

Sundheds- og ældreministeriet  
sum@sum.dk

DANSKE  
REGIONER



25. januar 2016

Sag nr. 16/206

Dok. Nr. 3328/16

### **Høringssvar fra Danske Regioner**

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (reel ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg efter 30 dages ventetid på behandling). Danske Regioners bemærkninger til de økonomiske forhold omkring lovforslaget fremgår af den økonomiske høring.

Der tages forbehold for politisk behandling af høringssvaret på Danske Regioners bestyrelsesmøde den 4. februar.

Høringssvaret er opdelt i to dele. Først gives en overordnet samlet vurdering af de tre væsentligste forslag til ændringer. Dernæst gives en række konkrete bemærkninger og anbefalinger til lovforslaget.

#### Overordnet vurdering af de tre væsentligste forslag til ændringer:

- 1. Lovforslaget giver patienterne ret til udvidet frit sygehusvalg til hele eller dele af en udredning, hvis regionen ikke kan udrede inden for 30 dage af kapacitetsmæssige årsager.**

**Desuden får patienter, som det ikke er fagligt muligt at udrede inden for 30 dage, og som oplever, at ventetid på en nødvendig undersøgelse forlænges ud over, hvad der er begrundet i faglige årsager, ligeledes ret til udvidet frit sygehusvalg.**

Danske Regioner er enig i ønsket om hurtig udredning og behandling af alle patienter. Danske Regioner konstaterer desuden, at der i Finanslovsaftalen er afsat en økonomiske ramme til opbygning af kapacitet i regionerne.

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

Danske Regioner finder det samtidig vigtigt at gøre opmærksom på, at den enkelte patients ret til udvidet frit sygehus til hele eller dele af udredningen i nogle tilfælde kan gøre det svært at levere sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet. Der er desuden tale om et teknisk kompliceret lovforslag som – i mødet med den kliniske virkelighed – medfører omfattende administrative arbejdsgange og bliver vanskelig at monitorere.

**2. Lovforslaget fjerner differentieringen mellem alvorlige og mindre alvorlig sygdomme, så alle behandlinger fremover skal være igangsat inden for 30 dage. Ellers har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg. Før var fristen 60 dage for mindre alvorlige og 30 for de alvorlige sygdomme.**

Danske Regioner konstaterer, at sygehusafdelingerne ikke vil have samme mulighed for at foretage en tidsmæssig prioritering af patienterne ud fra en faglig sondring mellem alvorlig og mindre alvorlig sygdom. Det vil sige, at der bliver mindre rum for planlægning, herunder mulighed for at kunne tage højde for sæsonbestemte udsving i antal henvisninger.

Endelig må det nævnes, at i de tilfælde hvor der grundet speciallægemangel ikke – på kort og mellemlang sigt – kan opbygges tilstrækkelig kapacitet i hverken offentlig eller privat regi, vil det i praksis fortsat være nødvendigt at foretage en faglig prioritering af patienterne.

Danske Regioner foreslår, at opdelingen i udrednings- og behandlingsret på hver især 30 dage fjernes, så der etableres en samlet ret til udredning og behandling på 60 dage. Det vil dels udvide mulighederne for en hensigtsmæssig planlægning, dels medføre en afbureaukratisering og forenkling, jf. nedenfor.

**2. Lovforslaget giver ministeren bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om krav til indhold og udformning af informationsmateriale vedrørende udredning og behandling efter det udvidede fri sygehusvalg.**

Danske Regioner er enige i intentionen med lovforslaget om, at det informationsmateriale som patienterne får, skal være nemt forståelig og, at de væsentligste informationer skal være tilstrækkelig tydelige for patienterne.

Danske Regioner vil igangsætte et fælles udviklingsarbejde mellem regionerne for at sikre god patientkommunikation.

Der er tale om et teknisk kompliceret lovforslag som – i mødet med den kliniske virkelighed – bliver vanskelig at kommunikere til patienterne. Det er vigtigt, at eventuelle nye regler ikke bliver en barriere for, at fremtidige informationsmaterialer kan målrettes den enkelte patients informationsbehov i en given lokal kontekst.

Det er samtidig vigtigt, at regionerne inddrages i udarbejdelsen af eventuelle nye krav, så det sikres, at de kan implementeres i regionernes organisatoriske og kliniske virkelighed.

#### Konkrete bemærkninger og anbefalinger til lovforslaget:

#### **Udredningen på de private aftalesygehuse skal som hidtil være hurtigere end på det regionale sygehus**

Det fremgår af lovbemærkningerne, at formålet med lovforslaget er at styrke patientrettighederne, så de får en mulighed for selv at vælge unødigt ventetid fra. Det udvidede frie sygehusvalg bør således alene bringes i spil, hvis det giver patienten en kortere ventetid.

På den baggrund anbefaler Danske Regioner – ud fra antagelsen om, at der i bemærkningerne menes *ventetiden på udredning* (i stedet for *behandling* som anført på side 13, afsnit 7) – at følgende sætning slettes fra lovbemærkningerne: ”Retten til at benytte det udvidede frie sygehusvalg bortfalder dog ikke, hvis ventetiden på aftalesygehuset er identisk med bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse”.

#### **Udfordringer med at skelne mellem udredning og behandling i klinisk praksis**

Sundheds- og Ældreministeriet har den 11. december 2015 offentliggjort en evaluering af udredningsretten.

I evalueringen fremgår det: ”Udredningsretten har været vanskelig at implementere i den kliniske virkelighed. Det skyldes blandt andet, at lovgivningen om udredningsretten skelner skarpt mellem udredning og behandling. Det bygger på en forestilling om, at alle patienter først gennemgår et udredningsforløb, der afsluttes med en diagnose, og derefter starter på et behandlingsforløb, der afsluttes med fx en operation. Inden for de medicinske og psykiatriske specialer er overgangen mellem udredning og behandling imidlertid ofte glidende, og der kan være en vekselvirkning mellem udredning og behandling. Det har været medvirkende til, at udredningsretten

ikke er blevet implementeret ensartet på tværs af specialer, sygehuse og regioner.”

Side 4

Det må konstateres, at lovforslaget fortsat lægger op til en skarp skelnen mellem udredning og behandling. Når behandlingsretten ændres fra differentieret til 30 dage, bliver det ved nogle patienter endnu mere kompliceret at skelne mellem, om de er udrednings- eller behandlingspatienter. Det vil gøre det endnu vanskeligere at monitorere overholdelsen af reglerne og kommunikere dem til patienterne.

### **Samspelet mellem § 82 b – om udredningsretten som en pligt for bopælsregionen – og § 87 om udvidet frit valg som en ret for patienten**

Der er en uklar sammenhæng mellem den eksisterende § 82 b, hvor bopælsregionen har en forpligtigelse til at udrede patienten, og den nye § 87 hvor patientens ret til udvidet frit valg beror på, at bopælsregionen ikke kan leve op til sin forpligtelse.

Hvis § 82b ikke ændres, er det svært at forestille sig en situation, hvor sygehuset ikke allerede i § 82 b-processen vil have afdækket om der findes andre sygehuse, der kan undersøge patienten, og derved er det svært at se, at der findes et tilbud efter § 87 om udvidet frit valg, som ikke allerede er iværksat efter § 82 b. Det er desuden uklart, om der kan opstå en situation, hvor en patient vil være omfattet af begge bestemmelser samtidig.

Bekendtgørelsen bør uddybes med eksempler på, hvornår en patient er omfattet af § 82 b og/eller § 87, når en henvisning til udredning er modtaget på et sygehus (der henvises til vejledning 9259 af 28/04/2015 om maksimale ventetider som benytter forklarende eksempler).

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget på side 13, afsnit 2, at et erkendt behov for yderligere undersøgelser, end de i udredningsplanen fastlagte, forudsætter ”en ny henvisning” fra bopælsregionen. Der er behov for en præcisering af, om der med ”ny henvisning” er tale om et nyt forløb og en ny udredningsplan (omfattet af § 82 b), eller der er tale om, at patienten fortsat er i samme udredningsforløb med en revideret udredningsplan, og om der herefter igen vil være ret til at benytte udvidet frit valg på baggrund af den nye udredningsplan, jf. § 87.

### **Angivelse af konkret alternativt privat tilbud i indkaldelsesbrevet**

Danske Regioner fortolker bemærkningerne til lovforslaget således, at udvidet frit sygehusvalg træder i kraft med det samme, når henvisningen er

modtaget på sygehuset, således at patienten kan omvisiteres direkte i forbindelse med en indkaldelse til udredning, hvis bopælsregionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan efterleve udredningsretten på egne sygehuse.

Danske Regioner anbefaler endvidere, at det præciseres i lovbemærkningerne, at udredningsretten kan udmøntes på samme måde som behandlingsretten, hvor patienterne – hvis bopælsregionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan efterleve udredningsretten på egne sygehuse – oplyses om deres ret til udvidet frit valg, og om at de kan kontakte regionen/den centrale patientvejledning for omvisitering til et privat tilbud. Dermed undgås også en potentiel problematisk situation, hvor regionen skal vælge en bestemt privat udbyder frem for en anden.

Denne løsning vil give patienten mulighed for selv at vælge mellem alle relevante private tilbud, en mere overskuelig patientinformation og samtidig lette den administrative byrde på hospitalerne. Regionen bør således ikke pålægges at angive et konkret alternativt udredningstilbud i indkaldelsesbrevet, men oplyse patienten om dennes valgmuligheder.

Det vil løse en række udfordringer. Blandt andet er der et stort arbejde i at sikre, at alle afdelinger har et opdateret overblik over, hvilke private udredningstilbud, der er til patienterne. Endvidere er erfaringen, at der ofte sker ændringer i, hvilke private leverandører, der er til rådighed og deres aktuelle ventetider. Således kan informationen i indkaldelsesbrevet være forældet inden patienten kontakter regionen/den centrale patientvejledning med henblik på omvisitering. Denne udfordring vil blive større, jo flere private leverandører, der indgår aftale via Danske Regioner.

### **Overflytning af hele eller dele af udredningsforløbet til privat regi**

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget side 13 øverst, at patienten ligeledes kan vælge alene at benytte retten til udvidet frit sygehusvalg til en del af de undersøgelser, der fremgår af udredningsplanen, og blive i regionalt regi i forhold til den eller de resterende undersøgelser.

Det er afgørende at sikre patienten det bedste og mest sammenhængende patientforløb. Det bør tilstræbes, at en patient har så få overgange som muligt, og at det derfor som udgangspunkt må være den resterende del af forløbet, som overflyttes til privat regi. I nogle tilfælde kan det være meningsfuldt alene at overflytte en del af patientens forløb til privat regi, men det må bero på en faglig vurdering. Danske Regioner anbefaler derfor, at det bør fremgå af lovbemærkningerne, at de private leverandører, der ønsker at

indgå aftale med regionerne, skal være forpligtet til også at kunne tilbyde hele udredningsforløb.

Side 6

Det bemærkes endvidere, at det er uklart hvem der har ansvaret for patientens samlede udredningsforløb, hvis patienten vælger at få foretaget dele af sit udredningsforløb i privat regi. Dette gælder såvel ansvaret for tiden, dvs. at det samlede forløb holder sig inden for fristen, samt ansvaret for den faglige kvalitet. Danske Regioner anbefaler, at dette præciseres i bemærkningerne til lovforslaget.

Desuden gøres opmærksom på, at overflytning af patienter kræver en betydelig administrativ indsats med koordinering af henvisninger, undersøgelsesvar mv.. Uanset hvor meget der arbejdes på at skabe gode overgange, er det ikke til at komme uden om, at jo flere overgange en patient har, des større er risikoen for informationstab og fejl. Desuden vil det i en række tilfælde – blandt andet af tekniske årsager – være nødvendigt at gentage undersøgelser, som allerede er foretaget, hvilket ikke er hensigtsmæssigt for hverken den enkelte patient eller den samlede ressourceudnyttelse.

### **Personligt fremmøde som udgangspunkt for udredningsplan**

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger (side 15), at en udredningsplan som et svært ufravigeligt udgangspunkt forudsætter et personligt møde mellem patient og sundhedsperson.

Danske Regioner finder, at det i en lang række tilfælde er muligt – og fagligt fuldt forsvarligt – at udarbejde en udredningsplan uden et personligt møde. Derfor vil det være spild af sundhedsvæsenets ressourcer og patientens tid at opstille et fast krav om personligt fremmøde på sygehuset.

En fyldestgørende henvisning fra praksissektoren vil i mange tilfælde være tilstrækkeligt til at fastlægge patientens videre udredningsforløb. Hvis henvisningen ikke er fyldestgørende, fx ikke indeholder resultater af nødvendige blodprøver, tidligere undersøgelser m.v., er der mulighed for at efterspørge dette fra praksis inden henvisningen endeligt behandles i hospitalsregi.

Et krav om personligt fremmøde er særligt uhensigtsmæssigt i de situationer, hvor hospitalet allerede ved modtagelse af henvisningen konstaterer, at det ikke på regionens egne sygehuse eller samarbejdssygehuse er muligt at tilbyde udredning inden for fristen, men tilbyder patienten omvisitering til privat regi, eller når patienten selv vælger at vente længere grundet ønske

om udredning på et bestemt sygehus med længere ventetid eller grundet personlige årsager såsom planlagt ferie.

Side 7

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår (side 13), at patientens ret til udvidet frit sygehusvalg skal tage udgangspunkt i indholdet af patientens udredningsplan, og det kan dermed læses som om, at en viderehenvisning til privat regi som svært ufravigeligt udgangspunkt indledningsvist vil kræve et personligt fremmøde i offentligt hospitalsregi med henblik på udarbejdelse af en udredningsplan. Det er ikke hensigtsmæssigt, at der skal afholdes en samtale, som er klinisk unødvendig, og med den konsekvens, at den samlede udredningstid for alle patienter forlænges. Når man tager antallet af patienter, der henvises til det private i betragtning, vil der være behov for at tilføre personaleressourcer og oprette ambulante spor alene til afvikling af disse samtaler.

I langt de fleste tilfælde vil det ud fra henvisningen være muligt at vurdere, om regionen kan tilbyde udredning inden for fristen, og hvis ikke, om patienten kan tilbydes udredning i privat regi. Som konkrete eksempler herpå kan nævnes:

- *Kirurgi:* Patienter med de fleste godartede kirurgiske sygdomme, dvs. langt hovedparten af patienterne henvist med brok, galdesten, analsygdomme m.v.
- *Gastroenterologi:* Patienter, der henvises med kendt diagnose med henblik på videre udredning.
- *Infektionsmedicin:* Patienter, der henvises med kendt diagnose med henblik på videre udredning, fx patienter, som henvises med kronisk leverbetændelse og skal have foretaget blodprøver og billeddiagnostisk inden første fremmøde.
- *Intern medicin generelt:* For en del medicinske lidelser er det muligt ud fra henvisningen at afgøre, at den indledende udredning skal bestå af en billeddiagnostisk undersøgelse. Det gælder patienter, der henvises til udredning for osteoporose, patienter med thyreoidealidelser, patienter med de fleste hjertelidelser, som ikke er omfattet af pakkeforløb, samt de fleste lungemedicinske patienter.
- *Ortopædkirurgi:* Alle patienter henvist til udredning for slidgigt kan røntgenundersøges inden første møde i ambulatoriet. Patienter hen-

vist med skulderlidelser og en del patienter henvist med knælidelser kan henvises direkte til MR-skanning/ultralyd ved visitationen. Patienter henvist med føleforstyrrelser i fingrene kan henvises direkte til neurofysiologisk undersøgelse.

- *Urologi:* Patienter, hvor en del af udredningen er foretaget enten i primærsektoren eller i en anden hospitalsafdeling, fx hvor der allerede er foretaget en CT-skanning, som viser at den videre udredning skal bestå af en renografi eller en cystoskopi. Ved patienter med vandladningsproblemer vil den indledende udredning bestå af udfyldelse af vandladningsskema over en længere periode inden patienten tilses første gang.

Der kan i forbindelse hermed henvises til afgørelse nr. 15POB30 fra det tidligere Patientombuddet ([www.stps.dk](http://www.stps.dk)), hvor Patientombuddet anså et indkaldelsesbrev til en patient, der var henvist på mistanke om Parkinsons sygdom, for at være en tilstrækkelig plan.

Danske Regioner anbefaler på baggrund af ovenstående gennemgang, at det tydeliggøres i bemærkninger til lovforslaget, at det må bero på en konkret faglig vurdering, om der er behov for et personligt fremmøde for at udarbejde en udredningsplan.

### **Monitorering og beregning af udredningsretten**

Lovforslaget er meget teknisk kompliceret. Desto mere kompliceret lovgivningen er, jo sværere er det at sikre en ensartet fortolkning og registrering og dermed brugbar monitorering.

Danske Regioner vil gerne pege på følgende forventede udfordringer i forhold til monitorering:

- Når et udredningsforløb overflyttes til og fra privat regi midt i forløbet er det uklart, hvordan der kan ske den nødvendige kobling af kontakter i Landspatientregisteret, som sikrer en tidsmæssig retvisende gengivelse af forløbet i monitoreringen. Samtidig vil det stadig være regionen, der vil blive vurderet på om privat hospitalerne udreder hurtigt nok.
- Lovforslaget lægger op til, at regionen i hele udredningsperioden skal vurdere om udredningen kan afsluttes inden de 30 dage er gået og, i tilfælde af at man vurderer, at dette ikke kan lade sig gøre,



meddele patienten at denne nu har ret til at få hele eller dele af udredningen gennemført efter udvidet frit sygehusvalg i privat regi. Dette vil være et stort administrativt monitorerings- og opfølgingsarbejde.

- Når behandlingsretten ændres fra differentieret til 30 dage, bliver det ved nogle patienter endnu mere kompliceret at skelne mellem, om de er udrednings- eller behandlingspatienter. Dermed bliver der i høj grad behov for en regional fortolkning ift. de konkrete forløb, hvilket kan medføre forskellig registreringspraksis med tilhørende forskelligheder, der smitter af på monitoreringsresultaterne.

Danske Regioner vil ydermere gerne henvise til evalueringen af udredningsretten fra december 2015, som konkret beskriver de problemer, der har været i forhold til monitoreringen af udredningsretten, og disse problemstillinger håndteres ikke ved nærværende lovforslag.

I forhold til monitorering af patientrettigheden er det vigtigt, at der er fuld klarhed over, hvornår regionen har levet op til dens forpligtelse. Ellers vil en monitorering af hvorvidt regionerne har levet op til loven ikke være meningsfuld.

Det er samtidig vigtigt, at lovforslaget ikke munder ud i et stigende antal registreringer omkring overholdelsen af patientrettigheder, som ikke bidrager til patientbehandlingen.

### **Afklaring af hvornår patienten senest skal gøre brug af det udvidede frie valg**

For såvel udredningsretten som behandlingsretten gælder det, at patienterne frasiger sig retten til udvidet frit sygehusvalg, såfremt de vælger at vente længere end de 30 dage. Patienten kan dog vælge, at vente til den 29. dag med at meddele, at de ønsker at gøre brug af udvidet frit sygehusvalg. Det presser regionens mulighed for at overholde udredningsretten.

Danske Regioner vil derfor anbefale, at regionerne i bemærkningerne til lovforslaget gives mulighed for at fastsætte en tidsgrænse for, hvornår patienten senest skal henvende sig for at blive omvisiteret.

### **Ret til befording**

Der bør i lovforslagets bemærkninger redegøres for, hvilken ret til befordring eller befordringsgodtgørelse en patient har, hvis patienten benytter det udvidede frie sygehusvalg til hurtig udredning.

Danske Regioner anbefaler ud fra en ressourcemæssig betragtning, at patienten selv skal sørge for sin transport og selv betale for den, hvis patienten benytter det udvidede frie sygehusvalg til udredning. Det vil videreføre gældende regler indenfor udvidet frit valg, samt ligestille patienter der skal udredes, og patienter der skal behandles.

### **Faglige årsager**

Danske Regioner ønsker, at det blandt andet i forhold til psykiatrien præciseres, at ventetid som følge af inddragelse af eksterne samarbejdspartnere (kommune, PPR, skole mv.) må betragtes som ”faglige årsager”. Specielt inden for børne- og ungdomspsykiatrien er der en stor inddragelse af eksterne samarbejdspartnere i udredningsforløbet. Ofte vil der i disse forløb også fra patienten og patientens pårørende være ønske om ikke at accelerere et forløb for hurtigt med mange udredningssamtaler indenfor kort tid. Dels er der hensyn til skole, arbejde og fravær herfra, og dels er der hensynet til patientens ressourcer i forhold til at deltage i de mange udredningssamtaler.

Hertil kommer, at der ikke er fagligt belæg for, at alle patienter har gavn af behandling inden for en måned. Mange tilstande er udviklet over måneder og år, og det har ikke konsekvenser for prognosen af sygdommen, om behandlingen iværksættes inden for en eller to måneder. Inden for nogle specialer, fx ortopædkirurgi, kan krav om hurtig behandling ligefrem øge risikoen for overbehandling af patienterne, idet en del symptomer forsvinder af sig selv i løbet af nogen tid.

### **Betydningen af begrebet ”Reel behandling”**

I bemærkningerne til lovforslaget (side 16) er anført, at der skal tilbydes ”reel behandling” inden for en måned. Der fremstår ikke tydeligt, hvad der menes med ’reel behandling’. Der er i lovforslaget alene nævnt et eksempel fra psykiatrien, og der er derfor behov for at få afklaret, hvorledes ”reel behandling” skal forstås på det somatiske område.

### **Diagnostiske undersøgelser**

Danske Regioner finder det hensigtsmæssigt, at relevante diagnostiske undersøgelser foretages via egen læge før henvisning til udredning i sygehusregi. Danske Regioner anbefaler, at det i bemærkningerne til lovforslaget præciseres, at udgangspunktet stadig er, at så meget diagnostik som muligt

skal foregå ved egen læge, inden der sendes en henvisning til udredning på sygehuset.

Side 11

### **Administrative konsekvenser for det offentlige**

Det er Danske Regioners vurdering, at de administrative konsekvenser for regionerne er væsentlig større end bemærkningerne til forslaget giver indtryk af.

Det vurderes, at der særligt vil være et betydelig administrativt ressourceforbrug forbundet med:

- At informere om og implementere ændringerne på alle relevante afdelinger i regionen
- At informere patienterne om deres (ændrede) rettigheder
- At håndtere flere tilbud om omvisiteringer og foretage flere omvisiteringer til privathospitaler
- At udveksle klinisk information mellem de forskelligt involverede sygehuse
- At sikre sammenhængende patientforløb ved flere overgange mellem hospitaler, herunder særligt hvis det fastholdes, at patienterne har ret til at flytte dele af deres forløb.

### **Tidspunkt for lovens ikrafttrædelse**

Det fremgår af bemærkningerne til loven, at med ikrafttrædelse den 1. oktober sikres regionerne en rimelig overgangsperiode fra lovforslagets vedtagelse.

Der skal gøres opmærksom på, at det tager lang tid at opbygge den nødvendige kapacitet og implementere de processer, der skal til for at håndtere lovforslaget. Hvis lovforslaget først vedtages umiddelbart før sommerferien, vil det være vanskeligt for regionerne at kunne leve op til den nye lovgivning pr. 1. oktober.

### **Manglen på speciallæger**

Der må anlægges en helhedsbetragtning på sundhedsvæsenets personalemæssige ressourcer. Langt de fleste læger, som er ansat i det private, arbejder også i det offentlige. Så hvis der flyttes mere aktivitet ud til det private i de specialer, hvor der er speciallægemangel, vil det tilsvarende flytte kapacitet ud fra det offentlige, hvorved den samlede kapacitet ikke vil blive større. Så selvom der tilføres økonomiske ressourcer, vil der være en række specialer, hvor det ikke vil være muligt at øge den samlede kapacitet på kort og mellemlangt sigt. Samtidig kan det medføre en u hensigtsmæssig konkur-

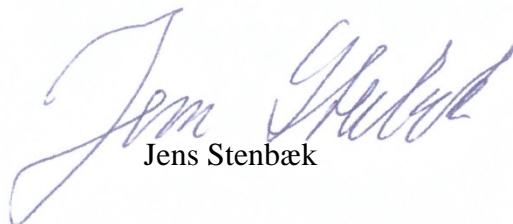
rence om rekruttering og løndannelse mellem regionerne og de private leverandører.

Side 12

Venlig hilsen



Bent Hansen



Jens Stenbæk