

The image features a decorative background with several overlapping green circles of varying sizes. Some circles are solid, while others are hollow. The bottom portion of the image has a blue-to-white gradient. The text is positioned in the lower-left area, partially overlapping the green circles.

**Ambulantområdet i**

**FOKUS**

# Ambulantområdet i fokus

*Tilbyder vi i Danmark den ambulante behandling, borgerne ønsker og har behov for?*

*Udnytter vi de faglige, økonomiske og teknologiske muligheder optimalt i den ambulante behandling?*

*Hvilke politiske målsætninger og strukturelle forhold sætter rammerne for udviklingen af den ambulante behandling?*

*Har vi de incitament, vi gerne vil have, og understøtter disse de politiske målsætninger?*

*Hvordan kan vi arbejde med en målrettet og hensigtsmæssig organisering af ambulantområdet, så borgernes behov og sundhedsvæsenets rammer kan mødes?*

Det er nogle af de spørgsmål, Danske Regioner ønsker at finde svar på i løbet af det næste års tid.

Danske Regioner har allerede udgivet en række debatoplæg med visioner for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen - eksempelvis rapporterne:

- > "Fremtidig organisering af kirurgien - faglighed og sammenhæng".
- > "Fremtidig organisering af det intern medicinske område".
- > "Specialisering og faglig bæredygtighed indenfor psykiatrien".

Der har indtil nu ikke været sat fokus på det ambulante område i diskussionerne om fremtidens sundhedsvæsen. Danske Regioner mener, at visionerne bør indeholde ideer til - og ikke mindst planer for - en fortsat udbygning af det ambulante område. Det gælder både i bredden og i dybden, og det betyder, at der skal sættes fokus på ambulante behandling både inden for somatikken (kirurgi og medicin) og psykiatrien.

Generelt er målet med den ambulante behandling, at patienterne kan få en mindre indgribende og mere sammenhængende behandling, samtidig med at det er samfundsøkonomisk billigere. Udfordringen er så at finde de bedste modeller for en fortsat udbygning. Resultaterne afhænger blandt andet af, hvilke incitament der bliver styrende for udviklingen.



## Eksempel

Fru Hansen sidder i konsultationen hos sin egen læge. Hun døjer med nogle generende åreknuder, og lægen vurderer, at fru Hansen har behov for operation. Der er nu en række muligheder for behandling, som lægen skal oplyse fru Hansen om. Fagligt lever alle muligheder op til samme kvalitetsstandarder, og alle er ambulante behandlingstilbud.

> Lægen kan henvise fru Hansen til operation på et offentligt sygehus. Der er frit sygehusvalg, og det skal fru Hansen oplyses om. Ofte vil ventetiden have betydning for fru Hansens valg. Hvis der er lang ventetid på det nærmeste sygehus, kan transportmuligheder desuden være afgørende. I sygehusregi honoreres operationen med takst i forhold til det eksisterende DRG-system.

> Lægen kan også henvise fru Hansen til en praktiserende speciallæge, som har overenskomst med den offentlige sygesikring. Der er frit speciallægevalg, så fru Hansen skal i princippet oplyses om alle de praktiserende speciallæger, der er relevante for hendes behandling. I praksis er det ofte sådan, at lægen skriver en henvisning til en speciallæge, som han har gode erfaringer med at bruge, og hvor han ved, at ventetiden ikke er så lang. Speciallægens honorar er fastlagt i sygesikringsoverenskomsterne, og er ca. halvdelen af den gældende DRG-takst. Til gengæld er det også defineret, at den praktiserende speciallæge kun tager de ukomplicerede operationer. Vurderer speciallægen, at operationen ligger uden for rammerne af sygesikringsregi kan han henvise fru Hansen til sygehuset.

> Hvis fru Hansen henvises til sygehus, og det viser sig, at sygehuset ikke kan operere inden for 2 måneder, så har fru Hansen ret til at benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg. Fru Hansen kan så vælge at blive opereret på privatsygehus eller privatklinik. Taksten for behandlingen i dette regi er fastlagt i forhandlinger mellem Amtsrådsforeningen (Danske Regioner) og en række privatsygehuse og -klinikker. For en åreknudeoperation er taksten i øjeblikket højere end sygesikringshonoreringen, men lavere end DRG-taksten. En del speciallæger har både overenskomst med sygesikringen og aftale om udvidet frit valg.

> Endelig kan fru Hansen også vælge selv at betale for operationen på privathospital eller i en speciallægepraksis uden overenskomst med den offentlige sygesikring. Både speciallæger fra offentlige sygehuse og fra praksissektoren kan i deres fritid være tilknyttet sådanne privathospitaler eller private klinikker.

På baggrund af ovenstående kan man tænke sig følgende scenarium: Hvis fru Hansen henvises til en praktiserende speciallæge, der har længere ventetid end 2 måneder, men som tilfældigvis også har aftale om udvidet frit sygehusvalg, hvad skal speciallægen så sige til fru Hansen...? "Jeg kan godt operere dig i sygesikringsregi, men du skal vente 3½ måned. Jeg kan i stedet henvise dig til sygehuset. Her ved jeg, der er 4 måneders ventetid, men sygehuset kan ifølge aftalen om udvidet frit sygehusvalg sende dig tilbage til mig, og så kan du få en tid til operation på tirsdag kl. 18.00."

Denne historie viser, at vi i Danmark har et ambulante behandlingssystem, hvor



- > den alment praktiserende læge skal have et indgående kendskab til behandlingsmuligheder og diverse aftaler om udvidet frit valg i forhold til at kunne yde en ordentlig rådgivning,
- > patienten skal være meget bevidst om sin ret til frit valg af behandlingssted,
- > ventetiden er kun interessant i sygehusregi,
- > de økonomiske incitament nærmest opfordrer til kassetækning,
- > lægerne kan komme i et etisk dilemma i deres rådgivning om behandling inden for rammerne af det frie valg. Af hensyn til at forkorte patientens ventetid kan det være oplagt for lægen at henvise til sin egen eller kollegaens private klinik.

Det er hverken rationelt eller hensigtsmæssigt. Den ambulante behandling i Danmark trænger til et grundigt eftersyn, og nu er tiden inde til at få et overblik over den ambulante behandling og den måde, vi har organiseret området på. Det må kunne gøres bedre!

Mon ikke også vi kan bruge en bevidst og målrettet udvikling af den ambulante sektor i de samlede bestræbelser på at opnå et mindre omkostningstungt og mere effektivt sundhedsvæsen?

**Den ambulante behandling i Danmark er nu sat til debat!**




# Det ambulante område

Ambulant behandling defineres som behandling, der finder sted uden indlæggelse. Enten fordi det er en kortvarig behandling, der ikke kræver en seng, eller fordi patienten udskrives samme dag, som behandlingen har fundet sted. Der er således tale om behandling, hvor patienten ikke er indlagt på en heldøgnsafdeling.

Den ambulante behandling i Danmark er kendetegnet ved at foregå i flere forskellige behandlingsregi. Der udføres ambulant behandling på både offentlige sygehuse, i behandlingscentre og -klinikker med forankring i offentlige sygehuse, f.eks. distriktpsychiatriske centre, på privatsygehuse og privatklinikker i forbindelse med ordningen om udvidet frit sygehusvalg, i speciallægepraksis og i almen praksis.

Den ambulante behandling dækker både kirurgisk, medicinsk og psykiatrisk behandling. Det psykiatriske og det medicinske felt har mange fælles karakteristika; der er ofte tale om gentagen behandling i et længerevarende forløb, og behandlingen kan ofte have karakter af kronisk sygdom. En del medicinske patienter har ofte flere sygdomme, som griber ind i hinanden. En del psykiatriske patienter er også belastet af misbrug og anden somatisk sygdom. Det medicinske område er ofte beskrevet som alderstungt. Både i det medicinske og det psykiatriske felt er der også ofte en stor samarbejdsflade til det sociale område og den kommunale verden. Her overfor står det kirurgiske område, som omvendt er kendetegnet ved at være "hurtig ekspedition"; der er en "dårlighed", der kan fjernes ved at skære den bort. Herefter er patienten kureret for sin sygdom.

Der er ikke nogen overordnet plan eller strategi for udbygningen af den ambulante sektor, men der har igennem en årrække fundet en opgaveglidning sted. Udviklingen inden for medicoteknologien og udvikling af nye behandlingsmetoder har generelt mindsket behovet for indlæggelse og dermed øget mulighederne for at udvide den ambulante behandling. I den sammenhæng har dagkirurgien været mest synlig. En af årsagerne hertil er det voldsomme fokus på ventetider til operationer og regeringens behandlingsgaranti, som blandt andet affødte ordningen om det udvidede frie sygehusvalg.



Den ambulante behandling er ikke en entydig størrelse, men tværtimod et område præget af stor forskellighed. Ikke blot forskelle mellem de tre felter; medicin, psykiatri og kirurgi, men også i forhold til organiseringen af det enkelte felt. Eksempelvis har distriktpsikiatrisk behandling som begreb flere forskellige organisationsformer, som har betydning for indholdet i den ydelse, patienterne modtager.

Forskellene i organisering - og i andelen af ambulante behandling - gælder også geografisk. Der har været - og der vil fortsat være - lokale/regionale forskelle i tilrettelæggelsen af de ambulante behandlingstilbud. Det er ikke i modsætning til ønsket om en fælles strategi og fælles målsætninger, men et spørgsmål om at udnytte de lokale ressourcer og muligheder bedst muligt i forhold til, hvilke lokale behov der skal opfyldes. Det kan f.eks. være et spørgsmål om at kunne rekruttere og fastholde det nødvendige antal speciallæger i visse dele af landet. Dermed må vi acceptere en vis forskellighed i den måde, opgaverne udfyldes på.

Det positive ved forskelligheden er, at der kan eksperimenteres med udbygning og forskellige modeller rundt om i landet. Nogle steder er man langt fremme og kan fungere som "det gode eksempel", således at videndeling og erfaringsudveksling sikres. Det negative er, at der kan udvikle sig for store forskelle i, hvad den enkelte patient tilbydes i sit nærområde.

### Eksempel

Søren er i risiko for at få en blodprop. Det betyder, at han er i livslang behandling med blodfortyndende medicin - såkaldt AK-behandling. Søren bor et sted, hvor han har fået mulighed for selv i højere grad at styre sin behandling. Ved hjælp af en computer og mailkontakt med den behandlende læge kan Søren selv måle sit blods evne til at størkne. Derved kan han med aftalte mellemrum sende en mail til lægen og få justeret sin medicin, hvis det er nødvendigt. For Søren betyder det, at han ikke skal tage fri fra sit arbejde for at gå til kontrol og få taget blodprøver, som han måske skal vente på at få svar på, før medicinen kan justeres. Søren oplever en langt større fleksibilitet i sin hverdag. Desuden har han en meget tættere styring af sin medicin, og derfor oplever han færre bivirkninger.

Hvis nu Søren havde boet et andet sted i landet, ville han ikke have haft den samme mulighed.



Nogle ambulante tilbud i speciallægepraksis er desuden forankret i sygesikringsoverenskomsten i en form, hvor behandlingen kun tilbydes til borgere med bopæl inden for det pågældende amts egne grænser. Det gør i nogle tilfælde det frie valg til en illusion.

Som det ses, er der en lang række udfordringer i forhold til at udvikle den ambulante behandling, og der er samtidig et stort potentiale i at øge andelen af ambulante behandling væsentligt. Det kræver dog, at man generelt drager nytte af erfaringerne fra frontløberne. F.eks. kunne erfaringerne med organiseringen af distriktspsykiatrien i den form, hvor patienten modtager en helhedsorienteret tværfaglig behandling, anvendes som inspiration for den ambulante behandling på det somatiske område i relation til behandlingen af kroniske medicinske patienter. Samtidig er det væsentligt at sikre motivationen til forandringer ikke blot i planlægningen, men også blandt det personale - læger, sygeplejersker og alle øvrige faggrupper - der skal arbejde med ambulante behandling hver dag.

## **Problemstillinger og udfordringer**

Strukturreformen medfører en af de største omlægninger af sundhedsvæsenet, der er set i Danmark, og en stor udfordring bliver at tilpasse organiseringen af behandlingerne til de nye rammer. Det betyder, at man må forvente en gradvis koncentrering af specialer og funktioner på færre behandlingsenheder med det formål at styrke den faglige kvalitet. Samtidig skal der på den anden side sikres lokale tilbud til patienter, som har behov for behandling i nærmiljøet, til patienter med ukomplicerede lidelser, samt til forundersøgelser, ambulante og korterevarende indgreb.

En anden stor udfordring er den forventede øgede efterspørgsel efter sundhedsydelser på såvel det somatiske som det psykiatriske område. Det sker samtidig med, at det er vanskeligt at skaffe læger nok til at løse opgaverne. Det er derfor nødvendigt at holde fokus på ny arbejdsdeling med bedre samspil mellem for eksempel sygehuse og primærsektor. Befolkningen ændrer sig også - og i modsætning til tidligere stiller patienterne flere krav og har mere viden om symptomer og behandling i kraft af øget adgang til information f.eks. via internettet.

Der er derfor mange gode grunde til at se nærmere på, hvordan den ambulante behandling kan udvikles i takt med, at sundhedsvæsenet er i en gennemgribende forandringsproces.

De konkrete udfordringer på det ambulante område handler blandt andet om

- > organisering og struktur,
- > økonomi,
- > personaleudvikling og rekruttering samt
- > patienternes krav og forventninger.

## Organisering og struktur

Når den specialiserede behandling samles på færre enheder, og der skal etableres flere borgernære ambulante behandlingstilbud, udfordres sammenhængen i sundhedsvæsenet. Det gælder både den faglige sammenhæng og den praktiske sammenhæng. Den praktiske sammenhæng er optimal ved opfyldelsen af rette patient på rette sted til rette tid og med det rette personale omkring sig. En organisatorisk udbygning af den ambulante behandling sætter også fokus på sammenhæng mellem sektorer, f.eks. nye samarbejdsflader mellem regioner og kommuner.

Det rejser spørgsmål om, hvor den ambulante behandling forgår mest hensigtsmæssigt. Hvordan kan forskellige typer af fremskudte enheder - f.eks. ambulancetre - tænkes ind i den eksisterende organisering af sundhedsvæsenet, samtidig med at sammenhæng prioriteres højt? Når vi tænker på eksemplet med fru Hansen, er der behov for at redefinere de organisatoriske behov og se på, hvilke målsætninger forskellige aktører har i forhold til strukturen på området. Hvilke muligheder og potentialer er der at bygge på?

Måske er der grænser for, hvor stor en del af den ambulante aktivitet det er muligt at flytte til et decentralt behandlingstilbud og samtidig bevare en faglig sammenhæng i opgaverne. I hvert fald hvis man tænker på en fysisk adskillelse mellem ambulante og ikke-ambulante behandling. Der kan tænkes at være en modsætning mellem faglig sammenhæng og sammenhæng i patientforløbet. Traditionelt er sygehusene opbygget i forhold til fagområder,

og traditionelt er afdelingerne skarpt afgrænset omkring de faglige områder. Dette giver en høj faglig sammenhæng, men en sådan opbygning understøtter ikke nødvendigvis et sammenhængende patientforløb eller en hensigtsmæssig organisering af den ambulante behandling.

En anden faktor er uddannelseskapacitet. Det er vigtigt at huske på, at speciallæger under uddannelse skal oplæres og trænes i forskellige funktioner og forskellige typer af operationer og behandlingsprocedurer. En spredning af den ambulante aktivitet medfører et behov for nøje at gennemtænke konsekvenserne for uddannelsesforløb og tilrettelæggelsen heraf.

Det er også nødvendigt at se på, hvad behovene er i relation til sammenhæng mere generelt, og hvad der skal til for at møde disse behov. Et væsentligt område er arbejdsdeling og arbejdsrutiner blandt personalegrupper.

## **Økonomi**

En samling af de specialiserede funktioner og en samtidig decentralisering af ambulante, borgernære tilbud vil formentlig sætte de nuværende rammer for sundhedsvæsenet under pres. Ikke mindst fordi der forventes en stigende efterspørgsel. Nu er en anderledes organisering jo ikke ensbetydende med lettere adgang, og patienter i ambulante behandling skal fortsat være lægevisiterede. Men det har betydning, hvordan samspillet mellem det offentlige sundhedsvæsen og de private klinikker og private sygehuse kommer til at fungere, og hvilke incitament og styringsredskaber vi vælger at bruge. Et aspekt i den forbindelse vil f.eks. være udviklingen i markedet for privattegnede sundhedsforsikringer. Hvilken betydning vil det have for den ambulante behandling i fremtiden?

Der er god grund til grundigt at analysere de eksisterende honorarstrukturer og deres indbyrdes sammenhæng eller mangel på samme. Det virker ulogisk med et DRG-system, der i nogle tilfælde favoriserer indlæggelse, når der ikke umiddelbart er faglige grunde til det. Det er heller ikke optimalt at opretholde en struktur, hvor en speciallæge på grund af honorarstrukturen fristes til at henvise patienter til sygehusbehandling i stedet for at behandle inden for rammerne af den offentlige sygesikring.


### Eksempel

Speciallæge Jensen har en praksis for den offentlige sygesikring. Han behandler mange patienter og har derfor en høj omsætning. Hans omsætning skal finansiere lønninger til klinikpersonale, jævnlig udskiftning af apparatur, så han kan leve op til bedste faglige standard etc. I sygesikringsoverenskomsten er der imidlertid en bestemmelse om, at hvis speciallægens omsætning ligger over et vist niveau, så reduceres sygesikringshonorarerne for den del af omsætningen, der ligger over dette niveau med 25 - 40 pct. Speciallæge Jensen har regnet ud, at han kan nå denne magiske grænse, hvis han arbejder 5 timer hver dag i sin sygesikringspraksis. Speciallæge Jensen har nu et valg mellem at holde fri, arbejde 2 timer yderligere hver dag i sin sygesikringspraksis for et reduceret honorar, bruge sin frie tid til at operere patienter under ordningen om frit sygehusvalg, eller evt. søge tilknytning til et privathospital og tilbyde sin arbejdskraft der.

Hvorfor lukker og slukker sygehusenes ambulatorier kl. 16.00? Det samme gælder typisk for behandling i praksissektoren. Det virker paradoksalt, at nogle af de læger, som lukker og slukker kl. 16, fortsætter arbejdet et andet sted for at behandle de samme patienter. Disse patienter kunne have været behandlet i en udvidet åbningstid. Det handler om vagttilrettelæggelse i sygehusregi, og for de praktiserende speciallæger handler det om, at der i sygesikringsregi ikke er nogle incitamenter til at yde en ekstra indsats.

Det må være et krav, at honorarstrukturen og takstsystemet fungerer hensigtsmæssigt i sammenhæng og understøtter de faglige og politiske målsætninger for udviklingen af det ambulante område. Samtidig skal det sikres, at grænseflader og gråzoner mellem regioner og kommuner afklares bedst muligt.

Økonomi i relation til ambulante behandling handler dog ikke kun om takst- og honorarstrukturer. I forbindelse med en omlægning af det danske sygehusvæsen er det værd at hæfte sig ved, at en del sygehuse faktisk er gamle og nedslidte og dermed ikke er tidssvarende i forhold til moderne ambulante behandling. Det kan få betydning for den måde, vi forestiller os fysisk at placere og indrette de ambulante funktioner. Vil det være muligt at



anvende eksisterende rammer i en udbygning eller skal der bygges nyt? Kræver ambulante behandling afgrænsning fra resten af behandlingsområdet? Og hvem siger, at en patient altid skal puttes i en seng?

Efterhånden som teknologien og behandlingsmulighederne udvikles, så øges også behovet for "isenkram". Det er derfor nødvendigt at tænke over placeringen af apparatur og anvendelsen heraf - også i relation til de fysiske rammer - så ressourcerne udnyttes bedst muligt, men der er som nævnt mange hensyn til både faglighed og sammenhæng.


### **Personaleudvikling og rekruttering**

I en videnstung sektor som sundhedsvæsenet er personalet en af de vigtigste ressourcer. Uddannelse, kompetenceudvikling og forskning er derfor forudsætningen for fortsat udvikling. En af de store udfordringer i fremtiden bliver rekruttering og fastholdelse af læger og øvrigt sundhedspersonale. I den forbindelse er det også centralt at se på forskellige nye former for arbejdstilrettelæggelse i form af opgaveglidning og ændrede personalesammensætninger i forhold til opgaverne. Det gælder i høj grad også på det ambulante område. Det er helt centralt, at flytning af opgaver på tværs af faggrænser kan ske uden at det går ud over kvaliteten.

Det er således væsentligt, at den ambulante behandling udformes, så man sikrer personalets faglige udvikling og motivation. Det kan bl.a. gøres ved i højere grad at fremhæve fordelene ved arbejdet med ambulante patienter.

#### **Eksempel**

På det dagkirurgiske område er der flere steder i landet oprettet særlige afsnit, der er specialiserede i dagkirurgisk behandling, og hvor sygeplejerskerne varetager alle funktioner i relation til patientgruppen. Sygeplejerskerne bliver således specialiserede og sætter samtidig stor pris på et arbejde uden sene aften- og nattevagter. Ligeledes finder de læger, der arbejder med dagkirurgi, det tilfredsstillende at specialisere sig i få, afgrænsede indgreb, hvor de kan følge patienterne til dørs, og hvor de samtidig har mulighed for at følge med i den faglige udvikling på netop deres område.




En anden væsentlig faktor, der påvirker den ambulante behandling, er kulturen på de enkelte sygehuse. Det har betydning, hvordan personalets indstilling til patienterne er. Information til patienterne er meget vigtig og effektiv, hvis andelen af ambulante behandling skal øges. Hvis personalet selv har taget de nye behandlingsformer og -metoder til sig og informerer patienterne grundigt om dem, så viser erfaringen, at patienterne hurtigt vænner sig til de anvendte metoder. Sagt med andre ord, hvis patienterne får at vide, at de skal indlægges, så forventer de indlæggelse. Omvendt ruster patienterne sig til ambulante behandling, hvis det er det, de får stillet i udsigt.

Også personalets indstilling til arbejdet med ambulante behandling er vigtig. Traditionelt er der meget høj faglig prestige forbundet med at arbejde i den højt specialiserede del af behandlingssystemet. Det er traditionelt her forskningen foregår - hvilket er ensbetydende med mere opmærksomhed. Der er imidlertid også stærkt brug for dedikeret personale til den ambulante behandling. Det er i høj grad personalet, der skal skabe udvikling og sikre, at nye arbejdsmetoder og samarbejdsrelationer etableres som daglig rutine i behandlingsforløbet. Derfor må der arbejdes med modeller til at sikre muligheder for forskning og efteruddannelse med særlig vægt på udvikling af ambulante tilbud.



## **Patienternes krav og forventninger**



Den ændrede befolknings sammensætning, øgede behandlingsmuligheder og forskelle i sygdomsmønstre medfører flere kroniske patienter. Det øger efterspørgslen efter sundhedsydelser, og patienterne er i dag langt bedre informerede end tidligere. De søger information via internettet, dagspressen og via kontakt til patientforeninger og brugergrupper. Den lette adgang til information betyder, at patienterne i langt højere grad end tidligere stiller krav til sygehusene og personalet.

Den positive vinkel er, at patienter i stigende grad kan tage et medansvar for egen behandling og om nødvendigt gennemføre ændringer i livsstil mv. En udfordring kan derimod være, at sundhedsvæsenet bliver mødt med krav om større fleksibilitet og valgfrihed, der gælder for alle.

Det er i den forbindelse vigtigt, at regionerne i udviklingen af ambulante behandlingstilbud bliver bedre til at gøre brug af patienternes viden, erfaringer og ressourcer. Sundhedsvæsenet bør i langt højere grad være brugerorienteret, og patienternes krav og forventninger må tænkes ind i strategien for den ambulante behandling. Hvordan gøres det bedst?

## Hvilket udgangspunkt har vi, og hvilke mål forfølger vi?

Danmark har en af verdens højeste andele af ambulante behandling. Har vi også en af de bedste? Eller kan det blive endnu bedre?

I disse år, hvor sundhedsvæsenet er under stor forandring, har vi en enestående chance for virkelig at nå et par spadestik dybere - så lad os grave lidt!

Danske Regioner arbejder for et sundhedsvæsen, der bygger på,

- > at patienten oplever at være centrum i et sammenhængende behandlingsforløb,
- > at det nødvendige personale kan rekrutteres og fastholdes,
- > den bedst mulige kvalitet i ydelsen og
- > økonomisk hensigtsmæssighed og gennemskuelighed.

Med det for øje indleder Danske Regioner nu et arbejde med at kulegrave den ambulante behandling i Danmark. Danske Regioner sætter den ambulante behandling under luppen ved at udfordre rammer, vilkår og indhold. Det er på tide at stille spørgsmålstejn ved, om vi har indrettet os optimalt. Hvilke rammer har vi, hvilke ønsker har vi? Hvordan kan rammer og ønsker mødes, og hvad skal der til for fortsat at udvikle den ambulante behandling i Danmark?

# Fakta

## Lovgivningen bag den ambulante behandling

Reglerne for sygehusbehandling og behandling hos praktiserende speciallæge findes i Sundhedsloven, der træder i kraft den 1. januar 2007.

For sygehusbehandlingen gælder det, at regionerne har ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver (§ 74). Regionerne skal yde sygehusbehandling - herunder også psykiatrisk behandling - til personer med bopæl i regionen (§ 79), og behandlingen skal som hovedregel være vederlagsfri (§ 81).

Sundhedsloven fastlægger også reglerne om frit sygehusvalg (§ 86) og udvidet frit sygehusvalg (§ 87). Det frie sygehusvalg giver borgerne mulighed for frit at vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og enkelte specificerede private specialsygehuse (f.eks. hospicer og gigtsanatorier). Det frie valg gælder uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling. Som udgangspunkt gælder frit sygehusvalg også for psykiatriske patienter, men valgmuligheden kan dog begrænses i særlige tilfælde.

Det udvidede frie sygehusvalg betyder, at patienter, der har udsigt til at vente mere end to måneder i det offentlige sygehusvæsen, kan vælge at blive behandlet på et privatsygehus eller en privatklinik, som Danske Regioner har indgået aftale med. Fra den 1. oktober 2007 er det regeringens målsætning, at behandlingsfristen nedsættes til én måned. Psykiatrisk behandling er undtaget af loven om udvidet frit sygehusvalg (Bekendtgørelse nr. 109 af 21. februar 2006).

De overordnede regler for behandlingen hos praktiserende speciallæger er ligeledes fastlagt i Sundhedsloven. Af § 64 fremgår det, at regionerne yder vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæge til personer i sygesikringsgruppe 1, når behandlingen sker efter henvisning fra patienternes egen læge. Gruppe 2 sikrede har adgang til delvis dækning af udgifter til speciallæge, og for denne gruppe er der ikke krav om henvisning.

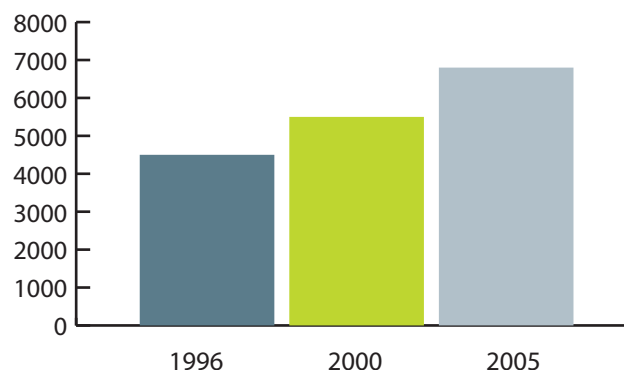
De specifikke regler for speciallægehjælp er endvidere fastlagt i overenskomster indgået mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (fra 1. januar 2007 - Lønnings- og Takstnævnet) og Foreningen af Speciallæger. Indenrigs- og Sundhedsministeren bliver fremover repræsenteret i Lønnings- og Takstnævnet med vetoet.

## Ambulant behandling på offentlige sygehuse

I 2005 var der knap 7 mio. ambulante besøg på de danske offentlige sygehuse, og der er de seneste 10 år sket en markant stigning i antallet af ambulante behandlinger (figur 1).

**Figur 1: Antal ambulante somatiske besøg på offentlige sygehuse.**

**Kilde: Sundhedssektoren i tal, juni 2006, Indenrigs- og Sundhedsministeriet**



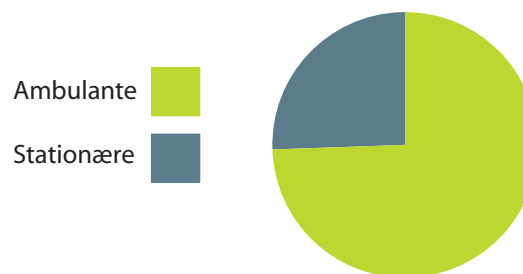
I 2005 var udgifterne til den ambulante behandling på de offentlige sygehuse ca. 14-15 mia. kr.<sup>1\*</sup>

## Det udvidede frie sygehusvalg

Det udvidede frie sygehusvalg blev indført den 1. juli 2002. Pr. oktober 2006 har amterne aftale med ca. 170 privatsygehuse og -klinikker om behandling af patienter, der skal vente mere end to måneder i det offentlige sygehusvæsen. En stor del af behandlingerne er ambulante, kirurgiske indgreb. I 2005 benyttede i alt 31.425 patienter sig af ordningen om det udvidede frie sygehusvalg, og heraf var ca. 75 pct. ambulante behandlinger (figur 2).

**Figur 2. Antal patienter under den udvidede fritvalgsordning**

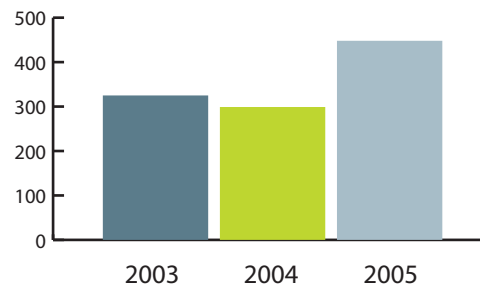
**Kilde: Sundhedsstyrelsens LPR-register 2005**



<sup>1\*</sup> Det præcise beløb afhænger af opgørelsesmetoden f.eks. hvorvidt der medregnes patienter, som får assistance eller tilsyn på en anden afdeling i forbindelse med det ambulante besøg.

Omsætningen for det udvidede frie sygehusvalg var i 2005 i alt 444 mio. kr., hvilket som vist i figur 3 er en stigning på ca. 37 pct. i forhold til 2003.

**Figur 3. Omsætning i mio. kr. for det udvidede frie sygehusvalg**  
Kilde: Danske Regioner

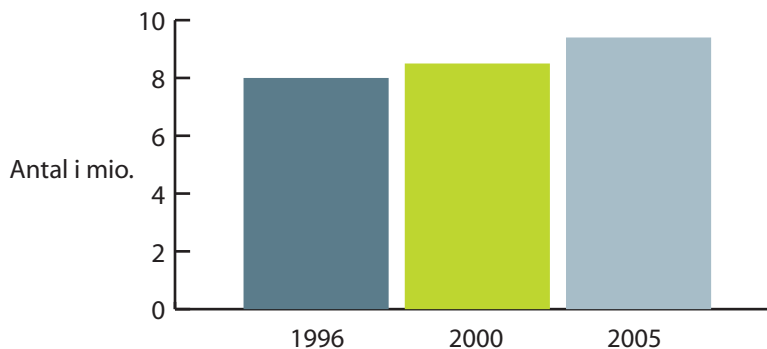


### Speciallægepraksis

I 2005 var den samlede sygesikringsrelaterede omsætning i speciallægepraksis på næsten 2.2 mia. kr. De to største specialer - ørelægehjælp og øjenlægehjælp - står til sammen for knap 40 pct. af omsætningen. I alt findes der 1.144 speciallægepraksis med overenskomst med sygesikringen i Danmark, og heraf er ca. 75 pct. fuldtidspraksis.

Der blev i alt registreret 9.3 mio. ydelser i speciallægepraksis i 2005. De sidste 10 år er der sket en vækst i antallet af ambulante ydelser, som udføres i speciallægepraksis (figur 4).

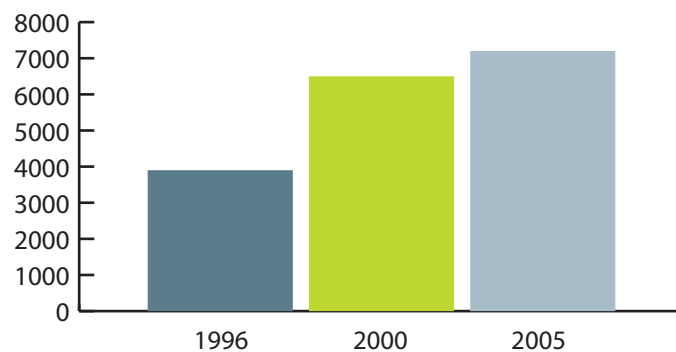
**Figur 4. Antal ydelser i speciallægepraksis**  
Kilde: Amtsrådsforeningens statistikdatabase



### **Ambulant psykiatrisk behandling**

Der har været en gradvis udbygning af den ambulante behandling både i voksenpsykiatrien og i børne- og ungepsykiatrien.

Antallet af ambulante ydelser er i børne- og ungepsykiatrien steget 200 pct. i perioden 1994 til 2005. I voksenpsykiatrien har der været en stigning på ca. 90 pct. i de ambulante ydelser i perioden 1996 til 2005 (figur 5).



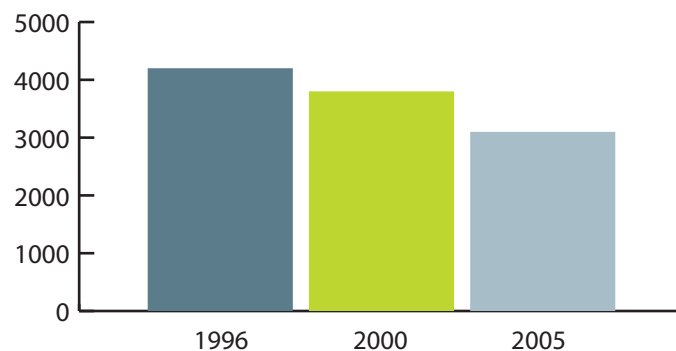
*Figur 5. Antal ambulante ydelser i voksenpsykiatrien*

*Kilde: Danske Regioner*

I forhold til sengepsykiatrien har både antallet af sengepladser og antallet af sengedage i voksenpsykiatrien været faldende fra 1996 - 2005 (figur 6).

*Figur 6. Antal voksenpsykiatriske sengepladser i voksenpsykiatrien*

*Kilde: Danske Regioners nøgletalsdatabase*



90.496 borgere var i 2005 i behandling på voksenpsykiatriske afdelinger samt i distriktspsykiatrien, mens 49.560 fik ydelser fra privatpraktiserende psykiater og 36.229 fik ydelser hos privatpraktiserende psykologer (figur 7).

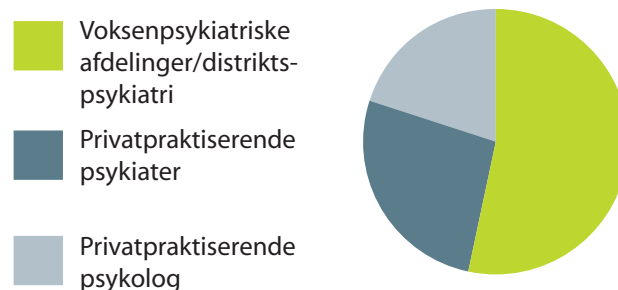
**Figur 7. Voksenpsykiatriske behandlinger**

**Kilde: Danske Regioner**

Der var i alt 120 distriktspsykiatriske enheder og 18 psykiatriske skadestuer.

Med hensyn til børn og unge var der i 2005 14.500 børn og unge i behandling på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Der blev ydet 90.997 ambulante behandlinger på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i 2005.

Fordelingen af voksenpsykiatriske behandlinger i 2005





**DANSKE  
REGIONER**



Dampfærgevej 22  
2100 København Ø

**T** 3529 8100  
**T** 3529 8300  
**E** [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)  
[www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)

**Redaktion:** Danske Regioner, november 2006

**Tryk:** Danske Regioner

**ISBN:** Trykt udgave: 87-7723-453-7

**ISBN:** Elektronisk udgave: 87-7723-454-5

**Ambulantområdet i**

**FOKUS**