



**FOLKETINGET
STATSREVISORERNE**



**FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN**

**Februar 2024
– 10/2023**

**Rigsrevisionens beretning afgivet
til Folketinget med Statsrevisorernes
bemærkninger**

Overholdelse af udredningsretten for børn og unge i psykiatrien

10/2023

Beretning om

overholdelse af udredningsretten for børn og unge i psykiatrien

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2024

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:

Statsrevisorerne fremsender med deres bemærkning Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Indenrigs- og sundhedsministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i juni 2024.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2023, som afgives i februar 2025.

Statsrevisorernes bemærkning tager udgangspunkt i denne karakterskala:

Karakterskala

Positiv kritik	<ul style="list-style-type: none">• finder det meget/særdeles positivt• finder det positivt• finder det tilfredsstillende/er tilfredse med
Kritik under middel	<ul style="list-style-type: none">• finder det ikke helt tilfredsstillende
Middel kritik	<ul style="list-style-type: none">• finder det utilfredsstillende/er utilfredse med• påpeger/understreger/henstiller/forventer• beklager/finder det bekymrende/foruroligende
Skarp kritik	<ul style="list-style-type: none">• kritiserer/finder det kritisabelt/kritiserer skarpt/indskærper• påtaler/påtaler skarpt
Skarpeste kritik	<ul style="list-style-type: none">• påtaler skarpt og henleder særligt Folketingets opmærksomhed på

**Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:**

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Tlf.: 3337 5987
statsrevisorerne@ft.dk
www.ft.dk/statsrevisorerne

ISSN 2245-3008
ISBN online 978-87-7434-831-3

Statsrevisorernes bemærkning

Beretning om overholdelse af udredningsretten for børn og unge i psykiatrien

Børn og unge, der bliver henvist til udredning på et sygehus, har ifølge sundhedsloven ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis de ikke kan udredes inden for 30 dage, har de krav på en udredningsplan, og ved kapacitetsmangler har de ret til udvidet frit sygehusvalg. Udredningsretten skal sikre, at børn, unge og forældre kan få klarhed om, hvad børnene og de unge fejler, med henblik på hurtig behandling, så de kan komme tilbage til hverdagen med familie, skole og fritidsaktiviteter.

I 2022 brugte regionerne ca. 1,7 mia. kr. på børne- og ungdomspsykiatrien. 19.308 børn og unge blev i 2022 henvist til udredning for en psykisk sygdom.

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har sikret, at børn og unge udredes for psykisk sygdom og informeres om deres rettigheder i overensstemmelse med reglerne for udredningsretten.

Statsrevisorerne kritiserer skarpt, at regionerne ikke har sikret, at børn og unge i psykiatrien bliver udredt og får information om deres rettigheder i overensstemmelse med loven. Statsrevisorerne finder det kritisabelt, at børn og unges udredningsforløb i 2022 i gennemsnit var næsten 4 gange længere end de lovpligtige 30 dage.

Statsrevisorerne påtaler skarpt, at Indenrigs- og Sundhedsministeriets nationale overvågning af regionernes overholdelse af udredningsretten ikke er retvisende. Statsrevisorerne kritiserede allerede dette forhold i 2018 i beretning nr. 3/2018 om udredningsretten. Statsrevisorerne kan nu konstatere, at regionernes registreringspraksis på flere punkter fortsat hverken er ensartet eller korrekt. Derved får ministeriet fortsat et fejlagtigt positivt billede af den faktiske grad af overholdelse af udredningsretten.

Statsrevisorerne

19. februar 2024

Mette Abildgaard
Leif Lahn Jensen
Mikkel Irminger Sarbo
Serdal Benli
Lars Christian Lilleholt
Monika Rubin

Statsrevisorerne hæfter sig bl.a. ved følgende resultater fra undersøgelsen:

- I ca. 70 % af forløbene i børne- og ungdomspsykiatrien udredes patienterne ikke inden for 30 dage. Det svarer til, at over 27.000 børn og unge i perioden 2019-2022 ikke er blevet udredt inden for 30 dage.
- Ventetiden til udredning steg fra gennemsnitligt 76 dage til 115 dage i perioden 2019-2022.
- Regionerne har i 52 % af forløbene ikke givet børn og unge den udredningsplan, de ifølge loven har krav på, når de ikke bliver udredt inden for 30 dage.
- Regionerne har i 63 % af de forløb, hvor børn og unge har ret til udvidet frit sygehusvalg, ikke informeret patienterne om rettigheden.
- Der kan i perioden 2019-2022 påvises op til 11,8 dages længere udredningstid for børn og unge af resurssvage forældre.

Statsrevisorerne finder det nødvendigt, at regionerne bruger analysens resultater som afsæt til at afdække mulige årsager til de påviste uligheder.

Dertil kommer følgende alvorlige fejl i registreringspraksis:

- Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark har systematisk indberettet, at patienterne er endeligt udredt efter første samtale, selv om en stor del af disse udredningsforløb fortsætter efterfølgende.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet har først den 22. december 2023 opdateret den vejledning, som ministeriet stillede Statsrevisorerne i udsigt i forbindelse med beretning nr. 3/2018 om udredningsretten fra 2018. Vejledningen skal sikre, at regionerne får en fælles fortolkning af patientrettighederne og en ensartet praksis for at indberette, hvornår patienternes rettigheder er overholdt.

Statsrevisorerne understreger vigtigheden i, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet sikrer, at regionernes indberetninger i børne- og ungdomspsykiatrien bliver retvisende. Det er en forudsætning for at kunne følge, om udredningsretten overholdes.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og konklusion	1
1.1. Formål og konklusion	1
1.2. Baggrund	5
1.3. Undersøgelsens vurderingskriterier, metode og afgrænsning	8
2. Overholdelse af udredningsretten	11
2.1. Rettidig information om opstart af patienters udredning.....	11
2.2. Udredning af patienter inden for 30 dage.....	12
2.3. Udredningsplaner til de patienter, der ikke udredes inden for 30 dage.....	16
2.4. Information om udvidet frit sygehusvalg til de patienter, der ikke udredes inden for 30 dage på grund af manglende kapacitet.....	18
2.5. Social lighed i udredningstider.....	20
2.6. Retvisende indberetning om overholdelse af udredningsretten.....	22
Bilag 1. Metodisk tilgang.....	28

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Rigsrevisionens mandat til at gennemføre undersøgelsen følger af § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3 i rigsrevisorloven, og § 4, stk. 1, nr. 1, jf. § 6 i rigsrevisorloven.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I undersøgelsesperioden 2019-2022 har der været følgende ministre:

Ellen Trane Nørby: november 2016 - juni 2019
Magnus Heunicke: juni 2019 - december 2022
Sophie Løhde: december 2022 -

Beretningen har i udkast været forelagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om, hvorvidt regionerne overholder udredningsretten for børn og unge i psykiatrien.

2. I 2022 blev 19.308 børn og unge henvist til udredning for en psykisk sygdom. Det er en stigning på 3.379 henvisninger i forhold til 2020. Børn og unge, som henvises af kommunen eller praktiserende læge til udredning i sygehusvæsenet, kan have mange forskellige symptomer på psykiske lidelser og problemer, fx angst, der kan føre til skolevægring.

Når man som barn eller ung bliver henvist til udredning på et sygehus, har man som patient en række lovfastsatte rettigheder. Disse rettigheder kaldes også udredningsretten. Udredningsretten giver patienten ret til at blive udredt inden for 30 dage, efter patienten er blevet henvist, hvis det er fagligt muligt. Hvis patienten ikke kan udredes inden for 30 dage, har patienten ret til at få en udredningsplan. Udredningsplanen skal give klarhed over, hvilke undersøgelser patienten forventes at gennemgå, og hvor lang tid udredningen forventes at tage. Hvis årsagen til, at patienten ikke kan udredes inden for 30 dage, skyldes manglende kapacitet, har patienten derudover ret til udvidet frit sygehusvalg. Det udvidede frie sygehusvalg giver patienten mulighed for at blive henvist til udredning på et af de privathospitaler, som Danske Regioner har indgået aftale med, også kaldet aftalesygehuse.

Formålet med udredningsretten er at sikre, at børn, unge og forældre kan finde ud af, hvad børnene eller de unge fejler, så de hurtigst muligt kan komme i gang med eventuel behandling og komme tilbage til hverdagen med familie, skole og fritidsinteresser.

3. Det er regionerne, som har ansvaret for at drive sygehusvæsenet. Regionerne har dermed ansvaret for, at sygehusene udreder patienter inden for børne- og ungdomspsykiatrien i overensstemmelse med reglerne på området. I 2022 brugte regionerne ca. 1,7 mia. kr. på børne- og ungdomspsykiatrien.

Børne- og ungdomspsykiatrien

Børne- og ungdomspsykiatrien er et lægefagligt speciale, der omfatter udredning (diagnostik), behandling, opfølgning og rehabilitering af mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser og psykiske sygdomme hos børn og unge.

Sygehusvæsenets børne- og ungdomspsykiatri varetager de mest komplicerede/specielliserede opgaver inden for området, herunder tværfaglig udredning og behandling. De mindre komplicerede opgaver varetages i praksissektoren og i kommunerne.

Udredningsretten

Udredningsretten omfatter patientens ret til hurtig udredning, ret til at få en udredningsplan og ret til udvidet frit sygehusvalg.

Retten til hurtig udredning indebærer, at patienten har ret til at blive udredt inden for 30 kalenderdage, hvis det er fagligt muligt. Hvis en overskridelse af fristen skyldes gyldige årsager, fx faglige årsager, eller hvis det er patientens eget ønske at vente længere end 30 dage, betragtes retten til hurtig udredning som værende overholdt.

Patientens ret til at få en udredningsplan gælder uanset årsagen til, at udredningsfristen på 30 dage overskrides. Hvis overskridelsen skyldes manglende kapacitet har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg.

Udredningsretten gælder ikke for enkelte grupper af patienter, fx akutte patienter og retspsykiatriske patienter.

4. Statsrevisorerne og Rigsrevisionen har tidligere i beretningen om udredningsretten fra 2018 kritiseret, at regionerne i mange tilfælde ikke overholder lovgivningen, når patienter udredes inden for bl.a. børne- og ungdomspsykiatrien. Beretningen kritiserede også, at regionerne havde en uens fortolkning og indberetning af, hvornår patienterne fik overholdt udredningsretten. Regionerne og det daværende Sundheds- og Ældreministerie oplyste som opfølgning herpå, at de ville tage initiativer til at skabe en fælles afklaring af, hvornår reglerne for udredningsretten er overholdt, og hvordan dette skal indberettes til Sundhedsdatastyrelsen.

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har sikret, at børn og unge udredes for psykisk sygdom og informeres om deres rettigheder i overensstemmelse med reglerne for udredningsretten.

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i januar 2023.



Hovedkonklusion

Regionerne har ikke sikret, at børn og unge udredes for psykisk sygdom og informeres om deres rettigheder i overensstemmelse med loven. Det finder Rigsrevisionen stærkt utilfredsstillende. Flertallet af børn og unge bliver ikke udredt inden for de lovpligtige 30 dage, og størstedelen af disse børn og unge bliver heller ikke informeret om deres rettigheder, når udredningsfristen overskrides. 3 af regionerne har i hele undersøgelsesperioden indberettet oplysninger, der systematisk undervurderer patienternes ventetid til udredning, hvilket betyder, at Indenrigs- og Sundhedsministeriets nationale monitorering af regionernes overholdelse af udredningsretten ikke er retvisende. Rigsrevisionen finder det utilfredsstillende, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke har understøttet, at regionerne har en ensartet og korrekt indberetning af patienternes ventetid til udredning.

Undersøgelsen viser, at regionerne i ca. 70 % af forløbene i børne- og ungdomspsykiatrien ikke udreder patienterne inden for 30 dage. Det svarer til, at over 27.000 børn og unge i perioden 2019-2022 ikke er blevet udredt inden for 30 dage. Rigsrevisionen vurderer, at patienterne i 3 % af forløbene ikke bliver udredt inden for den lovpligtige frist på 30 dage på grund af gyldige årsager. I perioden 2019-2022 er ventetiden til udredning steget fra i gennemsnit 76 dage til 115 dage. I 2022 er den gennemsnitlige udredningstid således næsten 4 gange længere end de lovpligtige 30 dage. Det skal understreges, at data på området er usikre, og derfor er ovennævnte data også forbundet med en vis usikkerhed.

Regionerne har i 52 % af forløbene ikke givet børn og unge den udredningsplan, de ifølge loven har krav på, når de ikke bliver udredt inden for 30 dage. Derudover har regionerne i 63 % af de forløb, hvor børn og unge har ret til udvidet frit sygehusvalg, ikke informeret patienterne om rettigheden. Det betyder, at disse børn og unge ikke får mulighed for at blive henvist til et aftalesygehus, hvor de eventuelt kan blive udredt hurtigere.

Undersøgelsen viser også, at der i perioden 2019-2022 kan påvises en længere estimeret udredningstid for børn og unge af resurssvage forældre.

Endelig viser undersøgelsen, at Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark systematisk har indberettet, at patienterne er endeligt udredt efter første samtale, selv om en stor del af disse patienters udredningsforløb fortsætter efterfølgende. Denne praksis betyder, at den nationale monitorering ikke giver et retvisende billede af regionernes overholdelse af udredningsretten inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

Rigsrevisionen kan konstatere, at regionernes indberetningspraksis inden for børne- og ungdomspsykiatrien hverken er blevet ensartet eller korrekt, siden Rigsrevisionen kritiserede denne praksis i en beretning i 2018. Rigsrevisionen kan desuden konstatere, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet først den 22. december 2023 fik opdateret den vejledning, som ministeriet stillede Statsrevisorerne i udsigt i forbindelse med beretningen fra 2018. Vejledningen skulle sikre, at regionerne fik en fælles fortolkning af patientrettighederne og en ensartet praksis for at indberette, hvornår patienternes rettigheder er overholdt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bør sikre, at regionernes indberetninger i børne- og ungdomspsykiatrien bliver retvisende. Det er en forudsætning for, at offentligheden kan følge, om børn og unge får overholdt udredningsretten, og for, at Folketinget har mulighed for at tage stilling til, om reglerne fungerer efter hensigten.

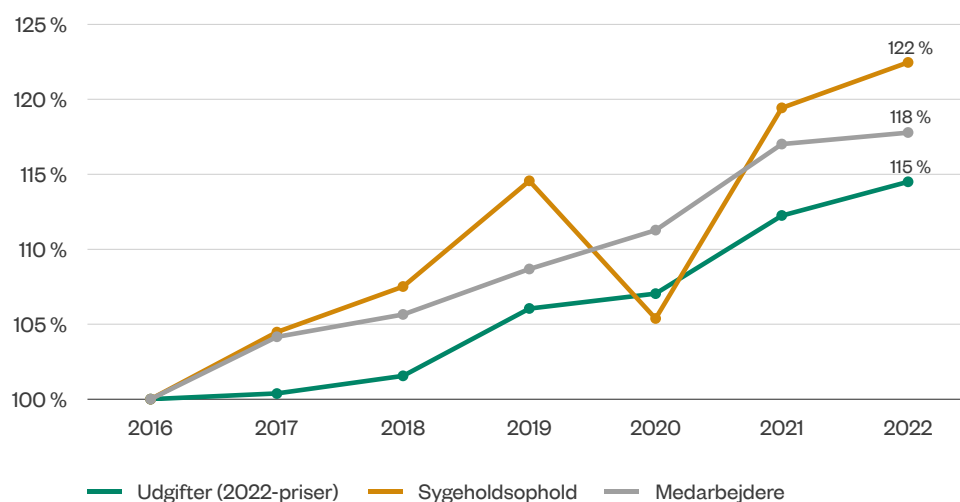
1.2. Baggrund

5. Antallet af børn og unge med psykiske udfordringer er stigende, og flere bliver henvist til udredning for psykiske sygdomme på et sygehus. Antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser er over de seneste 10 år steget med ca. 39 %. I dag lever omkring 73.000 børn og unge under 18 år med psykiatriske diagnoser. De 3 mest hyppige diagnoser blandt børn og unge er ADHD, autisme og belastnings- og tilpasningsreaktioner.

Der er siden 2016 tillige sket en stigning i antallet af årlige sygehusophold inden for børne- og ungdomspsykiatrien, hvilket dækker over både ambulante kontakter og indlæggelser. Samtidig er der sket en stigning i antallet af medarbejdere, herunder læger og sygeplejersker, og i udgifterne til børne- og ungdomspsykiatrien.

Figur 1 viser udviklingen i antal sygehusophold, antal medarbejdere og i udgifter for perioden 2016-2022.

Figur 1
Udviklingen i udvalgte nøgletal i børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2016-2022 (2016 = indeks 100)



Udviklingen i børne- og ungdomspsykiatrien

	2016	2022
Antal sygehusophold	181.856	222.715
Udgifter (2022-priser)	1,5 mia. kr.	1,7 mia. kr.
Medarbejdere (antal årsværk)	1.783	2.101

Note: "Sygehusophold" dækker over både antal ambulante ophold (< 12 timer) og indlæggelser (> 12 timer) og er afgrænset til patienter fra 0-18 år. "Udgifter" er baseret på Sundhedsdatastyrelsens opgørelse af tilrettede driftsudgifter. "Medarbejdere" er opgjort i antal årsværk på baggrund af data fra regionerne. Flere regioner har oplyst, at faldet i sygehusophold i 2020 skyldtes COVID-19. Regionerne har oplyst, at i perioden blev en stor del af aktiviteten flyttet over til såkaldte virtuelle kontakter, som dækker over telefoniske kontakter og videokontakter. Det har ikke været muligt at opgøre virtuelle kontakter for hele perioden, men i 2020 blev der afholdt ca. 107.000 virtuelle kontakter i regionerne.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af tal fra Landspatientregisteret pr. 10. september 2023 fra Sundhedsdatastyrelsen samt data fra regionerne og sundhedsdatastyrelsen.dk.

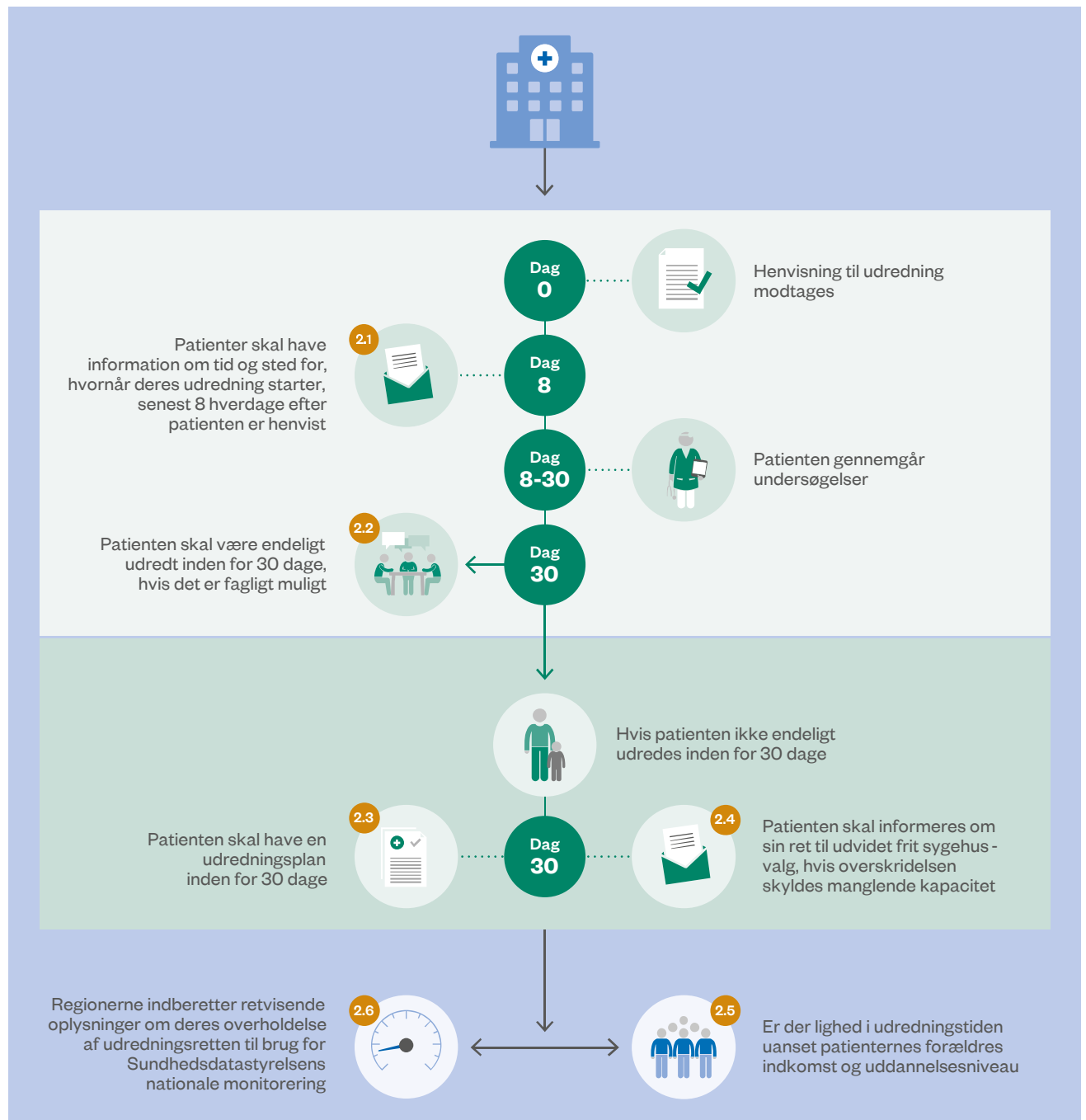
Det fremgår af figur 1, at udgifterne i børne- og ungdomspsykiatrien er steget med 15 % fra 2016 til 2022, mens antallet af medarbejdere er steget med 18 %, og antallet af sygehusophold er steget med 22 % i samme periode. Det betyder, at udgifterne og antallet af medarbejdere pr. sygehusophold er faldet i perioden.

6. I 2014 blev udredningsretten for børn og unge i psykiatrien ændret, så børn og unge, der henvises til udredning for psykisk sygdom, fik ret til at blive udredt inden for 30 dage i stedet for 60 dage. De nye regler for udredningsretten i børne- og ungdomspsykiatrien trådte i kraft den 1. september 2015, dog med undtagelse af retten til udvidet frit sygehusvalg, som blev indført i 2016.

Udredningsretten, som er beskrevet i sundhedsloven (lovbek. nr. 1011 af 17. juni 2023), knytter sig til den enkelte patients udredningsforløb. Forløbet starter, når patienten bliver henvist til udredning, og slutter, når patienten bliver endeligt udredt.

Figur 2 viser de frister og krav til udredning og informering af patienterne, som regionerne skal leve op til i henhold til loven. Figuren viser også, i hvilke afsnit (tal i gul cirkel), vi behandler de forskellige dele af undersøgelsen.

Figur 2
Krav til regionerne i udredningsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien



Kilde: Rigsrevisionen.

1.3. Undersøgelsens vurderingskriterier, metode og afgrænsning

7. Retten til hurtig udredning mv. følger af regler for regionernes overholdelse af udredningsretten og regler for regionernes forpligtelse til at informere patienter om denne rettighed. Reglerne er overordnet fastsat i sundhedsloven (lovbek. nr. 1011 af 17. juni 2023).

Sundhedslovens regler for udredningsretten og for information om denne rettighed er uddybet i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. (bek. nr. 657 af 28. juni 2019) i § 13-23.

Sundhedslovens og bekendtgørelsens regler er yderligere uddybet i *Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henvisede patienter* (herefter *Vejledning om frit sygehusvalg mv.*) fra 2016 og i *Registreringsvejledning vedrørende monitorering af udredningsretten* fra 2017.

Vi har undersøgt, om patienterne får overholdt retten til hurtig udredning og informeres om deres rettigheder. Vi har endvidere fulgt op på, om regionerne har sikret, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har understøttet, at indberetningerne, der bruges til den nationale monitorering af overholdelse af udredningsretten i børne- og ungdomspsykiatrien, er retvisende.

Metode

8. Undersøgelsen baserer sig på analyse og gennemgang af materiale fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsdatastyrelsen og de 5 regioner.

9. Vi har indhentet og analyseret data for alle patienters udredningsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien, som er blevet indberettet til Landspatientregisteret (LPR3) i perioden 3. kvartal 2019 - 4. kvartal 2022. I alt indgår 54.536 udredningsforløb.

Derudover har vi gennemgået materiale for en repræsentativ stikprøve af 382 udredningsforløb blandt patienter i børne- og ungdomspsykiatrien. For hvert forløb i stikprøven har vi gennemgået patientens journal, henvisningsoplysninger, indkaldelsesbrev og de oplysninger (forløbsmarkører), som regionerne har indberettet til LPR3 til brug for den nationale monitorering af overholdelse af udredningsretten.

10. Registeranalysen bruges til at estimere, hvor mange patienter i børne- og ungdomspsykiatrien der er blevet udredt inden for 30 dage, og hvor lang tid den gennemsnitlige udredning tager.

I 2013-2014 udviklede Sundhedsdatastyrelsen i samarbejde med regionerne en ny type indberetning til Landspatientregisteret, der specifikt havde til formål at angive, hvornår en patient er endeligt udredt. Sundhedsdatastyrelsen har siden 2014 brugt disse indberetninger til at monitorere, om patienterne får overholdt udredningsretten.

Landpatientregisteret er Sundhedsdatastyrelsens register over information om undersøgelser og behandling på sygehuse. Det er regionerne, der indberetter data til registret. Nogle indberetninger er frivillige, mens andre er obligatoriske.

Forløbsmarkører er koder, som det er obligatorisk at indberette for alle patienter under udredning ved forskellige hændelser i deres forløb. Fx skal regionerne indberette, når en patient er endeligt udredt, og hvis patienten ikke kan udredes inden for 30 dage, skal regionen indberette årsagen hertil. Sundhedsdatastyrelsen bruger forløbsmarkørerne til at monitorere, om udredningsretten overholdes.

Registeranalysens indikatorer for, at en patient er endeligt udredt:

- opstart af diagnosespecifik behandlingspakke
- procedurekode for "mistanke om sygdom af-/bekræftet"
- diagnose
- klinisk beslutning: ingen sygehusbehandling
- diagnose "uden nærmere specifikation".

Se bilag 1 for specifikation af de brugte indikatorer.

Vi er i forbindelse med vores forundersøgelse blevet bekendt med, at regionerne ikke har en ensartet praksis for, hvornår de indberetter, at patienterne er endeligt udredt, og at nogle regioners indberetninger ikke er korrekte i henhold til Sundhedsdatastyrelsens registreringsvejledning vedrørende monitorering af udredningsretten, der har været gældende siden 2017. Vi har derfor ikke kunnet bruge regionernes indberetninger fra den nationale monitorering til at analysere udredningstiden i børne- og ungdomspsykiatrien for hele landet.

For at kunne vurdere patienternes reelle udredningstid har vi derfor i registeranalysen taget udgangspunkt i regionernes øvrige indberetninger til LPR3, som bl.a. omhandler patienternes undersøgelser og behandlinger på sygehuse. Vi har udvalgt en række af disse indberetninger som indikatorer for, hvornår patienterne er endeligt udredt. På den baggrund har vi udregnet tiden, fra en patient er henvist, til der er en indikation på, at patienten er endeligt udredt. En indikation kan fx være, at mistanken om patientens diagnose er be- eller afkræftet, at patienten er startet i behandling, eller at patienten er vurderet til ikke at skulle modtage behandling i sygehusregi.

Vi har løbende drøftet udvælgelsen af indikatorer med regionerne. Afgrænsning og indhold af registeranalysen er desuden drøftet med Sundhedsdatastyrelsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og flere regioner har oplyst, at de anerkender, at der er problemer med validiteten i monitoreringen af udredningsretten i børne- og ungdomspsykiatrien på grund af regionernes uens praksis for at indberette, hvornår patienterne er endeligt udredt. Ministeriet og flere regioner har samtidig oplyst, at de vurderer, at Rigsrevisionens metode ikke er et retvisende alternativ. Det skyldes bl.a., at de data, vi bruger, ikke, er indberettet med det specifikke formål at monitorere overholdelse af udredningsretten.

For at efterprøve registeranalysens resultater for udredningstid har vi sammenholdt resultaterne med stikprøveanalysens resultater for udredningstid. Vores vurderinger af, hvornår patienterne fra stikprøven er endeligt udredt, har alle været forelagt og drøftet på møder med regionerne, hvor vurderingerne er blevet kvalificeret på baggrund af regionernes bemærkninger. 3 af regionerne har generelt været enige i vores vurderinger, mens Region Sjælland har været uenig i vores vurderinger af enkelte forløb. Region Syddanmark har kun ønsket at kommentere på vores vurderinger i 5 ud af 76 forløb, som regionen alle har været uenig i.

Overordnet viser sammenligningen, at der er stor overensstemmelse mellem registeranalysens og stikprøvens resultater. På landsplan er andelen af forløb, hvor patienterne ikke er blevet udredt inden for 30 dage, 4 procentpoint højere i stikprøveanalysen sammenlignet med registeranalysens estimat for de samme forløb. På regionalt niveau er der for enkelte regioner større forskelle mellem stikprøvens og registeranalysens resultater, jf. bilag 1, og derfor angiver vi i beretningen, at der er usikkerhed, når vi opgør registeranalysens resultater på regionalt niveau.

Rigsrevisionen understreger, at registeranalysens formål ikke er at introducere en alternativ målemetode til brug for den nationale monitorering, da metoden ikke skal bruges til at vurdere den præcise udredningstid for hver enkelt patient. Formålet er i stedet at skabe et så retvisende billede som muligt af overholdelsen af udredningsretten, idet vi har konstateret, at den nationale monitorering ikke giver et retvisende billede.

11. Stikprøveanalysen bruges, ud over til at validere registeranalysens resultater, også til at undersøge, om de patienter, der ikke udredes inden for 30 dage, informeres om deres rettigheder i de indkaldelsesbreve, de modtager fra regionen. Vi bruger også stikprøveanalysen til undersøge, om regionerne indberetter patienterne som endeligt udredt i overensstemmelse med reglerne.

12. Vi har i samarbejde med Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) analyseret, om der er lighed i udredningstiden for børn og unge i psykiatrien – uafhængig af forældrenes disponible indkomst og uddannelsesniveau. Udredningstiden er baseret på registeranalysens resultater.

13. For at understøtte revisionen har vi holdt møder med de 5 regioner, Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen og relevante interessenter på området.

14. Undersøgelsens metode uddybes i bilag 1.

15. Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, jf. bilag 1.

Afgrænsning

16. Undersøgelsen er afgrænset til patienter under 18 år, der er henvist til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien fra 3. kvartal 2019 til og med 4. kvartal 2022. Region Syddanmark har i hele perioden behandlet unge op til 20 år i børne- og ungdomspsykiatrien. I andre regioner er der enkelte afdelinger i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor man inden for specifikke sygdomsområder også behandler voksne, ligesom der er afdelinger i voksenpsykiatrien, der behandler børn og unge. Undersøgelsens afgrænsning til patienter under 18 år i børne- og ungdomspsykiatrien er valgt for at skabe et sammenligneligt grundlag på tværs af de 5 regioner.

Undersøgelsen er endvidere afgrænset til at omhandle patienter, som er henvist til udredning, og som har et udredningsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien. Undersøgelsen omfatter ikke patienter, der er henvist direkte til behandling, og som kun har et behandlingsforløb. Undersøgelsen omfatter heller ikke patienternes behandlingsforløb, efter de er udredt. I disse behandlingsforløb har patienterne haft ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis ikke deres behandling er opstartet inden for 30 dage, men vi har afgrænset os fra at undersøge, om denne ret er overholdt. Det skyldes, at det på baggrund af regionernes indberetningspraksis ikke har været muligt at udarbejde en retvisende opgørelse af regionernes ventetid til opstart af behandling på tværs af de 5 regioner.

Undersøgelsen er afgrænset til at omhandle børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet. Undersøgelsen omhandler således ikke den udredning, behandling, rehabilitering eller anden indsats rettet mod børn og unge med psykiske problemer, som ligger før og efter patientens forløb i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, bl.a. i praksissektoren, hos den kommunale Pædagogisk Psykologiske Rådgivning (PPR) og på skolerne.

2. Overholdelse af udredningsretten

17. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne har sikret, at børn og unge får overholdt deres rettigheder i forbindelse med udredning for psykisk sygdom, om regionerne har sikret, at der er lighed i udredningstiden for børn og unge, og endelig, om regionerne har sikret, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har understøttet, at indberetninger, der bruges til den nationale monitorering af overholdelse af udredningsretten i børne- og ungdomspsykiatrien, er retvisende.

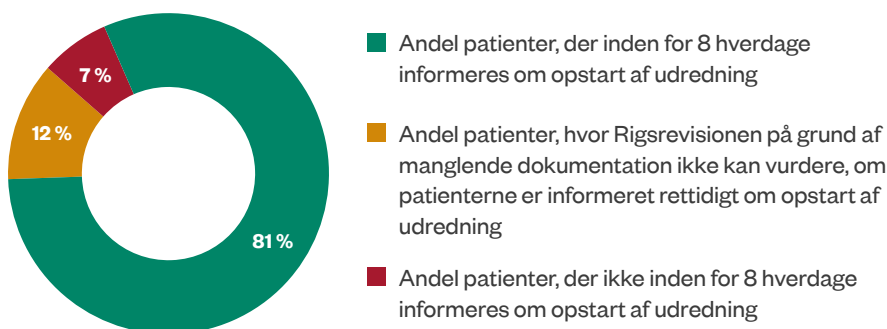
Det fremgår af figur 2, hvilke elementer der konkret undersøges, og i hvilke afsnit de behandles.

2.1. Rettidig information om opstart af patienters udredning

18. Vi har undersøgt, om regionerne sikrer, at børn og unge i psykiatrien får rettidig information om, hvornår deres udredning starter.

Det fremgår af sundhedslovens § 90, at regionerne skal oplyse patienterne om dato og sted for, hvornår deres udredning starter, senest 8 hverdage efter at regionen har modtaget henvisning af en patient.

19. Figur 3 viser andelen af forløb i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor patienterne informeres rettidigt om, hvornår deres udredning starter. Resultaterne er baseret på en stikprøve.

Figur 3**Andel udredningsforløb, hvor patienterne informeres rettidigt (inden for 8 hverdage) om udredningens start**

Note: Figuren er baseret på 341 udredningsforløb. 41 af stikprøvens 382 forløb, svarende til 11 %, indgår ikke i figuren, da patienterne blev henvist, mens reglerne for udredningsretten, herunder sundhedslovens § 90, var suspenderet under COVID-19 (18. marts - 1. september 2020). Vi har beregnet, at andelen af forløb, hvor patienterne ikke får rettidig information, med 95 % sandsynlighed er 4-10 %. Beregningen tager udgangspunkt i, at vi i 7 % af forløbene i stikprøven finder, at patienter ikke har fået rettidig information, og dermed har vi beregnet fejlmargen til $\pm 2,7$ procentpoint med et konfidensniveau på 95 %.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af henvisningsoplysninger og indkaldelsesbreve for stikprøven af udredningsforløb.

Det fremgår af figur 3, at regionerne i 81 % af udredningsforløbene har informeret patienterne rettidigt om opstart af udredning. I 7 % af forløbene bliver patienterne først oplyst om deres første udredningssamtale senere end 8 hverdage, efter de er henvist.

I 12 % af forløbene kan vi ikke vurdere, om regionernes oplysning af patienterne har været rettidig, da regionerne ikke har journaliseret patienternes indkaldelsesbreve. Størstedelen (71 %) af forløbene uden journalisering er fra Region Syddanmark. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at sygehuse efter princippet om god forvaltningsskik bør journalisere udgående post, herunder indkaldelsesbreve til patienterne.

2.2. Udredning af patienter inden for 30 dage

20. Vi har undersøgt, om regionerne sikrer, at børn og unge i psykiatrien udredes inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Vi har også undersøgt udviklingen i den samlede udredningstid fra 3. kvartal 2019 til 1. kvartal 2022.

21. Det fremgår af sundhedslovens § 82 b, at patienter, der er henvist til udredning på et sygehus, skal udredes inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Denne bestemmelse kaldes også "retten til hurtig udredning".

22. På baggrund af vores registeranalyse har vi estimeret, at regionerne i ca. 70 % af forløbene ikke udreder patienterne inden for 30 dage. Resultatet bekræftes af vores stikprøveanalyse og svarer til, at over 27.000 børn og unge ikke er blevet udredt inden for 30 dage. Ud fra vores stikprøvegennemgang af patientjournalerne viser undersøgelsen, at der i 3 % af forløbene er en gyldig årsag til, at fristen overskrides.

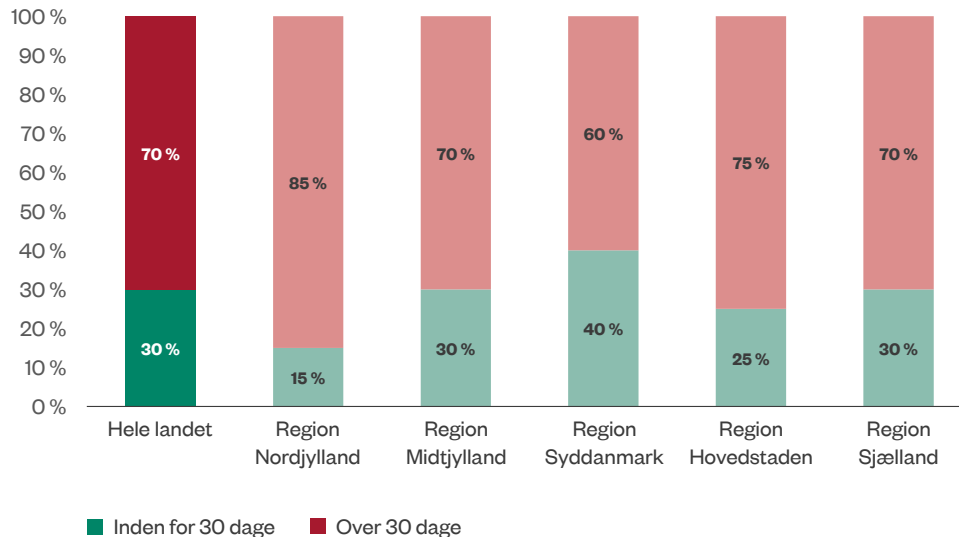
Sundhedslovens §82 b

"Til personer, der er henvist til udredning på sygehus, jf. § 79, yder regionsrådet i bopælsregionen udredning ved sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med, jf. § 75, stk. 2, inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt..."

På baggrund af registeranalysen har vi estimeret, at den gennemsnitlige udredningstid er steget fra 76 dage i 2019 til ca. 115 dage i 2022, hvilket er næsten 4 gange længere end den lovfastsatte frist på 30 dage.

23. Figur 4 viser registeranalysens estimat af, hvor mange børn og unge i psykiatrien der udredes inden for 30 dage. Resultaterne bygger på data for hele populationen af udredningsforløb i alle 5 regioner.

Figur 4
Andel udredningsforløb, hvor patienterne er endeligt udredt inden for 30 dage, fra 3. kvartal 2019 til og med 1. kvartal 2022



Note: Figuren er baseret på 40.493 udredningsforløb fordelt på Region Nordjylland med 3.273, Region Midtjylland med 10.815, Region Syddanmark med 9.458, Region Hovedstaden med 11.385 og Region Sjælland med 5.052. Se bilag 1 for uddybning. Antallet af udredningsforløb summerer ikke til antallet af forløb på landsplan, da der er enkelte forløb, hvor der ikke er registreret en bopælsregion. Andelen af forløb, hvor patienterne er udredt inden for 30 dage, er rundet op til nærmeste 5 %.

Kilde: Rigsrevisionens egne beregninger på baggrund af data fra LPR3 (Sundhedsdatastyrelsen) for patienter i alderen 0 til og med 17 år, der er henvist til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien fra 3. kvartal 2019 til og med 1. kvartal 2022.

Det fremgår af figur 4, at alle regioner er langt fra at udrede alle patienter inden for 30 dage. Det fremgår, at Region Nordjylland har den laveste andel af patienter, der er blevet udredt inden for 30 dage, mens Region Syddanmark har den højeste andel. På landsplan er det i ca. 70 % af forløbene, at patienterne ikke er blevet udredt inden for 30 dage.

Hvornår er en patient endeligt udredt?

I *Vejledning om frit sygehusvalg mv.* defineres det, hvornår en patient kan betragtes som endeligt udredt. Det fremgår, at "en patient kan betragtes som endeligt udredt, såfremt patienten har gennemgået et udredningsforløb, der følger anerkendt klinisk praksis, og som har afklaret henvisningsindikationen i en sådan grad, at:

- patienten kan informeres om, at mistanke om sygdom er afkræftet, eller
- patienten kan informeres om tilstanden eller sygdommens karakter, og
- patienten kan informeres om, at der anbefales observation, behandling eller ingen behandling."

Gyldige årsager til overskridelse af udredningsfristen på 30 dage

I *Vejledning om frit sygehusvalg mv.* fremgår det, at faglige årsager gyldigt kan begrunde, at retten til hurtig udredning ikke overholdes. Andre situationer, der gyldigt kan begrunde, at udredningen strækker sig over 30 dage, er situationer, hvor:

- patienten benytter frit valg til at vælge et sygehus, der ikke kan udrede inden for 30 dage, på trods af at have modtaget tilbud om rettidig udredning fra et andet sygehus.
- patienten udebliver fra undersøgelsen eller ønsker at modtage udredningen på et senere tidspunkt efter de 30 dage, fx på grund af planlagt ferie.

Årsager til overskridelser skal indberettes til LPR3. Hvis det indberettes, at en overskridelse af udredningsfristen på 30 dage skyldes en gyldig årsag, fremstår retten til hurtig udredning at være overholdt i den nationale monitorering. Regionernes indberetning af årsagerne har derfor betydning for, hvordan regionens overholdelse af udredningsretten fremstår i den nationale monitorering.

Regionernes vurdering af årsagen til overskridelser har desuden betydning for, om patienten skal tilbydes udvidet frit sygehusvalg, da denne ret kun indtræder, hvis årsagen skyldes mangel på kapacitet.

I stikprøven er der 260 forløb, hvor patienterne ikke er endeligt udredt inden for 30 dage. I 9 af forløbene er der en gyldig årsag til overskridelsen, hvilket svarer til 3 %. Andelen af patienter, som med 95 % sandsynlighed har en gyldig årsag til overskridelsen, er 1-5 % med en fejlmargen på $\pm 2,1$ %.

24. Der kan være gyldige årsager til, at udredningen tager længere end 30 dage. Det kan fx være faglige årsager, eller hvis patienten aflyser/udebliver eller selv ønsker at blive udredt på et senere tidspunkt. I disse tilfælde vil retten til hurtig udredning stadig være overholdt, selv om udredningen har taget mere end 30 dage.

Regionerne har indberettet til LPR3, at patienterne i 20 % af alle forløb i børne- og ungdomspsykiatrien har fået overskredet udredningsfristen af gyldige årsager.

For de patienter, der indgår i vores stikprøve, har regionerne indberettet en gyldig årsag til overskridelse af fristen i 22 % af patienternes forløb. Vi har gennemgået journalerne for disse patienter for at vurdere, om regionernes indberetninger har været retvisende i forhold til beskrivelsen af, hvad der kan betragtes som en gyldig årsag, jf. *Vejledning om frit sygehusvalg mv.* Vores gennemgang viser, at regionernes indberetninger om gyldige årsager ikke har været retvisende i størstedelen af tilfældene. Samlet er der i 3 % af patienternes forløb, hvor de ikke bliver udredt inden for den lovpålagte frist på 30 dage, en gyldig årsag til overskridelsen. I hovedparten af de resterende forløb har regionerne angivet, at overskridelserne skyldes mangel på kapacitet. Dette er dog ikke en gyldig årsag ifølge reglerne for udredningsretten.

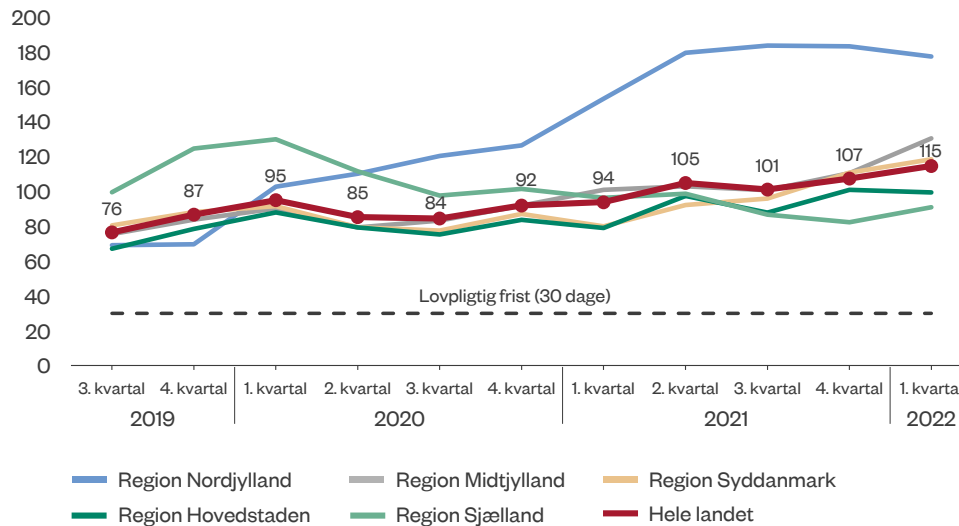
Stikprøveanalysens vurderinger af gyldige årsager har været forelagt regionerne og er drøftet på møder, hvor 4 af de 5 regioner har verificeret vurderingerne. Region Syd-danmark har ikke kommenteret på de enkelte vurderinger.

Udredningstiden for børn og unge i psykiatrien

25. Vi har undersøgt udviklingen i den samlede udredningstid i undersøgelsesperioden.

Figur 5 viser registeranalysens estimat af udviklingen i den gennemsnitlige udredningstid, fra en patient bliver henvist, til patienten er endeligt udredt.

Figur 5
Gennemsnitlig udredningstid for de 5 regioner og på landsplan fra 3. kvartal 2019 til og med 1. kvartal 2022



Spredning i udredningstiden

10 % kortest udredningstid	16 dage
Median	72 dage
Gennemsnit	96 dage
10 % længste udredningstid	203 dage

Note: Figuren er baseret på 40.493 udredningsforløb fordelt på Region Nordjylland med 3.273, Region Midtjylland med 10.815, Region Syddanmark med 9.458, Region Hovedstaden med 11.385 og Region Sjælland med 5.052. Se bilag 1 for uddybning. Antallet af udredningsforløb summerer ikke til antallet af forløb på landsplan, da der er enkelte forløb, hvor der ikke er registreret en bopælsregion. Udredningsretten, herunder sundhedslovens § 82 b, var suspenderet under COVID-19 (18. marts - 1. september 2020).

Kilde: Rigsrevisionens egne beregninger på baggrund af data fra LPR3 (Sundhedsdatastyrelsen) for patienter i alderen 0 til og med 17 år, der er henvist til udredning i i børne- og ungdomspsykiatrien fra 3. kvartal 2019 til og med 1. kvartal 2022.

Det fremgår af figur 5, at registeranalysens estimerede gennemsnitlige udredningstid ligger betydeligt over de lovpligtige 30 dage for hele landet i perioden 2019-2022. Figuren viser også, at den estimerede udredningstid generelt er stigende i perioden. Den gennemsnitlige udredningstid er i perioden steget med næsten 40 dage og ligger i 1. kvartal 2022 på 115 dage, som er næsten 4 gange længere end de lovpligtige 30 dage.

Det fremgår også af figur 5, at alle regionerne i hele den undersøgte periode har haft en længere udredningstid end de lovpligtige 30 dage. For hele perioden er den gennemsnitlige udredningstid på landsplan 96 dage.

Vi har sammenlignet resultaterne af undersøgelsens stikprøveanalyse med registeranalysens resultater. Sammenligningen viser, at der på landsplan er en forskel på 1 dag i den gennemsnitlige udredningstid, hvor vores stikprøve viser 97 dage, og vores registeranalyse viser 96 dage. Sammenligningen viser dog, at der særligt for Region Sjælland er en større forskel mellem stikprøvens og registeranalysens resultater. En gennemgang af de forløb, hvor forskellen er størst, peger på, at forskellene ofte skyldes, at regionen indberetter opstarten af behandlingspakke samtidigt med opstarten af udredningen, hvilket betyder, at registeranalysen sandsynligvis undervurderer den reelle udredningstid i regionen. Generelt er der større usikkerhed for resultaterne for de enkelte regioner end for resultatet af den gennemsnitlige udredningstid på landsplan.

2.3. Udredningsplaner til de patienter, der ikke udredes inden for 30 dage

26. Vi har undersøgt, om regionerne sikrer, at børn og unge i psykiatrien, som ikke udredes inden for 30 dage, får en udredningsplan.

Det følger af sundhedslovens § 82 b, stk. 2, at patienter har ret til at få en udredningsplan inden for 1 måned, hvis regionen ikke kan sikre udredning inden for samme måned.

Vejledningens uddybning af krav til udredningsplaner

Det fremgår af *Vejledning om frit sygehusvalg mv.*, at patienter har ret til en udredningsplan inden for 1 måned, uanset årsagen til, at udredningsfristen ikke kan overholdes.

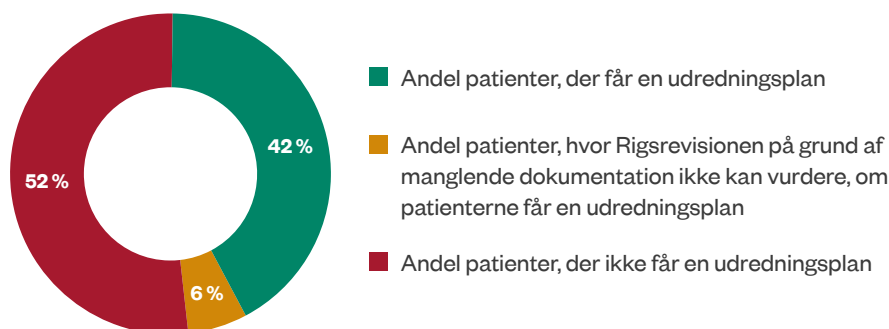
Ved fristen på 1 måned forstås 30 dage inkl. weekend og helligdage.

Der er ikke krav til udformningen af udredningsplanen. Udredningsplanen kan fx godt være en del af patientens indkaldelsesbreve til samtaler.

Det fremgår af *Vejledningen om frit sygehusvalg mv.*, at udredningsplanen skal indeholde tider for den eller de forventede undersøgelser, som patienten forventes at gennemgå i udredningsforløbet. Ifølge vejledningen skal udredningsplanen bl.a. gøre patienterne i stand til at vurdere, om de hurtigere kan blive udredt helt eller delvist på et aftalesygehus.

27. Figur 6 viser andelen af forløb i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor patienterne får en udredningsplan inden for 30 dage. Resultaterne bygger på en stikprøve.

Figur 6
Andel udredningsforløb, hvor patienterne får en udredningsplan



Note: Figuren er baseret på 260 udredningsforløb. 122 af stikprøvens 382 forløb, svarende til 32 %, indgår ikke i figuren, da patienterne ikke har haft ret til en udredningsplan. Det skyldes, enten at patienterne er udredt inden for 30 dage, eller at patienterne blev henvist, mens regler for udredningsretten, herunder sundhedslovens § 82 b, stk. 2, var suspenderet under COVID-19 (18. marts - 1. september 2020). Vi har beregnet, at andelen af forløb, hvor patienterne ikke får en udredningsplan, med 95 % sandsynlighed ligger i intervallet 47-59 %. Beregningen tager udgangspunkt i, at vi i 52 % af forløbene i stikprøven fandt, at patienter ikke fik en udredningsplan, og dermed har vi beregnet en fejlmargen til ± 6 procentpoint med et konfidensniveau på 95 %.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af stikprøvens patientjournaler og indkaldelsesbreve.

Det fremgår af figur 6, at 52 % af patienterne ikke får en udredningsplan inden for 30 dage, mens 42 % af patienterne får en udredningsplan inden for 30 dage.

For 6 % af patienterne kan Rigsrevisionen ikke vurdere, om regionerne har udleveret en udredningsplan, fordi regionerne ikke har journaliseret de breve, der er sendt til patienterne. Regionernes manglende journalisering er ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet i strid med principperne for god forvaltningsskik.

Nogle af regionerne har oplyst, at en af forklaringerne på, at patienter ikke får en plan for deres udredningsforløb kan være, at det først er muligt at lave en plan for udredningen, efter patienten er set til den første samtale. Hvis patientens første samtale ligger efter 30 dage, er det dermed ikke muligt at udarbejde en plan inden for de lovpligtige 30 dage.

Rigsrevisionen anerkender, at det kan være svært at udarbejde en udredningsplan, før patienten er set til første samtale. For størstedelen af patienterne i vores stikprøve, som ikke har fået en udredningsplan, ligger deres første samtale dog inden for 30 dage. For disse patienter skyldes de manglende planer typisk, at regionerne har vurderet, at patienterne er endeligt udredt efter første samtale. Regionerne vurderer dermed, at udredningsretten er opfyldt, og giver ikke patienterne en udredningsplan for det videre forløb. Vores gennemgang af patientjournalerne viser, at patienternes udredning fortsætter efter første samtale og dermed strækker sig over mere end 30 dage. Disse patienter har derfor haft ret til at få en udredningsplan.

Boks 1 viser et eksempel, hvor regionen har informeret patienten om første samtale-tid, men ikke har givet en plan for det videre forløb, selv om patienten havde ret til en udredningsplan.

Boks 1

Eksempel på mangelfuld information om en patients ret til udredningsplan

En patient henvises til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Patienten ses til første samtale 27 dage efter henvisning. Det fremgår af patientens journal, at regionen efter den første samtale finder grundlag for yderligere udredning af patienten. Af journalen fremgår det, at det besluttes, at patienten bl.a. skal have foretaget ADOS-observation, supplerende anamnese (oplysning om sygehistorie) og en lægeundersøgelse som del af udredningen.

91 dage efter patienten er henvist, afholder psykiatrien en diagnostisk konference, hvor der konkluderes på de gennemførte undersøgelser i patientens udredningsforløb. Det fremgår af journalen, at det på baggrund af de samlede resultater af udredningen vurderes, at patienten har en diagnose. Patienten har dermed ventet 91 dage på at blive endeligt udredt og havde ret til at få en udredningsplan inden for 30 dage.

Regionen har indberettet, at patienten er endeligt udredt efter første samtale, dvs. efter 27 dage, hvilket ikke stemmer overens med det udredningsforløb, der fremgår af patientjournalen. Regionen har inden for 30 dage alene informeret patienten om tiden til første afklarende samtale, og har ikke givet patienten en udredningsplan for det videre forløb, selv om patientens udredning fortsætter og varer over 3 gange længere end de lovpligtige 30 dage. I regionens indkaldelsesbrev til patientens første samtale fremgår det, at "*Vi har modtaget henvisningen fra din læge den 16. oktober 2019. Vi forventer at udrede/undersøge dig inden for 30 dage*".

2.4. Information om udvidet frit sygehusvalg til de patienter, der ikke udredes inden for 30 dage på grund af manglende kapacitet

28. Vi har undersøgt, om regionerne sikrer, at børn og unge i psykiatrien, som ikke kan udredes inden for 30 dage af kapacitetsmæssige årsager, informeres om deres ret til udvidet frit sygehusvalg.

Samarbejdssygehuse

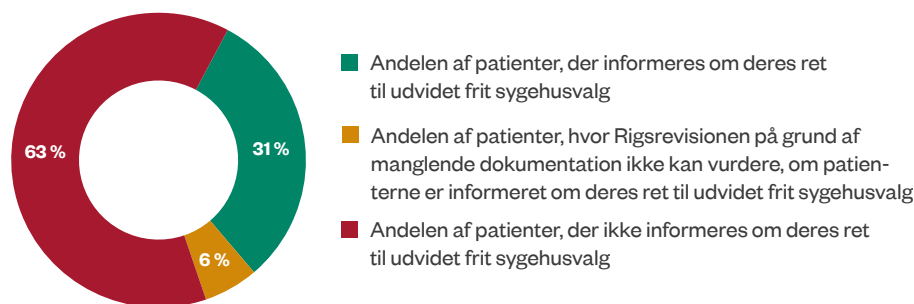
Et samarbejdssygehus er et offentligt eller privat sygehus ud over regionens egne sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter til at varetage regionens sygehusopgaver.

29. Det fremgår af sundhedslovens § 87, at patienter har ret til udvidet frit sygehusvalg og dermed ret til helt eller delvist at blive udredt på et aftalesygehus, hvis regionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan sikre udredning inden for 30 dage på regionens egne sygehuse eller på samarbejdssygehuse.

Formålet med retten til udvidet frit sygehusvalg er, at patienten kan få hurtigere hjælp et andet sted, hvis ikke regionen selv kan sikre, at patienten udredes inden for 30 dage.

30. Figur 7 viser andelen af forløb i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor patienterne er blevet informeret om deres ret til udvidet frit sygehusvalg. Resultaterne bygger på en stikprøve.

Figur 7
Andel udredningsforløb, hvor patienterne informeres om deres ret til udvidet frit sygehusvalg



Note: Figuren er baseret på 252 udredningsforløb. 130 af stikprøvens 382 forløb, svarende til 34 %, indgår ikke i figuren, da patienterne ikke har haft ret til udvidet frit sygehusvalg. Det skyldes, enten at patienterne er udredt inden for 30 dage, at patienternes overskridelse af udredningsfristen skyldtes andre årsager end manglende kapacitet, eller at patienterne blev henvist, mens regler for udredningsretten, herunder sundhedslovens § 87, var suspenderet under COVID-19 (18. marts - 1. september 2020). Vi har beregnet, at andelen af forløb, hvor patienterne ikke får information om ret til udvidet frit sygehusvalg, med 95 % sandsynlighed er 57-69 %. Beregningen tager udgangspunkt i, at vi i 63 % af forløbene i stikprøven fandt, at patienter ikke fik information om udvidet frit sygehusvalg, og dermed har vi beregnet en fejlmargen til $\pm 5,9$ procentpoint med et konfidensniveau på 95 %.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af stikprøvens patientjournaler og indkaldelsesbreve.

Det fremgår af figur 7, at 63 % af patienterne ikke informeres om deres ret til udvidet frit sygehusvalg.

Den manglende information skyldes ofte, at regionerne har vurderet, at patienterne er endeligt udredt efter første samtale, som har ligget inden for 30 dage. Regionerne indberetter dermed, at udredningsretten er opfyldt, og informerer ikke patienterne om deres ret til udvidet frit sygehusvalg. Vores gennemgang af patientjournalerne viser dog, at udredningen fortsætter efter første samtale og strækker sig over mere end 30 dage for en stor del af patienterne. Disse patienter har derfor haft ret til udvidet frit sygehusvalg og skulle have været informeret om retten.

31. Boks 2 viser et eksempel på et forløb, hvor Region Syddanmark skulle have informeret patienten om retten til udvidet frit sygehusvalg.

Boks 2

Eksempel på mangelfuld information om patients ret til udvidet frit sygehusvalg

Patientens udredningsforløb starter med en samtale i januar 2021. Patienten har herefter en række udredningssamtaler. Udredningsforløbet afsluttes i juni 2021, hvor patientens sygdom afklares, og patienten dermed kan betragtes som endeligt udredt. Patientens udredningsforløb varer 146 dage, og patienten skulle have været informeret om sin ret til udvidet frit sygehusvalg.

I indkaldelsesbrevet til patientens første afklarende samtale fremgår det i en rubrik om patientens rettigheder: "Regionen forventer at kunne udrede dig inden for 30 dage. Hvis det mod forventning ikke lykkes, bedes du kontakte regionen". Da patienten ikke modtager yderligere information fra regionen, bliver det dermed op til patienten selv at holde styr på, om regionen overholder patientens rettigheder, og det bliver op til patienten selv at reagere over for regionen.

Vi har i yderligere 15 forløb fra Region Syddanmark fundet eksempler på, at regionen lader det være op til patienten selv at reagere i tilfælde af, at regionen ikke overholder patientens rettigheder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at informationen til patienterne bl.a. skal være let forståelig, tilstrækkelig og handlingsanvisende. Det fremgår desuden af § 12, stk. 5, i bekendtgørelsen om ret til sygehusbehandling, at regionernes informationsmateriale skal sikre, at patienterne får bedst muligt kendskab til deres rettigheder og bliver i stand til at træffe oplyste valg på baggrund af den modtagne information.

32. Region Hovedstaden og Region Sjælland har oplyst, at en del patienter ikke er informeret om deres ret til udvidet frit sygehusvalg, da ventetiderne for udredning på aftalesygehuse har været længere end på regionens egne sygehuse eller samarbejdsygehuse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at patienterne skal oplyses om deres ret til udvidet frit sygehusvalg, uanset om ventetiderne på det tidspunkt, hvor patienten skal informeres om retten, er længere på aftalesygehuse end på regionens egne sygehuse eller samarbejdsygehuse. Det fremgår af figur 7, at regionerne i 31 % af forløbene informerer patienterne om deres ret til udvidet frit sygehusvalg. Det fremgår derudover af figuren, at for 6 % af patienterne har regionerne ikke journaliseret indkaldelsesbreve, hvor der er information om udvidet frit sygehusvalg. Rigsrevisionen kan derfor ikke vurdere, om regionerne i disse tilfælde har levet op til kravene. Regionernes manglende journalisering er ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet i strid med principperne for god forvaltningsskik.

2.5. Social lighed i udredningstider

33. Vi har undersøgt, om der er lighed i udredningstiden for børn og unge i psykiatrien uanset forældrenes disponible indkomst og uddannelsesniveau.

34. Det følger af sundhedslovens § 2, at sundhedsmyndighederne skal sikre let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Det er ikke specificeret i sundhedsloven, hvordan lige adgang til sundhedsvæsenet skal defineres, men udredningsretten gælder for alle patienter. Vi lægger derfor til grund, at der ikke bør være nævneværdige socioøkonomiske forskelle i, hvor lang tid det tager for børn og unge at blive udredt.

Vores undersøgelse viser, at der kan påvises en længere estimeret udredningstid for børn og unge af resurssvage forældre end for børn og unge af resursestærke forældre.




Kontrol for andre faktorer

VIVE har kontrolleret for barnets/den unges køn, alder, diagnose, region, herkomst, anbringelse, forebyggende foranstaltninger, familietype, mors og fars alder, diagnoser, og hvilket år barnet/den unge er henvist til udredning.

Analysen af social ulighed er foretaget i samarbejde med VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd). Analysen er baseret på registeranalysens estimater af udredningstiden, der er kombineret med et socioøkonomisk indeks beregnet ud fra forældrenes disponible indkomst og uddannelsesniveau. Der er samtidig kontrolleret for andre faktorer, som kunne tænkes at påvirke udredningstiden, fx familiesammensætning, etnisk herkomst, og om forældrene har psykiske diagnoser. En beskrivelse af det socioøkonomiske indeks fremgår af bilag 1.

Tabel 1 viser forskellen i den estimerede udredningstid for de forskellige grupper af børn og unge fra familier med henholdsvis høj, mellem og lav disponibel indkomst og uddannelsesniveau i perioden 3. kvartal 2019 - 4. kvartal 2022. Forskellene er statistisk signifikante med et konfidensniveau på 95 %.

Tabel 1
Social ulighed i udredningstiden

Socioøkonomisk status	Høj	Middel	Lav
	Videregående uddannelse.	Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse.	Grundskole.
	De 30 % med højeste disponible indkomst, når der er taget højde for familiens størrelse.	De 40 % med mellemste disponible indkomst, når der er taget højde for familiens størrelse.	De 30 % med laveste disponible indkomst, når der er taget højde for familiens størrelse.
		Udredningstiden er 5,6 dage længere end for børn af forældre med en videregående uddannelse og højest disponible indkomst.	Udredningstiden er 11,8 dage længere end for børn af forældre med en videregående uddannelse og højest disponible indkomst.

Note: Tabellen er baseret på 43.044 udredningsforløb fra 3. kvartal 2019 til og med 4. kvartal 2022. Forældrenes disponible indkomst er inddelt i deciler efter ækvivaleret disponibel indkomst. Indikatoren for familiens økonomiske resurser er den maksimale disponible indkomst for enten far eller mor. Decilgrænserne varierer fra år til år. Gennemsnittet for perioden 2019-2022 er for høj socioøkonomisk status fra 382.003 kr. om året, for middel socioøkonomisk status er det mellem 233.944 kr. og 382.003 kr. om året, og for lav socioøkonomisk status er det op til 233.944 kr. om året.

Kilde: VIVEs beregninger på baggrund af data fra Rigsrevisionens registeranalyse.

Det fremgår af tabel 1, at den estimerede udredningstid er højere, jo lavere indkomst og uddannelsesniveau barnets forældre har. For børn og unge fra familier med den laveste disponible indkomst og det laveste uddannelsesniveau tager det i gennemsnit 11,8 dage længere at blive udredt sammenlignet med børn og unge, hvis forældre har den højeste disponible indkomst og det højeste uddannelsesniveau. For børn og unge fra familier med middel indkomst og uddannelsesniveau tager det i gennemsnit 5,6 dage længere at blive udredt, end det gør for børn og unge fra familier med den højeste indkomst og det højeste uddannelsesniveau.

Analysen viser, at uligheden i udredningstiden varierer på tværs af regionerne. I Region Nordjylland og Region Sjælland ses en tydelig tendens til, at patienternes udredningstid stiger, i takt med at forældrenes socioøkonomisk status falder. I disse 2 regioner har analysen estimeret, at det i gennemsnit tager henholdsvis 30,3 dage og 23,1 dage længere at blive udredt for børn og unge fra familier med lav socioøkonomisk status sammenlignet med børn og unge fra familier med høj socioøkonomisk status.

I Region Midtjylland og Region Hovedstaden er resultaterne ikke entydige for alle socioøkonomiske grupper. Børn og unge fra familier med lav socioøkonomisk status er her henholdsvis 9,9 og 7,8 dage længere om at blive udredt end børn og unge fra familier med høj socioøkonomisk status. I Region Syddanmark er der ikke statistisk sikkerhed for ulighed i udredningstiden for børn og unge fra familier med lav socioøkonomisk status sammenlignet med børn og unge fra familier med høj socioøkonomisk status.

Analysen belyser ikke årsagerne til de påviste uligheder i udredningstiden. Region Nordjylland har oplyst, at en mulig årsag til, at udredningstiden er længere for mindre resursestærke patienter er, at der kan være en tendens til, at disse patienter i højere grad lider af tilknytningsforstyrrelser/traumer, hvilket kræver en særlig indsats i forhold til udredningsforløbet. Dertil kommer, at mere resursestærke familier ofte har større forudsætning for at advokere for barnet eller den unge, hvilket bevirker, at udredningsforløbene bliver mere smidige. De resursestærke familier har ofte lettere ved at overholde mødedatoer, og derved har de færre aflysninger og kortere forløb.

Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne bruger analysens resultater som afsæt til at afdække mulige årsager til de påviste uligheder.

Population

Populationen i VIVEs analyse er baseret på 43.044 forløb, da det er en forudsætning, at alle forklarende variable skal være til stede, før et udredningsforløb kan indgå i analysemodellen.

Læs mere i bilag 1 om metodisk tilgang.

2.6. Retvisende indberetning om overholdelse af udredningsretten

Regionernes indberetning om overholdelse af udredningsret

Regionerne skal for alle patienter indberette forløbsmarkører (administrative procedurerekoder) undervejs i udredningsforløbene. Der skal fx sættes en forløbsmarkør, når en patient er endeligt udredt.

35. Vi har undersøgt, om regionerne sikrer, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet understøtter, at indberetninger, der bruges til den nationale monitorering af overholdelse af udredningsretten i børne- og ungdomspsykiatrien, er retvisende.

36. Det fremgår af sundhedslovens § 195, stk. 1 og 3, at det påhviler regionerne at give oplysning om deres virksomhed til centrale sundhedsmyndigheder, og at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke oplysninger regionerne skal give til myndighederne.

Reglerne er bl.a. fastsat i *Registreringsvejledning vedrørende monitorering af udredningsretten*. Af vejledningen fremgår det, at der er 2 typer af registreringer i forbindelse med monitorering af udredningsretten, der skal indberettes til Landspatientregisteret (LPR3). Regionerne skal indberette, hvornår en patient er endeligt udredt. I de tilfælde, hvor udredningen ikke kan ske inden for 30 dage, skal regionerne indberette årsagen.

37. På baggrund af indberetningerne monitorerer Indenrigs- og Sundhedsministeriet kvartalsvist regionernes overholdelse af udredningsretten inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Monitoreringen fokuserer særligt på den del af udredningsretten, der vedrører regionernes overholdelse af retten til hurtig udredning.

38. Boks 3 viser, hvornår regionerne skal indberette en patient som endeligt udredt til brug for den nationale monitorering.

Boks 3

Registreringsvejledning vedrørende monitorering af udredningsretten

"En patient kan betragtes som endeligt udredt, jf. sundhedslovens § 82 b, såfremt patienten har gennemgået et udredningsforløb, der følger anerkendt klinisk praksis, og som har afklaret henvisningsindikationen i en sådan grad, at:

- patienten kan informeres om, at mistanke om sygdom er afkræftet, *eller*
- patienten kan informeres om tilstanden eller sygdommens karakter, *og*
- patienten kan informeres om, at der anbefales observation, behandling eller ingen behandling.

(...) Såfremt forløbet afsluttes med en anbefaling om behandling, kan patienten først betragtes som endeligt udredt, når patientens tilstand er afklaret i en sådan grad, at patienten kan informeres om behandlingsmuligheder."

Registreringsvejledningen refererer dermed til den samme definition af, hvornår patienter kan betragtes som endeligt udredt, som er beskrevet i *Vejledning om frit sygehusvalg mv.*

Kilde: *Registreringsvejledning vedrørende monitorering af udredningsretten* fra 2017.

39. Vores undersøgelse viser, at Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Sjælland stort set har indberettet alle patienter som endeligt udredt efter første samtale, selv om at størstedelen af patienternes udredning fortsætter efterfølgende.

De 3 regioners indberetningspraksis betyder, at den nationale monitorering har overvurderet regionernes overholdelse af udredningsretten inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

Region Nordjylland har i første del af undersøgelsesperioden indberettet alle patienterne som endeligt udredt efter første samtale. Efter juni 2021 har regionen skiftet praksis, så regionen først indberetter patienter som endeligt udredt, når udredningsforløbet er afsluttet.

Region Midtjylland har i hele undersøgelsesperioden overvejende indberettet patienterne som endeligt udredt, når deres udredningsforløb er afsluttet.

Regionernes indberetninger

40. Tabel 2 viser antallet af patienter, hvor regionerne har indberettet, at patienterne er blevet endeligt udredt efter første samtale. Tabellen viser også, hvor mange af disse patienter, der fortsætter udredningsforløbet efterfølgende. Tallene er baseret på en stikprøve. Stikprøven er repræsentativ for hele landet, men ikke på regionsniveau.

Tabel 2

Regionernes praksis for indberetning af, hvornår patienter er endeligt udredt

	Antal patienter, der er indberettet som endeligt udredt efter 1. samtale	Antal patienter, der fortsætter udredningsforløbet efterfølgende
Hele landet	262 ud af 322 (81 %)	155 ud af 262 (59 %)
Region Hovedstaden	94 ud af 95 (99 %)	62 ud af 94 (66 %)
Region Sjælland	38 ud af 39 (97 %)	33 ud af 38 (87 %)
Region Syddanmark	74 ud af 76 (97 %)	39 ud af 74 (53 %)
Region Nordjylland	14 ud af 22 (64 %)	8 ud af 14 (57 %)
Region Midtjylland	42 ud af 90 (47 %)	13 ud af 42 (31 %)

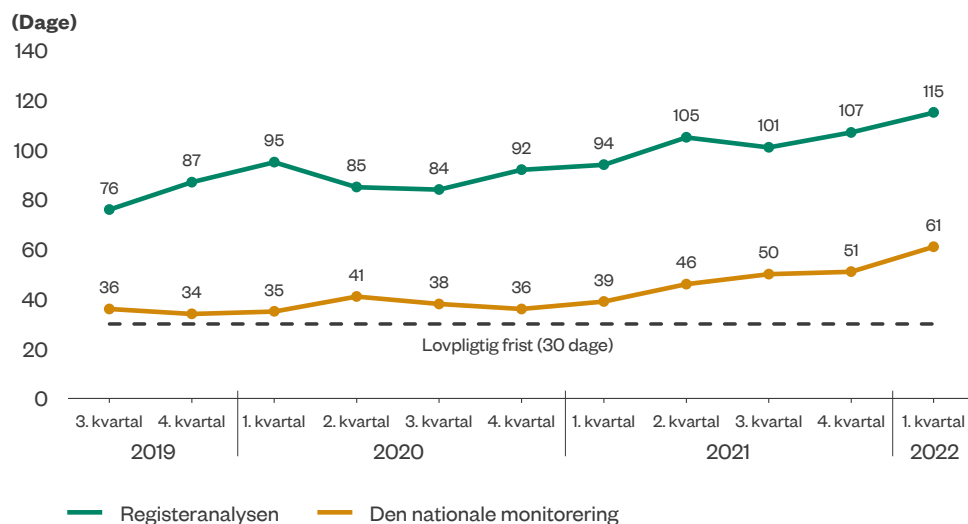
Note: Stikprøven er baseret på 322 udredningsforløb. 60 af stikprøvens 382 forløb, svarende til 16 %, indgår ikke i tabellen. Det skyldes, enten at patienternes forløb fortsat var i gang (pr. 1. oktober 2023), at regionen ikke har indberettet en forløbsmarkør for, hvornår patienten er endeligt udredt, eller at patienterne er henvist, mens regler for udredningsretten var suspenderet under COVID-19 (18. marts - 1. september 2020). Andelen af forløb på landsplan, hvor patienterne bliver indberettet endeligt udredt efter første samtale, er med 95 % sandsynlighed mellem 77-85 %, da vi har en fejlmargen til $\pm 4,3$ % med et konfidensniveau på 95 %. Andelen af forløb, hvor patienterne fortsætter i udredning efterfølgende, er med 95 % sandsynlighed mellem 53-65 %, da der er en fejlmargen på 5,9 %.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af patientjournaler og regionernes indberetninger (forløbsmarkører).

Det fremgår af tabel 2, at 59 % af de patienter, som regionerne indberetter som endeligt udredt efter første samtale, fortsætter deres udredning efterfølgende. Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark har i mere end 97 % af forløbene indberettet, at patienterne er endeligt udredt efter første samtale, selv om størstedelen af patienterne reelt først udredes senere.

41. Figur 8 viser den udredningstid, der er opgjort i den nationale monitorering, og den udredningstid, vi har estimeret på baggrund af vores registeranalyse.

Figur 8
Den gennemsnitlige udredningstid på landsplan i perioden 2019-2022



Note: Figuren er baseret på 40.493 udredningsforløb. Se bilag 1 for uddybning.

Kilde: Rigsrevisionens egne beregninger på baggrund af data fra LPR3 (Sundhedsdatastyrelsen) for patienter i alderen 0-17 år, der er henvist til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien fra 3. kvartal 2019 til og med 1. kvartal 2022. Den nationale monitorering: opgørelse af udredningstid i børne- og ungdomspsykiatrien på landsplan fra esundhed.dk (Sundhedsdatastyrelsen).

Det fremgår af figur 8, at den udredningstid, som Rigsrevisionen har estimeret, i hele perioden typisk er ca. dobbelt så lang som den, der er opgjort i den nationale monitorering.

Politiske hensigter om forbedret monitorering af udredningsretten

I aftalerne om regionernes økonomi fra 2013 til 2020 fremgik hvert år hensigtserklæringer om at sikre ensartet og valid monitorering af udredningsforløbene. Senest i økonomiaftalen for 2020 blev det aftalt, at regionerne skulle sikre en ensartet implementering af udredningsretten på tværs af landet, og at regionerne og det daværende Sundheds- og Ældreministerie i samarbejde skulle udbygge *Vejledning om frit sygehusvalg mv.* for at opnå en fælles og klar fortolkning af patientrettighederne.

42. Rigsrevisionen kritiserede i beretningen om udredningsretten fra 2018, at regionernes indberetningspraksis var uens inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Rigsrevisionen kritiserede, at Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland indberettede, at patienterne var endeligt udredt, før de reelt var det. Region Hovedstaden og Region Syddanmark indberettede derimod retvisende og i overensstemmelse med reglerne. Rigsrevisionen kritiserede, at regionernes indberetningspraksis generelt betød, at mange af udredningsforløbene fremstod kortere i den nationale monitorering, end de egentlig var. Statsrevisorerne bemærkede, at den reelle overholdelse af udredningsretten derfor kunne have været lavere, end hvad den nationale monitorering viste i den undersøgte periode 2016-2018.

Som opfølgning på beretningen udarbejdede regionerne nyt vejledende materiale, bl.a. en fællesregional eksempelsamling inden for psykiatrien, som skulle gøre det mere klart, hvornår en patient er under udredning og under behandling, hvornår udredningen er færdig, og hvad der skal indberettes. Regionerne oplyste til Rigsrevisionen i 2022, at det nye vejledende materiale var taget i brug.

Rigsrevisionen kan konstatere, at regionernes indberetningspraksis inden for børne- og ungdomspsykiatrien hverken er blevet ensartet eller korrekt siden beretningen i 2018. Region Sjælland har frem til i dag fortsat den samme indberetningspraksis, som Rigsrevisionen kritiserede i 2018. Region Hovedstaden og Region Syddanmark har skiftet indberetningspraksis, så de i dag – i strid med reglerne – indberetter mange patienter som endeligt udredt, før de reelt er det. Region Midtjylland har i overvejende grad haft en korrekt indberetningspraksis siden 2019, mens Region Nordjylland i 2021 skiftede indberetningspraksis, så regionen i dag indberetter korrekt.

Rigsrevisionen kan konstatere, at denne og vores tidligere undersøgelse fra 2018 tilsammen viser, at regionernes indberetninger af, hvornår patienter i børne- og ungdomspsykiatrien er endeligt udredt, ikke har givet et retvisende billede af regionernes overholdelse af udredningsretten siden 2016.

Indenrigs- og sundhedsministeren orienterede i september 2023 Folketingets Sundhedsudvalg om, at ”i forbindelse med en igangværende undersøgelse fra Rigsrevisionen om overholdelse af patientrettigheder i børne- og ungdomspsykiatrien er Indenrigs- og Sundhedsministeriet blevet bekendt med, at der efter alt at dømme fortsat er uens praksis på tværs af regionerne for, hvornår en patient registreres som færdigudredt i børne- og ungdomspsykiatrien”.

Ministeren skriver videre, ”Hvis en patient er registreret som værende færdigudredt, inden det reelt er tilfældet, kan vedkommende være frataget muligheden for at gøre brug af sin ret til hurtig udredning, herunder ret til udvidet frit sygehusvalg, ligesom der af samme årsag kan være undladt at yde patienten vejledning herom. Det er uacceptabelt, såfremt dette fortsat er tilfældet, og det er naturligvis afgørende, at den regionale registreringspraksis både afspejler det faktiske forløb, som patienten har været igennem, og at registreringen sker i overensstemmelse med den relevante lovgivning”.

Denne undersøgelse har bevirket, at der i 2023 i regi af Danske Regioner er udarbejdet en ny tværregional vejledning og en eksempelsamling til psykiatrien, som har til formål at tydeliggøre en korrekt indberetningspraksis, som giver et fællesregionalt grundlag til korrekt og ensartet indberetning fremover. Det fremgår af vejledningen, at indberetninger altid skal foregå i henhold til *Registreringsvejledning vedrørende monitorering af udredningsretten*.

Danske Regioner har oplyst til Rigsrevisionen, at den nye vejledning i varierende grad forventes at medføre ændringer i alle 5 regioners praksis. Danske Regioner forventer, at andelen af patienter, der er udredt inden for 30 dage, vil falde i flere regioner. Det vil samtidig medføre, at andelen af patienter, der får en udredningsplan for det videre forløb, vil stige.

Region Hovedstaden har oplyst, at regionen på baggrund af denne undersøgelse og den nye tværregionale vejledning har indført en ny registreringspraksis, som trådte i kraft i december 2023. Region Sjælland har oplyst, at den nye tværregionale vejledning vil medføre en skærpet opmærksomhed på registrering i forbindelse med bl.a. udredningsretten, og Region Syddanmark har ligeledes oplyst, at regionen har implementeret den nye tværregionale vejledning i efteråret 2023.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets understøttelse af retvisende indberetninger

43. Statsrevisorerne og Rigsrevisionen bemærkede i forbindelse med beretningen fra 2018, at regionerne efterspurgte mere vejledning fra det daværende Sundheds- og Ældreministerie om, hvornår udredningsretten kunne betragtes som overholdt. Det fremgik af beretningen, at regionernes uens fortolkning af udredningsretten havde betydning for, hvornår de indberettede patienterne som endeligt udredt.

Som opfølgning på beretningen igangsatte Sundhedsministeriet i 2019 et arbejde med at opdatere *Vejledning om frit sygehusvalg mv.*

Rigsrevisionen kan konstatere, at ministeriet først den 22. december 2023 har opdateret *Vejledning om frit sygehusvalg mv.*, som ministeriet stillede Statsrevisorerne og Rigsrevisionen i udsigt på baggrund af regionernes uens indberetningspraksis. Den nye vejledning definerer fortsat, at en patient kan betragtes som endeligt udredt, når patienten har fået afklaret henvisningsindikationen i en sådan grad, at patienten kan informeres om, at mistanke om sygdom enten kan be- eller afkræftes. I begge vejledninger fastslås således, at patienterne ikke kan betragtes som endeligt udredt, hvis udredningen fortsat er i gang med at afklare mistanken om patientens sygdom.

Rigsrevisionen kan konstatere, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke i øvrigt har understøttet, at regionernes fortolkning af udredningsretten eller deres indberetningspraksis inden for børne- og ungdomspsykiatrien er blevet ens eller korrekt efter beretningen om udredningsretten fra 2018.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet følger de kvartalsvise opgørelser for monitorering af udredningsretten, og at ministeriet derudover følger overholdelsen af udredningsretten i de nationale mål for sundhedsvæsenet, som udgives årligt. På baggrund af tal fra monitoreringen i 2. kvartal 2022, hvor overholdelsen af udredningsretten i børne- og ungdomspsykiatrien faldt til 38 %, indkaldte ministeriet Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner til møde forud for offentliggørelsen af tallene. På mødet blev det aftalt, at ministeriet i tæt dialog med de øvrige skulle analysere mulige forklaringer til faldet i overholdelsen i dette kvartal.

Rigsrevisionen finder det positivt, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet har arbejdet med at finde ud af de bagvedliggende årsager til faldet i overholdelsen.

Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet burde have fulgt monitoreringen af udredningsretten inden for børne- og ungdomspsykiatrien tættere set i lyset af Statsrevisorernes kritik i 2018. Ministeriet burde have ageret tidligere på de udsving og forskelle i resultaterne for regionernes overholdelse af udredningsretten, som monitoreringen har vist i perioden 2019-2022, og som denne undersøgelse har vist i betydelig grad fortsat skyldes forskelle i regionernes indberetningspraksis.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bør sikre, at regionernes indberetninger i børne- og ungdomspsykiatrien bliver retvisende. Det er en forudsætning for at følge, om patienterne får overholdt deres rettigheder, og for, at Folketinget har mulighed for at tage stilling til, om reglerne fungerer efter hensigten.

På foranledning af denne undersøgelse har Indenrigs- og Sundhedsministeriet nedsat et rådgivende udvalg, der skal se på, om patientrettighederne i børne- og ungdomspsykiatrien bør gentænkes.

Rigsrevisionen, den 7. februar 2024

Birgitte Hansen

/Kristian Brink

Bilag 1. Metodisk tilgang

Undersøgelsen bygger på registerdata, på patientjournaler mv. for en stikprøve på 382 udredningsforløb og på en gennemgang af dokumenter.

I undersøgelsen indgår de 5 regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Undersøgelsen omhandler patienter under 18 år, der er henvist til børne- og ungdomspsykiatrien fra 3. kvartal 2019 til og med 4. kvartal 2022.

Vi har holdt møder med Indenrigs- og Sundhedsministeriet, herunder Sundhedsdatastyrelsen, og de 5 regioner for at få indsigt i området. Vi har også holdt møder med følgende interessenter på området:

- Danske Regioner
- SIND
- Bedre Psykiatri
- Psykiatrifonden
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab.

Væsentlige dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- sundhedsloven
- bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.
- *Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter*
- *Registreringsvejledning vedr. monitorering af udredningsretten og Indberetningsvejledning til Landspatientregisteret version 3.0.*
- *Regionernes interne registreringsvejledninger til indberetning af forløbsmarkører for udredningsretten i børne- og ungdomspsykiatrien*
- den fællesregionale eksempelsamling: Udredningsretten i psykiatrien
- data fra LPR3 om patienter, der er henvist til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, og om deres kontakter, diagnoser, procedurer og forløbsmarkører
- henvisningsoplysninger, patientjournaler og indkaldelsesbreve på 382 udredningsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien.

Formålet med gennemgangen af dokumenterne har været at skabe et grundlag for vores vurdering af, om udredningsretten var overholdt i de enkelte forløb og på tværs af populationen af patienter.

Registeranalyserne

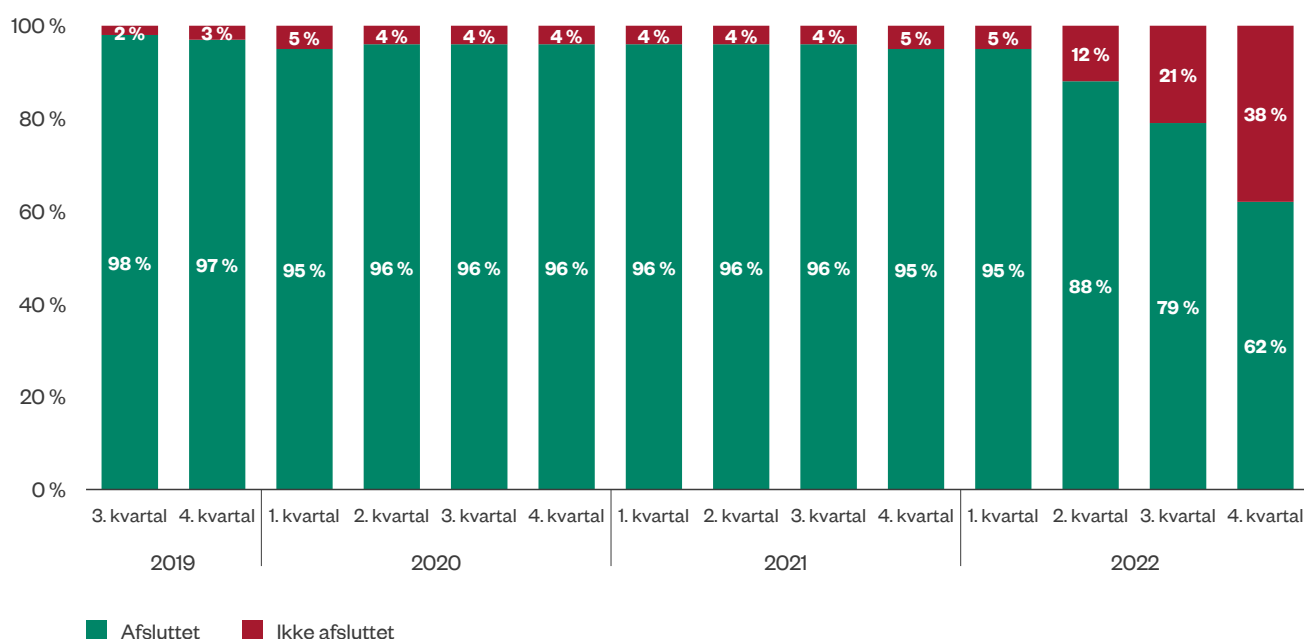
Population og afgrænsninger

Registeranalyserne er baseret på indberetninger fra LPR3 (Landspatientregisteret). I LPR3 indberettes alle patienters kontakter med sygehusvæsenet. Undersøgelsens population omfatter patienter i børne- og ungdomspsykiatrien, som er henvist til udredning for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Datasættet dækker perioden 1. juli 2019 - 4. april 2023. Datasættet starter i 3. kvartal 2019 på grund af overgangen fra LPR2 til LPR3.

Registeranalysernes måling af udredningstid tager udgangspunkt i afsluttede udredningsforløb og er afgrænset til at dække patienter, der er henvist mellem 3. kvartal 2019 og 1. kvartal 2022. Vi stopper måleperioden i 1. kvartal 2022, da der herefter sker et markant fald i andelen af afsluttede forløb, som det fremgår af figur A. Hvis vi fortsatte målingen længere ind i 2022, ville udredningstiden for disse kvartaler blive undervurderet, da mange af de længerevarende forløb endnu ikke ville være afsluttet i datasættet.

Figur A

Andelen af afsluttede forløb for patienter, der er henvist til udredning



Kilde: Rigsrevisionens egne beregninger på baggrund af data fra LPR3.

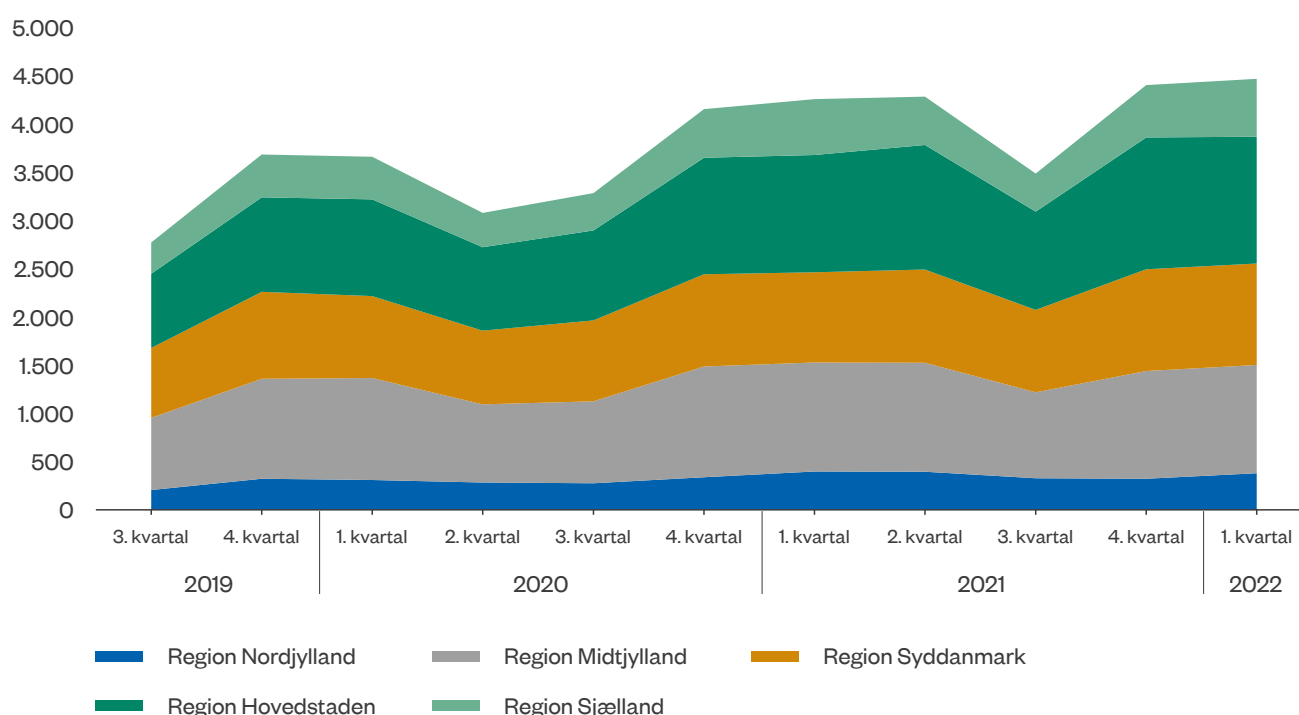
For patienterne, som er henvist i perioden fra 3. kvartal 2019 til og med 1. kvartal 2022, indgår følgende indberettede oplysninger fra LPR3 i analysen:

- patientforløb, som har forløbsmarkør "psykiatri" (ALALO3)
- patientforløb, som har SOR-koder på enheder med speciale i børne- og ungdomspsykiatrien
- patientkontakter med DF- eller DZ-diagnosekoder
 - alle aktionsdiagnoser registreret på disse patientkontakter
 - alle procedurer registreret på disse patientkontakter
- procedurer registreret direkte på helbredsforløbene, dvs. procedurer uden patientkontakt – fx netværksmøder eller klinisk konference
- alle planlagte kontakter på forløbet.

Vi har ikke inkluderet akutte kontakter, da de som udgangspunkt ikke er en del af udredningsforløbet, og der er risiko for, at de kan skævvride resultaterne, da det er muligt at have en endelig diagnose på en akut kontakt, som dog ikke er den endelige diagnose for udredningsforløbet.

Figur B viser antallet af udredningsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien fordelt på regioner.

Figur B
Antal udredningsforløb pr. region



Kilde: Rigsrevisionens egne beregninger på baggrund af data fra LPR3.

Set over hele perioden fra 3. kvartal 2019 til og med 1. kvartal 2022 udgør registeranalysens population 42.252 udredningsforløb. I 1.759 af disse udredningsforløb er der ikke indikationer på, at forløbet er afsluttet. Analysen omfatter derfor 40.493 forløb.

Som det fremgår af figur B, er der årligt et dyk i antallet af udredningsforløb i 3. kvartal, som falder sammen med sommerferien. Ligeledes er der et dyk i antallet af forløb i 2. og 3. kvartal 2020, som falder sammen med 1. smittebølge af COVID-19, hvor patientrettighederne var suspenderet. Den generelle tendens er, at der er sket en stigning i antallet af udredningsforløb.

Helbredsforløb

Til målingen af udredningstid tager vi udgangspunkt i regionernes registreringer af helbredsforløb i LPR3. Én patient kan have flere helbredsforløb, men regionernes registrering af helbredsforløb varierer. Nogle regioner registrerer flere udredningsforløb på samme helbredsforløb, mens andre regioner kun registrerer et udredningsforløb pr. helbredsforløb. Begge måder at registrere på er i overensstemmelse med retningslinjerne, men vanskeliggør opgørelser på tværs af regionerne.

I registeranalysen starter et helbredsforløb, hver gang forløbsmarkøren "henvist til udredning" er indberettet for patienten. Helbredsforløbet afsluttes ved en eventuel næste "henvist til udredning". Sundhedsdatastyrelsen har i høringen gjort os opmærksomme på, at hvis regionen har registreret "henvist til udredning" 2 gange, før forløbet er registreret som afsluttet, regner Sundhedsdatastyrelsen nummer 2 henvisning som en intern henvisning, og regner det derfor ikke som 2 forløb. Ligesom Sundhedsdatastyrelsen har vi lagt forløb, som kun består af "henvist til udredning" uden patientkontakt, sammen med det næste forløb.

Metode for registeranalyserne

Baseret på data fra LPR3 for perioden 3. kvartal 2019 til og med 1. kvartal 2022 har vi udarbejdet 2 registeranalyser om henholdsvis udredningstiden og andel forløb, hvor der er indberettet en gyldig årsag til, at udredningstiden er over 30 dage. De 2 analyser er beskrevet nedenfor.

1. Analyse: Udredningstiden

Antallet af dage, fra henvisningen modtages, til udredningsforløbet er afsluttet.

Figur 4 og 5 er baseret på denne analyse. Figur 4 viser, hvor stor en andel af forløbene, som er henholdsvis inden for eller over 30 dage. Figur 5 viser den gennemsnitlige udredningstid.

Fremgangsmåde

Vi har udregnet antallet af dage fra "henvist til udredning" (forløbsmarkør AFV01A1 i LPR3) til, at der er en indikation på, at udredningen er slut. Vi har brugt regionernes nedenstående indberetninger som indikatorer for, at udredningsforløbet er endeligt afsluttet:

1. Én af forløbsmarkørerne for pakkeforløbene: "AHB02A" (BUP Anoreksi: pakkeforløb start), "AHB03A" (BUP Autisme: pakkeforløb start), "AHB04A" (BUP Depression: pakkeforløb start) eller "AHB05A" (BUP OCD: pakkeforløb start).
2. Én af procedurekoderne: "ZZ5650" (Aktuel mistanke om sygdom afkræftet), "ZZ5653" (Aktuel mistanke om sygdom bekræftet), "DZ032X" (Psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet) eller "ZDW71" (mistanke afkræftet).
3. Forløbsmarkøren "AHB01A" (BUP-ADHD: pakkeforløb start).
4. En "endelig" diagnose (se forklaring nedenfor).
5. Forløbsmarkøren "AFX01C" (Klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi).
6. En "uns"-diagnose (se forklaring nedenfor).

Hvis ingen af ovenstående er indberettet, får forløbet ikke en udredningsdato.

Indikatorerne er oplyst i prioriteret rækkefølge ud fra en vurdering af, hvilke indberetninger der kommer tættest på at afspejle en endt udredning, og hvor konsistent indberetningspraksissen er.

De forskellige indikatorer er valgt for at få så mange facetter og nuancer med som muligt og for at afspejle, at udredningsforløb ikke nødvendigvis afsluttes med en diagnose.

De patientforløb, der indgår i analysen, tilhører altså patienter, som har fået registreret én forløbsmarkør for "henvist til udredning" og én af indikatorerne for, at udredningen er endelig, som gør det muligt at opgøre antallet af dage mellem de 2 datoer.

"Midlertidige", "uns" og "endelige" diagnoser

De diagnoser, som indgår i analysen, er såkaldte "aktionsdiagnoser". Aktionsdiagnosen er hovedårsagen til den konkrete kontakt, patienten har med sygehusvæsenet. Vi har kategoriseret diagnoser som "midlertidig", "uns", og "endelig". Diagnoser, der indeholder "Obs." i diagnoseteksten, har vi kategoriseret som "midlertidig". Diagnoser, som slutter med forkortelsen "uns." (uden nærmere specifikation), har vi kategoriseret som "uns". Årsagen er, at regionerne i forbindelse med undersøgelsens høring påpegede, at der kan være situationer, hvor man kan behandle på baggrund af en uns-diagnose. De resterende diagnoser har fået værdien "endelig", dog er der en række DZ-diagnoser, som har mere karakter af kontakter eller procedurer fremfor af reelle diagnoser. I tvivlstilfælde har vi analyseret de enkelte forløb, hvor den specifikke DZ-kode er brugt, og derfra vurderet, om det var en endelig eller midlertidig diagnose. Kategoriseringen af DZ-koder er også blevet kvalitetssikret i høringen hos regionerne.

2. Analyse: Gyldige årsager til udredningstid på over 30 dage

Vi har vurderet, om der er gyldige årsager til overskridelser af udredningstid på over 30 dage.

Denne analyse bruges til at vise, i hvor mange forløb, der er blevet indberettet en gyldig årsag til overskridelse af udredningsfristen på 30 dage, jf. beretningens pkt. 24.

Fremgangsmåde

Vi har taget udgangspunkt i analysen om udredningstiden (analyse 1) og i forløbsmarkørerne for, om der er udleveret en udredningsplan og årsagerne til dette.

Hvis ikke udredningstiden er inden for 30 dage, har vi tjekket, om der inden for 30 dage fra henvisningsdatoen er sat en af forløbsmarkørerne:

- "AFX01D1" (Udredningsplan udarbejdet på grund af faglige årsager)
- "AFX01D1A" (Klinisk beslutning: videre/udredning. Udredningsplan på grund af på-rørende eller ekstern samarbejdsparter)
- "AFX01D2" (Udredningsplan udarbejdet på grund af patientens afslag på tilbud om udredning i anden enhed)
- "AFX01D3" (Klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet på grund af patientens ønske om udredning på et senere tidspunkt end tilbudt).

Hvis en af disse forløbsmarkører er indberettet for forløbet, har vi opgjort, at der er indberettet en gyldig årsag til, at udredningsfristen er overskredet.

Hvis følgende forløbsmarkører er indberettet, angiver det derimod, at der ikke er en gyldig årsag til, at udredningsfristen er overskredet:

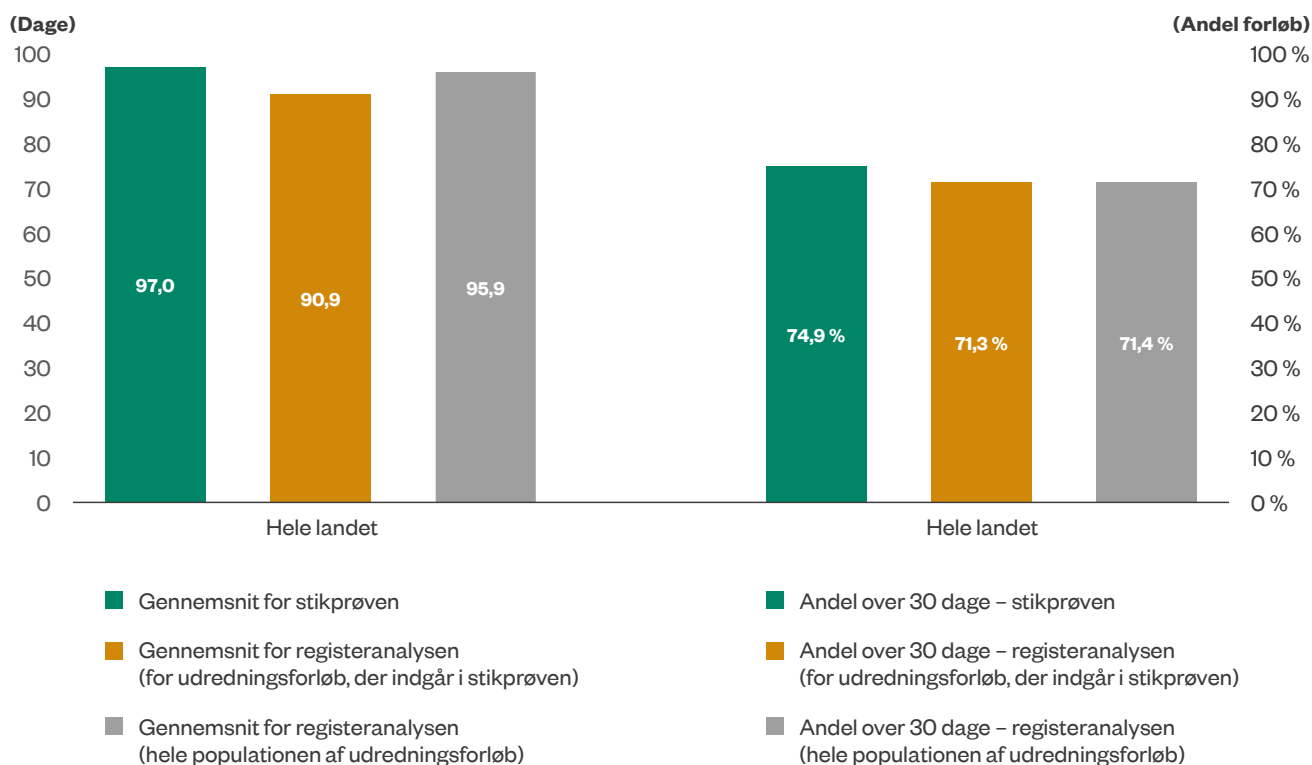
- "AFX01D4" (Udredningsplan udarbejdet på grund af manglende kapacitet)
- "AFX01D9" (Udredningsplan udarbejdet på grund af andre årsager).

Registeranalysen af de indberettede gyldige årsager suppleres af stikprøveanalysen, hvor vi for de forløb, der indgår i stikprøven, vurderer, om de indberettede gyldige årsager fremstår som reelle på baggrund af indholdet i patientjournalerne. Da stikprøveanalysens vurdering viser, at størstedelen af indberetningerne ikke er reelle, er undersøgelsens konklusioner om andelen af forløb, der overskrides af gyldige årsager, baseret på stikprøveanalysens resultater og ikke registeranalysens. Stikprøveanalysens metode til at vurdere af gyldige årsager er beskrevet under metoden for stikprøven.

Robusthedstest af og forbehold for registeranalysen

For at teste robustheden af registeranalysen har vi sammenlignet dens resultater med stikprøveanalysens resultater.

I stikprøven indgår der 359 udredningsforløb, hvor patienterne er henvist senest 1. kvartal 2022, og hvor der er et afsluttet forløb i registeranalysen. Den gennemsnitlige udredningstid for de 359 udredningsforløb i stikprøven er 97 dage, mens registeranalysens resultater af udredningstiden for de samme forløb er 91 dage. Den dato, der i registeranalyserne, vurderes at indikere datoen for den endelig udredning, vil oftest ikke være den dato, som vi har vurderet i stikprøven. Det skyldes, at patientjournalerne kan indeholde oplysninger, som ikke er obligatoriske at indberette til LPR3, og som derfor ikke indgår i registeranalyserne. Derudover er der forskel på, hvordan regionerne sætter de markører, som vi bruger i registeranalyserne som indikation på, at udredningsforløbet er slut. Det kan fx være, om markøren for, at en behandlingspakke opstartes, sættes, når patienten bliver henvist til behandling, eller når pakken reelt bliver opstartet. Figur C viser sammenligningen mellem stikprøveanalysens og registeranalysens resultater af udredningstid og andelen af forløb, hvor patienterne udredes inden for 30 dage på landsplan. Stikprøveanalysens resultater sammenlignes både med registeranalysens resultat for de patienter, der indgår i stikprøven, og med registeranalysens resultat for hele populationen.

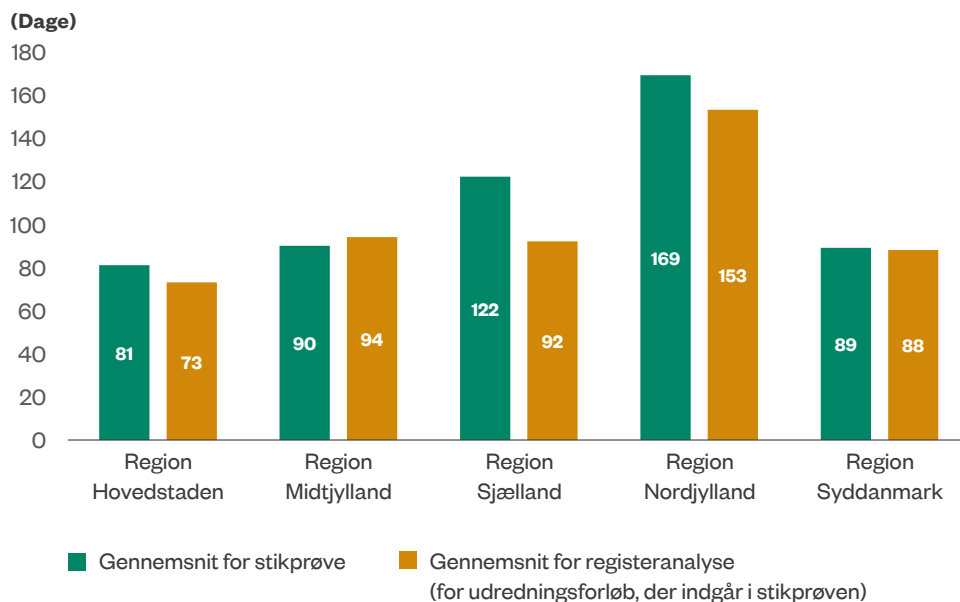
Figur C**Andel forløb, hvor patienterne ikke er endeligt udredt inden for 30 dage (stikprøve- og registeranalysens resultater på landsplan)**

Note: Gennemsnittet for stikprøven er opgjort for de udredningsforløb, som er opgjort i både stikprøveanalysen og registeranalysen. Da registeranalysen kun indeholder udredningsforløb, hvor patienten er henvist senest 1. kvartal 2022, betyder det, at der kun er lavet sammenligning for 359 ud af stikprøvens 382 forløb.

Kilde: Rigsrevisionens egne beregninger på baggrund af stikprøve- og registeranalysen.

Det fremgår af figur C, at registeranalysens resultater sammenlignet med stikprøvens er forholdsvis robuste. For udredningstiden er der i gennemsnit 1,1 dage mellem stikprøvens og registeranalysens resultater for hele populationen, mens forskellen er 6,1 dage, hvis der kun sammenlignes med registeranalysens resultater for de patienter, som er med i stikprøven. For andelen af patienter, der er udredt inden for 30 dage, er billedet mere eller mindre det samme. Her er forskellen mellem stikprøvens og registeranalysens resultat for hele populationen 3,5 procentpoint, og forskellen er 3,6 procentpoint, hvis der kun sammenlignes med registeranalysens resultat for de patienter, som indgår i stikprøven.

Vi har også på regionsniveau sammenlignet stikprøveanalysens resultater med registeranalysens resultater for de forløb, der indgår i stikprøven. Figur D viser sammenligningen af resultater for den gennemsnitlige udredningstid.

Figur D**Gennemsnitlig udredningstid (stikprøve- og registeranalysens resultater på regionsniveau)**

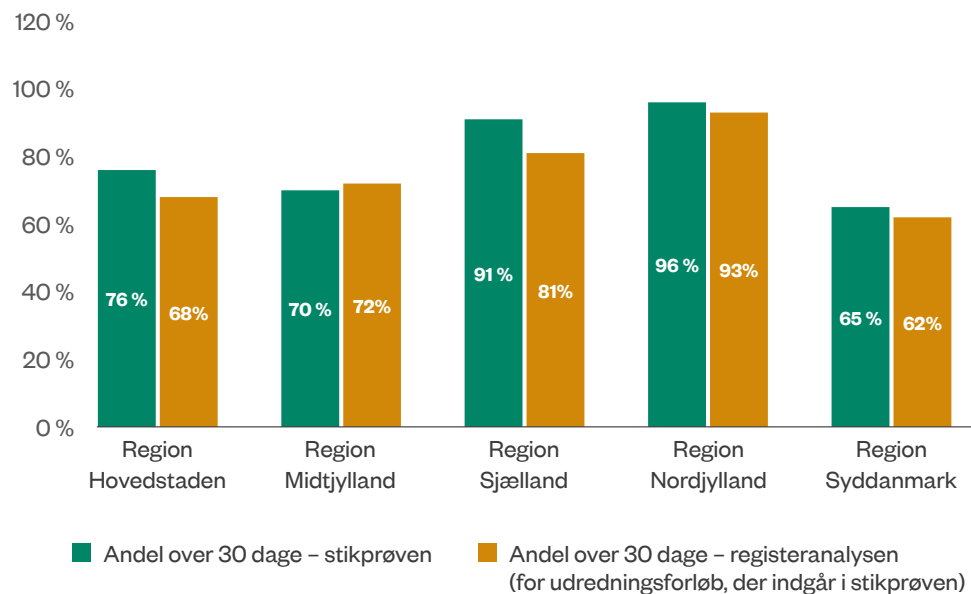
Note: Gennemsnittet for stikprøven er opgjort for de udredningsforløb, som indgår i både stikprøveanalysen og registeranalysen. Da registeranalysen kun indeholder udredningsforløb, hvor patienten er henvist senest 1. kvartal 2022, betyder det, at der kun er lavet sammenligning for 359 ud af stikprøvens 382 udredningsforløb. Antallet af forløb fordeler sig med 104 fra Region Hovedstaden, 99 fra Region Midtjylland, 43 fra Region Sjælland, 28 fra Region Nordjylland og 85 fra Region Syddanmark.

Kilde: Rigsrevisionens egne beregninger på baggrund af stikprøve- og registeranalysen.

Som det fremgår af figur D, er forskellene mellem stikprøvens og registeranalysens resultater af udredningstid relativt små. Forskellen er størst for Region Sjælland.

Figur E viser vores sammenligning af stikprøve- og registeranalysens resultater af andelen af forløb, hvor patienterne ikke er endeligt udredt inden for 30 dage.

Figur E
Andel forløb, hvor patienterne ikke er endeligt udredt inden for 30 dage (stikprøve- og registeranalysens resultater på regionsniveau)



Note: Andelen for stikprøven er opgjort for de udredningsforløb, som er med i både stikprøveanalysen og registeranalysen. Da registeranalysen kun indeholder forløb, hvor patienten er henvist senest 1. kvartal 2022, betyder det, at der kun er lavet sammenligning for 359 ud af stikprøvens 382 forløb.

Kilde: Rigsrevisionens egne beregninger på baggrund af stikprøve- og registeranalysen.

Det fremgår af figur E, at der er relativt små forskelle på stikprøve- og registeranalysens resultater af andelen af forløb, hvor patienterne ikke er endeligt udredt inden for 30 dage.

Overordnet vurderer vi, at registeranalysens resultater er robuste – særligt på landsplan. Vi mener derfor, at registeranalysen giver en brugbar indikation af den reelle udredningstid på tværs af populationen. Målingens formål er ikke at måle den præcise udredningstid på patientniveau, da registeranalysens datering kan ligge umiddelbart før eller efter det reelle udredningstidspunkt. På regionsniveau skal registeranalysens resultater tolkes mere varsomt end på det landsdækkende niveau, dels fordi robusthedsanalysen viser større forskelle her end på landsplan, dels fordi stikprøven ikke er repræsentativ på regionalt niveau, og robusthedsanalysen derfor også i sig selv er mere usikker.

Stikprøven

Ud over registeranalysen har vi udtrukket en repræsentativ stikprøve af udredningsforløb. For hvert forløb har vi indhentet henvisningsoplysninger, patientjournal, indkaldelsesbrev(e) og de oplysninger (forløbsmarkører), som regionerne har indberettet til LPR3 til brug for den nationale monitorering af overholdelse af udredningsretten.

Population for stikprøveudtræk

Stikprøven er udtrukket på baggrund af registeranalysen, og det er således registeranalysens population af udredningsforløb, der ligger til grund for udvælgelsen. Da stikprøven blev udtrukket, omfattede registeranalysen dog forløb for patienter henvist til udredning fra 3. kvartal 2019 til og med 4. kvartal 2022. Registeranalysen blev først senere afgrænset til patienter henvist til udredning fra 3. kvartal 2019 til og med 1. kvartal 2022, da vi fandt ud af, at en betydelig del af patienterne, som var henvist til udredning i 2., 3. og 4. kvartal 2022, endnu ikke var endeligt udredt. Den samlede population, der ligger til grund for stikprøvens udtræk, er derfor større end registeranalysens population, da den også omfatter forløb, hvor patienterne er henvist til udredning i 2., 3. og 4. kvartal 2022. Populationen for stikprøven udgør på landsplan 53.437 udredningsforløb. Vi har ekskluderet 1.099 udredningsforløb, hvor det ikke har fremgået af indberetningerne, hvilken region udredningsforløbet tilhører.

Udredningsforløbene er stratificeret efter antallet af forløb i regionerne og er udtrukket simpelt tilfældigt. Populationen har af den grund kun inkluderet udredningsforløb, hvor det fremgår af indberetningerne, hvilken region forløbet tilhører.

Vi har afgrænset populationens alder til *til og med 17 år*, så aldersintervallet er det samme på tværs af alle regioner. Region Syddanmark har som den eneste sat aldersgrænsen for patienter i børne- og ungdomspsykiatrien til *til og med 19 år*.

Stikprøvens størrelse er fastsat ud fra, at vi – baseret på en antagelse om 50 % fejl – havde et mål om en fejlmargen på maks. 5 % og et konfidensniveau på 95 %. Med dette udgangspunkt blev stikprøven på 382 patientforløb. Det betyder, at vi med 95 % sikkerhed kan sige, at de resultater vi får kan generaliseres til resten af populationen inden for en usikkerhedsmargin på ± 5 %. Resultaterne af stikprøven kan generaliseres på landsplan, men datagrundlagets størrelse betyder, at stikprøven ikke er repræsentativ på regionsniveau. Stikprøvestørrelse og fejlmargen vil ændre sig i de enkelte analyser, hvilket vi beskriver undervejs i beretningens enkelte afsnit, hvor stikprøveanalysen anvendes.

Metode for stikprøveanalysen

Stikprøveanalysen indgår i vores vurdering af 5 ud af de 6 kriterier, vi undersøger. Nedenfor fremgår stikprøveanalysens metode til at vurdere de 5 kriterier, som behandles i henholdsvis afsnit 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 og 2.6.

Stikprøvemateriale fra Region Midtjylland

Vi har ikke fået patientjournaler for alle patienter fra Region Midtjylland, men har i stedet fået kontaktoversigter, hvor det fremgår, hvilke samtaler patienterne har haft i udredningsforløbet. Hvis det ikke har været muligt at vurdere, hvornår en patient er endeligt udredt på baggrund af kontaktoversigten, har vi bedt om at få journalen for patienten.

Antal udredningsforløb fordelt på regioner i stikprøvens population

Hovedstaden	15.615
Midtjylland	14.099
Syddanmark	12.481
Sjælland	6.640
Nordjylland	4.602

Fælles for stikprøveanalysens vurderinger af de 5 kriterier er, at de forløb, hvor patienterne var henvist til udredning i perioden 18. marts - 1. september 2020, ikke indgår i vurderingerne, da regler for udredningsretten og krav om indberetning var suspenderet på grund af COVID-19. Da suspensionen af reglerne blev indført, så patienter, der fx blev henvist 15. marts 2020, mistede deres ret til hurtig udredning pr. 18. marts 2020, har vi taget højde for dette. Dvs. at hvis en patient er henvist til udredning i op til 30 dage før den 18. marts 2020, indgår denne patient ikke i vurderingerne.

Derudover blev suspensionen ophævet, så patienter, der blev henvist til udredning fx den 28. august 2020, ikke fik genindført deres ret til hurtig udredning pr. 1. september 2020. Det betyder samlet, at patienter henvist til udredning i perioden 16. februar - 1. september 2020 ikke indgår i vurderingerne.

2.1 Rettidig information om opstart af patienters udredning.

Vi har vurderet dette kriterie ved at gennemgå henvisninger og indkaldelsesbreve for de patienters udredningsforløb, der indgår i stikprøven. Vi har sammenholdt datoen for, hvornår patienten er henvist, med datoen for, hvornår indkaldelsesbrevet til første samtale er sendt. Hvis der går mere end 8 hverdage, fra henvisningen er modtaget, til indkaldelsesbrevet er sendt, har vi vurderet, at patienten ikke får rettidig information om tid og sted for start af udredningsforløbet.

2.2. Udredning af patienter inden for 30 dage.

Som del af kriteriet, der primært er baseret på registeranalysen, har vi brugt stikrøveanalysen til at vurdere andelen af forløb, der ikke får overholdt udredningsfristen på 30 dage på grund af gyldige årsager. Det skyldes, at de indberettede gyldige årsager til overskridelser i mange tilfælde ikke er reelle, når de sammenholdes med patientjournalerne.

Om vurderinger af gyldige årsager til overskridelse af udredningsfrist

Vi har for de patienter i stikprøven, hvor vi har vurderet, at de ikke er udredt inden for 30 dage (se nedenfor om vurderinger af udredningstid), gennemgået de indberettede forløbsmarkører for årsagerne til disse overskridelser. Hvis forløbsmarkørerne angiver en gyldig årsag til overskridelserne, fx patientens eget ønske om at vente længere, har vi vurderet, om denne årsag fremstår reel på baggrund af indholdet i patientjournalen. Patientjournalerne har ikke altid kunnet give entydige svar på dette, og derfor har vi forelagt regionerne alle vores vurderinger og bedt dem om at tage stilling til, om de er enige. Vi har for nogle forløb ændret vurderingerne på baggrund af regionernes svar, men generelt har regionerne været enige i vores vurderinger. Region Syddanmark har dog ikke kommenteret på vurderingerne.

Vi har taget udgangspunkt i patienternes samlede udredningsforløb, når vi har vurderet, om de indberettede gyldige årsager fremstår som de reelle årsager til patienternes overskridelser af udredningsfristen. Vurderingerne har ikke taget udgangspunkt i, hvad der inden for dag 30, hvor indberetning af årsagen skulle ske, på det tidspunkt fremstod som den reelle årsag til overskridelsen. Det bemærkes, at hvad der fremstår som den reelle årsag til, at udredningsforløbet overstiger 30 dage, imidlertid kan ændre sig undervejs i et udredningsforløb. I boks A er vist et eksempel på, hvordan den gyldige årsag kan ændre sig undervejs.

Boks A**Scenarie, hvor årsagen til, at patienten ikke kan udredes inden for 30 dage, ændrer sig i løbet af udredningen**

En patient melder afbud til første samtale, som blev tilbudt inden for 30 dage. Patienten tilbydes i stedet en første samtale efter 30 dage.

I den situation vil regionen, hvis regionen har en forventning om, at patienten vil kunne blive udredt ved den første samtale, skulle indberette, at årsagen til, at udredningsfristen overskrides, er patientens eget ønske om senere udredning, da afbudet fra patienten vil være årsagen til, at patienten ikke udredes inden for 30 dage.

Hvis det efter den første samtale mod regionens forventning viser sig, at patienten har behov for yderligere udredning, og forløbet fx kræver flere samtaler, der strækker sig over 100 dage på grund af kapacitetsmangel, så fremstår patientens afbud til den første samtale ikke længere som den reelle årsag til overskridelse af udredningsfristen, når det samlede forløb tages i betragtning.

I denne situation vil det ikke være muligt for regionen at ændre sin tidligere indberetning af den gyldige årsag til fx manglende kapacitet. I vores analyse vil dette forløb ikke vurderes som en gyldig årsag.

I de fleste tilfælde, hvor vi ikke har vurderet, at de indberettede gyldige årsager er reelle, er forklaringen dog, at regionen har indberettet, at patienten er endeligt udredt efter første samtale, selv om patientens udredning fortsætter efterfølgende, jf. resultaterne i tabel 2.

Om vurderinger af udredningstid og andel udredt inden for 30 dage

Vi har for hvert forløb i stikprøven opgjort patientens udredningstid og på den baggrund opgjort andelen af forløb, hvor patienterne udredes inden for 30 dage.

Dette har vi opgjort ved at gennemgå henvisningsoplysninger og patientjournaler for stikprøvens patienter. Ved at sammenholde henvisningsdatoen med datoen for, hvornår det på baggrund af patientjournalen fremgår, at patienten er endeligt udredt, har vi vurderet, hvor mange dage det har taget for patienterne at blive udredt. Hvis der er gået mere end 30 kalenderdage, fra henvisningen er modtaget, til patienten er endeligt udredt, har vi vurderet, at patienten ikke udredes inden for 30 dage.

I boks B har vi vist et eksempel på, hvordan vi har gennemgået og vurderet, hvornår patienten i et typisk udredningsforløb er blevet endeligt udredt.

Boks B**Eksempel på vurdering af, hvornår en patient er endeligt udredt**

Gennemgangen af en patients henvisningsoplysninger viste, at patienten i august 2019 blev henvist af egen læge til udredning for mistanke om ADHD.

Af patientjournalen fremgår det, at patienten ses til afklarende samtale i regionens visitationsenhed 13 dage efter henvisningen. Det fremgår, at patienten efter den afklarende samtale visiteres til regionens børne- og ungdomspsykiatriske afdeling, hvor næste samtale afholdes i september 2019.

I forbindelse med patientens næste samtale fremgår det af journalen, at patienten skal "udredes for ADHD ved hjælp af følgende undersøgelser; Koncentrationstest med TOVA Kognitiv test med WAIS Anamnesesamtale med forældre ADHD spørgeskemaer (ADHD-rs og ASRS) Udtalelse fra efterskolen (om muligt)."

Det fremgår af journalen, at de enkelte undersøgelser efterfølgende foretages. I slutningen af oktober 2019 afholdes der en klinisk diagnostisk konference, hvor der samlet konkluderes på de enkelte undersøgelser. Følgende uddrag fremgår af journalen under denne kontakt:

"Samlet vurderes at patienten opfylder de diagnostiske kriterier for ADHD, idet der er beskrevet vanskeligheder med alle 3 kernesymptomer (uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet)."

Ved den efterfølgende kontakt i starten af november 2019 får patienten en tilbagemelding på sit udredningsforløb og informeres om ADHD-diagnosen, som patienten senere opstarter i medicinsk behandling for.

Vi har på baggrund af ovenstående uddrag vurderet, at denne patient kan betragtes som endeligt udredt i forbindelse med den diagnostiske konference, der blev afholdt 77 dage efter, at patienten blev henvist.

I registeranalysen blev patientens udredningstid også vurderet til at være 77 dage.

Regionen har derimod indberettet, at patienten var endeligt udredt efter første samtale i regionens visitationsenhed, der blev afholdt 13 dage efter henvisning. Regionen har dermed indberettet, at patientens ret til hurtig udredning er blevet overholdt.

Vi afrapporterer ikke på stikprøveanalysens resultater om udredningstid og andelen af forløb, som er inden for 30 dage i beretningen. Vores vurderinger af, hvornår patienterne er endeligt udredt, bruges til at vurdere, hvilke patienter der ikke udredes inden for 30 dage og dermed har ret til en udredningsplan og ret til udvidet frit sygehusvalg (hvis årsagen til overskridelsen ikke skyldes manglende kapacitet). Dette behandles i henholdsvis afsnit 2.3. og 2.4.

Derudover bruges vurderingerne til at kvalificere registeranalysens resultater. Stikprøveanalysens resultater af udredningstiden og heraf andel forløb, hvor patienterne er udredt inden for 30 dage fremgår af robusthedstjekket (se ovenfor), hvor stikprøvens resultater sammenlignes med resultaterne fra registeranalysen, som bringes i beretningen. I sammenligningerne indgår resultater for 359 patienter i stikprøven, som er henvist til udredning fra 3. kvartal 2019 - 1. kvartal 2022, og hvor der er et afsluttet forløb i registeranalysen.

I vurderingen af, hvornår patienterne er endeligt udredt, har vi lagt *Vejledning om frit sygehusvalg mv.*'s definition af, hvornår patienter kan betragtes som endeligt udredt, til grund. Af vejledningen fremgår det, at *"en patient kan betragtes som endeligt udredt, såfremt patienten har gennemgået et udredningsforløb, der følger anerkendt klinisk praksis, og som har afklaret henvisningsindikationen i en sådan grad, at:*

- *patienten kan informeres om, at mistanke om sygdom er afkræftet, eller*
- *patienten kan informeres om tilstanden eller sygdommens karakter, og*
- *patienten kan informeres om, at der anbefales observation, behandling eller ingen behandling".*

Vi har desuden lagt til grund, at det af vejledningen yderligere fremgår, *"at såfremt forløbet afsluttes med en anbefaling om behandling, kan patienten først betragtes som endeligt udredt, når patientens tilstand er afklaret i en sådan grad, at patienten kan informeres om behandlingsmuligheder. Efter endt udredning kan der være behov for at påbegynde nyt eller nye udredningsforløb for at afklare forekomster af flere diagnoser."* Da disse eventuelle udredningsforløb vil være at betragte som nye forløb, indgår de ikke i vores vurdering af patientens første og oprindelige forløb.

Det fremgår desuden af vejledningen, at *"det i nogle tilfælde kan det være fagligt velbegrundet at iværksætte behandling, samtidig med at udredningen pågår. Det kan fx være (...) ved psykiske lidelser, hvor der iværksættes angstdæmpende medicin og samtaleterapi samtidigt med den videre observation af patientens tilstand. (...) Selv om der i sådanne tilfælde er iværksat en vis behandling, er udredningen uafsluttet, og patienten vil derfor fortsat være under udredning og derfor omfattet af reglerne efter sundhedslovens § 82 b og § 87, stk. 1".* Videre fremgår det af vejledningen, at *"et behandlingstilbud vil som udgangspunkt kun være et reelt behandlingstilbud, hvis udredningen er endelig, og der på den baggrund er givet fyldestgørende information, som er tilstrækkelig til, at patienten kan samtykke til det samlede behandlingstilbud".*

Disse beskrivelser fra vejledningen har vi også lagt til grund for vores vurderinger af, hvornår patienterne er endeligt udredt i tilfælde af, at der er igangsat en vis form for behandling, mens udredningen fortsat pågår.

2.3. Udredningsplaner til de patienter, der ikke udredes inden for 30 dage.

Dette kriterie har vi vurderet ved at gennemgå indkaldelsesbrevene til udredning for den del af stikprøvens patienter, som ikke udredes inden for 30 dage, og som derfor har ret til at få en udredningsplan inden for 30 dage.

Hvis en patient inden for de 30 dage blot har fået oplyst tid og sted for første samtale, men patientens udredningsforløb fortsætter efterfølgende og består af flere samtaler, har vi vurderet, at patienten ikke har fået en udredningsplan for deres videre forløb.

Hvis en patient har fået oplyst tid og sted for første samtale, og forløbet udelukkende består af den ene samtale, har vi vurderet, at patienten har fået en udredningsplan. Hvis en patient har fået oplyst flere tider i enten ét eller flere breve har vi ligeledes vurderet, at patienten har fået en udredningsplan.

2.4. Information om udvidet frit sygehusvalg til de patienter, der ikke udredes inden for 30 dage på grund af manglende kapacitet.

Dette kriterie har vi vurderet ved at gennemgå indkaldelsesbrevene til udredning for den del af stikprøvepatienterne, som ikke udredes inden for 30 dage, og som derfor har ret til udvidet frit sygehusvalg i udredningen, hvis overskridelsen skyldes manglende kapacitet. I vurderingen af, om en overskridelse af udredningsfristen skyldes manglende kapacitet, har vi ikke lagt de indberettede forløbsmarkører til grund, da en stor del af disse ikke er reelle (jf. vores vurderinger af de gyldige årsager som beskrevet ovenfor under afsnit 2.2.). Vi har i stedet lagt vores vurderinger af årsager til overskridelserne til grund.

Hvis det ikke eksplicit fremgår af indkaldelsesbrevene til de patienter, der har haft ret til udvidet frit sygehusvalg, at patienten informeres om sin ret til udvidet frit sygehusvalg, har vi vurderet, at patienten ikke har fået opfyldt rettigheden.

2.6. Retvisende indberetning om overholdelse af udredningsretten.

Vi har vurderet, om regionerne sikrer dette, ved at gennemgå forløbsmarkørerne for, hvornår de patienter, der indgår i stikprøven, er endeligt udredt. Gennemgangen af forløbsmarkører er baseret på regionernes indberettede data til LPR3, som vi har modtaget fra Sundhedsdatastyrelsen. Vi har sammenholdt gennemgangen af forløbsmarkører med vores vurderinger af, hvornår patienterne er endeligt udredt.

Vi har på den baggrund vurderet, om forløbsmarkørerne for, hvornår patienterne er endeligt udredt, er sat korrekt i overensstemmelse med det udredningsforløb, som fremgår af patientens journal, eller om vi fx af journalen kan se, at patientens udredning fortsætter, efter forløbsmarkører for endelig udredning er sat.

I vurderingen af, hvor mange patienter, der er blevet indberettet som endeligt udredt efter første samtale, har vi i enkelte forløb vurderet, at regionen har indberettet patienten som endeligt udredt efter første samtale, selv om indberetningsdatoen afviger med få dage fra datoen for, hvornår samtalen blev afholdt. Spændet i afvigelse går fra, at datoen for indberetningen af den endelige udredning er sket 3 dage før den første samtale til 2 dage efter den første samtale. Da vi i disse forløb har kontrolleret i patientjournalerne, om der fx skulle være afholdt en anden samtale 2 dage efter den første, og det ikke har været tilfældet, antager vi, at datoen for patientens endelige udredning blot kan være indberettet med et par dages forsinkelse.

Kvalitetssikring af vurderinger i stikprøveanalysen

Til at kvalitetssikre vores gennemgang af stikprøven har vi anvendt flere strategier.

For det første har vi vurderet patientjournaler ud fra en kodebog. Kodebogen har indeholdt klare og definerede koderegler for vurderingen af udredningsforløb og har på den måde sikret en systematisk gennemgang.

For det andet har vi opnået en fælles forståelse af kodningsreglerne ved løbende at teste og sammenholde vores resultater efter individuel gennemgang. Dette er gjort med en indledende pilottest af kodebogen og ved løbende udvekslinger om vurderinger.

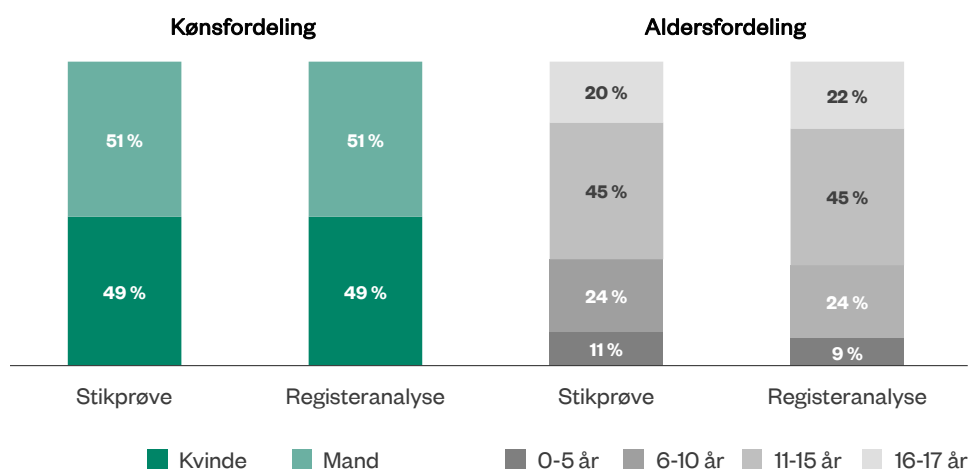
For det tredje har medarbejderne i Rigsrevisionen gennemgået hinandens kodninger, og der har konsekvent været 4 øjne på mindst 15 patientforløb fra hver region.

For det fjerde har vi forelagt regionerne vores vurderinger af alle forløb, stillet spørgsmål til de forløb, som vi har været i tvivl om, og holdt arbejds- og høringsmøder om resultaterne af stikprøvegennemgangen med alle 5 regioner. På møderne har vi med alle regioner – med undtagelse af Region Syddanmark, som kun ønskede at drøfte enkelte forløb – gennemgået alle udredningsforløb med fokus på, om vi ud fra vurderingskriterierne, opstillede definitioner og koderegler har vurderet udredningsforløbene korrekt.

Vi har derudover tjekket, om stikprøvens baggrundskarakteristika afspejler populationen. Figur F viser, hvordan stikprøven stemmer overens med populationen i registeranalysen.

Figur F

Fordeling af køn og alder i henholdsvis stikprøven og populationen



Note: Andelen for stikprøven er opgjort for de udredningsforløb, som indgår i både stikprøveanalysen og registeranalysen. Da registeranalysen kun indeholder patienter, som er henvist senest 1. kvartal 2022, betyder det, at der kun er lavet sammenligning for 359 ud af stikprøvens 382 forløb.

Kilde: Rigsrevisionens egne beregninger på baggrund af stikprøve- og registeranalysen.

Det fremgår af figur F, at fordelingen på køn mellem stikprøven og populationen stort set er ens. I stikprøven er der lidt flere patienter i alderen 0-5 år og lidt færre i alderen 16-17 år sammenlignet med populationen.

Ekstern konsulent

Vi har inddraget Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) til at undersøge, om børn og unge med resurssvage forældre har en længere udledningstid i børne- og ungdomspsykiatrien end børn og unge med resursestærke forældre.

VIVE har med udgangspunkt i vores registeranalyse om udledningstiden undersøgt, om social ulighed har indflydelse på udledningstiden inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

Formålet med undersøgelsen er at belyse, om børn og unge med resursevage forældre har en anden udredningstid i børne- og ungdomspsykiatrien end børn og unge med resursestærke forældre. VIVE har koblet vores analyse med data fra Danmarks Statistiks registre, hvor de har hentet baggrundsinformationer om børnene, de unge og deres forældre, herunder om forældrenes uddannelse, indkomst og eventuelle kontakt med psykiatrien. VIVE har anvendt en OLS-regression med robuste standardfejl. De har foretaget flere robusthedstjek, som viser, at analysens fund er robuste over for valg af model.

Socioøkonomisk indeks

VIVE har beregnet et socioøkonomisk indeks på baggrund af social og økonomisk status.




Social status er baseret på forældrenes højeste fuldførte uddannelse. For forældre under 30 år, som er under uddannelse, gælder den igangværende uddannelse. De 3 grupper er henholdsvis videregående uddannelse, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og grundskole.

Økonomisk status er baseret på forældrenes ækvivalerede disponible indkomst, ind delt efter den danske befolknings indkomstdeciler. Ækvivaleret disponibel indkomst er en vægtet indkomst, der tager højde for, at en familie på fx 2 voksne bruger mere, men ikke nødvendigvis dobbelt så meget, som en familie med kun én voksen.

Indkomstfaktoren for familiens samlede økonomiske resurser er den maksimale disponible indkomst for enten far eller mor. Hvis der mangler oplysninger for den ene forælder, er det den anden forælders disponible indkomst, der gælder.

Det socioøkonomiske indeks er opdelt i 5 kategorier: Familier med høj, middelhøj, middel, middellav eller lav socioøkonomisk status, som det fremgår af figur G. VIVE har foretaget analysen på forskellige variationer af opdeling af indkomst og sikret, at det ikke ændrer på analysens resultater. Dette har vist, at social status har lidt større betydning end økonomisk status, men den overordnede konklusion om social ulighed forbliver konstant.

Figur G
Socioøkonomisk indeks

	 SOCIAL STATUS Højest fuldførte uddannelse	 ØKONOMISK STATUS Indkomstdecil	 SOCIOØKONOMISK STATUS Indeks
Høj (1)	Videregående uddannelse	8.-10.	1
Middel (2)	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4.-7.	1,5
Lav (3)	Grundskole	1.-3.	2
			2,5
			3

Kilde: VIVE.

VIVE har konstrueret det socioøkonomiske indeks ved at tage gennemsnittet af social og økonomisk status. Høj socioøkonomisk status indebærer derfor, at både mor og far har både høj uddannelse og høj disponibel indkomst. Omvendt har familien lav socioøkonomisk status, hvis både mor og far har lav uddannelse og lav disponibel indkomst. I tabel A gengiver vi VIVEs konstruktion af det socioøkonomiske indeks.

Tabel A
Konstruktion af socioøkonomisk indeks

Social status (uddannelsesniveau)	Økonomisk status (disponibel indkomst)		
	Høj	Middel	Lav
Høj	1	1,5	2
Middel	1,5	2	2,5
Lav	2	2,5	3

Kilde: VIVE.

Population

VIVEs undersøgelse dækker en længere periode (henvisninger helt frem til 4. kvartal 2022) og har en mindre population end Rigsrevisionens registeranalyse, da forløb for patienter uden de nødvendige baggrundsoplysninger om bl.a. demografi og socioøkonomi er sorteret fra. VIVEs fulde model er baseret på 43.044 forløb. I tabel B ses populationsstørrelserne på regionsniveau.

Tabel B

Populationsstørrelser i VIVEs analyse

	Antal
Region Nordjylland	3.356
Region Midtjylland	11.085
Region Syddanmark	9.714
Region Hovedstaden	12.888
Region Sjælland	5.292

Kilde: VIVEs beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

Variabeloversigt

Følgende variable indgår i VIVEs fulde analysemodel:

Variabel	
Socioøkonomisk status	<ul style="list-style-type: none"> • Høj • Middelhøj • Middel • Middellav • Lav
Køn	<ul style="list-style-type: none"> • Dreng • Pige
Alder	<ul style="list-style-type: none"> • Barnets/den unges alder ved henvisningstidspunktet
Diagnose ved indikation på at udredningen er afsluttet	<ul style="list-style-type: none"> • Øvrige • DF4 Stressrelaterede tilstande • DF5 Adfærdsændringer forbundet med fysiske faktorer • DF8 Psykiske udviklingsforstyrrelser • DF9 Adfærds- og følelsesforstyrrelser • Afkræftet • Ingen diagnose tilknyttet (NA)
Region	<ul style="list-style-type: none"> • Region Syddanmark • Region Nordjylland • Region Midtjylland • Region Hovedstaden • Region Sjælland
Herkomst	<ul style="list-style-type: none"> • Indvandrere og efterkommere • Etnisk dansk
Anbragte	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke anbragte • Anbragte
Forebyggende foranstaltninger	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke i forebyggende foranstaltninger • I forebyggende foranstaltninger
Familietype	<ul style="list-style-type: none"> • Kernefamilie • Stedfamilie • Eneforsørger • Udeboende
COVID-19-perioden	<ul style="list-style-type: none"> • Udredningsforløb kører under COVID-19-perioden
Forældres psykiatriske diagnoser	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen • Én har en psykiatrisk diagnose • Begge har en psykiatrisk diagnose
År for henvisning	<ul style="list-style-type: none"> • 2019 • 2020 • 2021 • 2022

Kilde: VIVE.

For en deskriptiv beskrivelse af målgruppen, yderligere informationer om det socio-økonomiske indeks, dataforbehold, den fulde regressionsmodel og robusthedstjek henviser vi til VIVEs rapport, som offentliggøres på VIVE.dk umiddelbart efter denne beretnings offentliggørelse.

Kvalitetssikring

Denne undersøgelse er kvalitetssikret via vores interne procedurer for kvalitetssikring, som omfatter høring hos de reviderede samt ledelsesbehandling og sparring på forskellige tidspunkter i undersøgelsesforløbet med chefer og medarbejdere i Rigsrevisionen med relevante kompetencer.

Standarderne for offentlig revision

Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, herunder standarderne for større undersøgelser (SOR 3). Standarderne fastlægger, hvad brugerne og offentligheden kan forvente af revisionen, for at der er tale om en god faglig ydelse. Standarderne er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).