

Region Midtjylland

**Udvidet ret til udredning og behandling i børne- og ungdoms-
psykiatrien**

Bilag

**til Regionsrådets
møde den 23. maj 2007
Punkt nr. 21**

Notat om indførelse af udvidet udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien

1. Indledning

Side 1

I efteråret 2006 indgik regeringen og satspuljepartierne aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2007 – 2010 – psykiatridelen. Det blev her aftalt at indføre en ret til hurtig udredning fra 1. januar 2008 og en ret til hurtig behandling i børne- og ungdomspsykiatrien fra 1. januar 2009 for patienter under 19 år. Fra 1. januar 2010 skal denne udrednings- og behandlingsret gælde for hele psykiatrien. Der henvises til en nærmere beskrivelse heraf i afsnit 2. Aftale om satspuljen 2007 – 2010.

Der er behov for at få beregnet, hvad satspuljeaftalens indhold om udvidet udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien kan betyde for Region Midtjylland, både i forhold til behov for en forøget aktivitet og de økonomiske konsekvenser heraf.

En del af formålet med dette notat er at analysere i hvilket omfang Region Midtjylland har mulighed for at øge aktiviteten i tilstrækkeligt omfang til at kunne indfri aftalen, i første omgang i 2008 og 2009. Det er i den forbindelse beregnet, hvad udgifterne hertil vil beløbe sig til, både i forhold til drift og i forhold til anlæg.

Det fremgår af satspuljeaftalen, at regeringen vil fremsætte lovforslag om ret til hurtig udredning i folketingssamlingen 2007/08. Den præcise formulering af disse lovforslag kendes således endnu ikke. Det fremgår endvidere ikke af satspuljeaftalen, hvordan de økonomiske konsekvenser for regionerne vil blive, herunder med hvilke beløb regionerne vil blive kompenseret. Det forventes, at det vil indgå i forhandlingerne mellem Danske Regioner og Regeringen om økonomiaftalen for 2008 og 2009.

I dette notat beskrives satspuljeaftalens bestemmelse om udredningsret og behandlingsret i afsnit 2. I afsnit 3 beskrives, hvad udredning og behandling er samtidig med, at adskillelse af udredning og behandling problematiseres. Herefter beregnes efterspørgslen efter børne- og ungdomspsykiatriske tilbud i afsnit 4. I afsnit 5 er aktivitetsbehovet beskrevet. I afsnit 6 er beskrevet nogle forslag til aktivitetsudvidelse. De økonomiske konsekvenser af de foreslåede udvidelser beskrevet i afsnit 7. De nkkommunale medfinansiering er beskrevet i kapitel 8. De specielle problemstillinger vedr lokalebehov er omtalt i afsnit 9. Afsnit 10 har en kort beskrivelse af konsekvenserne ved en DRG-finansiering i psykiatrien. Afsnit 11 er et resumé.

Et af formålene med dette notat er at beregne udgifterne for Region Midtjylland ved at imødekomme kravet om udvidet udredningsret og behandlingsret. Danske Regioner har i 2006 udarbejdet en rapport om behandlingsgaranti i psykiatrien med titlen "Behandlingsgaranti i psykiatrien – udfordringer og muligheder". Det fremgår heraf, at Danske Regioner anbefaler, at behandlingsret eller garanti indenfor børne- og ungdomspsykiatrien indføres over en periode på 4 – 5 år. Efter Region Midtjyllands opfattelse vil det være absolut mest hensigtsmæssigt at indføre en udrednings- og behandlingsret over denne periode. Satspuljepartierne har imidlertid besluttet, at denne ret til udvidet udredning og behandling skal gennemføres over en 2-årig periode. Region Midtjylland er af den opfattelse, at der – allerede på grund af knappe personaleressourcer og behov for øget bygningsmæssig kapacitet – kan stilles spørgsmålstegn ved, om satspuljeforligspartiernes tidshorisont er realistisk.

Indsatsen i børne- og ungdomspsykiatrien hviler i al overvejende grad på en tværfaglig indsats. Der har i en periode været mangel på psykiatere i specialet. Selvom udviklingen over en 5-7 årig periode ser ud til at forbedres, er dette notat s konklusioner under forbehold for, at der kan tilvejebringes de nødvendige faglige ressourcer til opgaven, idet der dog af samme årsag er valgt en tilgang til opgaveløsningen, der primært baserer sig på andre faggrupper end speciallægerne.

2. Aftale om satspuljen 2007 - 2010

Sundhedsstyrelsens statusrapport fra 2006 om udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed viste blandt andet, at efterspørgsel efter diagnostik og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien igennem de seneste mange år har været stigende. Antallet af børn og unge, der henvises til de psykiatriske afdelinger i Danmark, er på 10 år mere end fordoblet.

På det somatiske område har patienter ret til et udvidet frit sygehusvalg. Det indebærer, at patienter, som ikke kan tilbydes behandling i hjemamtet/regionen inden for 2 måneder, skal tilbydes henvisning til et privat hospital eller et hospital i udlandet, som amterne/regionerne har en aftale med. Regeringen og satspuljepartierne ønsker, at psykiatriske patienter, i takt med at mulighederne herfor tilvejebringes, skal have tilsvarende rettigheder.

I efteråret 2006 indgik regeringen og satspuljepartierne aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2007 – 2010 – psykiatridelen, som omfatter en indførelse af udredningsret og behandlingsret, i første omgang for børn og unge under 19 år.

Regeringen og satspuljepartierne ønsker således, at psykiatriske patienters mulighed for hurtigere udredning og behandling udbygges. Det vil blive understøttet, dels ved at øge midlerne fra satspuljeaftalen til området, dels ved at arbejde hen imod at give patienterne en ret til, ved ventetider af en vis længde, at få tilbudt henvisning til en relevant klinik/hospital, som regionerne har en aftale med.

Målet hermed er gradvist at reducere ventetiderne til børne- og ungdomspsykiatrien i løbet af aftaleperioden. Regeringen og satspuljepartierne har aftalt følgende gradvise indførelse af udvidet rettigheder i aftaleperioden:

- ❖ Trin 1 – I 2007 afsættes 25 mio. kr. på landsplan til intensiveret udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på nedbringelse af ventetider. Disse midler videreføres i de følgende aftaleår.
- ❖ Trin 2 – Den 1. januar 2008 indføres ret til hurtig udredning. Det indebærer, at en patient, der på henvisningstidspunktet var under 19 år, ved ventetider på over 2 måneder skal have ret til at lade sig udrede på en klinik/et hospital, som regionerne har en aftale med. Regeringen vil fremsætte lovforslag herom i folketingssamlingen 2007/08. (I notatet omtalt som udredningsret).
- ❖ Trin 3 – Den 1. januar 2009 indføres ret til hurtig behandling efter udredning. Det indebærer, at patienter hvis tilstand ved udredningen tilsiger, at et hurtigt behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien er nødvendigt for at undgå en forværring af patientens lidelse, ved ventetid på behandling på over 2 måneder skal have ret til at lade sig behandle på en klinik/et hospital, som regionerne har en aftale med. (I notatet omtalt som behandlingsret).
- ❖ Trin 4 – Det er regeringens og satspuljepartiernes fælles målsætning, at alle patienter i psykiatrien fra 2010 skal have tilsvarende rettigheder.

Udredningsret og behandlingsret indføres således i første omgang for børn og unge under 19 år og forventes senere udbygget til at omfatte alle aldersgrupper.

3. Udredning og behandling

I forbindelse med indførelse af den udvidede udrednings- og behandlingsret skal der i forbindelse med registrering af patienternes behandlingsforløb skelnes mellem udredning og behandling. For eksempel skal afslutning af udredning registreres for at kunne måle ventetid til behandling.

Samtidig vil iværksættelse af en særlig indsats for at kunne imødekomme kravet om udvidet udredningsret forudsætte, at man kan adskille udredning fra behandling. Dette kommenteres i afsnittene 3.1, 3.2 og 3.3.

3.1. Udredning

Ved en udredning forstås det forløb, som leder frem til en diagnostisk afklaring med forslag til støtte og behandling i forhold til de fundne problemer. I forløbet indgår blandt andet forskellige kontakter med patient, forældre, netværk og/eller andet sundhedspersonale i børne- og ungdomspsykiatrien.

Langt de fleste udredningsforløb foregår alene ved ambulante kontakter og omfatter oftest adskillige samtaler med barnet, den unge, forældrene og eventuelt netværket eller henviseren.

Udredningsforløbet (den kliniske undersøgelse) omfatter:

- Optagelse af patientens sygehistorie (anamnese). Sygehistorien omfatter oplysninger om henvisningsårsag(er), familiære dispositioner for legemlige eller psykiske sygdomme, familieforhold, svangerskab, fødsel og nyfødthedsperiode, barnets psykiske og legemlige udvikling, hvilke institutioner barnet har gået på, og en mere detaljeret beskrivelse af aktuelle symptomer og adfærdsforstyrrelser, samt tidligere undersøgelser og behandlinger og effekten heraf.
- Klinisk observation og legemlig undersøgelse af patienten. Ved den kliniske observation fås oplysninger om patientens udseende, motoriske udvikling, sprog, intelligens, koncentration, opmærksomhed, fantasi, følelsesmæssige forhold, kontaktevne, indsigt i egen situation, forsvarsmekanismer, samt patientens stærke og svage sider.
- Supplerende undersøgelser. Afhængig af den enkelte patients problemer kan det være nødvendigt at bruge diverse strukturerede interviews af patienten og forældrene. Der kan også være behov for psykologiske undersøgelser af patientens kognitive evner (intelligens, opmærksomheds- og koncentrationsevne mm.) samt af personlighedsmæssige forhold. Der kan endvidere være behov for røntgenundersøgelser, laboratorieprøver, EEG, kromosomundersøgelse mm. Besøg hos familien eller institutionsbesøg kan indgå i undersøgelserne.

Når de relevante oplysninger er indhentet, undersøgelserne afsluttet og resultaterne vurderet og analyseret, kan der gives en samlet tilbagemelding til barnet/den unge og forældrene, mht. hvad der er fundet, hvilke(n) psykisk(e) lidelse(r), det drejer sig om samt hvilke relevante støtte- og behandlingsforslag, der kan anbefales. Det kan omfatte hospitalstilbud, sociale tilbud og undervisningstilbud.

Der er flere fælles træk ved et udredningsforløb for børn og unge med psykiatriske lidelser, men der er også ofte store forskelle i det konkrete indhold og omfang. Baggrunden er, at der mellem de forskellige diagnosegrupper indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, er stor forskel på, hvilke strukturerede interviews, psykologiske undersøgelser eller supplerende undersøgelser, der vil indgå i undersøgelsen af den enkelte patient. Der er ikke nationalt fastlagte regler for indhold og omfang af undersøgelsesforløb vedr. de enkelte diagnosegrupper.

3.2. Nuværende udrednings- og behandlingspraksis

Indenfor børne- og ungdomspsykiatrien har der hidtil ikke været tradition for at adskille udredningsforløbet fra et evt. efterfølgende behandlingsforløb. Traditionelt starter behandlingen samtidig med udredningen, idet de indledende samtaler med forældrene om symptomer og adfærd anses for at være en del af behandlingen. Det betyder, at behandlingen allerede er påbegyndt, inden udredningen afsluttes. Denne praksis anses fagligt for at være mest hensigtsmæssig. Udover at behandling kan foregå sideløbende med udredning i de tilfælde hvor det er nødvendigt, sikrer denne arbejdsform, at man undgår lange interne ventetider.

3.3. Nye rettigheders konsekvenser for udrednings- og behandlingspraksis

Det fremgår af tidligere afsnit, at behandling ofte er påbegyndt, når udredningen afsluttes. Det er derfor ikke muligt med den nuværende faglige praksis at sige, at behandlingen først starter, når udredningen er afsluttet. Det indebærer, at behandlingsretten er overholdt, når behandlingen fortsætter efter afsluttet udredning for de patienter, som vurderes at have behov for behandling efter endt udredning. I praksis vil en patient, der er udredt, og som skal modtage et behandlingstilbud, altid være i behandling inden for 2 måneder efter, at en udredning er afsluttet. Dermed vil behandlingsretten, som indføres fra 1. januar 2009, være opfyldt med nuværende praksis i Region Midtjylland.

Udredningsretten indføres allerede i 2008. Da den nuværende praksis – vedrørende starttidspunkt for behandling – fagligt set anses for at være mest hensigtsmæssig, forudsættes denne praksis opretholdt i 2008, selv om den udvidede behandlingsret endnu ikke er indført. Alternativt vil der skulle indføres en ventetid til behandling, som ikke kendes nu, og som vil have både omkostninger for patienter og deres familier samt administrative omkostninger. Det vil imidlertid være nødvendigt at etablere væsentligt flere udredningsforløb i 2008 for at kunne opfylde udredningsretten.

Det vil herudover ikke give mening at reducere antallet af patienter i behandling for at kunne forøge antallet af patienter i udredning. Det er dels fagligt uhensigtsmæssigt, og dels vil det kun være en praksis, der vil skulle gælde i 2008.

Det indebærer, at Region Midtjylland fremover vil registrere ventetid til udredning fra 2008. Fra 2009 vil alle patienter i udredning samtidig få opfyldt det formelle ret til behandling. Det bemærkes, at der formentlig vil være et antal patienter, der efter endt udredning, kan overgå til en behandling/foranstaltning i andet regi, f.eks. kommunalt regi.

Det anbefales, at Danske Regioner i forbindelse med eventuelle drøftelser om en udrednings- og behandlingsret gør opmærksom på ovenstående problematik.

4. Efterspørgsel efter børne- og ungdomspsykiatriske tilbud i Region Midtjylland

Formålet med dette afsnit er at redegøre for den efterspørgsel, der er efter børne- og ungdomspsykiatriske tilbud i Region Midtjylland. Den aktuelle efterspørgsel afspejles i ventelisten samt i de henvisninger, som Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center modtager.

Først opgøres den forventede venteliste pr. 1. januar 2008, og derefter opgøres den forventede tilgang af patienter i 2008 og 2009.

4.1. Den forventede venteliste pr. 1. januar 2008

Ventelisten afspejler den historiske efterspørgsel – altså de visiterede børn og unge, der tidligere er blevet først henvist og siden visiteret og godkendt til et børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud. Der er således tale om, at ventetid forekommer fra det tidspunkt, hvor et barn eller en ung er visiteret, men der endnu ikke er påbegyndt udredning.

For at kunne beregne omkostninger til den udvidede udredningsret, som indføres pr. 1. januar 2008, skal det opgøres, hvor stor ventelisten forventes at være pr. 1. januar 2008. Da denne ret kun omfatter børn og unge i aldersgruppen 0 – 18 år, omfatter den beregnede venteliste kun denne aldersgruppe. De over 18 årige er således ikke medtaget i den forventede venteliste pr. 1. januar 2008.

Som det fremgår af nedenstående tabel er ventelisten pr. 1. januar 2008 på 914 personer beregnet ud fra ventelisten pr. 1. april 2007. I beregningen indgår en forventet tilgang af patienter fra Nordzonen i det tidligere Vejle Amt, en forventet produktivitetsstigning i 2007 samt en reduktion af ventelisten som følge af forventet meraktivitet i 2007 (som følge af allerede tilførte satspuljemidler). I ventelisten indgår patienter fra Region Nordjylland, idet det forventes at der indgås aftale mellem Region Nordjylland og Region Midtjylland om udredning og behandling. Det er forudsat, at denne aftale kun vil løbe til sommeren 2008.

Tabel 1. Beregnet venteliste for børn og unge 0 – 18 år pr. 1. januar 2008

	Antal personer på venteliste
Venteliste pr. 1. april 2007	882
Tilgang fra Nordzonen i det tidligere Vejle Amt	80
Reduktion i ventelisten - som følge af produktivitetsstigning i 2007 på 2 %	-32
Reduktion i ventelisten - som følge af meraktivitet i 2007, finansieret af satspuljemidler – jf. trin 1 i aftalen af 27.10.2006 - på 0,8 mio. kr. *)	- 16
Beregnet venteliste pr. 1. januar 2008	914

*) Region Midtjyllands samlede andel er kr. 5,3 mio., hvoraf 4,5 mio. er anvendt til anlæg i 2007.

For disse 914 børn og unge på venteliste pr. 1. januar 2008 skal udredning starte i 2008. Aktiviteten og dermed omkostningerne hertil er medtaget i de efterfølgende beregninger.

Som satspuljeaftalen er formuleret forudsættes det, at alle 0 – 18 årige på ventelisten pr. 1. januar 2008 har ret til at få påbegyndt udredning inden 1. marts 2008. Med denne forudsætning og med en venteliste på 914 personer betyder det, at en stor del af den samlede aktivitet i 2008 skal foregå i de første 2 måneder af året. De børn og unge, der visiteres til udredning i januar og februar 2008 har først ret til udredning fra henholdsvis marts og april 2008. Det er således de børn og unge, der er på venteliste pr. 1. januar 2008, der har ret til at få påbegyndt udredning i januar og februar 2008. De 914 er betydeligt flere sager, end der sædvanligvis påbegyndes i løbet af 2 måneder. Det betyder, at der vil opstå et stort pres for at

få så mange udredninger som muligt påbegyndt allerede i de første 2 måneder af året. Aktiviteten vil blive sat i gang så hurtigt som muligt.

4.2. Den forventede tilgang af patienter i 2008 og 2009

Sundhedsstyrelsen udgav i 2006 "Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed – Statusnotat 2006", hvoraf det fremgår, at henvisningsfrekvensen for de 0 – 18 årige for hele landet var 0,8 % i 2005. Det betyder, at 0,8 % af alle børn og unge i aldersgruppen 0 – 18 år havde behov for et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. I samme publikation ses, hvilke frekvenser, der har været gældende i de enkelte amter. I Ringkøbing Amt var frekvensen 0,9 %, i Vejle Amt 0,9 %, i Århus 0,8 % og i Viborg 0,7 %. Nordjyllands Amt havde den laveste frekvens med 0,4 % mens Ribe Amt havde den højeste frekvens på 1,3 %.

Sundhedsstyrelsen behandler den forventede udvikling i frekvensen i samme publikation. Det fremgår heraf: "Opfølgingsgruppen har fortsat ikke solidt grundlag for at vurdere hvilken andel af børne- og ungepopulationen, der i fremtiden bør have et tilbud i sygehusvæsenet, men man kan konstatere at de aktuelt opnåede ca. 0,8 % ikke er tilstrækkeligt. På baggrund af den foreliggende viden er det opfølgingsgruppens foreløbige vurdering, at man formentlig bør stille mod en kapacitetsopbygning svarende til, at 1- 2 % af børne- og ungepopulationen kan få et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er samtidig væsentligt undervejs at være opmærksom på, at den øgede kapacitet ikke opsluges af en uhensigtsmæssig overflytning af lettere opgaver til børne- og ungdomspsykiatrien".

Denne forventede stigning fremgår også af notatet "Behandlingsgaranti i psykiatrien – udfordringer og muligheder", som Danske Regioner har udarbejdet i 2006. Her hedder det side 18, at børne- og ungdomspsykiatrien i dag behandler ca. 0,8 % af en årgang. I andre sammenlignelige lande behandles ifølge dette notat mellem 1,5 % og 2,0 %.

En ændret frekvens vil få betydelige konsekvenser for hvor mange børn og unge, der skal have et udrednings- og behandlingstilbud.

Tabellen nedenfor illustrerer konsekvenserne, hvis frekvensen ændres fra 0,8 % til henholdsvis 1,2 % og 1,5 %. Det fremgår af tabellen, at en ændring på 0,4 procentpoint fra 0,8 % til 1,2 % medfører en vækst i antallet af henviste børn og unge på 1.200, mens en vækst til 1,5 % betyder en stigning på 2.100. Det ses, at det har stor betydning for efterspørgslen af børne- og ungdomspsykiatriske ydelser, hvordan henvisningsfrekvensen udvikler sig.

Tabel 2. Antal 0 – 18 årige, der har behov for et børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud

	Antal børn og unge i Region Midtjylland pr. 1. januar 2007	Henvissningsfrekvens 0,8%	Henvissningsfrekvens 1,2%	Henvissningsfrekvens 1,5 %
Henvisninger	300.084	2.401	3.601	4.501
Afviste (20 %)		480	720	900
Visiterede		1.921	2.881	3.601

Det skal bemærkes, at frekvensen knytter sig til antallet af henvisninger. Antal henvisninger med fradrag af de afviste svarer til antallet af visiterede. På nuværende tidspunkt afvises ca. 20 % af de modtagne henvisninger, jf. oplysninger i BupBasens årsrapport 2005 (landsgennemsnit). BupBasen er en landsdækkende kvalitetsdatabase – godkendt af både Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen – indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, hvori alle patienter henvist til alle landets børne- og ungdomspsykiatridelinger registreres.

I dette notat arbejdes der med en frekvens i 2008 og 2009 på 0,8 %. Dette er udtryk for et gennemsnit af de henvissningsfrekvenser, der var i de amter, som nu udgør Region Midtjylland.

5. Sammenfatning af aktivitetsbehov

I afsnit 4 blev opgjort, hvor mange 0 – 18 årige der forventes at være på ventelisten pr. 1. januar 2008 (tabel 1), og hvor mange der forventes at blive visiteret i løbet af 2008 og 2009 (tabel 2). Herudfra beregnes, hvor mange der skal udredes og behandles i henholdsvis 2008 og 2009.

Ved beregning af hvor mange 0 – 18 årige, der skal udredes og behandles i henholdsvis 2008 og 2009, er det forudsat, at alle, der visiteres i 2008 og 2009, står på venteliste i 2 måneder. Det betyder, at de personer, der visiteres i november og december, først udredes og behandles i det efterfølgende år. I tabel 2 er beregnet, at der visiteres 1921 pr. år. Det er forudsat, at 2/12 af disse, svarende til 320, visiteres i november og december, og at de derfor først har ret til at påbegynde udredning og behandling i det efterfølgende år. Region Midtjylland forventes at være forpligtet til at udrede og behandle patienter fra Region Nordjylland indtil sommeren 2008.

Af tabel 3 fremgår, at 2.515 0 – 18 årige skal starte et udrednings/behandlingsforløb i 2008 og 1921 patienter i 2009, hvis den udvidede udrednings- og behandlingsret skal opfyldes. Heraf skal de 910 på venteliste påbegynde udredning inden 1. marts 2008, jf. bemærkninger i afsnit 4.1. om den forventede venteliste pr. 1. januar 2008. Dette sidste er dog næppe realistisk i praksis, allerede fordi en lovgivning, der først vedtages i efterårssamlingen 2007, ikke giver praktisk mulighed for at udvide personalet, så fuld indsats kan iværksættes 1.1.2008.

Tabel 3. Antal patienter, der skal starte på udredning/behandling i Region Midtjylland i 2008 og 2009, 0 – 18 årige

	2008 Antal	2009 Antal
Den beregnede venteliste pr. 1. januar 2008, jf. tabel 1	914	
Forventede antal visiterede i Region Midtjylland ved en frekvens på 0,8 %, jf. tabel 2	1.921	1.921
Korrektion: Børn og unge visiteret i perioden 1. november – 31. december 2008, som først skal i behandling i 2009 (2/12 af 1.921)	- 320	320
Korrektion: Børn og unge visiteret i perioden 1. november – 31. december 2009, som først skal i behandling i 2010 (2/12 af 1.921)		- 320
Behov i alt	2.515	1.921

I tabel 4 er beregnet antallet af 0 – 18 årige, der kan tages i behandling inden for nuværende bevillinger – incl. psykiatri- og satspuljemidler, 0 – 18 årige. Det omfatter både aktiviteter, der er i gang, og aktiviteter, der vil blive igangsat inden for de nuværende bevillinger. Det er beregnet, at 1.910 0 – 18 årige kan tages i udredning/behandling i 2008, og at 1750 kan tages i udredning/behandling i 2009.

Det er forudsat, at der skal anvendes samme andel af kapaciteten til de over 18 årige i 2008 og 2009, som i 2007, idet aldersgrænsen for overgang fra børn- og ungepsykiatri til voksenpsykiatri alle steder i regionen ligger over 18 år.

Tabel 4. Beregnet antal patienter der kan tages i behandling inden for nuværende bevillinger – incl. psykiatri- og satspuljemidler, 0 – 18 årige

	2008 Antal	2009 Antal
Antal patienter, der kan tages i behandling inden for det nuværende budget (primær drift) med en produktivitetsstigning på 2%	1.638	1.638
Antal patienter, der kan tages i behandling inden for de nuværende midler til projekter (sekundær drift)	160	0
A. Antal patienter, der kan tages i behandling inden for det nuværende udmøntede budget i alt	1.798	1.638
Tildelt bloktilskud målrettet udrednings- og behandlingsretten (Trin 1 i satspuljeaftalen. Ifølge satspuljeaftalen for 2007 – 2010 tildeles 25 mio. kr. i bloktilskud på landsplan i hvert af aftaleårene.) *)	98	98
Tildelt bloktilskud til spiseforstyrrede (tidligere satspuljeaftale - 2005)	14	14
B. Antal patienter, der kan tages i behandling inden for modtagne bevillinger, endnu ikke udmøntet, i alt *note	112	112
Beregnet antal patienter der kan tages i behandling inden for nuværende bevillinger, i alt (=A+B)	1910	1750

*) Den 27. februar 2007 bevilgede Regionsrådet 5,3 mio. kr. til udvidelse af antal årlige udrednings- og behandlingsforløb for årene 2008 - 2010. Det er vurderet, at der herved kan udvides med 98 forløb pr. år.

Med udgangspunkt i tabellerne 3 og 4 beregnes behovet for ekstra patientforløb for at kunne opfylde den udvidede udrednings- og behandlingsret i 2008 og 2009. Af tabel 5 fremgår således, at der i 2008 er behov for at tage 605 0 – 18 årige i udredning/behandling, mens antallet i 2009 er beregnet til 171.

Tabel 5. Beregnet behov for ekstra patientforløb, 0 – 18 årige

	2008 Antal	2009 Antal
Antal patienter, der skal udredes og behandles, jf. tabel 3	2.515	1.921
Beregnet antal patienter, der kan tages i behandling inden for nuværende bevillinger, jf. tabel 4	1.910	1.750
Beregnet behov for ekstra udrednings- og behandlingsforløb, som ikke er finansieret inden for nuværende bevillinger	605	171

Niveauet for ekstra kapacitet i 2009 på 171 patientforløb er udtryk for det varige behov i forhold til 0 – 18 årige. Dog forudsætter dette en uændret henvisningsfrekvens på 0,8 %.

2008 er et overgangså, hvor ventelisten skal nedbringes samtidig med at den udvidede udredningsret skal opfyldes.

6. Forslag til hvordan aktiviteten kan udvides

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center producerer ambulante ydelser, deldøgnsindlæggelser og heldøgnsindlæggelser. Det er målet, at udredning og behandling i videst muligt omfang skal foregå ambulat. I forhold til indlæggelse er der ingen venteliste. Børn og unge, som vurderes at have behov for at blive indlagt, vil altid modtage et sådant tilbud.

Når der starter flere børn og unge i udredning og behandling, vil det alt andet lige også betyde, at flere vil have behov for et dag- eller døgntilbud. Udredning og behandling foregår som udgangspunkt ambulat. I forløbet kan der være behov for at supplere med dag- eller døgnindlæggelse.

Efter en faglig vurdering af mulighederne for at udnytte de eksisterende sengepladser endnu bedre, og som et forsøg på at minimere udgifterne til gennemførelse af ordningen, er det vurderingen, at den udvidede udrednings- og behandlingsret kan gennemføres uden at oprette ekstra senge.

Samtidig er det vurderingen, at den betydelige udvidelse af aktiviteten kan gennemføres ved en øget ambulat aktivitet, suppleret med en begrænset stigning i antallet af daghospitalspladser. Det vil sige, at administrationen ud fra en faglig vurdering vil kunne øge den samlede indsats ved:

- at etablere flere permanente behandlingsteams,
- at etablere midlertidige teams under faglig ledelse af eksterne speciallæger,
- at nuværende medarbejdere i en midlertidig periode påtager sig ekstraarbejde,
- at etablere flere dagpladser
- at se på arbejdsgange og eventuel opgaveglidning i opgaveløsningen.

Disse muligheder for at øge aktiviteten gælder for såvel den aktivitetsudvidelse, der iværksættes inden for de nuværende bevillinger, som for den yderligere udvidelse, der er behov for, for at kunne imødekomme den udvidede udrednings- og behandlingsret.

I tabel 4 er den aktivitetsudvidelse, der iværksættes inden for de modtagne bevillinger, som endnu ikke er udmøntet, beregnet til 112 patientforløb i hvert af årene 2008 og 2009.

Som yderligere aktivitetsudvidelser til imødekommelse af den udvidede udrednings- og behandlingsret foreslås således:

- Etablering af flere permanente udrednings- og behandlingsteams

Det foreslås at etablere et antal ekstra permanente behandlingsteams uden ansættelse af flere speciallæger. Disse teams arbejder under ledelse af en overlæge. Et team består af 5-10 årsværk, som er fordelt på psykolog, ergo- eller fysioterapeut, distriktsygeplejerske eller -pædagog, socialrådgiver og sekretær.

Ved ca. 25 årsværk vil der kunne iværksættes ca. 260 ekstra udrednings- og behandlingsforløb pr. år. Der er her indeholdt en produktivitetstigning på 2% i forhold til nuværende behandlingsindsats.

Da der er behov for en introduktionsperiode i forbindelse med ansættelse af nye teams forudsættes, at personalet skal ansættes 1 måned før aktivitetsudvidelsen kan starte. Dette betyder også, at der ved start af et team 1. januar 2008 skal findes finansiering i 2007 til ansættelse i en måned af et antal personer f.eks. 10.

- Midlertidig etablering af teams under faglig ledelse af eksterne speciallæger

Det foreslås, at der arbejdes på at indgå aftaler med 3 - 4 privatpraktiserende speciallæger med henblik på at etablere en ekstraordinær indsats i 2008. Herved skal sikres, at Region Midtjylland i størst muligt omfang kan leve op til udredningsforpligtelsen i 2008. Det er samtidig forudsat, at hver speciallæge tilknyttes 1 dag om ugen. Det vil betyde, at der kan etableres et antal midlertidige teams, som i løbet af 2008 kan udrede op til 170 ekstra børn og unge i aldersgruppen 0 – 18 år.

- Merarbejde i 2008

Det foreslås, at det aftales med medarbejdere i Børne – og Ungdomspsykiatrisk Center, at der udføres overarbejde/frivilligt merarbejde. Det forventes, at der herved kan foretages op til 100 ekstra udrednings- og behandlingsforløb i 2008 ved at arbejde aftener og/eller et antal lørdage. Der er tale om en ganske stor merarbejdsindsats i forhold til antallet af ansatte i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. Fordelen ved en afvikling af en del af ventelisten ved merarbejde er, at der herved trækkes på rutineret arbejdskraft.

- Oprettelse af yderligere hoveduddannelsesforløb for speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri (H-stillinger).

Det foreslås, at Region Midtjylland etablerer og finansierer yderligere 2 permanente uddannelsesforløb for speciallæger fra 2008. Det betyder, at 2 læger ansættes i efteråret 2008, og at yderligere 2 ansættes efteråret 2009 (samt yderligere 2 i både 2010 og 2011, da H-stillingerne er 4-årige).

Denne udvidelse af antallet af uddannelsesstillinger skal ses i sammenhæng med, at Sundhedsstyrelsen i 2006 har besluttet, at antallet af H-stillinger i børne- og ungdomspsykiatri på landsplan øges fra 15 til 20 for at øge uddannelseskapaciteten i specialet.

Dette forslag skal medvirke til bedre at tilgodese behovet for speciallæger i Region Midtjylland. Flere speciallæger er formentlig en forudsætning for, at aktiviteten kan forøges permanent udover de teams med i alt ca. 25 årsværk, som er foreslået ovenfor. I uddannelsesperioden kan de i et vist omfang medvirke til at forøge antallet af udrednings- og behandlingsforløb. I dette notat er forudsat 10 ekstra patientforløb pr. læge pr. år.

- Etablering af 12 dagpladser

Da øget ambulans aktivitet erfaringsmæssigt øger behovet for dagpladser foreslås, at der etableres yderligere 12 dagpladser. Nogle børn og unge har behov for et dagtilbud som supplement til den udredning og behandling, der foregår i ambulans regi. Dagpladserne skal således for nogle få børns vedkommende ses som et supplement til et ambulans udrednings- og behandlingsforløb.

- Opgaveglidning og forsøg med ændret opgave- og arbejdstilrettelæggelse.

Der er mangel på speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Der er således i Region Midtjylland mange ubesatte speciallægestillinger. Andre personalegrupper kan kun i et vist omfang kompensere for denne mangel. Af et svar fra Sundhedsstyrelsen fra 2006 til Århus Amt fremgår, at psykologer ikke kan tildeles selvstændigt behandlingsansvar, idet det endelige behandlingsansvar altid er den behandlende læge. Den behandlende læge har dog, med enkelte undtagelser, mulighed for at delegerede behandlingsopgaver til andre faggrupper. Sundhedsstyrelsen skrev endvidere: "Overlægen er i denne forbindelse ansvarlig for, at der findes den relevante instruks, og at opgaven alene delegeres til en person, der har kompetence for at udføre den forsvarligt". Således vil det ud fra en konkret vurdering være muligt i et vist omfang at etablere teams uden ansættelse af ekstra speciallæger. Dog forudsætter en større udvidelse af aktiviteten ansættelse af både flere speciallæger og medarbejdere fra alle øvrige faggrupper - og af flere ledelsespersoner.

Det er denne mulighed for delegation fra overlæger til andre faggrupper, der udnyttes i vidt omfang i de forslag til udvidelse af aktiviteten, der er beskrevet i afsnit 6. Det betyder samtidig, at yderligere udvidelse vurderes at kræve ansættelse af flere speciallæger. Det bemærkes, at ovenstående ikke er forelagt Sundhedsstyrelsen, men at drøftelser med Sundhedsstyrelsen om arbejdstilrettelæggelsen hensigtsmæssigt kan indgå i en drøftelse på landsplan af en realistisk gennemførelse af en udvidet udrednings- og behandlingsret inden for den meget korte tidshorisont, satspuljepartierne har angivet.

I forbindelse med gennemførelse af aktivitetsudvidelsen i 2008 og 2009 vil andre måder at tilrettelægge arbejdsforløb og indsatsen på blive vurderet.

7. Driftsudgifter

I dette afsnit beregnes hvilke økonomiske konsekvenser, der er af at udvide med den ekstra aktivitet, som er foreslået i afsnit 6.

Tabel 6 viser, at 533 patienter i aldersgruppen 0 – 18 år kan tages i udredning og behandling i 2008, og 300 kan tages i udredning og behandling i 2009.

For ekstra teams uden ansættelse af ekstra speciallæger er forudsat, at det er muligt at etablere et antal teams under ledelse af de nuværende overlæger. Det er endvidere forudsat, at 5 medarbejdere – tværfagligt sammensat - i gennemsnit gennemfører 52 udrednings- og

behandlingsforløb pr. år. Hvert nyt team skal ansættes 1 måned før patienter kan tages i udredning og behandling. Omkostningerne pr. forløb forudsættes i gennemsnit at være 51.704 kr. i 2007 p/l-niveau. Det skal bemærkes, at der som nævnt er et finansieringsbehov i 2007 til opstart af teams i 2007, så de kan være klar til at igangsætte udrednings- og behandlingsforløb fra 1. januar 2008.

Ved etablering af midlertidige teams under faglig ledelse af eksterne speciallæger er forudsat, at omkostningerne pr. forløb i gennemsnit er 58.949 kr. i 2007 p/l-niveau. Dette svarer til 14% mere end den gennemsnitlige omkostning pr. forløb ved teams, der bemannes med egne medarbejdere.

Ved aktivitetsudvidelse i form af merarbejde er forudsat, at aflønning sker med 100 % overarbejdsbetaling.

Driftsomkostninger i forbindelse med 12 ekstra dagpladser er beregnet ud fra omkostninger pr. dagplads på 0,4 mio. kr. pr. år, altså i alt 4,8 mio.kr. pr. år

Tabel 6. Forslag til udvidelse af aktiviteten

	2008 Antal forløb	2009 Antal forløb
Ekstra teams uden ekstra speciallæger:		
Team start 1.12.2007, indtag af patienter fra 1.1.2008	52	52
Team start 1.12.2007, indtag af patienter fra 1.1.2008	52	52
Team start 1.1.2008, indtag af patienter fra 1.2.2008	48	52
Team start 1.1.2008, indtag af patienter fra 1.2.2008	48	52
Team start 1.2.2008, indtag af patienter fra 1.3.2008	43	52
Ekstra teams uden ekstra speciallæger i alt	243	260
Midlertidig etablering af teams under faglig ledelse af eksterne speciallæger	170	0
Merarbejde	100	0
Yderligere 2 hoveduddannelsesforløb (H-stillinger) fra 1. september 2008	20	40
Samlet aktivitetsudvidelse udover de nuværende bevillinger	533	300

Det anslåede behov i 2008 er 605 forløb og i 2009 171 forløb

Omkostninger ved at iværksætte den ekstra aktivitet fremgår af tabel 7 og er beregnet til 39,1 mio. kr. i 2008 og 21,1 mio. kr. i 2009. I beregningerne er udgiften til det samlede udrednings- og behandlingsforløb medregnet i det år, hvori udredningen påbegyndes. Som det fremgår af afsnit 4, er de enkelte udrednings- og behandlingsforløb meget individuelle.

Det understreges, at størrelsen på ovennævnte teams kan variere indenfor den samlede ramme.

Tabel 7. Beregnede årlige udgifter ved den foreslåede aktivitetsudvidelse, som ligger ud over de nuværende bevillinger, 0 – 18 årige

2007 p/I-niveau	2008 Mio. kr.	2009 Mio. kr.
Ekstra teams uden ekstra speciallæger:		
Team start 1.12.2007	2,7	2,7
Team start 1.12.2007	2,7	2,7
Team start 1.1.2008	2,7	2,7
Team start 1.1.2008	2,7	2,7
Team start 1.2.2008	2,5	2,7
Ekstra teams uden ekstra speciallæger i alt	13,3	13,5
Midlertidig etablering af teams under faglig ledelse af eksterne speciallæger	10,0	0
Merarbejde	10,3	0
Finansiering af yderligere 2 hoveduddannelsesforløb (H-stillinger) fra 1. september 2008	0,7	2,7
12 ekstra dagpladser	4,8	4,8
Beregnede omkostninger i alt	39,1	21,0

*) Det skal bemærkes, at H-stillingerne er 4-årige, hvorfor der udløses en merudgift på 2 mio. kr. i både 2010 og 2011. Der er forudsat vederlæggelse for merarbejde med i gennemsnit ca. 100 % jfr gældende overenskomster og aftaler

Med den aktivitetsudvidelse, der er forudsat i afsnit 6, kan 533 ekstra patientforløb påbegyndes i 2008, og 300 ekstra kan påbegyndes i 2009, jf. tabel 6. Det fremgår af tabel 8, at Region Midtjylland stort set kan opfylde den udvidede udrednings- og behandlingsret med den foreslåede aktivitetsudvidelse, idet 2008 og 2009 samlet set balancerer. I 2009 kan udredes og behandles de 72 patienter, som mangler at blive udredt og behandlet i 2008.

Tabel 8. Opgørelse af forskel mellem efterspørgsel og forslag til aktivitet for 0 – 18 årige

	2008 Antal	2009 Antal
Samlet efterspørgsel i alt, jf. tabel 3	2.515	1921
Antal patienter, der kan tages i behandling inden for det nuværende udmøntede budget, jf. tabel 4	1.798	1.638
Antal patienter, der kan tages i behandling inden for modtagne bevillinger, som endnu ikke er udmøntet, jf. tabel 4	112	112
Forslag til udvidelse af aktiviteter, som endnu ikke finansieret, jf. tabel 6	533	300
Samlet antal patienter, der kan tages i behandling	2.443	2.050
Forskel mellem efterspørgsel og aktivitet	72	-129

I tabel 7 er udgifterne ved iværksættelse af den foreslåede ekstra aktivitet beregnet til 39,1 mio. kr. i 2008 og 21,1 mio. kr. i 2009. Det er her forudsat, at frekvensen er 0,8 %, det vil sige, at 0,8 % af en årgang har behov for et børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud. Som nævnt

i afsnit 4.2. har Sundhedsstyrelsen bemærket, at der bør stiles mod en kapacitetsopbygning svarende til, at 1 – 2 % af børne- og ungepopulationen kan få et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. Hvis henvisningsfrekvensen stiger til 1,2 % eller 1,5 % vil yderligere 960 eller 1680 børn og unge i alderen 0 - 18 år skulle have et udrednings- og behandlingstilbud. Så betydelige aktivitetsudvidelser vil kræve nye undersøgelser af, hvordan aktiviteten kan udbygges.

I tabel 9 er sammenstillet merudgifter ved en henvisningsfrekvens på 0,8 %, 1,2 % og 1,5 %.

Tal i mio. kr.	2008	2009 ff.
Henvisningsfrekvens 0,8 %	39,1	21,0
Henvisningsfrekvens 1,2 %	88,7	70,6
Henvisningsfrekvens 1,5 %	126,0	107,7

Hvis man forudsætter, at udgifterne til et udrednings- og behandlingsforløb er 51.704 kr. i 2007 p/l-niveau, kan de ekstra driftsudgifter beregnes til ca. 50 mio. kr. ved en frekvens på 1,2 % og til ca. 87 mio. kr. ved en frekvens på 1,5 %. Heri indgår ikke ekstra omkostninger til ledelse, speciallæger og lokaler. Disse meromkostninger er udover de tidligere beregnede omkostninger ved indførelse af udrednings- og behandlingsret på 39,1 mio. kr. i 2008 og 21 mio. kr. i 2009, hvor forudsætningen er en frekvens på 0,8 %.

8. Kommunal medfinansiering

Bopælskommunen betaler bopælsregionen en andel af regionens udgifter pr. ydelse. Kommunerne skal betale 30 % af besøgstaksten dog max. 266 kr. i 2003-p/l-niveau (cirka 260 kr. i 2007 p/l-niveau). Der er ikke udarbejdet noget skøn over antallet af ambulante besøg pr. behandlingsforløb.

Ved budgetlægningen for 2007 er det forudsat, at det samlede aktivitetsafhængige kommunale bidrag udgør 10 % af bruttoudgiften. Tallet omfattet både stationær behandling og ambulante behandling i hele psykiatrien.

I tabel 10 er denne forudsætning anvendt til fordeling af de årlige merudgifter mellem region og kommuner, som de fremgår af tabel 9.

Tal i mio. kr.	Kommunebidrag		Regionens udgifter		I alt	
	2008	2009 ff.	2008	2009 ff.	2008	2009 ff.
Henvisningsfrekvens 0,8 %	3,9	2,1	35,2	18,9	39,1	21,0
Henvisningsfrekvens 1,2 %	8,9	7,1	79,8	63,5	88,7	70,6
Henvisningsfrekvens 1,5 %	12,6	10,8	113,4	96,9	126,0	107,7

9. Lokaler til aktivitetsudvidelse

For at kunne iværksætte aktivitetsudvidelserne, som dette notat omfatter, er der behov for at få lokaler hertil. Det gælder såvel den aktivitetsudvidelse, som gennemføres inden for de allerede godkendte driftsbevillinger, jf. afsnit 5, tabel 4, som for de aktivitetsudvidelser, som endnu ikke er finansieret, og som er foreslået i afsnit 6, jf. tabel 6.

For at kunne tage flere børn og unge i behandling i 2008 vil der være behov for yderligere lokaler. Det er nødvendigt med lokaler både til de midlertidige teams under faglig ledelse af eksterne speciallæger og til de nye permanente behandlingsteams.

Hvis der varigt bliver tale om 300 ekstra patientforløb pr. skønnes der at være behov for udvidelse af de eksisterende lokaler på ca. 1.300 kvm. Er byggeprisen 18.000 kr. pr. m², vil de samlede anlægsudgifter udgøre 23,4 mio. kr.

Behovet for lokaler vil øges forholdsmæssigt, hvis antallet af henvisninger bliver større.

Mulighederne for at udnytte eksisterende lokaler ejet af Region Midtjylland udenfor børne- og ungdomspsykiatrien vil blive undersøgt og vil være det realistiske i 2008 og 2009.

Afskrivning og forrentning af anlægsudgifter (alternativt huslejudgifter) er ikke indregnet i de udgiftstal, der er beskrevet i tabel 7 og 9.

10. DRG-finansiering i psykiatrien

Der er overvejelser om, at der indføres DRG-finansiering i psykiatrien, herunder DRG-finansiering af meraktivitet. Indføres DRG-systemet således, at meraktivitet afregnes med 100% af DRG-værdien, vil ovenstående beregninger være uændrede, hvis Region Midtjyllands udgiftsniveau svarer til landsgennemsnittet.

11. Resume

Fra 1. januar 2008 indføres udvidet udredningsret for 0 – 18 årige og fra 1. januar 2009 indføres udvidet behandlingsret for samme aldersgruppe.

For at Region Midtjylland ud fra de givne forudsætninger kan opfylde udrednings- og behandlingsforpligtelsen foreslås, at der tages flere børn og unge i udredning og behandling ved iværksættes af følgende aktivitetsudvidelser:

- Etablering af 5 permanente behandlingsteams uden ansættelse af yderligere speciallæger
- Midlertidig etablering af teams under faglig ledelse af eksterne speciallæger
- Merarbejde i 2008
- Oprettelse af yderligere hoveduddannelsesforløb for speciallæger
- Etablering af 12 ekstra dagpladser

Herved vil det være muligt at påbegynde ekstra 533 udrednings- og behandlingsforløb for 0 – 18 årige i 2008 og 300 i 2009. Finansieringsbehovet for driften ekskl. lokaler er beregnet til

39,1 mio. kr. i 2008 og 21,1 mio. kr. i 2009. De nødvendige fysiske rammer skal herudover etableres og finansieres. Tabel 9 viser en oversigt over meraktivitet og driftsudgifter hertil i 2008. Tabel 10 viser en tilsvarende oversigt for 2009.

Tabel 11. Oversigt over meraktivitet som følge af forslag til sikring af retten til udredning og behandling, samt de økonomiske konsekvenser heraf i 2008

	Aktivitet	Gennemsnitlig udgift pr. udrednings- og behandlingsforløb	Samlede udgifter
	Antal påbegyndte udrednings- og behandlingsforløb	Kr. i 2007 p/I-niveau	Kr. i 2007 p/I-niveau
Ekstra teams uden ekstra speciallæger *)	243	51.704	13,3
Midlertidig etablering af teams under faglig ledelse af eksterne speciallæger	170	58.949	10,0
Merarbejde	100	103.409	10,3
H-stillinger	20	-	0,7
12 dagpladser	0	-	4,8
I alt	533	-	39,1

*) Der er medtaget omkostninger til et team 1 måned før patienter tages i udredning og behandling.

Tabel 12. Oversigt over meraktivitet som følge af forslag til sikring af retten til udredning og behandling, samt de økonomiske konsekvenser heraf i 2009

	Aktivitet	Gennemsnitlig udgifter pr. udrednings- og behandlingsforløb	Samlede udgifter
	Antal påbegyndte udrednings- og behandlingsforløb	Kr. i 2007 p/I-niveau	Kr. i 2007 p/I-niveau
Ekstra teams uden ekstra speciallæger	260	51.704	13,4
Midlertidig etablering af teams under faglig ledelse af eksterne speciallæger	0	58.949	0
Merarbejde	0	103.409	0
H-stillinger	40	-	2,7
12 dagpladser	0	-	4,8
I alt	300	-	21,0