



Område: Det psykiatriske område Udarbejdet af: Lone M. Pedersen/Julia Egebæk
Afdeling: Planlægning og Udvikling E-mail: Julia.Egebæk@regionsyddanmark.dk
Journal nr.: 07/1352 Telefon: 76631017
Dato: 9. april 2008

Notat

Udmøntning af udrednings- og behandlingsret

Børne- og ungdomspsykiatrien

Regeringen og satspuljepartierne har med aftalen om satspuljen på psykiatriområdet for 2007-2010 taget det første skridt henimod at udbygge psykiatriske patienters mulighed for hurtigere udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien henimod en 2 måneders udrednings- og behandlingsret. Denne forventes indført med 2 måneders udredningsret pr. 1.8.2008 og 2 måneders behandlingsret pr. 1.1.2009.

Samtidig har regionsrådet i budget 2008 indskrevet at "fra 2008 og frem arbejdes der på at indføre aktivitetsafhængige budgetter indenfor den ambulante børne- og ungdomspsykiatri. Dette kombineres med incitamenter til produktivetsforbedringer."

Psykiatriens ledelse har på den baggrund besluttet at afprøve en meraktivitetsafregningsmodel for udmøntning af puljen til udrednings- og behandlingsretten for børne- og ungdomspsykiatrien. Der skal bidrage til

- at sænke ventetiden til opstart af behandling
- at flere kan komme i behandling

Det forventes, at modellen direkte vil befordre et serviceløft, så flere patienter i 2008 vil få deres første ambulante besøg inden for 2 måneder og at flere patienter i 2008 tages i behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Baggrund

National ramme

Med baggrund i de lange ventetider til såvel undersøgelse som behandling i børne- og ungdomspsykiatrien er der i satspuljeaftalen for 2007 afsat 25 mio. kr. årligt, på landplan, over en 4-årig periode til målrettet nedbringelse af ventetider til undersøgelse og behandling. Der er aftalt følgende gradvise indførelse af udvidet udrednings- og behandlingsret:

- Trin 1 – i 2007 afsættes 25 mio. kr. til intensiveret udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på nedbringelse af ventetider.
- Trin 2 – i 2008 indføres ret til hurtig udredning. Det indebærer at en patient, der på henvisningstidspunkt er 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. Lovforslaget forventes klar forår 2008.
- Trin 3 – i 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.
- Trin 4 – alle patienter i psykiatrien fra 2010 skal have tilsvarende rettigheder.

I satspuljen 2008-2011 er der afsat yderligere 488,4 mio. kr. over en 4-årige periode til dels gennemførelse af 2 måneders behandlingsret og dels forventet udvidelse af målgruppen i børne- og ungdomspsykiatrien op til 1,5 % af børne- og ungdomsårgangene. Midlerne udmøntes til regioner via

det statslige tilskud til sundhedsområdet. Psykiatriens ledelse vil senere vende tilbage med en flerårig plan for udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien.

Regional ramme

Region Syddanmark modtager 5,3 mio. kr. årligt over 4 år, svarende til 21,2 mio. kr. som regionens andel af satspuljeaftalen for 2007-2010 til påbegyndelse af udmøntning af udrednings- og behandlingsret.

For 2007 er der sket en særskilt udmøntning af puljen til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Afdelingernes tildelte rammebudget berøres ikke af denne model for udmøntning af midler til udrednings- og behandlingsretten.

I budget 2008 fremgår det af budgetbemærkningerne at "fra 2008 og frem arbejdes der på at indføre aktivitetsafhængige budgetter indenfor den ambulante børne og ungdomspsykiatri. Dette kombineres med incitamenter til produktivetsforbedringer."

Politikerne i Regionsrådet har i de politiske hensigtserklæringer for planlægningen i psykiatrien udstukket rammen for udvikling af psykiatrien i Region Syddanmark.

I denne sammenhæng er de vigtigste værdimæssige pejlemærker:

- **Tilgængelighed** - behandlingsmulighed tilstede når behovet er der, flere skal kunne komme i behandling og hele regionen skal tilgodeses
- **Sammenhæng** – udredning og behandling foregår som udgangspunkt samme sted samt fastholdelse af den omfangsrige inddragelse af det lokale netværk
- **Faglig kvalitet** – vi skal optimere patientforløb og samtidig fastholde et højt fagligt niveau, udlodning af udrednings- og behandlingsret skal være klinisk meningsfuld og understøtte den ønskede kliniske praksis
- **Ressourceudnyttelse** – høj produktivitet kan bidrage til finansiering af flere behandlingsforløb, bruge relevante produktivetsfremmende værktøjer, bruge/fremme de gode eksempler

Set fra en patient - og pårørende synsvinkel (og set fra henvisende instans), er de 2 største udfordringer på det børne- og ungdomspsykiatriske område

- at sænke ventetiden til opstart af behandling og
- at flere kan komme i behandling

Pga. de ofte langvarige og intensive ambulante forløb og den meget centrale inddragelse af netværket lokalt i behandling og behandlingsopfølgning er

- ønske om behandling i nærområdet

også en vigtig præmis både fra patientvinklen og fra faglig side i denne sammenhæng.

Det er disse 3 fokuspunkter, der bør styre udlodning af midler fra en udrednings- og behandlingsretspulje. Det skal naturligvis ske uden, der sker et unødigt kompromis med den faglige kvalitet i forløbene.

Med udgangspunkt i de 3 fokuspunkter formuleres den generelle ramme for udlodning af udrednings- og behandlingsretspuljen:

- Region Syddanmark ønsker en børne- og ungdomspsykiatri, der sikrer hurtig adgang til behandling, når og hvis der er brug for det
- Region Syddanmark ønsker en børne- og ungdomspsykiatri, som tager flere patienter i behandling
- Region Syddanmark ønsker en regionalt afbalanceret aktivitetsudvikling for at fremme lige adgang til behandling uanset bopæl.

De finansieringsmæssige konsekvenser af denne ramme er:

- En ramme for den ambulante aktivitet, der reguleres for meraktivitet

- En differentiering af afregning for ambulante ydelser for at fremme den ønskede udvikling
- Marginal afregning, der giver mening – der skal være en gulerod

Status for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark

Nedenstående beskriver kort status for de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i Region Syddanmark for 2007 ved hjælp af ventetid fra henvisning til behandling, antal ambulante besøg og antal patienter.

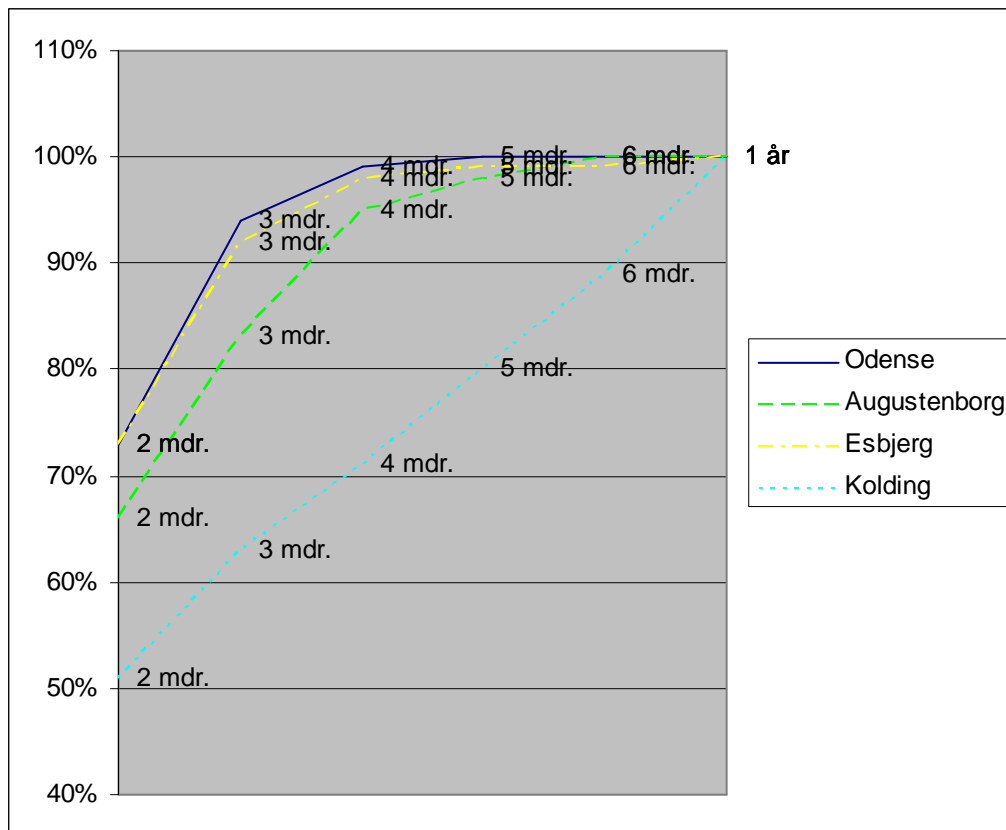
Ventetid fra henvisning til behandling

| 2007 | 0-2 mdr. | 2-3 mdr. | 3-4 mdr. | 4-5 mdr. | 5-6 mdr. | 6-12 mdr. | I alt |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------|
| Odense | 312/73% | 90/21% | 23/5% | 4/1% | - | - | 429 |
| Augustenborg | 397/66% | 105/17% | 74/12% | 18/3% | 7/1% | 2/0% | 603 |
| Esbjerg | 518/73% | 133/19% | 42/6% | 7/1% | - | 1/0% | 703 |
| Kolding | 228/51% | 56/12% | 37/8% | 42/9% | 40/9% | 44/10% | 449 |

Kilde: Udtræk fra de patientadministrative systemer (PAS).

I nedenstående figur ses den summerede procentandel for de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Summerede procentandel for ventetid fra henvisning til behandling



Antal besøg og patienter

| 2007 | Antal ambulante besøg | Antal patienter |
|--------------|-----------------------|-----------------|
| Odense | 7.283 | 1.065 |
| Augustenborg | 5.112 | 1.251 |
| Esbjerg | 5.959 | 1.047 |
| Kolding | 7.798 | 1.166 |

Kilde: Udtræk fra esundhed.

Mål og metode

De organisatoriske konsekvenser af fokuspunkterne er i denne sammenhæng en ressourcemæssig satsning på:

- **Hurtigere behandlingsopstart** – tildeles 20 % af hele puljen, dvs. kr. 1,0783 mio. årligt.
 - Honorering: ekstra honorering af antallet af første ambulante besøg ud over forventet udgangspunkt for 2008, der finder sted indenfor 2 mdr.
 - Det ønskes, at taksten skal have en størrelse, der giver incitament for afdelingerne til at tage patienten hurtigt i behandling. Der er beregnet en takst for første ambulante besøg på kr. 1.772,00.
 - Det forventes, at afdelingerne via forbedring i planlægningen hurtigt kan flytte den nuværende procentsats. I og med, der fra centralt hold sættes fokus på området og der løbende følges op, forventes det at fokus fastholdes, også på afdelingsniveau.
 - Der ønskes ikke at sætte loft på denne takst, derfor er der beregnet en risikofaktor på kr. 434.140,00 ved alle henviste patienter modtager første ambulante besøg indenfor 2 måneder.
- **Flere i behandling frem for længere forløb** – tildeles 20 % af hele puljen, dvs. kr. 1,0783 mio. årligt.
 - Honorering: ekstra honorering pr. patient ud over forventet udgangspunkt for 2008, der kommer i behandling
 - Der ønskes, at give en retvisende takst for hver ekstra patient, der tages i behandling, men samtidig skal forholdene omkring honorering af første ambulante besøg og den generelle meraktivitet tages i betragtning. Der er beregnet en takst for ekstra patient taget i behandling på kr. 3475,00.
 - Puljen fordeles mellem de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger via trækingsretsmodel. Trækingsretsmodellen fungerer dermed som et loft.

| Trækingsretsmodel | Befolkningsunderlag | Fordelingsnøgle | Beløb |
|-------------------|---------------------|-----------------|------------|
| Odense | 478.000 | 0,40 | 429.520,00 |
| Kolding | 241.000 | 0,20 | 214.760,00 |
| Augustenborg | 233.000 | 0,20 | 214.760,00 |
| Esbjerg | 235.000 | 0,20 | 214.760,00 |

Note: Odense baseres på Fyns Amt, Kolding baseres på Vejle, Fredericia og Kolding kommuner, Esbjerg baseres på Ribe Amt og Sønderjylland baseres på Tønder, Aabenraa, Sønderborg og Haderslev kommuner.

- **Løft i alle afdelingers aktivitetsniveau og produktivitetsniveau** – tildeles 60 % af hele puljen, dvs. kr. 3,2214 mio. årligt
 - Honorering:
 - generel marginal afregning af produceret-merværdi i forhold til forventet udgangspunkt for 2008 og
 - puljen fordelt ud til de 4 afdelinger ud fra befolkningsandel via en trækingsretsmodel – hvor puljerne undervejs i året kan reguleres ud fra den forventede udnyttelse de enkelte steder. Trækingsretsmodellen fungerer dermed som et loft.

| Trækingsretsmodel | Befolkningsunderlag | Fordelingsnøgle | Beløb |
|-------------------|---------------------|-----------------|--------------|
| Odense | 478.000 | 0,40 | 1.288.560,00 |
| Kolding | 241.000 | 0,20 | 644.280,00 |
| Augustenborg | 233.000 | 0,20 | 644.280,00 |
| Esbjerg | 235.000 | 0,20 | 644.280,00 |

Note: Odense baseres på Fyns Amt, Kolding baseres på Vejle, Fredericia og Kolding kommuner, Esbjerg baseres på Ribe Amt og Sønderjylland baseres på Tønder, Aabenraa, Sønderborg og Haderslev kommuner.

Det foreslås, at der sættes ind i forhold til reduktion i ventetiden fra henvisning til behandlingsopstart, trods det, at garantien i det første år, 2008, gives for ventetid fra henvisning til udredning.

I de psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark foretages der ikke visitation til udredning. Der foretages et udbygget udredningsarbejde i forbindelse med behandling af henvisninger, så den

væsentligste del af de fejlhenviste fanges forud for indkaldelse til 1. behandlingsbesøg i børne- og ungdomspsykiatrien Patienternes behandlingsforløb starter ved første fremmøde i det psykiatriske ambulatorium.

Det er besluttet, at denne praksis ikke ændres i forbindelse med indførelse af udredningsgaranti.

Målsætninger for nedbringelse af ventetiden for de kommende år foreslås at være:

- I 2008 skal 95 % af alle patienter være i behandling indenfor 3 måneder, og 90 % af alle patienter skal være i behandling indenfor 2 måneder
- I 2009 skal 95 % af alle patienter være i behandling indenfor 2 måneder
- I 2010 skal 90 % af alle patienter være i behandling indenfor 1 måned

Skal målene i 2009 og 2010 nås samtidig med at børne- og ungdomspsykiatrien skal tage en større del af børne- og ungdomsårgangene i behandling vil det kræve en yderligere og betydelig ressourcetilførsel. Satspuljen 2008-2011 bidrager væsentligt til dette.

I dette første forsøg med meraktivitetsafregning vil det være gulerods- og ikke stokkemethoden, der vil blive søgt anvendt. På længere sigt skal modellen desuden indeholde differentierede produktivetskrav på baggrund af afdelingernes udgangspunkt produktivetsmæssigt. Endnu er der ikke det nødvendige talgrundlag for dette.

Ud fra de nuværende mål i psykiatriplanen om fastholdelse, og på sigt udvidelse, af sengekapaleteten i børne- og ungdomspsykiatrien blandes den økonomiske ramme til drift af sengeafdelingerne ikke ind i denne sammenhæng. Det indebærer ikke, at der ikke er et uudnyttet potentiale i omlægning af indlæggelsesforløb til ambulante forløb.

Udfordring

Region Syddanmark er den første region, der forsøger at anvende DRG tankegangen til udmøntning af meraktivitetsmidlerne indenfor det psykiatriske område, og dermed afprøve de redskaber, som Sundhedsstyrelsen i samarbejde med de kliniske selskaber (DPS og BUP-DK) har udviklet gennem de senere år.

Amterne/Regionerne har ligeledes været involveret i ovenstående arbejde, dels i forbindelse med omkostningsanalyser, dels ved validering af takster til afregning af ambulant og stationær aktivitet. Endvidere har arbejdet med DRG i psykiatrien skabt et øget fokus på registrering af den psykiatriske aktivitet.

DRG-afregning er dog ikke ukendt og uafprøvet, idet metoden har dannet baggrund for afregning af meraktivitet indenfor det somatiske område siden 2003 (udvidet frit sygehusvalg) og generelt er brugt til at værdisætte den producerede aktivitet indenfor sundhedsområdet.

At udmønte meraktivitet indenfor psykiatrien ud fra DRG-afregningsmetoden, indebærer visse udfordringer, idet der ikke er iværksat automatiserede arbejdsgange i forhold til at skabe det nødvendige datagrundlag til opstart og efterfølgende monitorering, ligesom der ikke fra Sundhedsstyrelsen side foreligger en decideret takst for udredning.

Tidligt i processen er der sket en inddragelse af de respektive afdelingsledelser, og i fællesskab er der fundet en fornuftig løsning på ovenstående problemstillinger.

Datagrundlaget bygger på flere statistikker, dog med det overordnede formål at databeregning og model skal være enkel.

For at mindske usikkerheden ved DRG-metoden er 40 % af puljen tildelt de to områder, hvor taksten er beregnet på Regionens egne tal (hurtig behandlingsopstart/flere i behandling) og kun 60 % baseres på den generelle meraktivitet (DRG).

I forhold til honorering af 1. ambulante besøg indenfor 2 måneder er forventningen ikke, at afdelingerne tager flere end 90% af de henviste patienter ind til behandling indenfor 2 måneder. Skulle dette, mod forventning ske, ønsker man at honorere afdelingerne fuldt ud, hvilket indebærer en økonomisk risiko. En risiko, man fra psykiatriens ledelse anbefaler at løbe, idet det overordnede mål er, at *alle* henviste patienter udredes indenfor en 2 måneders periode efter henvisning og at risikoen er i en begrænset økonomisk størrelse (ca ½ mio. kr).

Afdelingerne honoreres for den aktivitet, der er produceret udover en forventet aktivitet for det pågældende år.

Den forventede aktivitet finansieres via rammebevillingerne og afdelinger får kun del i de ekstra midler, såfremt den producerede aktivitet overgår det forventede niveau.

Generelt står børne- og ungdomspsykiatrien overfor en stor udvidelse af kapaciteten, som ikke kan honoreres ved hjælp af meraktivitetsfinansiering alene, men vil kræve at grundbudgettet løftes. Det vil der være fokus på i forbindelse med den udbygning af den ambulante kapacitet, som satspuljeaftalen for 2008-2011 lægger op til. Et oplæg om denne udbygning vil blive forelagt senere i 2008.

Al erfaring viser, at DRG-afregningsmetoden er med til at højne registreringskvaliteten, idet der sættes et andet fokus på registreringspraksis end tidligere, og bevistheden om, at data anvendes i flere sammenhæng gør, at der analyseres på data i et større omfang end tidligere.

Endvidere kan de erfaringer, der opnås ved brugen af DRG-afregningsmetoden skabe basis for en god dialog med Sundhedsstyrelsen og dermed medindflydelse i det videre arbejde med at udvikle DRG-metoden til brug i psykiatrien.

Perspektiver

Lokalt i organisationen er metoden medvirkende til at afdække problemområder og give indsigt i forskellige registreringspraksis og arbejdsgange og dermed mulighed for at højne og harmonisere registreringskvaliteten.

Dette er det første skridt i retning af indførelse af meraktivitetsafregning i psykiatrien, som det kendes i somatikken. Det vurderes som fornuftigt at afprøve metoden indenfor et lille organisatorisk område og på en forholdsvis lille procentdel (3,5 %) i forhold til afdelingernes budget. På baggrund af erfaringer fra dette forsøg med meraktivitetsafregning, vil der blive taget stilling til udbygningsmuligheder på det børne- og ungdomspsykiatriske område og andre områder i psykiatrien.