
Hvad vil bekendtgørelsen om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne betyde for regionernes administration?

VAKKS-undersøgelse af bekendtgørelse om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne.



Januar 2010

KREVI.

VAKKS- rapport omhandlende bekendtgørelse om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne.

VAKKS står for **V**urdering af **A**ministrative **K**onsekvenser for **K**ommunerne ved ny **S**statslig regulering.

Rapporten er udarbejdet for regeringen af projektleder Lone Bjørn Madsen og projektdeltager Simon Østergaard Møller.

KREVI takker følgende for velvilligt at have stillet sig til rådighed for interview:

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Danske Regioner
- Region Nordjylland
- Region Midtjylland
- Region Syddanmark
- Region Sjælland
- Region Hovedstaden

KREVI, 14.1.2010

Torben Buse

Direktør

The logo consists of the word "KREVI." in a bold, black, sans-serif font. The text is positioned on a yellow rectangular background that has a slightly irregular, hand-drawn appearance.

Olof Palmes Allé 19

8200 Århus N

www.krevi.dk

post@krevi.dk

T: 7226 9970

ISBN 978-87-92258-50-2 (elektronisk version)

Grafisk design: Designit

INDHOLDSFORTEGNELSE

1 SAMMENFATNING	4
2 INDLEDNING	8
3 VAKKS-METODEN	9
3.1 FORMÅL MED VAKKS-UNDERSØGELSEN	9
3.2 CENTRALE METODISKE BEGREBER I EN VAKKS-UNDERSØGELSE	9
3.3 FASERNE I EN VAKKS-UNDERSØGELSE	11
4 BEKENDTGØRELSENS INDHOLD	14
4.1 LOVENS BAGGRUND	14
4.2 PRÆSENTATION AF BEKENDTGØRELSEN	14
4.3 HVILKE DELE AF BEKENDTGØRELSEN ER MED I VAKKS-UNDERSØGELSEN?	16
5 KONKRET UNDERSØGELSESDSIGN	17
5.1 AFVIKLING AF REGIONSINTERVIEWS	17
5.2 SÆRLIGE PROBLEMSTILLINGER VED DENNE UNDERSØGELSE	18
5.3 UNDERSØGELSESFELTET	19
6 FORVENTEDE ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER	20
6.1 ADMINISTRATIVE OMSTILLINGSKONSEKVENSER	20
6.2 ADMINISTRATIVE DRIFTSKONSEKVENSER	23
7 FORSLAG TIL REGELFORENKLING	27
8 REFERENCER	31
9 BILAGSOVERSIGT	32
9.1 BILAG 1 – INTERVIEWGUIDE	32
9.2 BILAG 2 – KONSEKVENSOVERSIGT	34

1 SAMMENFATNING

Formålet med denne VAKKS-undersøgelse er at undersøge, hvilke administrative konsekvenser der kan forventes i de fem regioner ved implementering af bekendtgørelse om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne. Undersøgelsen beskriver endvidere forslag til regelforenklinger.

BEKENDTGØRELSENS INDHOLD

Bekendtgørelsen giver psykisk syge voksne mulighed for at blive behandlet på et aftalesygehus (privat klinik eller sygehus i udlandet), såfremt bopælsregionen ikke inden for to måneder kan tilbyde behandling. Retten frafalder dog, hvis ventetiden på aftalesygehuset overstiger ventetiden på regionens egne psykiatriske sygehuse.

Regionssygehuset skal med bekendtgørelsens ikrafttræden d. 1.1.2010 ved modtagelse af en henvisning undersøge, om sygehuset selv kan tilbyde behandling inden for to måneder. Patienten skal have besked herom senest otte hverdage efter henvisningen er modtaget. Såfremt regionssygehuset ikke kan tilbyde behandling inden for to måneder, og patienten ønsker at gøre brug af den udvidede behandlingsret har regionssygehuset pligt til at henvise patienten til det pågældende aftalesygehus.

Regionerne skal ved endt behandling sikre, at afregningen er korrekt, at den korrekte ydelse er leveret, og at aftalesygehuset har leveret de nødvendige behandlingsdata.

Regionsrådene i forening, dvs. Danske Regioner, skal indgå aftale med aftalesygehuse om behandling af personer efter retten til udvidet behandlingsmulighed.

SÆRLIGE FORHOLD VED UNDERSØGELSEN

Denne VAKKS-undersøgelse er den første udført i regionerne, og er derfor gennemført som en pilotundersøgelse.

ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

I nedenstående tabel præsenteres hovedresultaterne fra undersøgelsen. Tabellen uddybes nedenfor.

Tabel 1. Samlede estimater for omstillings- og driftskonsekvenser.

Aktiviteter	Region 1	Region 2	Region 3	Region 4	Region 5	Landstal
Omstillingskonsekvenser	1200	1550	350	1030	620	4750
Driftskonsekvenser	1600	2800 (700)	300	150	700	5550 (3450)
I alt	2800	4350 (2250)	650	1180	1320	10300 (8200)

* tallene i parentes er estimater efter følsomhedsberegning

OMSTILLINGSOMKOSTNINGER

Omstillingsomkostninger er de omkostninger, som regionerne vil opleve på kort sigt, og som de kun vil opleve én gang. Regionerne vurderer, at de samlede omstillingskonsekvenser for implementering af bekendtgørelsen løber op i 4750 timer.

Det er især opkvalificering af personale samt udvikling af procedure for ny praksis, der er mest omkostningstung (2900 timer). De mest administrativt belastende driftskonsekvenser ved den enkelte henvisning er selve udformningen og videresendelse af henvisning til aftalesygehuset. Her ligger der nye opgaver i at tage stilling til, hvilken behandlingspakke der skal visiteres til, samle og sende alle relevante sagsoplysninger til aftalesygehuset samt lave ny registrering i patientadministrative systemer.

DRIFTSOMKOSTNINGER

Driftsomkostninger vedrører de omkostninger, der har permanent og tilbagevendende karakter. I undersøgelsen er driftsomkostningerne opgjort i to dele. Den første del vedrører de "faste" løbende årlige driftsomkostninger. Dvs. de omkostninger regionerne har, uanset antallet af henvisninger. Den anden del vedrører de "variable" driftsomkostninger – dvs. de omkostninger, der knytter sig til den enkelte henvisning.

Det er usikkert, hvor mange patienter der bliver omfattet af de nye regler ligesom det heller ikke på nuværende tidspunkt står klart, hvad behandlingskapaciteten på aftalesygehusene bliver. Disse forhold har naturligvis stor betydning for hvor store de administrative omkostninger bliver.

Estimatet for tidsforbrug pr. henvisning er derfor opskrevet på baggrund af antallet af patienter på venteliste pr. 1. oktober 2009, som har ventet mere end to måneder, og som dermed kunne gøre brug af den udvidede behandlingsret, såfremt den var gældende på dette tidspunkt. Der knytter sig en række metodiske forbehold for denne fremgangsmåde, som er nærmere beskrevet i afsnit 6.2. De samlede driftskonsekvenser pr. henvisning er i vægtet gennemsnit 105 minutter. Der er dog tale om stor spredning regionerne imellem. Den region med mindst tidsforbrug pr. henvisning estimerer at skulle anvende 51 minutter, mens den region med størst tidsforbrug estimerer at skulle anvende 235 minutter pr. henvisning. De største aktiviteter er at udforme og videresende henvisning til aftalesygehus, herunder også at give patienten besked, samt afklare behandlingspakkernes omfang med aftalesygehuse. I udformningen af henvisningen skal der af en kliniker tages stilling til, hvilken behandlingspakke, der skal henvises til – til forskel fra behandling i offentligt regi, hvor der ikke nødvendigvis skal træffes beslutning om et samlet behandlingsforløb i forbindelse med visitationen, men i stedet løbende kan træffes beslutninger om afbrydelse, justering eller udvidelse af behandlingen. I forbindelse med henvisningen bruges der også væsentlige administrative ressourcer på at få samlet alt relevant sagsmateriale vedrørende en patient og videresendt det til aftalesygehus. Ved yngre voksne kan der desuden være andre mulige parter, der skal orienteres, eks. bopælskommunen.

De årlige driftsomkostninger er vurderet til at være 5550 timer. Dette tal er i høj grad præget af, at én region vurderer, at det er nødvendigt at afholde en ekstra ugentlig visitationskonference. Denne aktivitet fylder 2100 timer om året, og er dermed en forholdsvis stor omkostning i forhold til det samlede resultat. Laver man en følsomhedsberegning, hvor denne aktivitet ikke medregnes bliver de årlige driftsomkostninger på 3450 timer.

I dette tal er det aktiviteten "undersøgelse af ventetider", der er den overskyggende aktivitet (1250 timer). At aktiviteten fylder så meget er et udslag af, at flere af regionerne påpeger problemer med at indhente aktuelle ventetider på aftalesygehuse på børne- og ungeområdet. Denne problemstilling drøftes desuden under forslag til regelforenkling. I aktiviteten indgår kun tre af regionerne, da to af regionerne ikke har opgjort denne aktivitet i årlige

driftsomkostninger, men i stedet som en del af den enkelte henvisning, der opgøres i minutter pr. henvisning.

Flere regioner påpeger, at der er en styringsproblematik i at afklare behandlingspakkernes omfang med aftalesygehusene. Flere af regionerne har erfaring fra børne- og ungepsykiatrien med, at det tager tid at afklare behandlingspakkernes omfang med aftalesygehusene. Typisk forlanger aftalesygehusene en udvidelse af den ønskede behandlingspakke, mens det offentlige sygehus har en opgave i at tage stilling til, om det er nødvendigt. En anden type af kommunikation mellem offentligt sygehus og aftalesygehus er de tvister, der opstår, hvis regionssygehuset ikke mener, at den ønskede behandling er leveret. Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt der skal betales fuld pris eller ej, og involverer både administrativt og klinisk personale.

Samlet set vurderer regionerne, at implementering af bekendtgørelsen løber op i 10300 timer, svarende til 2060 timer pr. region. Én region bidrager med 42 % af de samlede konsekvenser. Denne ulige fordeling skyldes, at regionen har et markant større pres på deres venteliste i forhold til de andre regioner, og forventer derfor at skulle bruge væsentlig flere ressourcer på at viderehenvise psykisk syge voksne til aftalesygehuse. Regionen har udover de fastlagte aktiviteter i konsekvensoversigten som nævnt vurderet, at det er nødvendigt at afholde en ekstra ugentlig visitationskonference. Laver man en følsomhedsberegning, hvor denne aktivitet ikke medregnes, bliver de samlede omkostninger 8200 timer, svarende til 1640 timer pr. region.

Der er tale om en stor variation mellem regionerne i forhold til, hvor stor den administrative belastning bliver. Dette skyldes primært forskelle mellem regionerne i mellem med hensyn til efterspørgsel og behandlingskapacitet, og deraf afledte ventelister.

FORSLAG TIL REGELFORENKLING

Der er i dataindsamlingen blevet spurgt, om regionerne har forslag til, hvordan man kan reducere bekendtgørelsens administrative byrder. Forslagene er præsenteret i nedenstående tabel og uddybet i den efterfølgende tekst.

Tabel 2. Forslag til regelforenkling

Forslag til regelforenkling	Fordele	Ulemper
Optimering af www.ventefo.dk	• Forkortelse af administrativ tid ift. at undersøge ventetider • Tydeliggørelse af ventetider • Alle regioner bakker op om forslaget • Potentiel besparelse på syv minutter pr. henvisning.	• Der vurderes ikke at være ulemper ved forslaget
Samme aldersgrænse for udvidet behandlingsret som i de lægefaglige specialer	• Besparelse ift. kun at administrere én lovgivning i voksenpsykiatrien • Forenkling af arbejdsgang • Alle regioner bakker op om forslaget	• Ændring af eksisterende lovgivning (udvidet undersøgelses- og behandlingsret for psykisk syge børn og unge)

Behandlingskoder som SKS-koder	• Sikrer lettere dokumentation af patientforløb • Hvis de oprettes som tillægskoder er det muligt at lave sammenlignende analyser på tværs af regionerne • En region vurderer en potentiel årlig besparelse på 200 timer	• Hvis behandlingskoder oprettes som SKS-koder, forsvinder muligheden for at tjekke om den korrekte ydelse er leveret, både fagligt og økonomisk set.
Tydeliggørelse af LEON-princippet i bekendtgørelsen	• Forebygge at mange patienter i eks. praksissektor forgæves tror sig omfattet af udvidet behandlingsret • Forebygge unødvendige administrative konsekvenser for regionerne med at afvise og begrunde afvisning over for patienter / pårørende	• Med en for tydelig målgruppedefinition er der risiko for at bremse sundhedsvæsenets mulighed for udvikling eks. gennem opgaveglidning mellem sygehusregi og praksissektor

For uddybning af regelforenklingsforslagene henvises til afsnit 7.

KREVIS IDÉER TIL FORENKLINGER I IMPLEMENTERINGEN

KREVI ser i datamaterialet flere områder, hvor der kan opnås forenklinger i implementeringen:

- For det første vedrørende formidlingen af patientinformationer mellem det offentlige sygehus og aftalesygehuset. Som det fremgår af afsnit 6.2 skal det offentlige sygehus kopiere og videresende alt relevant patientinformation til aftalesygehuset forud for behandling. En del af denne information ligger kun i papirform og ikke elektronisk. KREVI vurderer, at der vil opnås en administrativ besparelse, såfremt al patientinformation foreligger samlet elektronisk, og dermed på meget kort tid kan videresendes til aftalesygehuset.
- For det andet skal alle regioner i forbindelse med implementeringen udarbejde nye standardbreve til sagsbehandlingen af henvisninger i henhold til de nye regler, jf. afsnit 6.1. KREVI vurderer at der vil kunne opnås en administrativ besparelse i forbindelse med omstillingen, hvis en del af dette arbejde lægges centralt, eks. i Danske Regioner, med efterfølgende mulighed for at tilpasse brevene til lokale forhold og it-systemer.

2 INDLEDNING

Denne rapport sammenfatter VAKKS-undersøgelse af bekendtgørelse om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne.

Den version af bekendtgørelse, som har ligget til grund for VAKKS-undersøgelsen, er dateret den 13.10.2009. Bekendtgørelsen svarer til den bekendtgørelse, der blev sendt i høring hos en række høringsparter¹.

Opdragsgiver for VAKKS-undersøgelsen er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde med Finansministeriet. VAKKS-undersøgelsen er påbegyndt i uge 43 og afsluttet i uge 50. Interviewene med regionerne er gennemført i uge 45, 46 og 47.

Undersøgelsen af bekendtgørelsen om ret til udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne er gennemført i samme periode, som bekendtgørelsen har været i høring hos relevante parter.

Dette er den første VAKKS undersøgelse, der er gennemført på regionernes område. Undersøgelsen har derfor karakter af en pilotundersøgelse.

¹ Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK), Dansk Psykolog Forening, Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Ergoterapeutforeningen, FOA Fag og Arbejde, Foreningen Pårørende til Sindslidende, KL, Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen Bedre Psykiatri, Landsforeningen SIND, Lægeforeningen.

3 VAKKS-METODEN

I dette kapitel beskrives VAKKS 7-metoden, som fra og med 2009 anvendes i de fleste VAKKS-undersøgelser. VAKKS-metoden er udviklet for Styregruppen for Tværoffentligt Samarbejde og er beskrevet i "VAKKS-manual 2009 – Manual til vurdering af administrative og selvstyremæssige konsekvenser for kommunerne ved ny statslig regulering" (KREVI, 2009).

VAKKS-metoden er udviklet mhp. undersøgelse i kommuner. Dette er den første VAKKS-undersøgelse i regionerne.

3.1 Formål med VAKKS-undersøgelsen

VAKKS-undersøgelsen skal analysere en regelændring med det formål at belyse følgende dele:

- *De forventede administrative konsekvenser.* Undersøgelsen afdækker alene de forventede administrative ændringer og ikke de samlede ressourcemæssige konsekvenser som følge af den nye regelændring, ligesom de eventuelle langsigtede kvalitetsforbedringer som følge af regelændringen heller ikke afdækkes.
- *Forslag til regelforenklinger og andre initiativer, der kan lette de administrative konsekvenser.* Undersøgelsen indsamler og analyserer forslag til ændringer eller initiativer, der kan lette regelændringens administrative byrder og samtidig bevare regelændringens idé og indhold.

3.2 Centrale metodiske begreber i en VAKKS-undersøgelse

VAKKS-metoden benytter en række begreber, der medvirker til at afgrænse undersøgelsesfeltet i de konkrete undersøgelser.

OMSTILLINGS- OG DRIFTSKONSEKVENSER

I VAKKS-undersøgelser vurderes to typer af administrative konsekvenser:

- *Omstillingskonsekvenser* er de omkostninger, som regionerne vil opleve på kort sigt, og som de kun vil opleve én gang i forbindelse med implementeringen af den nye lovgivning. Omstillingsomkostningerne kan fordele sig over flere år. Driftsomkostninger i det første år til aktiviteter, som vil optræde i alle årene fremover, regnes ikke med i omstillingsomkostningerne. Omstillingen kan ikke være forbundet med administrative lettelser for regionerne.
- *Driftskonsekvenserne* vedrører de administrative omkostninger eller besparelser, som har permanent, tilbagevendende karakter.

Administrative konsekvenser kan være både interne og eksterne. Interne omkostninger/besparelser opgøres som nettotidsforbrug i timer, mens eksterne omkostninger/besparelser opgøres i kroner, fx udgifter til konsulentbistand.

KREVI opgør regionernes forventede tidsforbrug i effektive timer, dvs. nettotimer uden ferie og andet fravær.

ADMINISTRATIVE AKTIVITETER

Administrative konsekvenser skal forstås som tilkomne eller bortfaldne administrative aktiviteter. Administrative aktiviteter defineres som de proceduremæssige, it-mæssige, personalemæssige og organisatoriske tilpasninger og aktiviteter, som det er nødvendige for regionerne at foretage for at kunne efterleve reguleringen.

Administrative aktiviteter er afgrænset fra direkte borgerrettede aktiviteter, som indgår i regionens ydelse af offentlig service.

I nogle tilfælde er det vanskeligt at afgrænse præcist, hvilke aktiviteter der skal regnes for administrative, og hvilke der skal regnes for direkte borgerrettede. Derfor foretages der altid en konkret vurdering af, hvad der skal med i undersøgelsen, og hvad der skal udelades. Afgrænsningen drøftes med og valideres af den lovansvarlige og den/de regionale vidensperson(er) i forundersøgelsesfasen.

REGELFORENKLINGSFORSLAG

Et vigtigt formål med VAKKS-undersøgelserne er at afdække, analysere og formidle forslag, der kan reducere den undersøgte regelændrings administrative byrder (s. 8 i KREVI's VAKKS-manual).

Regelforenklingsforslagene vedrører altså regionernes forslag til, hvor der mest effektivt kan sættes ind for at reducere de administrative omkostninger. Det kan dreje sig om både forslag til at ændre selve lovreguleringens tekst og bemærkninger, og forslag til andre initiativer, der kan lette regionernes administration (fx udarbejdelse af faste skabeloner, databaser o.l.). Vurderingen af forslagene baseres blandt andet på undersøgelsens resultater, der viser den administrative belastning ved de forskellige dele af loven.

Undersøgelsen tilrettelægges således, at alle regioner får lejlighed til at kommentere alle regelforenklingsforslag for at undersøge, hvor bred opbakningen til forenklingsforslaget er. Når det er muligt, udarbejder KREVI – sammen med regionerne – et skøn over, hvilke ressourcemæssige konsekvenser de enkelte regelforenklingsforslag vil have.

LANDSRESULTATER

Denne VAKKS-undersøgelse i regionerne består af interviews med samtlige fem regioner. Undersøgelsens resultater i form af den administrative byrde eller lettelse ved den nye regelændring afrapporteres ved at lægge resultaterne af dataindsamlingen i de fem regioner sammen til et samlet landsestimat. I en VAKKS-undersøgelse i kommunerne opskrives der til landstal på baggrund af data fra seks kommuner, som hver repræsenterer et segment. Kommunerne opdels i segmenter på baggrund af karakteristika, der formodes at have indflydelse på omfanget af kommunernes administrative arbejde som følge af lovreguleringen, eksempelvis indbyggertal. Resultaterne fra de seks kommuner opskrives efterfølgende til landstal. Denne øvelse er ikke relevant i denne VAKKS-undersøgelse, da samtlige fem regioner deltager.

Det bør pointeres, at VAKKS-undersøgelsen ikke er en statistisk metode, men en case-baseret metode, der ved hjælp af kvalitative og kvantitative teknikker genererer overordnede estimater for lovregulerings administrative konsekvenser i regionerne.

Trods datavalidering er landsestimatet forbundet med usikkerhed, da de enkelte regioners tidsestimater ikke er eksakte tal, men estimater for fremtidigt tidsforbrug. I det følgende uddybes begrebet datavalidering.

VALIDERING AF ESTIMATER

Inden regionernes vurderinger af regelændringens administrative konsekvenser opskrives til et landsestimat, sammenlignes og valideres resultaterne. Opskrivningen baseres på en kritisk vurdering af data, der bl.a. tager stilling til, om estimerne er velargumenterede og dækker aktiviteter, der udspringer af lovgivningens obligatoriske krav (s.12 i KREVI's VAKKS-manual).

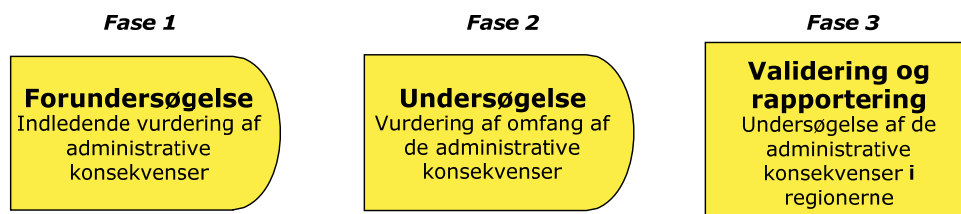
Den kritiske vurdering og validering af data foregår i to trin. For det første bliver der under interviewet stillet uddybende spørgsmål til begrundelserne for de oplyste tal. Særligt er der stor opmærksomhed på at få respondenterne til at beskrive, hvorfor de nye bestemmelser medfører aktiviteter, der ikke var inkluderet i gældende lovgivning, og herefter begrunde tidsestimatet. For det andet bliver tallene, efter interviewrunden, gennemgået, valideret og diskuteret med regionerne, og der bliver spurgt specifikt ind til tidsestimaterne i de tilfælde, hvor svarene afviger væsentligt fra de øvrige regioners svar.

I særlige tilfælde kan der efter valideringsfasen være så stor variation i estimerne, at der er anledning til yderligere overvejelser. Det kan være tilfælde, hvor en region ikke kan begrunde tidsestimater, der ligger uden for normalen for de andre regioner. Her kan der blive tale om at udføre en følsomhedsanalyse i form af supplerende estimatberegninger.

3.3 Faserne i en VAKKS-undersøgelse

Fremgangsmåden i VAKKS-undersøgelser følger tre faser: forundersøgelse, undersøgelse samt validering og rapportering. Figur 1 giver et overblik over undersøgelsesprocessen.

Figur 1. Oversigt over VAKKS-undersøgelsens faser



Nedenfor følger en gennemgang af de tre faser i undersøgelsesprocessen.

FASE 1 - FORUNDERSØGELSE

Forundersøgelsesfasen har til formål at identificere de elementer i bekendtgørelsen, der forventes at få administrative konsekvenser for regionerne, samt at få et indledningsvist overblik over, hvor administrativt belastende/besparende bekendtgørelsen forventes at blive. Fasen skal også klargøre en række af de metodiske forhold og afgrænsninger, som er forudsætninger for VAKKS-undersøgelser.

KREVI gennemlæser indledningsvist bekendtgørelsen med de tilhørende bemærkninger og sammenholder dette med relevante, gældende love og bekendtgørelser. Det lovansvarlige ministerium har på forhånd udarbejdet en liste over relevant beslægtet lovgivning. På denne baggrund udarbejder KREVI en oversigt over mulige administrative konsekvenser ved de dele af loven, som regionerne er forpligtet til at gennemføre.

Konsekvensoversigten danner udgangspunkt for et interview med den lovansvarlige i det ansvarlige ministerium, i denne undersøgelse Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Hensigten med interviewet er dels at få en vurdering af oversigten, dels at drøfte forventningerne til regionernes ressourceforbrug. Endelig skal sammenhængen med beslægtet lovgivning også beskrives. Interviewet med det lovansvarlige ministerium er med til at kvalificere og præcisere konsekvensoversigten og giver et indblik i de tanker og hensigter, ministeriet har med bekendtgørelsen.

I forundersøgelsesfasen interviewer KREVI også regionale videnspersoner. Det er Danske Regioners kontaktperson, der udpeger den/de regionale vidensperson(er). Interviewet tager udgangspunkt i samme oversigt over administrative konsekvenser, som er anvendt i interviewet med det lovansvarlige ministerium. Hensigten med interviewet er også her at få en vurdering af oversigten, samt en foreløbig vurdering af omfanget af administrative omkostninger i regionerne. Interviewet med den/de regionale vidensperson(er) medvirker til at kvalificere og præcisere oversigten over mulige konsekvenser ved bekendtgørelsen.

Endvidere skal der i denne fase i samarbejde med det lovansvarlige ministerium og Danske Regioner afklares, hvordan undersøgelsen konkret skal tilrettelægges. Det gælder bl.a. samarbejde med Danske Regioner i forhold til at henvise til kontaktpersoner i de enkelte regioner.

Ovennævnte drøftes med den lovansvarlige og den/de regionale vidensperson(er) *før* interviewene for at sikre tilstrækkelig tid til at lave interviewaftaler i regionerne.

Resultatet af fase 1 er altså en revideret og tilpasset konsekvensoversigt, som viser de konkrete aktiviteter, som regionerne forventes at sætte i gang for at implementere og efterleve bekendtgørelsen. På baggrund af konsekvensoversigten udarbejder KREVI en interviewguide til de efterfølgende regionsinterviews.

FASE 2 - UNDERSØGELSE

I undersøgelsesfasen foretages en konkret undersøgelse af de fem regioners forventninger til, hvor mange administrative ressourcer, der vil kræves eller frigøres ved at implementere den nye lovgivning.

Forud for interviewene sendes interviewguide, konsekvensoversigt, lovforslag og en kort beskrivelse af bekendtgørelsen (lovforklaring) til de deltagende regioner. Vurderingen af de administrative omkostninger i forbindelse med omstilling og drift skal holdes op imod de omkostninger, der er forbundet med eksisterende regler. Interviewpersonerne bliver derfor løbende bedt om at forholde sig til nettopbetragtninger af de nye aktiviteter i forhold til det aktivitetsniveau, der er forudsat i den gældende lovgivning.

I forbindelse med gennemgangen af bekendtgørelsens enkelte dele lægges der vægt på at drøfte forslag til regelforenklinger og initiativer, der kan reducere de administrative byrder ved bekendtgørelsen.

FASE 3 - VALIDERING OG RAPPORTERING

Formålet med VAKKS-undersøgelsens tredje fase er at validere regionernes estimater over administrative konsekvenser og systematisk følge op på forslag til regelforenklinger. Derfor bliver alle de interviewede regioner kontaktet efter interviewene.

Formålet med den efterfølgende dialog med regionerne er tredelt. For det *første* er der typisk forhold, der ikke kan endeligt afklares under interviewet, som der skal følges op på. For det *andet*, bliver den enkelte regions skønnede tidsforbrug sammenholdt med andre regioners, og regionerne får mulighed for at genoverveje og kvalificere de skøn, de har foretaget i interviewet. KREVI er her særligt opmærksom på at drøfte og spørge ind til de tidsestimater, der afviger væsentligt fra det generelle niveau. For det *tredje* bliver alle regioner præsenteret for

alle regelforenklingsforslag og får mulighed for at kommentere dem og erklære sig enig eller uenig i dem samt at komme med bud på, hvor store besparelser regelforenklingsforslagene vil medføre. Typisk er KREVI i valideringsfasen i kontakt med de enkelte regioner adskillige gange via mail og telefon.

VAKKS-undersøgelse i regionerne afsluttes med en rapport, der sendes til kommentering hos Danske Regioner, Finansministeriet og det lovansvarlige ministerium.

4 BEKENDTGØRELSENS INDHOLD

Bekendtgørelsen om ret til udvidet behandling for psykisk syge voksne gennemgås i det følgende med fokus på forslagens betydning for regionerne.

4.1 Lovens baggrund

Regeringen og satspuljepartierne indgik i oktober 2006 en psykiertiaftale for 2007-2010, hvori det fremgår, at regeringen og satspuljepartierne ønsker, at psykiatriske patienter får samme rettigheder som patienter på det somatiske område, herunder ret til udvidet frit sygehusvalg. To år senere, i oktober 2008, indgik regeringen og satspuljepartierne en aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2009-2012. Denne aftale omhandler bl.a. udvidet behandlingsret i voksenpsykiatrien. Med aftalen blev der afsat midler til udvikling og implementering af udvidet behandlingsret i voksenpsykiatrien. I marts 2009 blev lovforslaget vedtaget, og i oktober 2009 blev bekendtgørelsen sendt i høring.

Bekendtgørelsen træder i kraft d. 1. januar 2010.

4.2 Præsentation af bekendtgørelsen

Bekendtgørelsen indeholder flere forskellige nye elementer vedr. psykisk syge voksnes behandlingsret. Behandling dækker i denne sammenhæng undersøgelse, diagnosticering, behandling, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme (jf. § 5 i Sundhedsloven).

Nedenfor vil der blive gjort rede for de elementer i bekendtgørelsen, der forventes at få betydning for regionerne.

MÅLGRUPPE:

Bekendtgørelsen gælder for personer, der ved henvisning til psykiatrisk behandling på en psykiatrisk afdeling eller anden relevant afdeling er fyldt 19 år. Dog gælder den ikke for:

- personer, der underkastes mentalundersøgelse
- personer, der på baggrund af en dom eller kendelse er i psykiatrisk behandling
- personer, der efter Justitsministeriets eller overøvrighedens bestemmelse anbringes på psykiatrisk sygehus
- personer, der som vilkår for en betinget dom, udgang, benådning, prøveløsladelse eller tiltalefrafald undergives psykiatrisk behandling
- varetægtsarrestanter, der i medfør af retsplejelovens § 765, § 770 eller § 777 skal undergives psykiatrisk behandling.

Ifølge bekendtgørelsens § 11 kan anvendelse af tvang i psykiatrien kun finde sted i forbindelse med indlæggelse på et offentligt sygehus.

UDVIDET BEHANDLINGSRET

Bekendtgørelsen giver psykisk syge voksne mulighed for at blive behandlet på et aftalesygehus (privat klinik eller sygehus i udlandet), som regionsrådet har indgået aftale med,

såfremt bopælsregionen ikke inden for to måneder kan tilbyde behandling². Retten frafalder dog, hvis ventetiden på aftalesygehuset overstiger ventetiden på regionens egne psykiatriske sygehuse.

GENNEMFØRELSE AF UNDERSØGELSE OM VENTETID VED NY HENVISNING

Sygehusene skal ved modtagelse af en henvisning gennemføre en undersøgelse af ventetiden på behandling. Undersøgelsen skal afdække, hvorvidt det pågældende sygehus, eller et af de sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter, kan tilbyde behandling inden for to måneder.

INFORMATION TIL PATIENTEN OM VENTETID

På baggrund af undersøgelsen informeres patienten inden for otte hverdage efter at henvisningen er modtaget, hvorvidt behandlingen kan påbegyndes det pågældende sted inden for to måneder. Såfremt behandlingen ikke kan påbegyndes inden for to måneder kan patienten gøre brug af sin ret til behandling på et aftalesygehus. Retten til udvidet behandlingsret frafalder, såfremt ventetiden på aftalesygehuset overstiger ventetiden på bopælsregionens sygehuse.

HENVISNING TIL AFTALSYGEHUS

Hvis patienten ønsker at gøre brug af sin ret til at modtage behandling på et aftalesygehus, skal det sygehus, som har modtaget den oprindelige henvisning, sørge for at henvise patienten til det pågældende aftalesygehus. Retten til behandling på et aftalesygehus gælder kun i forbindelse med indgangen til et behandlingsforløb, og ikke i forhold til et behandlingsforløbs enkelte elementer. Det offentlige sygehus kan ikke tilbagekalde retten til behandling på et aftalesygehus, selvom det viser sig, at patienten alligevel kunne være kommet i behandling inden to måneder. Man mister som patient derfor ikke retten til behandling på et aftalesygehus, efter man har modtaget information om tildeling af denne ret.

INDGÅELSE AF AFTALER MED PRIVATE SYGEHUSE, KLINIKKER HER I LANDET OG SYGEHUSE I UDLANDET

Regionsrådene indgår i forening aftale med relevante og interesserede private sygehuse, klinikker m.v. her i landet og i udlandet (aftalesygehuse). De private sygehuse, klinikker her i landet og sygehuse i udlandet, der ønsker at indgå aftale med regionerne, skal til brug herfor fremlægge dokumentation vedrørende behandlingstilbud, ventetid til behandling og iagttagelse af patientrettigheder.

VIDEREGIVELSE AF OPLYSNINGER FRA AFTALSYGEHUS TIL DET SYGEHUS, SOM HAR HENVIST PATIENTEN

Aftalesygehusene skal videregive alle relevante oplysninger om behandlingen af de henviste patienter til de sygehuse, som har foretaget henvisningen, til brug for evt. fortsat behandling og afregning.

AFTALSYGEHUSENES INDBERETNING AF PATIENT- OG BEHANDLINGSOPLYSNINGER

Aftalesygehusene skal indberette oplysninger vedrørende behandlinger af henviste patienter til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister og til den landsdækkende kliniske database. Danske Regioner påpeger, at der ikke findes en samlet klinisk database for det psykiatriske område. Der findes en database for skizofreni og snart en for depression under Det Nationale Indikatorprojekt (NIP).

² Danske Regioner gør opmærksom på, at udøvelsen af den udvidede behandlingsret kun er muligt for de diagnoser, som der er indgået aftale for.

OFFENTLIGGØRELSE AF OVERSIGT OVER SAMARBEJDS- OG AFTALSYGEHUSE

Regionsrådene offentliggør en oversigt over samarbejdssygehuse og aftalsygehuse.

4.3 Hvilke dele af bekendtgørelsen er med i VAKKS-undersøgelsen?

De elementer af bekendtgørelsen, som indgår i denne VAKKS-undersøgelse, er de elementer, der vurderes af have administrative konsekvenser for de enkelte regioner. Eventuelle konsekvenser for Danske Regioner eller aftalsygehuse er derfor ikke inkluderet i undersøgelsen. Konkret betyder det, at opgaven for Danske Regioner med at indgå aftale med aftalsygehuse (§ 6) ikke er en del af VAKKS-undersøgelsen. Det er kun de administrative konsekvenser de enkelte regioner har i forbindelse med eksempelvis at deltage i forberedende arbejdsgrupper forud for forhandlingen eller levere klinisk kvalitetssikring af aktiviteter, der er talt med. I VAKKS-sammenhæng er det en særlig problemstilling, at Danske Regioner foretager forhandlingen med private leverandører på vegne af regionerne. Ligeledes er opgaven for aftalsygehuse med at fremlægge dokumentation vedrørende behandlingstilbud, ventetid samt iagttagelse af patientrettigheder (§ 7) ikke en del af VAKKS-undersøgelsen.

5 KONKRET UNDERSØGELSESDSIGN

Denne pilot-VAKKS i regionerne undersøger de administrative konsekvenser af udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne. Vi har som tidligere nævnt ikke segmenteret i denne VAKKS-undersøgelse, da samtlige regioner medvirker.

5.1 Afvikling af regionsinterviews

KREVI's indgang til regionerne var KREVI's kontaktperson i Danske Regioner samt en chefrådgiver og en konsulent fra Danske Regioner. Derfra blev vi henvist til kontaktpersoner i de enkelte regioner.

Bekendtgørelsen vedrører både henvisningsprocedurer, betalingsprocedurer, forhandlingsforløb med aftalesygehuset og kvalitetstjek af behandlingsoplysninger. Vi har derfor interviewet både administrative og klinisk personale. Da de nævnte procedurer foregår forskellige steder, har vi interviewet personer, som har været placeret i forskellige afdelinger, eks. planlægningsafdeling, sundhedsøkonomi og kliniske afdelinger samt både administrativt og klinisk personale fra børne- og ungepsykiatrien. Inddragelsen af personale fra børne- og ungepsykiatrien er sket ud fra den forventning, at de har erfaring med implementering af behandlingsretten, og derfor kunne bidrage til estimering af de administrative konsekvenser på voksenområdet. Der blev indført udvidet undersøgelsesret i børne- og ungepsykiatrien d. 1. august 2008 og udvidet behandlingsret 1. januar 2009.³

Da der har været mellem tre og fem interviewpersoner i hver region, som inden for regionen er placeret forskellige geografiske steder, er interviewene blevet gennemført delvist som personlige interview og delvist som telefoninterview.

Organiseringen af dataindsamlingen har været forskellig fra region til region. I en region har vi fx selv haft kontakt med samtlige personer, der bidrager med data til undersøgelsen, mens vores kontaktperson i en anden region har sørget for at samle data ind fra de relevante afdelinger her.

Forinden de enkelte interviews fremsendte KREVI en interviewguide sammen med en beskrivelse af lovforslaget og de mulige administrative konsekvenser (se bilag 2).

I nogle af interviewene var det muligt for interviewpersonen at give konkrete estimater på de administrative konsekvenser under selve interviewet, mens interviewpersonerne i andre tilfælde efterfølgende vendte tilbage til KREVI med estimaterne. Dette skyldtes primært, at det var nødvendigt for interviewpersonerne at drøfte aktiviteterne med andre medarbejdere.

Vurderingen af de administrative konsekvenser skal holdes op i mod allerede eksisterende aktiviteter, forbundet med eksisterende lovgivning og regler. Interviewpersonerne blev derfor bedt om at forholde sig til nettobetragtninger af de nye aktiviteter, det vil sige alene at estimere de *ekstra* omkostninger, der vil være forbundet med implementering af den udvidede behandlingsret. Endvidere blev interviewpersonerne bedt om alene at forholde sig til de aktiviteter, der *som minimum* skal gennemføres for at kunne implementere de nye reg-

³ Behandlingsretten på børne- og ungeområdet adskiller sig fra voksenområdet ved at være opdelt i hhv. undersøgelses- og behandlingsret. Denne forskel er der taget højde for i dataindsamlingen.

ler. Hvis den enkelte region således planlægger at implementere aktiviteter, der ligger ud over, hvad der er påkrævet for at kunne indfri lovgivningen, skal disse ikke estimeres.

KREVI oplevede ikke tegn på, at interviewpersonerne bevidst overvurderede tidsestimaterne. Flere regioner afviste at skulle bruge tid på nogle af de aktiviteter, som KREVI på forhånd havde formuleret som mulige konsekvenser af bekendtgørelsen.

5.2 Særlige problemstillinger ved denne undersøgelse

Samtlige interviewpersoner er blevet bedt om at give en vurdering af, hvor mange henvisninger bekendtgørelsen kommer til at vedrøre. Men ingen af de interviewede ville sætte tal på. De forventer dog en stigning, da der efter behandlingsrettens indførelse i børne- og ungepsykiatrien er sket en stigning i antallet af henvisninger på 17 % fra 2007 til 2008 (Danske Regioner 2009). Dette skal dog ses i lyset af en tendens til flere henvisninger i de senere år. Således er antallet af henvisninger i børne- og ungepsykiatrien steget med 78 % i perioden 2003 til 2008 (Danske Regioner 2009). Flere af de interviewede forventer ikke så stor en stigningstakst på voksenområdet.

Eftersom det ikke har været muligt for regionerne at vurdere, hvor mange patienter bekendtgørelsen kommer til at vedrøre, har vi i denne VAKKS taget udgangspunkt i Danske Regioners seneste ventetalsopgørelse. Pr. 1. oktober 2009 var 4522 borgere på venteliste til behandling. Heraf havde 1178 borgere ventet i mere end 2 måneder.⁴

Et forhold, som komplicerer denne VAKKS, er, at regionerne organiserer sig forskelligt for at imødekomme den udvidede behandlingsret. Det drejer sig eksempelvis om, i hvilken grad visitationen koordineres centralt. Der er samtidig også relativt store forskelle i regionernes ventetider på behandling i dag, hvilket har betydning for hvor stort et sagsbehandlingspres, der forventes fra region til region. Begge dele påvirker i høj grad, hvor mange timer regionerne skal bruge på implementering og drift af lovgivningen. Det betyder, at der naturligt vil være en vis variation mellem regionernes estimater. Det vil senere i vurderingen af de administrative konsekvenser blive beskrevet, hvad forskellene mellem regionerne består i.

Interviewpersonerne udtrykte generelt stor sikkerhed i forhold til deres estimater af de driftsmæssige aktiviteter i forbindelse med indførelsen af den udvidede behandlingsret. Ikke mindst erfaringerne fra børne- og ungeområdet synes at have skabt et solidt grundlag til at vurdere, hvor stor en administrativ belastning bekendtgørelsen kommer til at blive. Der var dog lidt mere usikkerhed i forhold til, hvor store omstillingsomkostningerne bliver. Flere interviewpersoner gav udtryk for, at dette var svært at estimere, hvilket skyldtes flere forhold. For det første er det usikkert, om omstillingen bliver ligeså krævende for voksenområdet som for børne- og ungeområdet. Flere interviewpersoner gav udtryk for, at erfaringerne fra børne- og ungeområdet kan bruges på voksenområdet, men at det er vanskeligt at estimere, hvor meget dette vil betyde. For det andet var det ikke alle regioner, der på interviewtidspunktet havde truffet endelig beslutning om, hvordan de konkret vil organisere visitation og henvisning af borgere efter indførelsen af den udvidede behandlingsret. Dette vanskeliggjorde det også at estimere præcist, hvor store omstillingsomkostningerne bliver. Fx har en region i øjeblikket overvejelser om, hvorvidt der skal etableres en række visitationsenheder for psykiatri og somatik. Regionen forventer først en afklaring af dette i starten af 2010.

⁴ Der skal tages en række forbehold for anvendelsen af ventetalsopgørelser i en undersøgelse som denne, hvilket beskrives i afsnit 6.2.

5.3 Undersøgelsesfeltet

Nedenstående tabel opsummerer, hvad denne VAKKS-undersøgelse ser på og ikke ser på. I undersøgelsen undersøges der udelukkende administrative konsekvenser. Det betyder, at den tid, der bruges på klinisk arbejde, ikke er medregnet. Ligeledes undersøger denne VAKKS ikke de samlede økonomiske konsekvenser det har for regionerne at implementere bekendtgørelsen, ligesom der ikke undersøges, hvilke langsigtede kvalitetsforbedringer der måtte opstå. VAKKS'en kigger udelukkende på implementeringen i voksenpsykiatrien, og dermed ikke om bekendtgørelsen medfører mulige konsekvenser på tilstødende områder, som eks. børne- og ungeområdet.

VAKKS-undersøgelsen undersøger forslag til regelforenkling og initiativer, der kan lette de administrative konsekvenser for regionerne.

Tabel 3: VAKKS-undersøgelsens undersøgelsesfelt

VAKKS-undersøgelsen af bekendtgørelsen om udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne		
	... undersøger:	... undersøger ikke:
Generelt	• De forventede administrative konsekvenser for regionerne • Forslag til regelforenklinger og initiativer, der kan lette de administrative konsekvenser for regionerne	• De samlede økonomiske konsekvenser for regionerne • Eventuelle langsigtede kvalitetsforbedringer • Mulige konsekvenser på tilstødende områder.

6 FORVENTEDE ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

De forventede administrative konsekvenser for regionerne som følge af bekendtgørelsen om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne kan som nævnt opdeles i hhv. omstillings- og driftskonsekvenser. Omstillingskonsekvenserne dækker den administrative belastning forbundet med implementeringen af bekendtgørelsen, og driftskonsekvenserne er de løbende administrative lettelse eller belastninger, der følger af den nye lov.

En typisk arbejdsgang i forbindelse med en henvisning kan efter d. 1.1.2010 se sådan ud:

Den enkelte afdeling/psykiatrisk center modtager en henvisning eksempelvis fra patientens praktiserende læge. Hvis henvisningen ikke afvises, iværksætter afdelingen/centret en undersøgelse af ventetider. Kan eget sygehus tilbyde behandling inden for to måneder sendes der brev til patienten med information herom. Såfremt eget sygehus ikke kan opfylde kravet på de to måneder undersøges ventetider på samarbejdssygehuse og aftalesygehuse. Herefter orienteres patienten pr. brev om de aktuelle ventetider på eget sygehus samt om muligheden for at benytte behandlingsretten. Samtidig gives der kontaktoplysninger på en patientvejleder, som kan vejlede patienten i de muligheder, den udvidede behandlingsret giver. Foretrækker patienten at blive behandlet på eget sygehus trods mere end to måneders ventetid, sættes patienten på ventelisten og orienteres herom. Ønsker patienten at gøre brug af et tilbud på et aftalesygehus, udformes en henvisning på afdelingen, hvori den ønskede behandlingspakke angives. Alt relevant materiale vedrørende patienten sendes sammen med henvisningen til aftalesygehuset, og forinden har en administrativ medarbejder sørget for at få kopieret alt relevant sagsmateriale til eget samt eventuelle samarbejdspartneres brug. Efter endt behandling sendes regning og relevante behandlingsdata til eget sygehus, som betaler regningen og tjekker at, den korrekte ydelse er leveret, at prisen er korrekt samt at aftalesygehuset har leveret alle relevante behandlingsdata.

6.1 Administrative omstillingskonsekvenser

Tabel 4 sammenfatter resultatet af KREVI's interviews med regionerne, hvad angår de administrative omstillingsomkostninger som følge af den udvidede behandlingsret.

Tabel 4. Omstillingsomkostninger i timer.

Aktiviteter	Region 1	Region 2	Region 3	Region 4	Region 5	I alt
Opkvalificering af personale, inkl. forstå og fortolke bekendtgørelsen og evt. ansættelse af nyt personale	300	650	50	550	100	1650
Procedurer for undersøgelse af ventetid, fælles visitationspraksis mv.	700	150	50	100	250	1250
Udformning af standardbreve	100	50	50	100	50	350
Forberedelse og deltagelse i aftaleforhandlinger samt kvalitetssikring	100	500	200*	250	200	1250
Udarbejdelse og offentliggørelse af oversigt over aftalesygehuse	0	0	0	30	20	50
Evt.: Genvisitation af patienter på venteliste pr. 1. januar 2010	0	200	0	0	0	200
I alt	1200	1550	350	1030	620	4750

*Region 3 har ikke oplyst data for denne aktivitet. Regionens forbrug er derfor fastlagt som gennemsnitligt i beregningen

Tabellen opgør de samlede omstillingsomkostninger for de fem regioner opdelt på hver af de seks relevante aktiviteter. De samlede omstillingsomkostninger udgør 4750 timer, hvoraf aktiviteter vedrørende opkvalificering af personale, procedurer for ny praksis og regionernes deltagelse i de fælles forhandlinger med aftalesygehusene udgør de mest ressourcerkrevende områder.

Ingen af regionerne forventer at skulle etablere nye procedurer for afregning og kvalitetstjek af behandlingsoplysninger. Det skyldes, at denne aktivitet er etableret inden for børne- og ungepsykiatrien for fire af regionernes vedkommende og samme procedure kan benyttes på voksenområdet. Den sidste region har ikke etableret en fast procedure på børne- og ungdomsområdet og forventer ikke, det er nødvendigt at gøre på voksenområdet, da regionen har et meget begrænset pres på deres venteliste.

I det følgende gennemgås indholdet af omstillingsaktiviteterne og årsagerne til de regionale forskelle.

OPKVALIFICERING AF PERSONALE

Fortolkning af bekendtgørelsen og formidling af behandlingsrettens regler og procedurer udgør et væsentligt aktivitetsområde for regionerne i forbindelse med omstillingen. Estimeringen varierer fra region til region. Én region estimerer blot at skulle anvende godt 50 timer, hvilket primært skyldes, at regionen har så korte ventetider, at behandlingsretten kun sjældent vil blive anvendt. Det betyder, at regionen ikke anser det som nødvendigt, at store dele af personalet bliver grundigt sat ind i behandlingsrettens bestemmelser fra implementeringens start.

Modsat estimerer en anden region, at opkvalificering af personalet mv. vil kræve 650 timer. Dette dækker primært over udarbejdelse af vejledninger samt opkvalificering af patientvejledere, visitatorer samt generel kommunikation internt i organisationen vedrørende de nye regler. Denne større aktivitet anses af regionen som nødvendig, idet det forventes, at et større antal patienter, der allerede befinder sig på venteliste, ønsker at gøre brug af behandlingsretten. Det er således nødvendigt, at et stort antal medarbejdere (visitatorer, patientvejledere mv.) har et godt kendskab til de nye regler fra behandlingsrettens ikrafttræden.

For en tredje regions vedkommende indebærer opkvalificering af personalet også en proces i forbindelse med ansættelse af yderligere medarbejdere til en visitationsenhed for eksterne viderehenvisninger, hvilket anses som nødvendigt for at administrere visitation og henvisning af nuværende patienter på venteliste samt en forventning om en øget henvisningsmængde i regionen fremover.

PROCEDURER FOR NY PRAKSIS

Dette aktivitetsområde dækker primært over udarbejdelse, godkendelse og implementering af procedurer for undersøgelse af ventetider på egne klinikker såvel som aftalesygehuse og ny fælles visitationspraksis i regionen.

På dette område forventer regionerne samlet at skulle bruge 1.250 timer. Som det fremgår af tabellen, er der tale om en ganske betydelig variation på tværs af regionerne. En region estimerer disse aktiviteter til blot 50 timer, mens en anden region vurderer, at der skal afsættes 700 timer hertil.

For den førstnævnte vedkommende gør det sig gældende, at visitation og henvisning er centralt organiseret i et enkelt sygehus, hvorfor det ikke anses som nødvendigt at investere i beskrivelse, formidling og implementering af en ny fælles visitationspraksis. I flere af de

andre regioner er visitationen derimod i dag udlagt decentralt til flere behandlingsklinikker, hvilket betyder, at procedurerne herfor ikke er koordinerede og ens. Med indførelsen af behandlingsretten anser disse regioner det som nødvendigt at få en ensartet praksis på dette område, hvilket stiller krav om, at der iværksættes en omstillingsproces med dette formål. Regionen med det højeste estimat på 700 timer er ved at gennemføre en proces, hvor en klinik fra hvert berørt psykiatrisk speciale (otte stk.) fra hver af regionens 10 enheder mødes to gange à tre timer for at udvikle ensartede visitationsprocedurer. Selve mødeaktiviteten fylder 480 timer, mens de resterende 220 timer er sat af til transport og forberedelse for 80 mennesker.

UDFORMNING AF STANDARDBREVE

I forbindelse med indførelsen af nye procedurer for visitation og henvisning mv. anser alle regionerne det som nødvendigt at udarbejde nye standardbreve i forbindelse med orientering af patienter. Samlet set vurderer regionerne, at arbejdet med udarbejdelse og implementering af nye standardbreve vil tage 350 timer.

Den ene af regioner, som har det laveste estimat på 50 timer, fortæller, at de på børne- og ungeområdet benyttet har sig af standardskabeloner, som Danske Regioner har udarbejdet. De forventer, at Danske Regioner også udarbejder standardskabeloner på voksenområdet, og at regionen vil tage disse i brug⁵. De andre regioner vil udarbejde egne skabeloner, som passer med deres nuværende registreringssystemer.

FORBEREDELSE OG DELTAGELSE I AFTALEFORHANDLINGER SAMT KVALITETSSIKRING

På trods af, at de fælles regionale forhandlinger med aftalesygehusene foregår i regi af Danske Regioner, er de enkelte regioner involveret i processen gennem deltagelse i ERFA-gruppen. ERFA-gruppen skal forberede forhandlingsforløbet med de private behandlingssteder, herunder udarbejde målgruppeafgrænsning og pakkeforløb til brug for aftalerne. Bortset fra den region, som ikke har estimeret denne aktivitet, har alle regioner oplyst, at især forberedelse af forhandlingerne er tidskrævende for regionens repræsentanter i forhandlingsforløbene. Når aftalerne er forhandlet på plads, er der også et arbejde for de regionale repræsentanter i klinisk kvalitetssikring af de behandlingspakker, som der aftales.

Samlet set vurderer regionerne denne opgave til 1250 timer, hvilket svarer til 250 timer pr. region. Der er dog en vis spredningen mellem regionerne. Regionen med det højeste estimat (500 timer) har formandskabet for ERFA-gruppen, og har derfor koordinerende opgaver i forbindelse med forberedelsesforløbet.

UDARBEJDELSE OG OFFENTLIGGØRELSE AF OVERSIGT OVER AFTALESYGEHUSE

To af de fem regioner har estimeret, at der skal afsættes ekstra ressourcer til at udarbejde og offentliggøre en oversigt over regionens samarbejdssygehuse og aftalesygehuse. Der er dog ikke tale om nogen stor aktivitet, eftersom de har estimeret dette til 30 og 20 timer. Da det er en meget lille aktivitet, er vi ikke gået nærmere ind i en forklaring.

ØVRIGE OMSTILLINGSOMKOSTNINGER

En region har under interviewene identificeret en yderligere aktivitet end de, som fremgik af den oprindelige konsekvensoversigt. Det drejer sig om den tid, der skal afsættes i forbindelse med genvisitation af de patienter, der befinder sig på venteliste pr. 1. januar 2010. Regionen har pt. 900 personer på venteliste, og forventer at skulle alle sager igennem for at undersøge, hvorvidt de hver især kan gøre brug af den udvidede behandlingsret. Dette har den pågældende region afsat 200 timer til, svarende til 13 minutter pr. sag.

⁵ Danske Regioner har i kommentarfasen gjort opmærksom på, at de ikke tidligere har udarbejdet standardbreve.

Flere af de andre regioner har ikke nogen eller kun meget få på venteliste, hvorfor denne aktivitet ikke er relevant for dem. Det har ikke været muligt at få data på denne aktivitet for de andre regioner, som har venteliste.

6.2 Administrative driftskonsekvenser

De administrative driftsomkostninger er opgjort i et samlet tal for dels de aktiviteter, der knytter sig til selve henvisningen af patienter til aftalesygehuse, dels løbende årlige driftsaktiviteter.

Pr. 1. oktober 2009 stod i alt 4522 borgere på venteliste til behandling. Der er imidlertid stor variation i ventetider regionerne imellem, hvilket betyder, at regioner med stort pres på deres venteliste forventer større implementeringsbelastning ift. regioner med lille eller intet pres på deres venteliste.

Tabel 5. Årlige driftsomkostninger i timer.*

Aktiviteter	Region 1	Region 2	Region 3	Region 4	Region 5	I alt
Undersøgelse af ventetider (egne, samarbejdssygehuse samt aftalesygehuse)	800	50	0	0	400	1250
Udforme og videresende henvisning til aftalesygehus samt give patienten besked	450	200	150	0	100	900
Kommunikation mellem offentligt sygehus og aftalesygehus om behandlingspakkers omfang	250	200	100	50	100	700
Sikring af korrekt levering af ydelse, korrekt afregning samt korrekt levering af behandlingsdata fra aftalesygehus	100	150	50	0	100	400
Ekstra registrering i Patient Administrations Systemer	-	100	-	50	-	150
Afholdelse af ekstra visitationskonference	-	2100	-	-	-	2100 (0)
Løbende opdatering af oversigt over aftalesygehuset	-	-	0	50	-	50
I alt	1600	2800 (700)	300	150	700	5550 (3450)

* Der er tale om en opskrivning af regionernes estimater for sagsbehandlingstid pr. henvisning på baggrund af det antal patienter, som i de enkelte regioner pr. 1. oktober 2009 havde ventet mere end 2 måneder.

Driftsomkostningerne i tabel 5 er udregnet bl.a. på baggrund af den enkelte regions estimerede tidsforbrug pr. henvisning. Som nævnt tidligere har regionerne ikke kunnet oplyse, hvor mange viderehenvisninger til aftalesygehuse de forventer at skulle foretage som følge af den udvidede behandlingsret. Som en grov indikator for dette antal, har KREVI i stedet valgt at bruge det antal patienter, der eventuelt kan være omfattet af den udvidede behandlingsret, dvs. de kan forvente at skulle vente mere end to måneder på behandling. Der var pr. 1. oktober 2009 i alt 1178 voksne med aktuelt behov for behandling på venteliste, der havde ventet mere end to måneder. Regionernes estimerede tidsforbrug pr. henvisning er i vægtet gennemsnit 105 minutter. Der er imidlertid tale om en stor spredning. Den region med mindst tidsforbrug pr. henvisning estimerer at skulle anvende 51 minutter, mens den region med størst tidsforbrug estimerer at skulle anvende 235 minutter pr. henvisning.

Det er vigtigt at understrege, at tabel 5 skal tages med følgende forbehold:

- Ventelisteopgørelsen, som ligger til grund for de estimerede driftsomkostninger, er fra 1. oktober 2009. Det betyder, at ventelisterne i regionerne kan se anderledes ud, når den udvidede behandlingsret træder i kraft.
- Der kan være nogle af de patienter, som pr. 1. oktober 2009 ikke har ventet mere end 2 måneder, som alligevel er omfattet af reglerne om den udvidede behandlingret, hvis de har *udsigt* til at skulle vente mere end 2 måneder.
- Der kan være en del af de patienter, som er omfattet af den udvidede behandlingsret, der ikke ønsker at gøre brug af denne ret, og derfor ikke skal viderehenvises.
- Der kan være en del af de patienter, som er omfattet af den udvidede behandlingsret, men som har lidelser, der ikke er aftaler for med private sygehuse. Disse borgere kan således ikke viderehenvises.
- Efter behandlingsrettens ikrafttræden, kan ventelisterne se anderledes ud efter en periode, fordi antallet af henvisninger på den ene side kan være forøget som følge af behandling og undersøgelse bliver rettighedsbaseret og på den anden side fordi behandlings- og undersøgelseskapaleteten forøges i både offentligt og privat regi. Dette kan have betydning for de administrative driftsomkostninger. På børn- og ungeområdet er antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien eksempelvis steget med 10 % fra 2008 til 2009. Ventelisten er dog holdt konstant.

Regionerne har samlet set vurderet, at de skal bruge 5550 timer i drift på den udvidede behandlingsret. Afholdelse af ekstra visitationskonference på 2100 timer om året er dog kun gældende for en enkelt region. Der er derfor lavet en følsomhedsanalyse, hvor denne aktivitet er taget ud (tallene i parentes). Når der ses bort fra denne aktivitet, er de samlede årlige driftsomkostninger 3450 timer.

I forhold til den enkelte henvisning er det især aktiviteterne at udforme og videresende henvisning til aftalesygehus samt give patienten besked og kommunikation mellem offentligt sygehus og aftalesygehus om behandlingspakkernes omfang, som fylder mest.

Ser man på de driftsomkostninger, der ligger udover henvisningen af den enkelte patient, er det primært undersøgelse af ventetider, der driver omkostningerne. Som tidligere nævnt har en af regionerne vurderet, at det vil være nødvendigt at afholde en ekstra ugentlig visitationskonference for at kunne efterleve bekendtgørelsen.

UNDERSØGELSE I HVER SAG, OM SYGEHUSET KAN TILBYDE BEHANDLING INDEN FOR TO MÅNEDER

Regionerne forestiller sig forskellige procedurer for, hvordan de hver især vil undersøge, hvorvidt de selv kan leve op til ventetiden på to måneder. Regionen med det laveste estimat har angivet 0 minutter pr henvisning, mens regionen med det højeste har angivet 75 minutter pr. henvisning.

Alle regioner forventer at bruge Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.venteinfo.dk som kilde til at indhente information om ventetider på samarbejdssygehuse og aftalesygehuse. Denne aktivitet forklarer en del af forskellen, da flere af regionerne nævner vanskeligheder med at få opdateret ventetidsinformation. Regionerne med lave estimater har forudsat, at hjemmesiden er opdateret mht. ventetider, samt at diagnosegrupperne på hjemmesiden svarer til de diagnosegrupper, som regionen selv anvender. En af regionerne påpeger, at hjemmesiden er for detaljeret, hvilket blandt andet er synligt ved, at der for mange diagnosegrupper. Klinikkerne synes derfor, at det er besværligt at indberette ventetider, selv om de skal gøre det.

En region har ikke angivet estimater pr. henvisning, da de forventer at placere aktiviteten i en central enhed. De forventer, at en administrativ medarbejder løbende skal bruge 15 minutter om ugen til at sørge for opdatering af regionens ventetider på www.venteinfo.dk. To andre regioner har ligeledes angivet estimater som løbende driftsaktiviteter.

Estimatet på 800 timer dækker over, at regionen estimerer at skulle bruge 15 timer om ugen på at undersøge ventetider. Regionens behandlingspsykiatri er samlet i én organisation med fælles administration. Herunder findes de forskellige regionsafdelinger samt de specialer, der er samlet på regionens universitetshospital. I alt er der 13 afdelinger, som hver især skal undersøge ventetider for deres patienter.

En region har angivet 400 timer til årlige driftsomkostninger, hvilket bl.a. skyldes, at regionen vurderer, at der skal afholdes ugentlige koordineringsmøder mellem visitationsgrupper.

De store forskelle i regionernes estimeringer på årlige driftsomkostninger skyldes til dels regionernes organisering samt pres på ventelister. Region 3 har kun ét psykiatrisk sygehus i regionen. Både direktion, psykiatrilædelser, administration og psykiatristaben dækker hele regionen. Derudover har regionen meget lave ventetider, hvilket betyder, at det kun i få tilfælde bliver nødvendigt at undersøge ventetider hos aftalesygehuse, da regionen selv kan opfylde behandlingsgarantien i langt de fleste tilfælde. Samlet set er det derfor en forholdsvis omkostningsneutral opgave for denne region at undersøge ventetider.

Den region, som skal bruge 800 timer om året, har et anderledes stort pres på ventelisten, hvorfor der er væsentlige flere sager, hvor ventetiden skal undersøges. Dette forklarer, sammen med det forhold, at denne region ikke mener at kunne anvende www.venteinfo.dk i dens nuværende udformning, den højere estimering.

UDFORME SAMT VIDERESEENDE HENVISNING TIL AFTALESYGEHUS

Regionernes vurdering af, hvor lang tid det vil tage at udforme en henvisning samt videresende den til det relevante samarbejdssygehus eller aftalesygehus varierer mellem 0 og 450 timer, igen afhængig af, hvor mange borgere der står på venteliste. Selve henvisningsdelen foregår ude på de enkelte centre/afdelinger, og sker med inddragelse af både administrativt og klinisk personale. Klinikerne, ofte en overlæge, skal tage stilling til, hvilken behandlingspakke patienten skal visiteres til, mens den administrative medarbejder skal indsamle alt relevante data om patienten og sende det til aftalesygehuset, og samtidig sikre en kopi til eget brug i tilfælde af, at patienten skal viderebehandles på eget sygehus senere.

En region påpeger, at tidsforbruget til den enkelte henvisning bl.a. afhænger af patientens alder. Jo yngre patienten er, jo større er de administrative omkostninger. En af interviewpersonerne, som har erfaring fra børne- og ungepsykiatrien nævner, at en henvisning af et barn eller en ung kan fylde mellem 30 og 50 sider, hvilket betyder stor sagsgang med at kopiere og videresende oplysninger til alle relevante samarbejdspartnere, som kan være skole, kommune, forældre, PPR. Han vurderer, at der for yngre voksne også vil være samarbejdspartnere involveret, mens det i langt mindre grad vil gøre sig gældende for en kronisk psykisk syg på 60 år.

To af regionerne har angivet løbende driftsudgifter med at registrere data vedr. behandling på aftalesygehuse i egne patientadministrative systemer (PAS-systemer). Den ene har angivet 100 timer om året, mens den anden vurderer, at det vil tage 50 timer at lave registreringerne i PAS-systemet.

At kun to regioner har angivet denne aktivitet under eventuelt, er ikke nødvendigvis et udtryk for, at de andre tre regioner ikke ligeledes har samme nye aktivitet. De kan have placeret den under andre aktiviteter, som eks. udformning af henvisning og videresendelse til aftalesygehus.

KOMMUNIKATION MELLEM OFFENTLIGT SYGEHUS OG AFTALESYGEHUSE OM BEHANDLINGSPAKKERNES OMFANG

Denne aktivitet har flere regioner påpeget som den største belastning. Vurderingen bygger på erfaringerne fra børne- og ungepsykiatrien, hvor det i en del tilfælde er nødvendig at tage stilling til, hvorvidt omfanget af den ønskede behandlingspakke dækker behandlingsbehovet. Flere regioner nævner, at de har erfaring med tvister med aftalesygehuse, som ofte udspringer af, at aftalesygehusene ønsker at udvide behandlingspakken. De forventer, at det samme vil gøre sig gældende i voksenpsykiatrien. En sådan tvist koster både administrativ og klinisk tid, da en administrativ medarbejder skal finde de relevante behandlingsdata frem, og en kliniker skal tage stilling til, hvorvidt det er rimeligt at udvide behandlingspakkens omfang. Som en region påpeger, understreges denne styringsproblematik ved, at ordningen medfører forflyttelse af klinisk tid til administrative aktiviteter på et område, hvor der i forvejen er mangel på klinisk personale.

Regionerne har estimeret, at det vil tage mellem 10 og 60 minutter pr. henvisning at afklare behandlingspakkernes omfang, svarende til mellem 50 og 250 timer årligt. Disse estimater er dog forbundet med stor usikkerhed, fordi denne aktivitet kan variere meget kraftigt fra sag til sag.

En region nævner i denne forbindelse, at det er u hensigtsmæssigt, at det er regionen, der skal sørge for, at en patient ikke bliver overbehandlet på et aftalesygehus. Det gør det vanskeligt at håndhæve mindsteindgrebsprincippet over for en sektor, der tjener penge. Problemet opleves aktuelt i børne- og ungepsykiatrien.

SIKRING AF KORREKT AFREGNING, KORREKT LEVERING AF YDELSE SAMT KORREKT LEVERING AF BEHANDLINGS-DATA FRA AFTALESYGEHUSE

Variationen på denne aktivitet svinger mellem 10 og 40 minutter pr. henvisning. Med de nuværende ventelister, svarer dette til en driftsomkostning i den enkelte region på mellem 0 og 150 timer. Regionernes forskellige estimering kan begrundes i forskelle i ventetider samt i, at nogle regioner har svaret ud fra en forudsætning om, at afregningen er korrekt, den ønskede ydelse er leveret og aftalesygehuset har leveret de korrekte behandlingsdata. I så tilfælde tager det kun kort tid at tjekke oplysningerne. Såfremt der opstår tvister om, hvorvidt den bestilte ydelse er leveret, kan det beslaglægge større mængder ressourcer.

AFHOLDELSE AF EKSTRA VISITATIONSKONFERENCE FOR AT NÅ FRISTEN PÅ OTTE DAGE SAMT PGA. ØGET ANTAL HENVISNINGER

En region har vurderet, at det er nødvendigt med en ekstra visitationskonference som følge af den udvidede behandlingsret. Regionen har estimeret, at det årligt vil koste 2100 timer. Regionen har begrundet aktiviteten i, at der som følge af bekendtgørelsen skal afholdes en ekstra ugentlig visitationskonference på samtlige af regionens psykiatriske centre. Regionen vurderer, at omfanget af behandlingspakken for hver patient skal diskuteres på en visitationskonference. Regionen har 11 psykiatriske centre, som hver skal afholde en ekstra ugentlig visitationskonference med deltagelse af relevante fagpersoner. For denne udgør denne aktivitet samlet set den største belastning i forbindelse med implementering af bekendtgørelsen.

LØBENDE OPDATERING AF OVERSIGT OVER AFTALESYGEHUSE

To af regionerne har vurderet, at der ligger en aktivitet for dem, der vedrører en løbende opdatering af oversigten over aftalesygehuse. Den ene region har estimeret 50 timer til aktiviteten, mens den anden har estimeret et meget lille timetal (afrundet til 0 i tabel 3).

7 FORSLAG TIL REGELFORENKLING

Der er i dataindsamlingen blevet spurgt, om regionerne har forslag til, hvordan man kan reducere bekendtgørelsens administrative byrder. Forslagene er præsenteret i nedenstående tabel og uddybet i den efterfølgende tekst.

Tabel 6 Forslag til regelforenkling

Forslag til regelforenkling	Fordele	Ulemper
Optimering af www.venteinfo.dk	- Forkortelse af administrativ tid ift. at undersøge ventetider - Tydeliggørelse af ventetider - Alle regioner bakker op om forslaget - Potentiel besparelse på syv minutter pr. henvisning.	Der vurderes ikke at være ulemper ved forslaget
Samme aldersgrænse for udvidet behandlingsret som i de lægefaglige specialer.	- Besparelse ift. kun at administrere én lovgivning i voksen-psykiatrien - Forenkling af arbejdsgang - Alle regioner bakker op om forslaget	Ændring af eksisterende lovgivning (udvidet undersøgelses- og behandlingsret for psykisk syge børn og unge)
Behandlingskoder som SKS-koder	- Sikrer lettere dokumentation af patientforløb - Hvis de oprettes som tillægskoder er det muligt at lave sammenlignende analyser på tværs af regionerne - En region vurderer en potentiel årlig besparelse på 200 timer	Hvis behandlingskoder oprettes som SKS-koder, forsvinder muligheden for at tjekke om den korrekte ydelse er leveret, både fagligt og økonomisk set.
Tydeliggørelse af LEON-princippet i bekendtgørelsen	- Forebygge at mange patienter i eks. praksissektor forgæves tror sig omfattet af udvidet behandlingsret - Forebygge unødvendige administrative konsekvenser for regionerne med at afvise og begrunde afvisning over for patienter/pårørende	Med en for tydelig målgruppedefinition er der risiko for at bremse sundhedsvæsenets mulighed for udvikling eks. gennem opgaveglidning mellem sygehusregi og praksissektor

OPTIMERING AF [WWW.VENTEINFO.DK](http://www.venteinfo.dk)

Samtlige regioner forventer, at de vil undersøge ventetider på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.venteinfo.dk, hvor der findes information om ventetider på offentlige og private sygehuse. Ventetidsinformationen er opgjort i fremadrettet ventetid, dvs. hvor lang tid nye patienter kan forvente at skulle vente for at få en tid på sygehuset. Det er derfor et skøn over den ventetid, den næste ukomplicerede patient maksimalt kan forvente at stå overfor, fra vedkommende bliver henvist til udredning eller behandling (Sundhedsstyrelsen).

En region påpeger, at det er svært for en almenpsykiatrisk afdeling at indberette den præcise ventetid til venteinfo.dk. Det skyldes, at de behandler patienter, som er svære at sætte en præcis diagnose på, inden selve behandlingen går i gang. Det kan eksempelvis være, at de symptomer, der viser sig i henvisningsfasen, ikke kan afgøre, hvorvidt der skal henvises til den ene type af behandling frem for en anden. Når der samtidig ikke foreligger tydelig definerede behandlingspakker på venteinfo.dk, som matcher regionssygehuseets egne behandlingspakker, er den ventetid, der bliver opgjort, derfor et udtryk for næste ledige tid, men den siger ikke noget om, hvor stort et behandlingsomfang, der er tid til. Denne upræcise opgørelse af ventetid gør det ekstra belastende at undersøge ventetider, da det ofte kræver en opringning til de enkelte sygehuse for at få den præcise ventetid.

Som aflastning for problemet foreslår en region, at de behandlingspakker, der står på venteinfo.dk matcher de behandlingspakker, som aftales mellem regionsrådene i forening (Danske Regioner) og aftalesygehuse (bekendtgørelsens § 6 og 7). Når en ventetid herefter indtastes bliver det i forhold til samme behandlingspakke, som der kan bestilles hos et aftalesygehus.

Såfremt venteinfo.dk indeholder opdaterede ventetider og har matchende behandlingspakker med dem, der indgås i aftalen mellem Danske Regioner og aftalesygehuse, vurderer flere af regionerne, at det vil tage mellem nul og fem minutter pr. henvisning at undersøge ventetider. Denne besparelse betyder, at antallet af minutter for en henvendelse falder fra 105 minutter i gennemsnit til 98 minutter, altså en besparelse på syv minutter pr. henvisning (i vægtet gennemsnit).

SAMME ALDERSGRÆNSE FOR UDVIDET BEHANDLINGSRET I VOKSENPSYKIATRIEN SOM I DE LÆGEFAGLIGE SPECIALER

Regionerne ønsker, at bekendtgørelsen følger aldersgrænsen på 18 år, som er aldersgrænsen mellem de to lægefaglige specialer børne- og ungepsykiatri og voksenpsykiatri. Dette vil sikre, at den udvidede behandlingsret gælder for alle i voksenpsykiatrien, mens den udvidede undersøgelses- og behandlingsret gælder for alle i børne- og ungepsykiatrien.

Det betyder, at patienter, der er under 18 år, i dag behandles i børne- og ungepsykiatrien af speciallæger i børne- og ungepsykiatri, mens patienter over 18 år i dag behandles i voksenpsykiatrien af speciallæger i psykiatri. Da den udvidede undersøgelses- og behandlingsret trådte i kraft på børne- og ungeområdet hhv. august 2008 og januar 2009 omfattede den personer under 19 år, og samme ret på voksenområdet gælder for personer, der er fyldt 19 år.

Konsekvensen af de forskellige aldersgrænser er, at voksenpsykiatrien skal håndtere to lovgivninger: udvidet undersøgelses- og behandlingsret for de 18 årige og udvidet behandlingsret for de over 19 årige.

Det indebærer, at de enkelte psykiatriske afdelinger og centre skal:

- have kendskab til og håndtere to aftalegrundlag (Danske Regioners indgåede aftaler med aftalesygehuse for hhv. børne- og ungeområdet og voksenområdet)
- håndtere standardbreve, bilag, henvisningsskemaer for både børne- og ungepsykiatrien og voksenpsykiatrien
- registrere ventetider på www.venteinfo.dk for både børne- og ungepsykiatrien og voksenpsykiatrien
- afregne med aftalesygehuse ud fra to forskellige takstgrundlag med dertilhørende forskellige takster og beregningsprincipper.

Det medfører altså øgede administrative omkostninger at skulle håndtere to lovsæt på voksenområdet. Da de øgede administrative omkostninger ikke direkte er afledt af bekendtgørelsen om udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne, men i stedet af lovgivningen om udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børn- og ungepsykiatrien, er der ikke indhentet estimater for tidsforbruget for de ovenstående aktiviteter.

Forslaget kræver en ændring af den eksisterende lovgivning (udvidet undersøgelses- og behandlingsret for psykisk syge børn og unge), før end forenklingen kan realiseres.

OPRETTELSE AF BEHANDLINGSKODER SOM SKS-KODER

En region foreslår, at behandlingskoderne oprettes som SKS-koder (Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem), hvilket vil lette arbejdet med at dokumentere patienternes behandlingsforløb og gøre det muligt at foretage sammenlignende analyser på tværs af regionerne.

Behandlingskoderne angiver, hvilke behandlingsskaber viderehenviste patienter skal modtage fra aftalesygehusene. Fx er XY31A koden i børn- og ungepsykiatrien for en såkaldt basisundersøgelse, som omfatter ét førstegangsbesøg, samt *enten* en forældresamtale, et netværksmøde *eller* en erklæring til anden myndighed. Der er således tale om et samlet forløb, der indeholder flere enkelttydelser.

SKS er et fælles klassifikationssystem, som anvendes i hele sygehusvæsenet. De enkelte ydelser i sygehusvæsenet er i systemet registreret ved en SKS-kode. Behandlingskoderne i psykiatrien vil ikke umiddelbart kunne oprettes som SKS-koder, fordi behandlingskoderne er forløbskoder, dvs. de henviser til samlede forløb bestående af flere ydelser, mens SKS-koderne er ydelseskoder og henviser til enkelttydelser, fx en operation eller et ambulant besøg.

Regionerne bruger på nuværende tidspunkt indrapporteringen af de enkelte ydelser som en sikring af, at der faktisk bliver udført de ydelser, der er indeholdt i behandlingsforløbene. Registreres behandlingsforløbene som en SKS-kode, forsvinder muligheden for gennem Landspatientregistret at tjekke, at de ydelser, der er indeholdt i behandlingsforløbene, er udført. Derimod er det muligt at registrere behandlingskoderne som tillægskoder i SKS, hvilket vil gøre det muligt at trække på de enkelte behandlingsforløb og derved samle alle underlæggende ydelser.

Danske Regioner har oplyst, at de er i dialog med Sundhedsstyrelsen om en forenklingssmulighed relateret til dette forslag.

Uden en sammenkobling mellem behandlingskoderne og SKS vil der være et manuelt registreringsarbejde i den enkelte region, fordi der ikke kan registreres i patientadministrative systemer uden SKS-koder. Såfremt behandlingskoderne kobles til SKS, anslår regionen, at det vil kunne medføre en administrativ besparelse på 200 timer årligt. Da besparelsen vedrører registrering og udarbejdelse af ledelsesinformation, er denne aktivitet ikke opført som en administrativ driftskonsekvens i opgørelsen i afsnit 6.2.

TYDELLIGGØRELSE AF LEON-PRINCIPPET I BEKENDTGØRELSEN

En region påpeger, at målgruppen i bekendtgørelsen er formuleret så bredt, at det kan medføre en stigning i antallet af henvisninger, uden at patienterne reelt er omfattet af bekendtgørelsen.

Regionerne har i forberedelserne til implementeringen forudsat, at der ikke skal ske en udvidelse af målgruppen for den sygehusbaserede psykiatri, men at psykiatriske patienter fortsat skal behandles efter LEON-princippet (Lavest Effektive OmkostningsNiveau). Dette princip medfører, at størstedelen af mennesker med en psykisk sygdom behandles af egen

læge eller privatpraktiserende psykiater og psykolog. Regionen påpeger, at når LEON-princippet ikke er beskrevet i bekendtgørelsen, kan det medføre et stigende antal henvisninger til voksenpsykiatrien, eftersom der kan være patienter, der får en forventning om, at de nu kan behandles på privatklinik. Dette stigende antal henvisninger medfører øget administration for både klinikere og administrative medarbejdere, da alle henvisninger skal vurderes, og afvisningerne skal begrundes over for henviser og patient. Regelforenklingsforslaget giver dermed ikke anledning til direkte besparelser, men kan i stedet afbøde yderligere administrative omkostninger som konsekvens af bekendtgørelsen.

Der kan imidlertid også være en ulempe ved at definere målgruppen for tydeligt. Såfremt lovgiver definerer målgruppen for skarpt, er der risiko for, at fastfryse skellet mellem sygehusregi og praksissektor. Dermed kan der være risiko for at bremse sundhedsvæsenets mulighed for at udvikle sig ved for eksempel opgaveglidning fra sygehusregi til praksissektor eller omvendt.

KREVIS IDÉER TIL FORENKLINGER I IMPLEMENTERINGEN

KREVI ser i datamaterialet flere områder, hvor der kan opnås forenklinger i implementeringen:

- For det første vedrørende formidlingen af patientinformationer mellem det offentlige sygehus og aftalesygehuset. Som det fremgår af afsnit 6.2 skal det offentlige sygehus kopiere og videresende alt relevant patientinformation til aftalesygehuset forud for behandling. En del af denne information ligger kun i papirform og ikke elektronisk. KREVI vurderer, at der vil opnås en administrativ besparelse, såfremt al patientinformation foreligger samlet elektronisk, og dermed på meget kort tid kan videresendes til aftalesygehuset.
- For det andet skal alle regioner i forbindelse med implementeringen udarbejde nye standardbreve til sagsbehandlingen af henvisninger i henhold til de nye regler, jf. afsnit 6.1. KREVI vurderer at der vil kunne opnås en administrativ besparelse i forbindelse med omstillingen, hvis en del af dette arbejde lægges centralt, eks. i Danske Regioner, med efterfølgende mulighed for at tilpasse brevene til lokale forhold og it-systemer.

8 REFERENCER

Bekendtgørelse om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne

Sundhedsstyrelsen 2009:

www.sst.dk/Behandlingsforloeb%20og%20rettigheder/Ventetider/Ventetider_statistik.aspx

VAKKS-manual 2009 – Manual vurdering af administrative og selvstyremæssige konsekvenser for regionerne ved ny statslig regulering, KREVI, August 2009.

Danske Regioner (2009) *Vidste du at ... Fakta om psykiatrien*. Danske Regioner. København.

9 BILAGSOVERSIGT

9.1 Bilag 1 – Interviewguide

INTERVIEWGUIDE

Interview vedr. VAKKS-undersøgelse af bekendtgørelse om udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne.

Præsentation

Kort præsentation af KREVI, VAKKS-metoden og deltagere i interviewet

1. Vurdering af indholdet i den fremsendte konsekvensoversigt (den primære del af interviewet)

Systematisk gennemgang af den fremsendte konsekvensoversigt for at få din/jeres vurdering af KREVI's bud på lovændringens praktiske administrative konsekvenser for regionerne:

Din/jeres vurdering af:

- Hvilke *ekstra* administrative opgaver/aktiviteter, I vil skulle løse som følge af de forskellige ændringer i loven?
- Hvor ofte ville I skulle udføre disse aktiviteter/opgaver (og er det en opstartsaktivitet eller driftsaktivitet)?
- Hvor mange ressourcer i form af tid og/eller kroner, vil I skulle bruge på at udføre disse aktiviteter?
- Har vi fået alle aktiviteter med eller mangler vi nogen? Eller har vi medtaget ikke relevante aktiviteter? Hvilke?
- Betyder lovændringen, at nogle nuværende opgaver/aktiviteter bortfalder? Hvis ja, hvilke? Og hvor ofte udføres disse, og hvor mange ressourcer i form af tid og/eller kroner bruger I på det nu?

2. Efter gennemgang af konsekvensoversigten

- Hvilke af regelændringerne opfatter du som mest belastende for din region?
- Har du forslag til ændringer i lovteksten, som kunne reducere regionernes administrative omkostninger? Hvis ja, hvor meget ville en sådan ændring i lovteksten betyde i forhold til ændret arbejdsbyrde/udgifter – vil det reducere det meste/halvdelen/en fjerdedel??
- Evt. andre opklarende spørgsmål

9.2 Bilag 2 – Konsekvensoversigt

VAKKS-undersøgelse af bekendtgørelse om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne

Indledende kortlægning af bekendtgørelsens konsekvenser for regionerne

KREVI vurderer, at bekendtgørelsen om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne er egnet til at blive VAKKS-undersøgt. Det er således vurderingen, at bekendtgørelsen vil indføre nye regler, som kan have administrative konsekvenser for regionerne.

Omstilling - standardaktiviteter

- Forstå regelændringen (Læse og fortolke bekendtgørelsen; Informationssøgning; Indhente rådgivning fra andre regioner, ministerier, Danske Regioner eller rådgivere)
- Udvikle værktøjer og procedurer (Interne procedurebeskrivelser; Standardskrivelser)
- Tilpasning af arbejdsgange og intern forankring (Nedsætte arbejdsgrupper/ansvarlig; Informere internt; Intern uddannelse; Kursusdage; Ansætte/afskedige personale)

Drift – standardaktiviteter

- Løbende udførelse af sagsbehandling, procedurer, ansøgninger
- Uddannelse (Kurser, interne møder og vidensdeling)
- Udarbejde politikker (nedsætte arbejdsgrupper/ansvarlig, udarbejde politikker, politisk sagsbehandling)
- Indberette (Dataindsamle, vurdering, beregning, kontrol/korrektion, indsende og fejlrette)
- Interne og eksterne møder
- Evaluering (Evaluere/tilpasse værktøjer og procedurer)

Forslag til regelforenkling

Screeningsoversigt

§	Lovtekst	Forventede administrative konsekvenser for regionerne	Administrative konsekvenser (estimerer – antal timer og kr.)	
§ 3 + § 4	§ 3: Retten efter § 2 til at vælge at blive behandlet på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden til behandling på aftalesygehuset overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse. § 4: Det relevante regionssygehus eller samarbejdssygehus skal ved modtagelsen af henvisningen straks foranledige, at der iværksættes en undersøgelse af spørgsmålet om, hvorvidt bopælsregionen kan tilbyde behandling inden 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget.	Omstilling 1. Læse, forstå og fortolke bekendtgørelsen. 2. Evt. lave procedurer for, hvordan en undersøgelse af behandlingstid kan gennemføres, f.eks. oprettelse af en undersøgelsesenhed/ansættelse af ekstra personale (fx visitatorer eller patientvejledere) Drift 1. Undersøgelse i hver sag, om sygehuset kan tilbyde behandling inden for to måneder, dvs. indhente information om ventetider på eget sygehus, samarbejdssyge og/eller aftalesygehuse. 2. Evt. andet.		
§ 4, stk 3	Patienten skal senest otte hverdage efter, at henvisningen er modtaget, have oplyst, om behandlingen kan påbegyndes senest to måneder efter, at henvisningen er modtaget, jf. sundhedslovens § 90, stk. 1, nr. 2.	Omstilling 1. Læse, forstå og fortolke bekendtgørelsen. 2. Evt. udformning af standardbrev. 3. Evt. andet. Drift 1. Udfyldelse og udsendelse af brev vedr. ventetid. 2. Evt. ekstra lægekonsference for at nå fristen på otte dage samt pga. øget antal henvisninger. 3. Evt. andet.		
§ 5	Det regionssygehus eller samarbejdssygehus, der har modtaget henvisningen, har pligt til at foranledige, at personer, der i medfør af § 2, vælger at behandlingen skal udføres på et aftalesygehus, bliver	Omstilling 1. Læse, forstå og fortolke bekendtgørelsen. 2. Opkvalificering af personalet til henvisning (herunder kommunikation af indhold af aftaler mellem Danske Re-		

	henvist til det pågældende sygehus.	gioner og aftalesygehusene til personalet). 3. Ansættelse af ekstra personale (fx visitatorer eller patientvejledere). 3. Evt. Drift 1. Udforme en henvisning. 2. Videreende henvisningen til det relevante sygehus/klinik. 3. Kommunikation mellem offentligt sygehus og aftalesygehus om behandlingspakkernes omfang, herunder genhenvisning, opgradering mv. 3. Evt. andet.		
§ 6	Regionsrådene i forening indgår aftale med de private sygehuse, klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i udlandet (aftalesygehuse), som ønsker at indgå aftale om behandling af personer efter § 2.	Omstilling 1. Forberede forhandlingsforløbene. 2. Evt. deltage i forhandlingsforløbene. 3. Klinikere fra regionerne skal kvalitetssikre det faglige indhold i aftalen.		
§ 8	De aftalesygehuse, der har fået henvist en person til behandling, skal til brug for en eventuel fortsat behandling i sygehusvæsenet og for afregning for udført behandling give alle relevante oplysninger om behandlingen til det sygehus, som har henvist personen.	Omstilling 1. Evt. ansættelse af ekstra personale til sikring af korrekt afregning, og at aftalesygehusene videregiver alle relevante behandlingsoplysninger. 2. Evt. ansættelse af ekstra personale til at sikre at aftalesygehuset har leveret de aftalte ydelser. Drift 1. Sikring af korrekt afregning og levering af behandlingsdata fra aftalesygehuse. 2. Sikring af, at aftalesygehuse har leveret korrekt ydelse.		

§ 9	De aftalesygehuse her i landet, der har fået henvist en person til behandling, skal til behandlingsformål samt statistiske formål vedrørende aktiviteten i sygehusvæsenet, befolkningens forbrug af sygehusydelser og sygehuspatienters sygdomme indberette oplysninger vedrørende behandlinger til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister og til den landsdækkende kliniske database.	Omstilling 1. Evt. ansættelse af ekstra personale til sikring af korrekt indberetning af behandlingsoplysninger. Drift 1. Sikring af korrekt indberetning af behandlingsoplysninger.		
§ 10	Regionsrådene offentliggør en oversigt over samarbejdssygehuse og over aftalesygehuse.	Omstilling 1. Udarbejdelse og offentliggørelse af oversigt over samarbejdssygehuse og aftalesygehuse. Drift 1. Løbende opdatering af oversigt.		