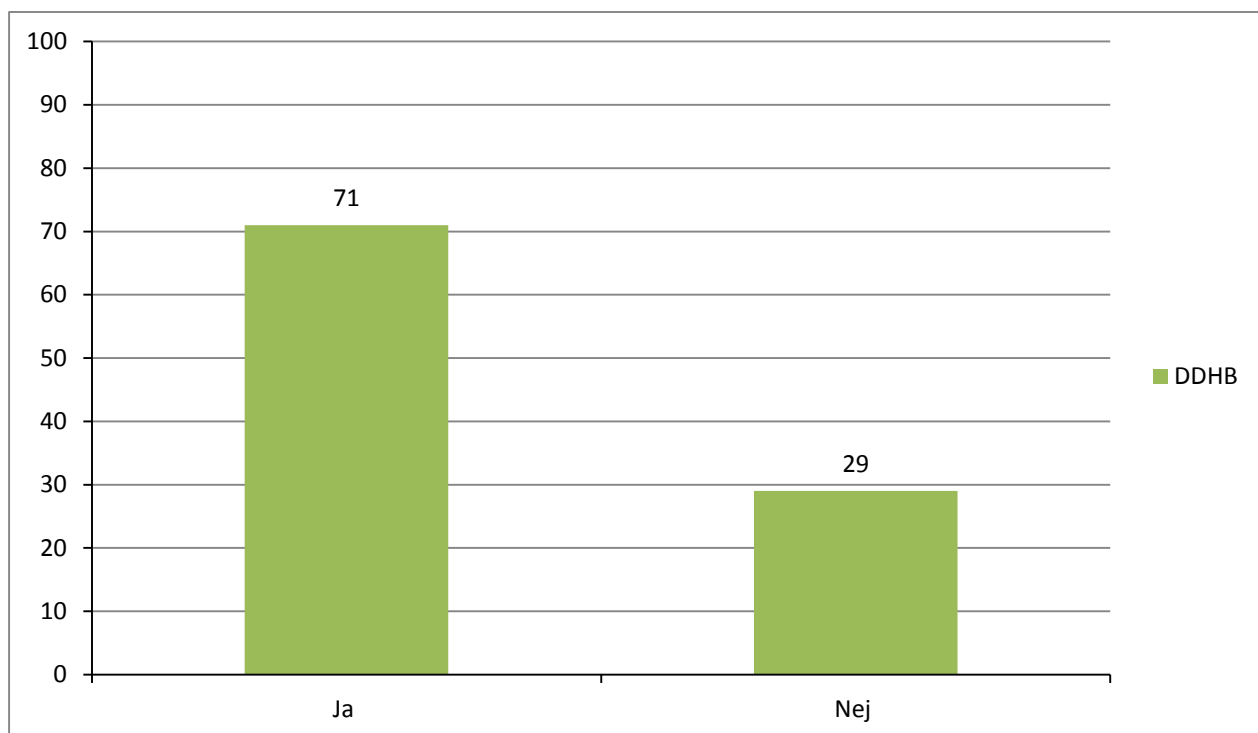
Figur 8.2 Oplever at kunne få hjælp fra pårørende hvis behov. Pct.



Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. n = 38.

Spørgsmålet lød: "Angiv i hvor høj grad du oplever, at følgende personer kan hjælpe dig, når du har behov for det (forældre; søskende; anden familie; venner)". Spørgsmålet kunne besvares med henholdsvis i høj grad; i nogen grad; slet ikke; ikke relevant. De to første svarmuligheder er ligesom de to sidste medtaget samlet i tabellen i kategorierne ja og nej. Spørgsmålet blev kun stillet til patienter, som fik døgndækkende hjemmebehandling.

Det fremgår af figur 8.2, at lidt flere end halvdelen angiver, at de kan få hjælp af deres forældre, søskende, anden familie og venner, mens en relativt stor del (omkring 40 pct.) oplever, at det ikke er muligt at få hjælp fra deres pårørende. Det vil sige, at det er vigtigt at være opmærksom på, at det ikke er alle, der har mulighed for at få hjælp fra pårørende.

Figur 8.3 Føler det har stor værdi for behandling, at pårørende inddrages heri. Pct.

Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut psykiatrisk behandling – et alternativ til indlæggelse. (n = 38). Spørgsmålet lød: "Jeg oplever, at det har værdi for min behandling, at mine pårørende bliver inddraget i min behandling?". Spørgsmålet kunne besvares med henholdsvis *ja, i høj grad; ja, i nogen grad; nej, kun i begrænset omfang; nej, slet ikke; ikke relevant*. De to første svarmuligheder er, ligesom de tre sidste, medtaget samlet i tabellen henholdsvis i kategorierne *ja* og *nej*. Spørgsmålet blev kun stillet til patienter, som fik døgndækkende hjemmebehandling.

Figur 8.3 illustrerer patienternes syn på, hvorvidt de mener, at pårørendeinddragelse har værdi for deres behandling. Omkring 70 pct. angiver, at de oplever, at pårørendeinddragelse har værdi for deres behandling, mens cirka 30. pct. siger, at det ikke har værdi.

I forhold til den bevægelse mod mere pårørendeinddragelse, der er i behandlingspsykiatrien, er det vigtigt at være opmærksom på, at en relativt stor del af de psykiatriske patienter (omkring en tredjedel) ikke oplever, at inddragelse af deres pårørende har værdi for deres behandling. Det indikerer, at det er vigtigt at sondre mellem behandlingsforløb, hvor pårørendeinddragelse har værdi og behandlingsforløb, hvor det kan være problematisk.

8.4 Opsummering af patientperspektiv

I dette kapitel er patientperspektivet på hjemmebehandling og til dels indlæggelsesbehandling gennemgået. Indledningsvis blev det gennemgået, hvorledes patienter oplever deres behandling. Generelt er patienter godt tilfredse med den behandling, de får. Det gælder både indlæggelsesbehandling og hjemmebehandling.

Kapitlet indeholdt også en gennemgang af patienters vurdering af afgrænsningen af patientgruppen for hjemmebehandling. I forhold til patienter, der kan miste selvkontrollen i forhold til selvmordsimpulser og udadreagerende adfærd påpeges, at det er vigtigt, at de i disse situationer indlægges. Endvidere beskriver flere patienter, at afslutningen af deres behandlingsforløb i DDHB kan være frustrerende, fordi der grundet ventelister ikke umiddelbart var udsigt til anden behandling. Derudover beskriver patienterne, at hjemmebehandling gav dem tryghed, og afbrydelsen af relationen til hjemmebehandleren var derfor forbundet med utryghed og frustration i forhold til at skulle indgå i nye behandlingsforløb med ukendte behandlere.

Fordelene og ulemperne ved hjemmebehandling og indlæggelser fra et patientperspektiv blev ligeledes beskrevet i kapitlet. Den centrale fordel ved hjemmebehandling er, at det foregår i hjemmet. Det giver mulighed for, at patienten kan opretholde et hverdagsliv og fortsætte med de af patientens hverdags- og familiære forpligtelser, som patienten kan overkomme. Hjemmebehandlingen angives i den forbindelse at give støtte til, at patienten kan løfte nogle af disse forpligtelser. Derudover fremhæves de undervisningsforløb, der har til hensigt at understøtte, at patienten bliver i stand til at håndtere sin situation og eventuelt fremtidige svære perioder. Et væsentligt forhold, som angår at behandlingen foregår i hjemmet, er, at patienterne oplever, at patientrollen bliver mindre fremtrædende, fordi de fortsat har deres andre roller og fortsat bor hjemme.

Fordelene ved indlæggelse angives at være en mere direkte kommunikation med psykiatere. Derudover nævnes muligheden for mandsopdækning, evt. under tvang, når man som patient ikke kan styre sine selvmordsimpulser og udadreagerende impulser.

Ulemperne ved hjemmebehandling angives at være den indirekte kommunikation med psykiatere og det, at afslutningen af behandlingsforløb opleves som utrygge, fordi relationen til behandleren opleves som et sikkerhedsnet af patienten. Derudover påpeges, at dårlig opførsel hos en behandler fremstår som meget grænseoverskridende, fordi det sker i patientens hjem.

Ulemperne ved indlæggelse er, at en indlæggelse giver associationer til fængselsophold. Der er tremmer for vinduerne, og personlige ejendele undersøges og fratages eventuelt patienten. De fængselslignende forhold angives endvidere også som problematiske i forhold til at få pårørende på besøg, specielt børn, fordi disse får en forståelse af, at "mor er i fængsel". Derudover angives, at de meget dårlige og udadreagerende patienter kan virke skræmmende. Det sidste forhold, som påpeges, er, at der er for lidt terapeutisk behandling i forbindelse med en indlæggelse sammenlignet med den behandling, som patienterne har oplevet at få ved hjemmebehandling.

Pårørendeinddragelse blev også behandlet i kapitlet. Pårørendeinddragelsen angives som central for behandlingen af flere grunde. For det første fordi de pårørende kan være med til at give et mere fuldstændigt billede af patientens situation. Derudover fordi de pårørende, såfremt de får den rigtige støtte, kan forbedre behandlingen for patienten. De fleste patienter oplever, at det har værdi for deres behandling, at pårørende inddrages. En del (omkring 30 pct.) angiver dog, at det ikke har værdi at inddrage pårørende. Det indikerer en nødvendighed af en differentieret pårørendeinddragelse i forhold til de patienter, hvor det kan forventes at være værdifuldt at inddrage pårørende og de patienter, hvor det ikke er nyttigt.

I forhold til de spørgsmål, der indledningsvis blev stillet på baggrund af litteraturstudiet vedrørende tilfredshed, afgrænsning af patientgruppen, fordele og ulemper ved hjemmebehandling samt pårørendeinddragelse har gennemgangen i kapitlet sandsynliggjort, at hjemmebehandling er en behandlingsform, der er mindst lige så stor tilfredshed med som indlæggelse. Derudover ses det, at afgrænsningen af patientgruppen er en udfordring, dels i forhold til indlæggelse af udadreagerende og ukontrollabelt selvmordstruede patienter og dels i forhold til, at patienter *ikke* ønsker afslutningen af deres akutte behandlingsforløb. Dette er specielt en udfordring, når patienter afsluttes til en venteliste på eksempelvis 7 mdr. til behandling i angstklinik. Argumenterne for pårørendeinddragelse stemmer godt overens med de argumenter, der er fremført i litteraturen, hvilket vil sige, at pårørendeinddragelse giver en bedre behandling end ingen pårørendeinddragelse. Endvidere blev det illustreret, at patienter generelt mener, at pårørendeinddragelse har værdi for deres behandling.

9 Organisation

I dette kapitel beskrives og evalueres organiseringen af Døgndækkende hjemmebehandling (DDHB) ved Psykiatriens Hus i Silkeborg.

I 2009 blev det psykiatriske sengeafsnit i Silkeborg nedlagt. Reorganiseringen af den akutte psykiatriske behandling i Silkeborg medførte behandlingsmæssig differentiering af akutte psykiatriske patienter i to spor. Patienter med en ukontrollabel selvmordstrang og udadreagerende adfærd indlægges på Psykiatrisk Hospital, Risskov. Patienter, hvor det er muligt at inddæmme selvmordstrangen og de udadreagerede impulser, skal behandles med intensiv ambulant behandling i form af hjemmebesøg evt. flere gange dagligt. Dette implicerer, at der skal differentieres mellem akutte patienter med henblik på at tilbyde den mest hensigtsmæssige behandling. Udfordringer i dette fra behandler- og patientperspektiv fremgår af kapitlerne 7 og 8. Derudover fordrer den differentierede behandling, at der er en velfungerende koordination omkring patienternes behandlingsforløb mellem Psykiatrisk Hospital, Risskov og DDHB-teamet. Dette er en koordinationsudfordring i regionspsykiatrien. I forhold til koordination mellem regionale og kommunale ydelser er ambitionen med Psykiatriens Hus at samle regionale og kommunale psykiatriske behandlingstilbud i den samme bygning med henblik på at skabe sammenhæng mellem behandlingstilbud.

Evalueringsspørgsmålet for dette kapitel er overordnet set, om organiseringen af DDHB virker befordrende for løsningen af opgaven, som er at levere den mest effektive akutte psykiatriske behandling med mindst mulig indgriben i patienternes liv, således at patienterne i høj grad er hovedaktøren i eget liv (jf. RM's Psykiatriplan, Regeringens psykiatriplan osv.). Dette overordnede spørgsmål er konkretiseret til spørgsmål, som i højere grad kan besvares. Spørgsmålene er, hvorvidt organiseringen af DDHB lever op til de anbefalinger for akut psykiatrisk hjemmebehandling, således som disse udledes på baggrund af litteraturstudiet omkring akut psykiatrisk hjemmebehandling (i international litteratur kaldt Crisis Resolution Home Treatment (CRHT)). Endvidere om DDHB's organisering fordrer det tværsektorielle samarbejde mellem kommune og region evalueret på baggrund af patienternes vurdering af, hvorvidt de oplever en sammenhæng.

I det følgende indledes med en gennemgang af hovedpointerne fra litteraturstudiet med henblik på at evaluere, hvorvidt organiseringen af DDHB har implementeret de anbefalinger, som kan opstilles på baggrund af litteraturstudiet. I den forbindelse beskrives DDHB's placering og rolle i den regionale psykiatri i Region Midtjylland. Endvidere vurderes det på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen, om patienterne oplever sammenhæng i deres behandlingsforløb og dermed koordination mellem de offentlige instanser i deres behandlingsforløb.

9.1 Litteraturopsummering omkring organisering

Ambitionen med akut psykiatrisk hjemmebehandling er, at det skal være et alternativ til indlæggelse. På baggrund af litteraturstudiet fremstår flere organisatoriske karakteristika som essentielle for, at denne ambition kan indfries. De centrale karakteristika er følgende:

- Tilgængelighed 24 timer alle ugens dage året rundt
- Mulighed for hjemmebesøg op til flere gange dagligt
- Hurtig respons, intensiv intervention med en varighed fra 2-6 uger
- Interventionen indebærer et behandlingsaspekt samt støtte af social og praktisk karakter
- Gatekeeper-funktion for indlæggelse varetages af hjemmebehandler-team. Det indebærer, at visitation til indlæggelse eller hjemmebehandling skal foregå gennem CRHT-team
- Behandlingstilbuddet eksisterer, indtil krisen er løst, og anden opfølgende behandling er iværksat
- Multidisciplinært team med psykiaterkompetencer

I det følgende undersøges det, i hvor høj grad der er overensstemmelse mellem disse centrale karakteristika for akut hjemmebehandling og praksis for hjemmebehandling ved Psykiatriens Hus i Silkeborg. Indledningsvis gennemgås den overordnede organisering, hvori DDHB er indplaceret i forhold til regionspsykiatrien og i Psykiatriens Hus i Silkeborg.

9.2 Organisering i Regionspsykiatrien og i Psykiatriens hus

DDHB er en del Region Midtjyllands psykiatriske behandling placeret ved Psykiatriens Hus i Silkeborg. Udadreagerende og ukontrollable selvmordstruede patienter skal ikke tilbydes hjemmebehandling, men derimod indlæggelse. Derfor har sammenhængen og opgavefordelingen mellem funktionsniveauer i regionspsykiatrien betydning for opgaveløsningen ved DDHB. I det følgende redegøres der for opdelingen i funktionsniveauer i Region Midtjylland.

Inden for psykiatriske behandling i Danmark sondres mellem to overordnede funktionsniveauer.

Hovedfunktions- og speciefunktion: Hovedfunktion angiver det mindste kompleksitetsniveau og er en basisfunktion, som omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling mv. Psykiatrien i Silkeborg er placeret på dette niveau. Patientforløb med højt kompleksitetsniveau henvises til specialefunktionsniveau.

Specialefunktionsniveau er inddelt i et regionsniveau og et højtspecialiseret funktionsniveau igen afhængig af kompleksitetsniveau. Højtspecialiseret funktionsniveau angiver det højeste kompleksitetsniveau, hvilket vil sige, at det er sygdomstilfælde, som forekommer sjældent og kræver mange ressourcer, eksempelvis samarbejde mellem flere specialer. Regionsniveau håndterer mindre komplekse behandlinger, men mere kompliceret end hovedfunktionsbehandling.

I Region Midtjylland er den højt specialiserede funktion placeret på de voksenpsykiatriske afdelinger på Aarhus Universitetshospital, Risskov og Børne- og ungdomspsykiatrisk Center, Risskov. Disse afdelinger har også regionsfunktionsniveau, hvilket også gør sig gældende for Regionspsykiatrien Vest (Holstebro og Herning).

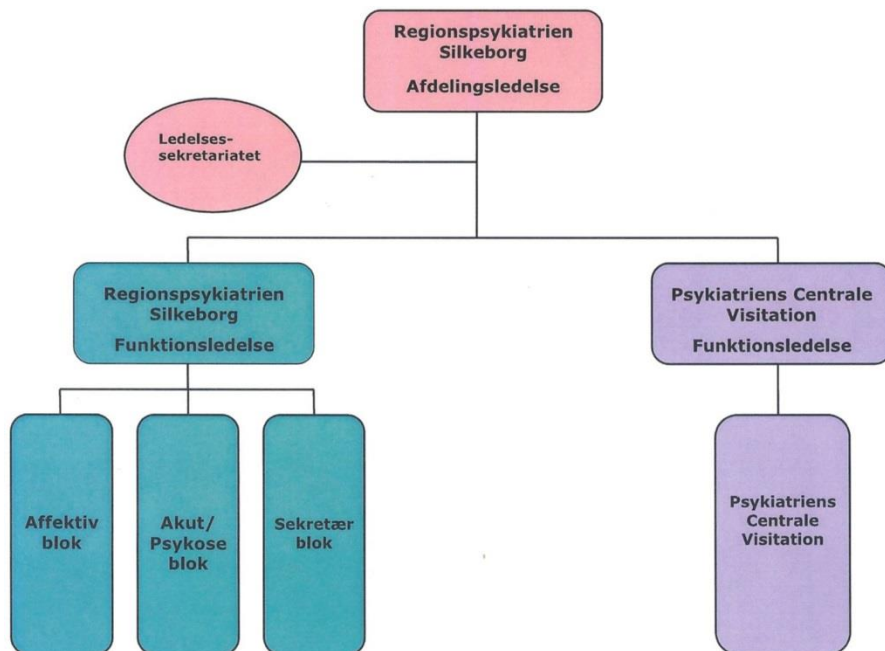
Kategoriseringen af Silkeborgs psykiatriske behandling på hovedfunktionsniveau bevirker, at der er en særlig samarbejds- og koordinationsopgave mellem DDHB og Psykiatrisk Hospital, Risskov, fordi akutte patienter skal henvises enten til indlæggelse eller hjemmebehandling. Det er ikke en særlig opgave for andre kommuner i Region Midtjylland, fordi alle deres borgere med akutte psykiatriske lidelser alle henvises til indlæggelse. I afsnittet: Visitation til hjemmebehandling – Gatekeeper-funktion behandles denne udfordring mere indgående.

I det følgende redegøres der for organiseringen af DDHB i Psykiatriens Hus.

9.2.1 DDHB's organisering i Psykiatriens Hus

DDHB er den akutte behandlingsenhed i Psykiatriens Hus. I nedenstående figur fremgår organiseringen af den regionale psykiatriske behandling i Silkeborg - Psykiatriens Hus.

Figur 9.1: Organisationsdiagram over Regionspsykiatri i Silkeborg



Kilde:

<http://www.psykiatrien.rm.dk/files/Psykiatri%20og%20Social/Regionspsykiatrien%20Silkeborg/Organisationsdiagram%201%201%2013.pdf>

Figur 1 illustrerer organiseringen af regionspsykiatrien i Silkeborg.

Det fremgår af figuren, at der er en afdelingsledelse med et tilknyttede ledelsessekretariat. Derudover er den en funktionsledelse i forhold til Psykiatriens Centrale Visitation og for Regionspsykiatrien, som er inddelt i tre behandlingsblokke: affektiv blok, akut/psykose-blok samt en sekretærblok. DDHB er en del af akut/psykose-blokken.

Behandlingen foregår i et koordineret samarbejde med forskellige kommunale tilbud, hvoraf en del er psykiatriske tilbud som eksempelvis bostøtte mv. Derudover er der koordination til familierådgivning mv. Dette emne behandles i afsnittet Tværsektorielt samarbejde. I det følgende vurderes det, hvorvidt DDHB er organiseret i overensstemmelse med de anvisninger for hjemmebehandling, som kunne udledes på baggrund af litteraturgennemgangen.

9.2.2 Organisering i forhold til opgaveudførelse

Det fremgik af litteraturgennemgangen, at hjemmebehandling skal være døgndækkende, tilgængelig alle dage hele året og hele døgnet. Der skal være hurtig respons, og behandlingsinterventionen skal også indebære støtte af en praktisk og social karakter. Ydermere at den akutte behandling skal pågå i en periode på mellem 2-6 uger, eller indtil krisen er løst, og patienten kan overdrages til anden behandling, hvis det er nødvendigt. Endvidere at medarbejderteamet er multidisciplinært sammensat. Og endelig at visitationen til indlæggelse eller hjemmebehandling går gennem DDHB-teamet. I det følgende undersøges, i hvor høj grad organiseringen af opgavevaretagelsen afspejler disse anbefalede anvisninger.

Tilgængeligheden er 24 timer i døgnet alle dage hele året rundt, og der er mulighed for besøg flere gange dagligt. DDHB-teamet kontakter henviste inden for 24 timer. Behandlingen søger at inddrage andre offentlige relevante instanser, og i den forbindelse arbejdes der med Åben Dialog-modellen. Det tværsektorielle samarbejde behandles mere indgående i nedenstående. Det vil sige, at DDHB er organiseret med henblik på intensiv, hurtig behandling, som er tilgængelig hele døgnet hele året rundt. Medarbejderne i DDHB-teamet er sygeplejersker, SOSU-assistenten og psykiatere, hvilket betyder, at DDHB-teamet er sammensat multidisciplinært. Det medfører, at organiseringen af opgavevaretagelsen på mange punkter er kongruent med de anvisninger, der blev opstillet på baggrund af litteraturgennemgangen. Der, hvor der kan stilles spørgsmål ved organiseringen af opgaveløsningen, er i forhold til varighed af behandlingsforløb, overlevering af behandlingsansvaret, spørgsmålet om oplevelsen af behandlingssammenhæng mellem forskellige sektorer og derudover visitationsopgaven for indlæggelse og hjemmebehandling.

Der er i interviewene med medarbejdere og patienter beskrevet flere langvarige behandlingsforløb, som har varet ud over akutfasen (jf. kapitel 6-8). Det kan skyldes flere forhold. De væsentligste, der blev fremhævet i de foregående kapitler, var for det første lange ventelister til den behandling, der skal overtage fra akutbehandlingen. For det andet at det er svært for såvel patienter som behandlere at afslutte

relationen. Behandlerne er blevet et sikkerhedsnet for patienterne, og behandlerne har svært ved at afslutte patienter, hvor de ikke kan være sikre på, at der er anden behandling til rådighed, som kan fortsætte patientens positive udviklingsforløb. Dette er problematisk, fordi hjemmebehandling ikke skal være ambulant stabiliserende behandling af flere grunde. For det første fordi at patienterne ikke har behov for så intensiv en behandling. Det betyder, at hjemmebehandling i disse situationer er mere indgribende i borgerens liv end anden psykiatrisk behandling ville være. Derudover er det formodentlig også betydeligt dyrere.

Det tværsektorielle samarbejde og visitationsproceduren behandles i nedenstående afsnit.

9.2.3 Tværsektorielt samarbejde

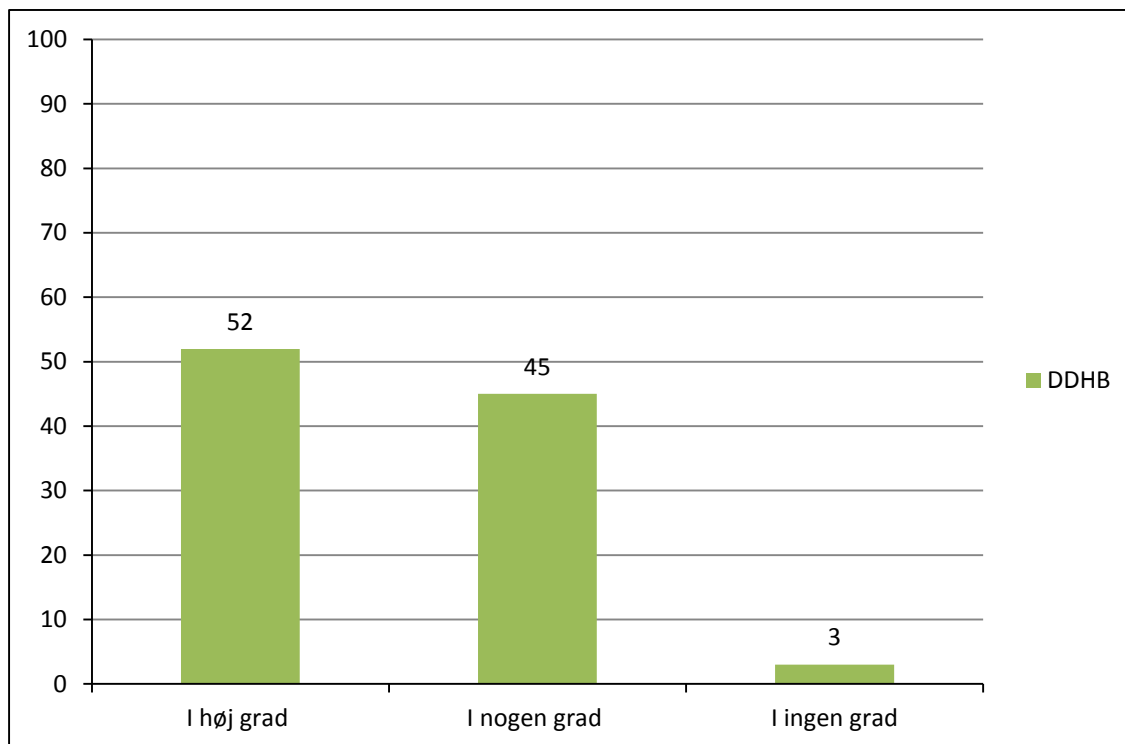
Det er en vision for Psykiatriens Hus at fremme samarbejdet mellem sociale og behandlingsmæssige indsatser. Dette med henblik på at patienterne oplever sammenhængende tilbud. Derfor er de forskellige behandlingstilbud samlet under samme tag i Psykiatriens Hus med henblik på at skabe rammer, som bidrager til at gøre samarbejdet relativt nemt.

I et akut behandlingsforløb og ved afslutningen skal der ofte koordineres med andre offentlige ydelser og behandlingsinitiativer. Eksempelvis vil et afsluttet behandlingsforløb ofte skulle fortsættes i anden behandlingsregi, eksempelvis daghospital, affektivt team, psykoseteam, angstklinik eller andre behandlingsforløb. Derudover skal der muligvis koordineres med andre sektorer omkring tilbud, eksempelvis kommunale tilbud såsom bostøtte, familierådgivning mv.

I Psykiatriens Hus arbejdes med Åben Dialog-modellen. Denne har til formål at levere et integreret behandlingsforløb, hvor indsatser fra det private netværk, Regionspsykiatrien, Socialpsykiatrien, Socialektoren og Jobcenter udarbejder fælles koordinerende indsatser ([jf. psykiatrien.rm.dk](http://jf.psykiatrien.rm.dk) og Psykiatrienshus.silkeborgkommune.dk).

Ud over disse koordineringsopgaver forestår der også koordineringsopgaver i forbindelse med Akut døgn, hvor kommunen og region i fællesskab har ansvar for i alt 12 sengepladser. Sengepladserne giver mulighed for intensiv behandling for patienter i en afgrænset periode.

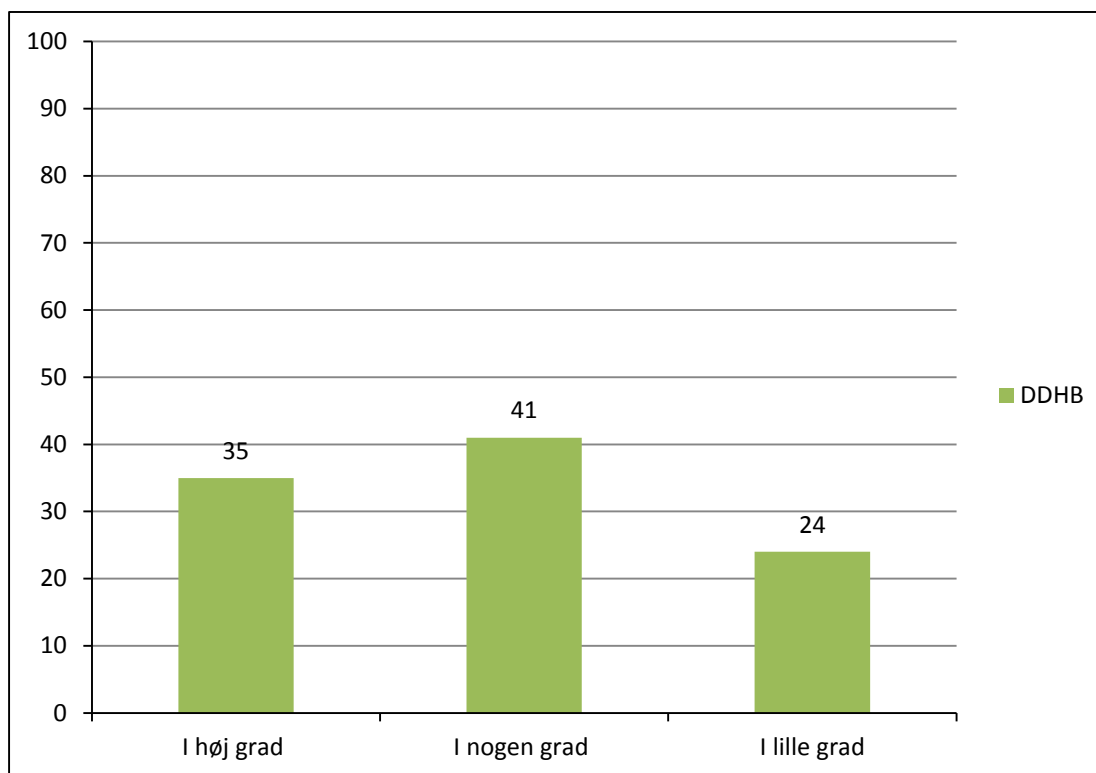
Spørgsmålet er, om patienterne oplever sammenhæng mellem de forskellige tilbud og ydelser, som de tilbydes i deres behandlingsforløb. På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen og til dels interviewundersøgelsen med patienter og pårørende er det muligt at give en idé om, i hvor høj grad patienter oplever at få den hjælp, de har brug for, og i hvor høj grad der er sammenhæng mellem de tilbud, de får tilbud i behandlingsforløbet. Dette er spørgsmålet for den følgende analyse.

Figur 9.2 Oplever et behov for at offentlige instanser samarbejder for at få et godt behandlingsforløb. Pct.

Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut Psykiatrisk behandling – Et alternativ til indlæggelse. N = 31. Spørgsmålet lød: "Jeg oplever et behov for, at offentlige instanser samarbejder for, at jeg kan få et godt behandlingsforløb?" Spørgsmålet kunne besvares med henholdsvis ja, i høj grad; ja, i nogen grad; nej, kun i begrænset omfang; nej, slet ikke. Der var én, som havde besvaret med nej, slet ikke, vedkommende er medtaget i tabellen i kategorien i ingen grad. Spørgsmålet blev kun stillet til patienter, som fik døgndækkende hjemmebehandling.

Det fremgår af figur 9.2, at stort set alle patienter enten i høj grad eller i nogen grad oplever et behov for, at offentlige instanser samarbejder for at give et godt behandlingsforløb. Det vil sige, at Psykiatriens Hus' vision om at skabe sammenhængende behandlingsforløb er efterspurgt fra patienters side.

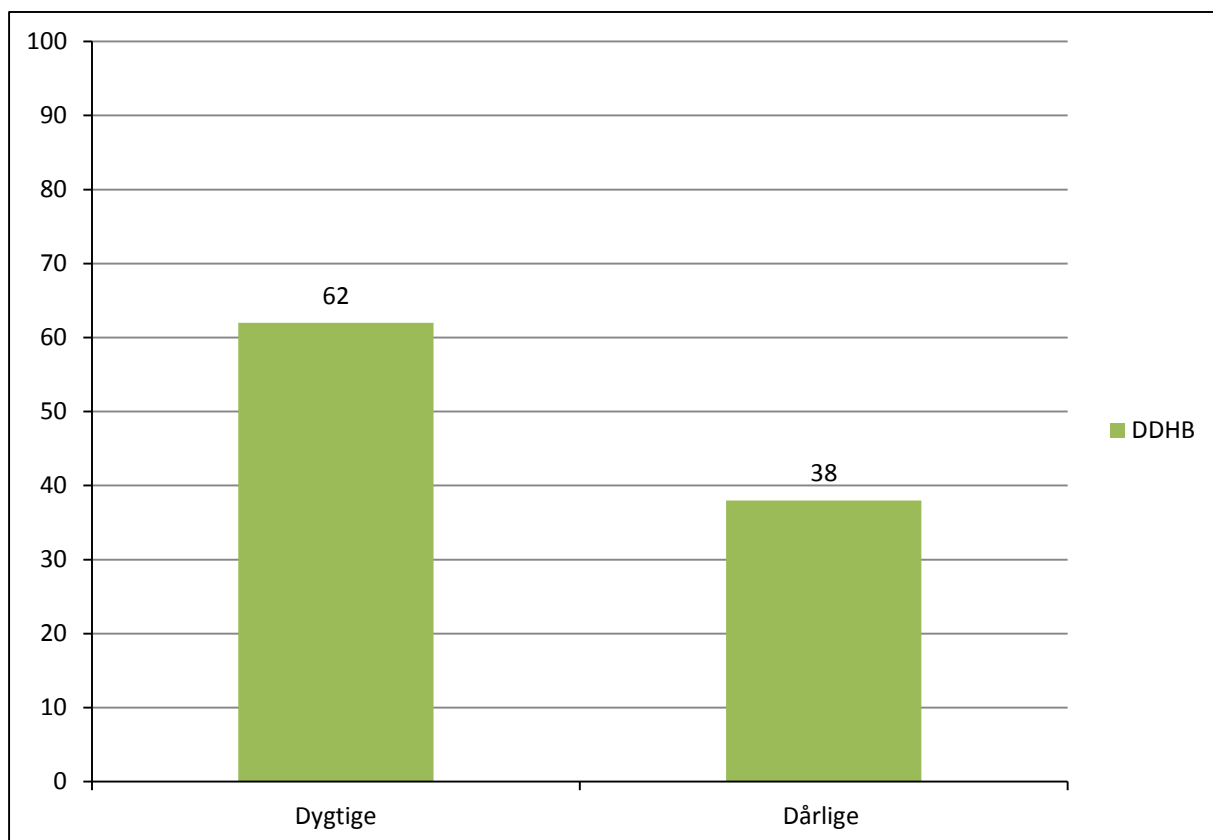
Patienterne er desuden blevet spurgt om, hvorvidt de har oplevet at få hjælp fra offentlige instanser, når de har haft brug for det. Patienternes besvarelse fremgår af figur 9.2

Figur 9.3 Oplever at have fået hjælp fra offentlige instanser, når man har haft brug for det. Pct.

Det fremgår af figur 9.2, at omkring en tredjedel oplever, at de har fået den hjælp, de som de havde brug for fra de offentlige instanser. Lidt mere end en tredjedel siger i nogen grad, mens cirka hver fjerde siger i lille grad. Det betyder, at i forhold til, at patienter oplever, at de får den hjælp, de har brug for fra offentlige instanser, er der et udviklingsområde. Spørgsmålet, som denne undersøgelse ikke svarer på, er på hvilke områder der mest brug for hjælp, og hvor det er, der opleves den største mangel.

Figur 9.3 illustrerer patienternes vurdering af, hvor godt der samarbejdes mellem forskellige offentlige instanser. Mere end halvdelen angiver, at de er mest enige i, at de har oplevet, at offentlige myndigheder har været gode til at samarbejde. Knap 40 pct. angiver, at de er mest enige i, at de offentlige myndigheder har haft svært ved at samarbejde. Det tyder på, at samarbejdet i praksis er mindre godt set i forhold til patienternes behov, hvilket vil sige at der er et udviklingspotentiale på dette område.

Figur 9.4 Oplevelse af de offentlige instansers evne til at samarbejde. Pct.



Døgndækkende Hjemmebehandling. Akut Psykiatrisk behandling – Et alternativ til indlæggelse (n = 29). Spørgsmålet lød: Spørgsmålet lød: "Forestil dig, at to personer diskuterer. En person udtaler én holdning, og en anden person udtaler en anden holdning. Angiv, hvem du er mest enig med: A siger: Jeg har oplevet, at de offentlige myndigheder har været hurtige og dygtige til at samarbejde. B siger: Jeg har oplevet, at de offentlige myndigheder har haft svært ved at samarbejde.

9.3 Visitation til hjemmebehandling – Gatekeeper-funktion

Akutte psykiatriske patienter i Silkeborg Kommune skal henvises til enten indlæggelse eller hjemmebehandling. I litteraturen anbefales det, at visitationen foregår gennem hjemmebehandler-team. Årsagen til dette er, at personale uden kendskab til hjemmebehandling visiterer for få patienter til hjemmebehandling pga. manglende indsigt i behandlingstilbuddet. Det betyder, at der henvises for få patienter til hjemmebehandling og for mange til indlæggelser. Dermed behandles patienter på en mere indgribende og en dyrere måde. I økonomiafsnittet i litteraturgennemgangen blev der argumenteret for, at såfremt visitationen til behandling foregår gennem hjemmebehandler-team, kan der spares 630 £ pr. patientforløb over 28 dage (jf. kapitel 4).

Visitationsproceduren er i dag således, at der visiteres uden om DDHB-teamet efter kl. 16 på hverdage og indtil kl. 8 om morgen samt lørdag og søndag. I disse perioder foregår visitation til behandling gennem

modtagelsen på Psykiatrisk Hospital, Risskov. På baggrund af indsigterne fra litteraturstudiet er det ikke forventeligt, at personalet på modtagelsen har indsiget i DDHB's behandlingsform og derfor er opmærksom på, at når der kommer en borger ind fra netop Silkeborg Kommune er der et akut psykiatrisk tilbud, som skal overvejes. Det er langt mere sandsynligt, at medarbejderen har det samme fokus på en Silkeborg-patient som på enhver anden patient: bedst mulig psykiatrisk behandling – hurtigst muligt. Dette initierer ikke til, at personalet stopper op og tænker, at patienten skal op på videokonference næste dags morgen med psykiateren fra Silkeborg for at få igangsat en egentlig behandling og evt. overflytning til Silkeborg.

Visitationsproceduren således som den er i dag kan derfor beskrives som en gatekeeper-funktion vendt på hovedet. Normalt anvendes gatekeeper som evaluator for nødvendigheden af at få tilbudt indgribende og dyre behandlingsformer. Det er argumentet for, at praktiserende læger er gatekeepere i forholdt til henvisninger til eksempelvis indlæggelser, undersøgelser mv. I tilfældet med DDHB bliver det den dyre og relativt indgribende behandlingsinstans, der er gatekeeper for den billigere og mindre indgribende hjemmebehandling. Det tyder på, at det fulde potentiale for hjemmebehandling ikke er udnyttet, og at der både er flere penge at spare og en mulighed for at tilbyde en mindre indgribende behandling til flere borgere.

I det følgende samles der op på gennemgangen af organiseringen af DDHB ved Psykiatriens Hus i Silkeborg.

9.4 Opsummering

På baggrund af litteraturstudiet blev der indledningsvis opstillet centrale karakteristika, som flere studier har påpeget, er vigtige for, at hjemmebehandling kan være et alternativ til indlæggelse. I kapitlet er det undersøgt, om de organisatoriske karakteristika er til stede ved DDHB i Silkeborg. Derudover er DDHB's organisering i Regionspsykiatrien beskrevet, hvor det centrale punkt er, at den psykiatriske behandling i Silkeborg er på hovedfunktionsniveau. Dette betyder, at meget komplekse patientforløb skal henvises til afdelinger med specialefunktionsniveau.

De forhold, som er centrale og er en del af organisationsstrukturen i Silkeborg, er for det første tilgængelighed for behandling hele døgnet alle ugens dage hele året. Dernæst er det beskrevet, at det er muligt at få hjemmebehandling flere gange dagligt, at der er hurtig respons, og det er et intensivt forløb, som tilbydes. Endvidere at behandlerteamet er sammensat multidisciplinært.

De forhold, som er problematiseret er følgende: Der er i ved DDHB udfordringer i forhold til at få patienter afsluttet, når den akutte situation er overstået. Det skyldes i høj grad ventetider i forhold til viderebehandling samt det forhold, at det er en udfordring både for patienter og behandlere at afslutte et forløb, specielt når der ikke er behandling, der kan videreføre den positive behandlingsudvikling. Derudover

er der på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen argumenteret for, at der er et udviklingspotentiale i forhold til at skabe bedre sammenhæng i patientforløbene. Dette skal ske gennem en bedre koordination af forskellige offentlige instanser samarbejde omkring patientforløb.

Derudover forestår DDHB-teamet kun visitationen til hjemmebehandling i et begrænset tidsrum fra 8-16 på hverdage. I et litteraturstudie er det påvist, at der er penge at spare ved at lade hjemmebehandler-team forestå visitationen. Vigtigere er det dog, at såfremt patienter, som er egnet til hjemmebehandling indlægges i stedet for få hjemmebehandlingen, vælges en behandlingsform, som er væsentlig mere indgribende i borgerens liv.

10 Konklusion

I denne rapport er det undersøgt, i hvor høj grad Døgndækkende (psykiatrisk) hjemmebehandling kan siges at være et alternativ til psykiatrisk behandling gennem indlæggelse.

I indledningen blev følgende underspørgsmål opstillet med henblik på at besvare den overordnede problemstilling omkring hvorvidt, døgndækkende hjemmebehandling kan siges at være et alternativ til indlæggelse.

8. Er hjemmebehandling et lige så sikkert behandlingstilbud som indlæggelse? Konkret er spørgsmålet, om der er flere selvmord eller selvmordsforsøg forbundet med hjemmebehandling. Derudover om der er flere overfald eller mord forbundet med hjemmebehandling?
9. Er der patientgrupper, for hvem anvendelsen af DDHB er mere relevant end for andre?
10. Kan det sandsynliggøres, at DDHB reducerer indlæggelser, genindlæggelser og sengedage?
 - a. Hermed søges det besvaret, om DDHB kan siges at være en mindre indgribende behandling?
 - b. Hermed søges også en besvarelse af, om DDHB er en billigere behandlingsform?
11. Hvordan er behandlingen?
 - a. Hvordan beskrives behandlingen i diverse retningsgivende dokumenter?
 - b. Hvordan beskriver personale (hjemmebehandlere, psykiatere mv.) behandlingen?
 - c. Hvordan oplever patienter behandlingen?
12. Hvorledes oplever patienter behandlingen?
 - a. Hvad angiver patienterne som fordele og ulemper ved DDHB og indlæggelse?
 - b. Er patienterne tilfredse med behandlingen?
13. I hvor høj grad er der målopfyldelse for ambitionen om sammenhængende behandlingsforløb? Dette søges besvaret primært fra et patientperspektiv.
14. I hvor høj grad er DDHB organiseret med henblik på bedst mulige opgaveløsning i forhold akut psykiatrisk hjemmebehandling?

10.1 Design og metoder

Spørgsmålene er søgt besvaret gennem anvendelse af flere forskellige metoder for derigennem at belyse problemstillingen fra forskellige vinkler. Evalueringsdesignet og de anvendte metoder fremgår af kapitel 3.

Der er anvendt et komparativt design, hvor DDHB sammenlignes med indlæggelsesbehandling. Silkeborg Kommune er den eneste kommune i Danmark og dermed Region Midtjylland, som har døgndækkende hjemmebehandling. Der er derfor sammenlignet med andre kommuner i Region Midtjylland i forhold til indlæggelsesforbrug mv. I forhold til patientevaluering af de forskellige behandlingsformer er der sammenlignet mellem patienter indlagt på Psykiatrisk Hospital, Risskov og patienter i behandlingsforløb

ved Døgndækkende hjemmebehandling. Derudover sammenlignes der også over tid, hvor spørgsmålet er, hvad udviklingen har været i Silkeborg kontra andre kommuner.

Metoderne, som er anvendt, er et litteraturstudie med henblik på at belyse den viden, der er fra internationale studier omkring døgndækkende psykiatrisk hjemmebehandling specielt sammenlignet med indlæggelsesbehandling. I den internationale litteratur betegnes behandlingsformen ofte *Crises Resolution Home Treatment* (CRHT). Indsigterne fra litteraturstudiet er anvendt som evalueringsstandarder og opstillet i indledningerne i kapitlerne. Dette med henblik på at undersøge om praksis i Døgndækkende hjemmebehandling er i overensstemmelse med anbefalingerne, således som de kan udledes på baggrund af litteraturstudiet.

Der er anvendt sekundære data i form af data fra InfoRM, DRG-grupperet LPR data mv. til at belyse indlæggelser, sengedage, omkostningerne ved indlæggelse mv. for at få en idé om, hvorvidt det kan hævdes, at DDHB reducerer indlæggelser, sengedage mv. og dermed er en økonomisk besparelse.

Der er indsamlet kvalitative (primært) personlige interviews med hjemmebehandlere, psykiatere, patienter og pårørende ved det døgndækkende hjemmebehandlingstilbud. Interviewene er indsamlet med henblik på at belyse praksis for hjemmebehandlingen og vurderinger af hjemmebehandlingen. Derudover har interviewene fungeret som inspiration i forhold til at udarbejde spørgeskemaundersøgelsen.

Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført blandt patienter i hjemmebehandling i Silkeborg og patienter indlagt på Psykiatrisk Hospital, Risskov, fra Favrskov og Silkeborg Kommuner.

På baggrund af disse metoder er spørgsmålene søgt besvaret. I det følgende konkluderes på spørgsmålene.

10.1.1 Er psykiatrisk hjemmebehandling et sikkert tilbud?

Spørgsmålet om, hvorvidt psykiatrisk hjemmebehandling kan hævdes at være et sikkert behandlingstilbud sammenlignet med indlæggelser, er besvaret på baggrund af litteraturstudiet. På baggrund af dette er der ikke dokumentation for en forøget risiko for uforklarlige dødsfald eller selvmordsrisiko.

10.1.2 Hvilke patienter har gavn af døgndækkende hjemmebehandling?

Spørgsmålet om, hvilke patienter der er egnet (og ikke egnet) til hjemmebehandling, er belyst i flere kapitler. For det første er det belyst i litteraturstudiet (1), kapitlet, hvor ydelsen beskrives (2) og under behandler- og patientperspektivet (kapitel 3 og 4).

Den afgrænsning af patientgruppen, som kan udledes på baggrund af litteraturstudiet, er, at DDHB er egnet til patienter, som ikke er udadreagerende, og patienter hvis deres selvmordsimpulser kan kontrolleres gennem aftaler. Sagt på en anden måde: Akutte psykiatriske patienter, som er udadreagerende, og

patienter, hvor selvmordsmotivationen ikke kan kontrolleres, skal indlægges. Derudover skal patientgruppen afgrænses til akutte patienter, hvilket vil sige, at når patienternes tilstand er stabiliseret, skal behandlingsansvaret overleveres til andre instanser.

I litteraturstudiet angives affektive patienter – specielt depressive patienter at være den patientgruppe, som har størst nytte af hjemmebehandling. Flere patientgrupper er i mindre grad egnede til hjemmebehandling. Det er psykotiske patienter, patienter med misbrugsproblemer, patienter med organiske lidelser, patienter som ikke kan eller vil indgå aftaler omkring deres behandling, patienter som tidligere har været indlagt under tvang, udadreagerende patienter og stærkt selvmordstruede patienter.

I rapporten er det beskrevet, at afgrænsningen i forhold til indlæggelsesbehandling kan være en udfordring, hvilket der gives udtryk for blandt enkelte patienter og til en vis grad blandt personalet i DDHB. Den største udfordring i forhold til afgrænsningen af patientgruppen eksisterer dog i forhold til afslutningen af behandlingsforløb, når patienterne ikke længere er akutte. Hjemmebehandlerne beskriver, at det er svært at afslutte behandlingsforløb i situationer, hvor der ikke er anden behandling, som kan træde i stedet pga. ventelister. Derudover beskriver flere behandlere, at de har opbygget en personlig relation til patienterne, og den kan være svær at afslutte. Det samme beskriver patienterne. De betegner deres behandlere som deres sikkerhedsnet og oplever afslutningen af det døgndækkende behandlingsforløb som meget utrygt.

10.1.3 Kan døgndækkende hjemmebehandling reducere indlæggelser

På baggrund af litteraturstudiet blev der opstillet en forventning om, at DDHB reducerer indlæggelser og genindlæggelser og dermed indlæggelsesomkostningerne. Psykiatriske indlæggelserne for Silkeborg borgere er reduceret siden 2008, hvor der var sengeafsnit i Silkeborg. Det afspejler sig i en reduktion til udgifterne ved indlæggelse på 17 mio. kr., når udgifterne i 2008 og 2013 sammenlignes. Denne reduktion i udgifterne til indlæggelser skal sammenlignes med, at der generelt i Region Midtjylland er sket en stigning i udgifterne til indlæggelse. Det tyder altså på, at DDHB kan reducere indlæggelser, og dermed kan der spares penge. Den samlede regionale udgift til Psykiatriens Hus er omkring 40 mio., hvoraf det skønnes, at DDHB koster mindre end en tredjedel. Der er derfor penge at spare ved at lade DDHB erstatte indlæggelser. Reduktionen i indlæggelser er dog ikke nødvendigvis kun et spørgsmål om at spare penge. Ambitionerne for behandling i sundhedsvæsenet og specielt i psykiatrien er 'mindst mulig indgriben i borgerens liv' og 'behandlingsindsatser tæt på borgerens hverdagsliv'. I dette perspektiv er hjemmebehandling en langt mindre indgribende behandling end en indlæggelse. Dette beskrives i flere interviews med patienter som en meget stor fordel ved hjemmebehandlingen.

10.1.4 Hvad består behandlingen af?

I forhold til de spørgsmål, der indledningsvis blev stillet på baggrund af litteraturstudiet vedrørende tilfredshed, afgrænsning af patientgruppen, fordele og ulemper ved hjemmebehandling samt pårørendeinddragelse har gennemgangen i kapitlet sandsynliggjort, at hjemmebehandling er en behandlingsform, der er mindst lige så stor tilfredshed med som indlæggelse.

På baggrund af litteraturstudiet blev der opstillet nogen essentielle karakteristika for behandlingsformen, som det primært i kapitel X er undersøgt, om er tilstede. Behandlingen skal indeholde en omfattende risiko- og symptomvurdering, en vurdering af funktionsniveau, sociale omstændigheder og patientens somatiske helbredstilstand. Der skal udarbejdes en handlingsplan, som påbegyndes og gerne indbefatter et medicinsk behandlingsforløb samt psykologiske interventioner, undervisning, vejledning mv. Der skal være mulighed for hyppig kontakt til hjemmebehandlere hele døgnet, alle dage året rundt.

Disse dele af den samlede behandlingsindsats er alle til stede ved DDHB. Derudover har DDHB implementeret Akut Døgntilbud, som er en mulighed for at få stillet et hotellignede værelse til rådighed i Psykiatriens Hus. Når patienter har ophold i Akut Døgn, har de mulighed for en mere intensiv behandling. Endvidere praktiserer DDHB ECT-behandling som ambulans behandling, hvilket vil sige, at patienter køres til Risskov og får behandling, hvorefter de køres tilbage til Silkeborg, hvor de enten hentes af pårørende eller har et kortere ophold i Akut Døgn.

10.1.5 Hvordan oplever patienterne behandlingen?

Patientperspektivet er undersøgt i kapitel 8. I kapitlet er det sandsynliggjort, at hjemmebehandling er en behandlingsform, der er mindst lige så stor tilfredshed med som indlæggelse.

Patienterne angiver, at den centrale fordel ved hjemmebehandling er, at det foregår i hjemmet. Det giver mulighed for, at patienten kan opretholde et hverdagsliv og fortsætte med de af patientens hverdags- og familiære forpligtelser, som patienten kan overkomme. Hjemmebehandlingen angives i den forbindelse at give støtte til, at patienten kan løfte nogle af disse forpligtelser. Derudover fremhæves de undervisningsforløb, der har til hensigt at understøtte, at patienten bliver i stand til at håndtere sin situation og eventuelt fremtidige svære perioder. Et væsentligt forhold, som angår, at behandlingen foregår i hjemmet, er, at patienterne oplever, at patientrollen bliver mindre fremtrædende, fordi de fortsat har deres andre roller og fortsat bor hjemme.

Ulemperne ved hjemmebehandling angives at være den indirekte kommunikation med psykiatere og det faktum, at afslutningen af behandlingsforløb føle som utrygge, fordi relationen til behandleren opleves som

et sikkerhedsnet af patienten. Derudover påpeges, at dårlig opførsel hos en behandler fremstår som meget grænseoverskridende, fordi det sker i patientens hjem.

Pårørendeinddragelse blev også behandlet i kapitlet. Pårørendeinddragelsen angives som central for behandlingen af flere grunde. For det første fordi de pårørende kan være med til at give et mere fuldstændigt billede af patientens situation. Derudover fordi de pårørende, såfremt de får den rigtige støtte, kan forbedre behandlingen for patienten. De fleste patienter oplever, at det har værdi for deres behandling, at pårørende inddrages.

10.1.6 Er der sammenhæng i behandlingsforløb?

I rapporten er patienternes oplevelse af sammenhæng i deres behandlingsforløb undersøgt. Der er argumenteret for, at der er et udviklingspotentiale i forhold til at skabe bedre sammenhæng i patientforløbene. Dette skal ske gennem en bedre koordination af forskellige offentlige instansers samarbejde omkring patientforløb.

10.1.7 Organisering af DDHB

På baggrund af litteraturstudiet blev flere centrale organisatoriske karakteristika fremhævet i forhold til at understøtte optimal hjemmebehandling, således at denne kan fungere som alternativ til indlæggelse. Det er undersøgt, om disse karakteristika er til stede ved DDHB i Silkeborg. Forhold, som er centrale, er tilgængelighed for behandling hele døgnet alle ugens dage hele året. Dernæst er det beskrevet, at det er muligt at få hjemmebehandling flere gange dagligt, at der er hurtig respons, og det er et intensivt forløb, som tilbydes. Endvidere at behandlerteamet er sammensat multidisciplinært. Dette er organisatoriske karakteristika, som er til stede ved DDHB.

De forhold, som er problematiseret, er følgende: Der er i ved DDHB udfordringer i forhold til at få patienter afsluttet, når den akutte situation er overstået. Det skyldes til dels ventetider i forhold til viderebehandling.

Derudover forestår DDHB-teamet kun visitationen til hjemmebehandling i et begrænset tidsrum fra 8-16 på hverdage. I et litteraturstudie er det påvist, at der er penge at spare ved at lade hjemmebehandler-team forestå visitationen. Vigtigere er det dog, at såfremt patienter, som er egnet til hjemmebehandling indlægges i stedet for få hjemmebehandlingen, vælges en behandlingsform, som er væsentlig mere indgribende i borgerens liv.

10.2 Opsummering

Konklusionen på evalueringen af DDHB ved Psykiatriens Hus i Silkeborg er, at hjemmebehandling er et behandlingstilbud, som kan reducere indlæggelser. Indlæggelser er en relativt dyr behandling, og det er

relativt indgribende behandling. Hjemmebehandling er sandsynligvis noget billigere, og det er en væsentligt mindre indgribende behandling. Patienter har med hjemmebehandling i højere grad mulighed for at fortætte de dele af deres hverdagsliv, som deres funktionsniveau tillader.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på at hjemmebehandling ikke er et egnet behandlingstilbud til alle akutte psykiatriske patienter. Det er ikke hensigtsmæssigt at hjemmebehandle patienter, der har ukontrollable selvmordsimpulser eller er udadreagerende. Disse skal fortsat behandles med indlæggelse.

11 Litteraturliste

- (1) Region Midt SK. Oplæg- Den fremtidige psykiatri i Silkeborg
- Et samarbejds- og udviklingsprojekt mellem Silkeborg Kommune og Region Midtjylland. November 2008, 2 version; Available at: http://www.regionmidtjylland.dk/politik/regionsr%C3%A5dets+m%C3%B8der/visdagsorden?file=17-12-2008/Aaben_dagsorden/Bilag/Punkt_3_Bilag_1_-_PDF. Accessed November, 2008.
- (2) Region Midtjylland, Psykiatri og social, Planlægningsafdelingen. Retningslinjer for shared care, mobilteams og opsøgende funktioner. . 2009; Available at: http://www.regionmidtjylland.dk/politik/udvalg/r%C3%A5dgivende+udvalg/tidligere+r%C3%A5dgivende+udvalg/psykiatri+og+social/r%C3%A5dgivende+udvalg+vedr-c8-+psykiatri-og+socialomr%C3%A5det/visdagsorden?file=10-08-2010/Aaben_dagsorden/Bilag/Punkt_17_Bilag_1_-_pdf, 2009.
- (3) Region Midt SK. Statusnotat- Den fremtidige psykiatri i Silkeborg. December 2008; Available at: <http://dagsordener.silkeborgkommune.dk/files/Silkeborg/Forsidenyheder%20-%20Billeder%20-%20emneopdelt/Politik%20og%20demokrati%20-%20ESDH/ESDH/Socialudvalget/2010/September/14-09-2010%201300/117%20-%20Status%20-%20Psykiatriens%20Hus/7305356.PDF>. Accessed 17 December, 2008.
- (4) Region Midtjylland, Psykiatri og social. Psykiatri plan, 2008 . 2008; Available at: <http://www.regionmidtjylland.dk/psykiatri+og+social/planer+og+aftaler/opdateret+psykiatriplan/psykiatriplan+2008>, 2008.
- (5) Region Midt. Psykiatriplan, Region Midt 2013- 2020. 2013; Available at: <http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundhedsplanlægning/Holgers%20Mappe/psykplan%2013%2016/Psykiatriplan%20til%20RR%20200313.pdf>, 2013.
- (6) Regeringen. Sundere liv for alle
Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. Januar 2014; Available at: http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-Maal-2.ashx. Accessed Januar, 2014.
- (7) Heath DS. Home Treatment for acute Mental Disorders- An Alternative to Hospitalization. 1. edition ed. New York, NY 10016: Brunner & Routledge; 2005.
- (8) Dagens medicin. Psykiatriens Hus vinder den guldne skalpel. 2012; Available at: <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/psykiatri/psykiatriens-hus-vinder-den-guldne-skalpel/>. Accessed September, 2012.
- (9) Rapport fra Regeringens udvalg om Psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. . Oktober 2013; Available at: <http://www.sm.dk/data/Dokumentertilpublikationer/Publikationer-2013/En%20moderne,%20%C3%A5ben%20og%20inkluderende%20indsats%20for%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser/En%20moderne%20%C3%A5ben%20og%20inkluderende%20indsats.pdf>. Accessed Oktober, 2013.

- (10) Olejaz M, Nielsen AJ, Rudkjøbing A, Birk HO, Krasnik A, Quevedo- Hernandez C. Health Systems in Transition: Denmark
Health system review. Vol.14 No.2 2012 ed. WHO Regional Office for Europe, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark: University of Copenhagen; Published 2012.
- (11) Papanicolas lea. Health System Performance Comparison
An agenda for policy, information and research. 1. edition ed. Open University Press, England: Open University Press; published 2013.
- (12) Kragh JV. Psykiatriens historie i Danmark. 1.oplag ed. Khb: Hans Reitzels Forlag; 2008.
- (13) Madsen A. Psykiatriens historie i Danmark. 2009;20:87-100.
- (14) Jensen J. Pårørende til psykisk syge- et uudnyttet potentiale for samfundsøkonomien. 2013;Vol.10(Nr.1):65-73.
- (15) Politikken, Schmidt AL. Kontroversielt forslag fra overlæge: Forbyd al medicin mod psykiske sygdomme. 2014; Available at: <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2175044/kontroversielt-forslag-fra-overlaege-forbyd-al-medicin-mod-psykiske-sygdomme/>. Accessed 6. Januar, 2014.
- (16) World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. 2013; Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1, 2013.
- (17) Pedersen KM, Bech M, Vrangbæk K. The Danish Health Care System:
An Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats
The Consensus Report. 2012; Available at: http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/ConsensusReportDanishHealth_final.pdf, 2012.
- (18) Jacobsen RH. Effekt af pårørendeinddragelse i behandlingen af mennesker med psykisk sygdom . 2011:1-31.
- (19) Sundhedsstyrelsen, Danish Health and Medicines Authority. Specialevejledning for psykiatri. oktober 2013; Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/specialeplan-2010/~media/DA72AA7D62B244E7861A3134C13C35EA.ashx?m=.pdf>. Accessed Oktober, 2013.
- (20) Sundhedsstyrelsen, National Board of Health. Generelle principper, krav og anbefalinger for specialeplanlægning . 13. november 2008; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/~media/44D0A6ECBB5E45F2AF8C488BF73440.ashx>. Accessed 13. november, 2008.
- (21) Larsen FBF, K, Lasgaard M, Pedersen MHea. Hvordan har du det?
Sundhedsprofil for region og kommune 2013. 2014; Available at: <http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Udgivelser/Befolkningsunders%C3%B8gelser/HVORDAN%20HAR%20DU%20DET/Hvordan%20har%20du%20det%202013/HHDD-hovedrapport%202013.pdf>, 2014.
- (22) Larsen FB, Ankersen PV, Poulsen S. Hvordan har du det?
Sundhedsprofil for region og kommuner/ voksne. 2011; Available at: http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Projekter/HHDD%20-%20sundhedsprofil/HVORDAN%20HAR%20DU%20DET_2010/Rapporter%20-

[%20sundhedsprofil%202010/Hvordan%20har%20du%20det%202010_hovedrapport_samlet_til%20CFF.pdf](#), 2011.

(23) Region midtjylland AR. Oversigt over alle afdelinger på AUH Risskov samt ambulante enheder. Available at: <http://www.regionmidtjylland.dk/psykiatri+og+social/psykiatri/oversigt+over+alle+afdelinger>.

(24) Peters BG. Comparative Politics
Theory and Methods. 1. edition ed. Wasington Square, New York: New York University Press; 1998.

(25) King G, Keohane RO, Verba S. Designing Social Inquiry
Scientific Inference in Qualitative Research. 1 edition ed. Princeton, New Jersey: The Princeton University Press, Princeton; 1994.

(26) Tuftte ER. Data Analysis for Politics and Policy. 1 edition ed. New Jersey: New Jersey, Prentice-Hall; 1974.

(27) Sundhedsstyrelsen, Danish Health and Medicines Authority. Litteraturvurdering
Checklister til systematisk litteratur vurdering. 2012; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/medicinsk-teknologivurdering-mtv/litteraturvurdering>. Accessed August, 2012.

(28) Nielsen CGA, Dürr DW, Linde ISC, Nielsen SC. Implementering af Psykiatrisk Hjemmebehandling; Crisis Resolution and Home Treatment til voksne psykiatriske patienter i Danmark
- En Medicinsk Teknologivurdering. 2012;1.

(29) Kvale S. Interview. 9.oplæg ed. Kbh: Hans Reitzels forlag; 1994.

(30) Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Schizophr Bull 2012 Jun;38(4):676-677.

(31) McCrone P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Houlst J, et al. Economic evaluation of a crisis resolution service: A randomised controlled trial. Epidemiol Psichiatr Soc 2009;18(1):54-58.

(32) McCrone Paul, Johnson S. Impact of a crisis resolution team on service costs in the UK. 2009; Available at: <http://pb.rcpsych.org/content/33/1/17.full.pdf+html>, 2009.

(33) McCrone Paul et al. Model to Asses the Economic Impact of Integrating CRHT and Inpatient Services. 2007; Available at: http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2007/12/07085_economic_impact.pdf. Accessed December, 2007.

(34) Johnson S. Crisis resolution and intensive home treatment teams. Psychiatry (GBR) 2007;6(8):339-342.

(35) Hubbeling D, Bertram R. Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. J Ment Health 2012 Jun;21(3):285-295.

(36) Reynolds I, Jones JE, Berry DW, Houlst JE. A crisis team for the mentally ill: the effect on patients, relatives and admissions. Med J Aust 1990 Jun 18;152(12):646-652.

(37) Morgan S, Hunte K. One foot in the door. MENT HEALTH TODAY 2008 03:32-35.

- (38) Sjolie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010 Dec;17(10):881-892.
- (39) McGlyn P. Crisis Resolution and Home Treatment
A practical guide. 2006; Available at: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Crisis_resolution_and_home_treatment_guide.pdf, 2006.
- (40) Ferris LE, De Siato C, Sandercock J, Williams JI, Shulman KI. A descriptive analysis of two mobile crisis programs for clients with severe mental illness. *Can J Public Health* 2003 2003;94(3):233-237.
- (41) Fenton WS, Mosher LR, Herrell JM, Blyler CR. Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1998 Apr;155(4):516-522.
- (42) Johnson S, Nolan F, Hoult J, White IR, Bebbington P, Sandor A, et al. Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *Br J Psychiatry* 2005 Jul;187:68-75.
- (43) Bergerud T, Moller P, Larsen F, Veenstra M, Ruud T. A community short-term crisis unit does not reduce acute admissions to psychiatric wards. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009 Oct 8;129(19):1973-1976.
- (44) Hugo M, Smout M, Bannister J. A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *AUST NZ J PSYCHIATRY* 2002 08;36(4):504-508.
- (45) Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *The British Journal of Psychiatry* 2006;189:441-445.
- (46) Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *Br J Psychiatry* 2011 Jul;199(1):71-76.
- (47) Jethwa K, Galappathie N, Hewson P. Effects of a crisis resolution and home treatment team on in-patient admissions. *Psychiatric Bulletin* 2007;31(5):170-172.
- (48) Tyrer P, Gordon F, Nourmand S, Lawrence M, Curran C, Southgate D, et al. Controlled comparison of two crisis resolution and home treatment teams. *Psychiatr* 2010;34(2):50-54.
- (49) Barker V, Taylor M, Kader I, Stewart K, Fevre PL. Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *The Psychiatrist* 2011;35(3):106-110.
- (50) Adesanya A. Impact of a crisis assessment and treatment service on admissions into an acute psychiatric unit. *AUSTRALAS PSYCHIATRY* 2005 06;13(2):135-139.
- (51) California's revised community support system project to conduct a state-local demonstration and replication in a six county rural area in northern California. *ABSTR HEALTH CARE MANAGE STUD* 1979;16(1).
- (52) Brimblecombe N, O'Sullivan G, Parkinson B. Home treatment as an alternative to inpatient admission: Characteristics of those treated and factors predicting hospitalization. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10(6):683-687.

- (53) Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T. Treatment and outcomes of crisis resolution teams: A prospective multicentre study. *BMC Psychiatry* 2011;11.
- (54) Cotton MA, Johnson S, Bindman J, Sandor A, White IR, Thornicroft G, et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry* 2007 Oct 2;7:52.
- (55) Onyett S, Linde K, Glover G, Floyd S, Bradley S, Middleton H. Implementation of crisis resolution/home treatment teams in England: National Survey 2005-2006. *Psychiatric Bulletin* 2008;32(10):374-377.
- (56) Onyett S, Linde, Karen, Glover, Gyles. A national Survey of Crisis resolution Teams in England. 2006; Available at: <http://eprints.nottingham.ac.uk/789/1/national-crisis-resolution-team-survey.pdf>, 2006.
- (57) Winness MG, Borg M, Kim HS. Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *J Ment Health* 2010 Feb;19(1):75-87.
- (58) Middleton H, Shaw R, Collier R, Purser A, Ferguson B. The dodo bird verdict and the elephant in the room: A service user-led investigation of crisis resolution and home treatment. *HEALTH SOCIOL REV* 2011 06;20(2):147-156.
- (59) Karlsson B, Borg M, Kim HS. From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. *Nurs Inq* 2008 Sep;15(3):206-215.
- (60) Noble LM, Douglas BC. What users and relatives want from mental health services. *Current Opinion in Psychiatry* 2004;17(4):289-296.
- (61) Agar-Jacomb K, Read J. Mental health crisis services: what do service users need when in crisis? *J MENT HEALTH* 2009 04;18(2):99-110.
- (62) Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Dec 8;(12):CD000088. doi(12):CD000088.
- (63) Lyons C, Hopley P, Burton CR, Horrocks J. Mental health crisis and respite services: service user and carer aspirations. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009 Jun;16(5):424-433.
- (64) Hopkins C, Niemiec S. Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007 05;14(3):310-318.
- (65) Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Houlst J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ* 2005 Sep 17;331(7517):599.
- (66) Karlsson B, Borg M, Eklund M, Kim HS. Profiles of and practices in crisis resolution and home treatment teams in Norway: a longitudinal survey study. *Int J Ment Health Syst* 2011 Aug 30;5(1):19-4458-5-19.
- (67) Jones R, Jordan S. The implementation of crisis resolution home treatment teams in wales: results of the national survey 2007-2008. *Open Nurs J* 2010 Feb 18;4:9-19.

- (68) Karlsson B, Borg M, Biong S, Ness O, Kim HS. A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 2. Provision of professional services. *Int J Ment Health Syst* 2012 Sep 8;6(1):14-4458-6-14.
- (69) Ness O, Karlsson B, Borg M, Biong S, Hesook SK. A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 1. Patient characteristics at admission and referral. *Int J Ment Health Syst* 2012 Sep 19;6(1):18-4458-6-18.
- (70) Freeman J, Vidgen A, Davies-Edwards E. Staff experiences of working in crisis resolution and home treatment. *The Mental Health Review* 2011;16(2):76-87.
- (71) Sjolie H, Karlsson B, Binder PE. Professionals' Experiences of the Relations between Personal History and Professional Role. *Nurs Res Pract* 2013;2013:265247.
- (72) Nelson T, Johnson S, Bebbington P. Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicentre cross sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009 Jul;44(7):541-549.
- (73) Hannigan B. 'There's a lot of tasks that can be done by any': Findings from an ethnographic study into work and organisation in UK community crisis resolution and home treatment services. *Health (London)* 2013 Sep 11.
- (74) Borg M, Karlsson B, Kim HS. Double helix of research and practice—Developing a practice model for crisis resolution and home treatment through participatory action research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2010;5(1):1-8.
- (75) E-dok Region Midt. E-dok retningslinjer Regionspsykiatrien i Silkeborg
Kompetenceprofiler. Available at: <http://e-dok.rm.dk/edok/admin/GUI.nsf/desktop.html?Open>.
- (76) Region Midtjylland. Politik for samarbejde mellem psykisk syge, pårørende og personalet i behandlings- og socialpsykiatrien i Region Midtjylland. 2009; Available at: http://www.regionmidtjylland.dk/politik/regionsr%C3%A5dets+m%C3%B8der/visdagsorden?file=29-04-2009/Aaben_dagsorden/Bilag/Punkt_6_Bilag_2_.PDF, 2009.