

## Ventetider og ledig kapacitet giver behov for øgede rammer til de foreningsejede specialsygehuse

---

### Hvem er vi?

De foreningsejede specialsygehuse bidrager med et helt unikt tværfagligt behandlingstilbud til patienter med progredierende kroniske lidelser (som muskelsvind, sclerose, muskel- og skeletsygdom, epilepsi, polio, rygmarvsskader samt svære fysiske handicap efter ulykke og hjerneskade). Disse patienter kræver en særlig indsats i form af rehabilitering, vedligeholdelsestræning og rådgivning - tilbud der ikke findes i det øvrige sundhedsvæsen.

Specialsygehuse drives af en række foreninger og fonde på grundlag af sundhedslovens § 79, stk. 2. og er omfattet af det frie sygehusvalg. Folketinget har siden starten af 1990'erne givet en årlig driftsbevilling hertil. Behandlingen sker på baggrund af en lægelig henvisning til og en lægelig visitation på specialsygehuset.

Behandlingsstedernes fritvalgsrammer dækker langt fra det antal henvisninger, som de modtager fra sygehuse, speciallæger samt praktiserende læger, hvilket fører til lange ventelister og afvisninger. Dette er på trods af ledig kapacitet på centrene og et stigende behov for specialiserede behandlingstilbud til et stigende antal kronikere.

### Vores problem

- Antallet af patienter, som henvises til specialsygehuse, er i de senere år steget. Imidlertid indebærer fritvalgsrammen begrænsning på antallet af patienterne, som specialsygehuse kan behandle. Rammen har været uændret siden 2002.
- Derfor har de fleste af sygehuse mange patienter, der står på venteliste i månedsvis eller bliver afvist, selvom specialsygehuse faktisk har ledig kapacitet. Den seneste opgørelse viser, at den gennemsnitlige ventetid for en behandling på specialsygehuse er steget fra omkring 6,6 måneder i 2010 til 8,5 måneder i 2012 på trods af den uudnyttede kapacitet, jf. bilag 1.
- Dette er på trods af, at der i Danmark kommer ca. 3.000 nye tilfælde af epilepsi, ca. 700 nye tilfælde af sklerose, ca. 5000 nye tilfælde af leddegigt (som ikke er den eneste form for gigt, der behandles på Sano), derudover kommer der 20.000 nye tilfælde af erhvervet hjerneskade (eksklusiv TCI/midlertidig iltmangel i hjernen som følge af f.eks. blodprop) hvert år.
- De lange ventelister skyldes ikke at samme person kan stå på ventelisten flere gange. Det sørger patientjournalssystemerne for. Derudover er henvisningskriterierne skærpet således, at genhenviste patienter har sværere ved at få plads. Genhenvisninger kan kun ske i særlige tilfælde. Antallet af genhenvisninger er endda faldet de seneste år for flere af institutionerne.
- Mennesker med kroniske progredierende sygdomme kan vente, men deres sygdom forværres i venteperioden og patienterne har ikke noget reelt alternativ, da specialsygehuses ydelser ikke findes andre steder i sundhedsvæsenet, hverken regionalt/lokalt eller offentligt/privat er omfattet af det frie sygehusvalg. De foreningsejede sygehuse har derfor flere initiativer, som kan hjælpe patienterne, mens de venter. Derudover er der skærpede henvisningskriterier med til at fokusere behandlingen på de patienter, som har aller mest brug for den tværfaglige rehabilitering. Alle patienter henvises af en læge, som henviser færdigudredte patienter<sup>1</sup>. Så alle patienter har forud for henvisningen en lægefaglig vurdering af, at tværfaglig rehabilitering er nødvendig.

---

<sup>1</sup> Dette gælder ikke for Filadelfia, idet de også udreder patienterne.

- De specialsygehuse, som behandler akutte patienter er nødsaget til at afvise patienter, som faktisk har brug for et specialiseret tilbud.
- Den stigende ventetid har også betydet, at flere er selvbetalende eller forsikringsbetalende. Det er dog kun få procent, der har mulighed for dette. Herved øges uligheden, hvilket hverken er ønskeligt eller hensigtsmæssigt.
- Mulighederne for at tilbyde mennesker med komplicerede progredierende kroniske sygdomme behandling er dermed slet ikke fulgt med udviklingen i behovene eller udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen, hvor de regionale budgetter er steget med 35 procent fra 2007.<sup>i</sup>
- De foreningsejede specialsygehuse har ikke, som det øvrige sundhedsvæsen, haft en realvækst i de økonomiske rammer over de seneste år. Dette betyder, at al forskning, udvikling af nye behandlingstilbud, indførelse af nye administrative opgaver mv. har skullet holdes inden for de eksisterende rammer. Dette er ikke muligt fremover, uden at det går ud over behandlingskvaliteten.
- Specialsygehusernes uændrede ramme dækker alene den helt basale drift og ikke anlægsudgifter i form af bygningsrenovering, nybyggeri og anskaffelser af nyt behandlingsudstyr. Derfor har de foreningsejede specialsygehuse et vedligeholdelsesmæssigt efterslæb.

## Vores forslag til løsning af problemerne

- Frit-valgsrammerne til de fonds- og foreningsejede specialsygehuse skal øges med i alt +100mill. kr., så flere patienter kan behandles. Disse midler vil føre til, at næsten 4000 patienter, som har brug for tværfaglig rehabilitering, vil kunne få den relevante og nødvendige behandling.

## Bilag 1

Ventetid på behandling (mdr) fordelt på diagnoser

	2010	2011	2012
Epilepsi og tilgrænsende lidelser, erhvervet hjerneskade, neurofysiologi og søvnbehandling *	0-3	0-3	0-4
Polio, Trafik- og ulykkesskader**	6-8	6-8	8-10
Neuromuskulæresygdomme (muskelsvind)	3	4	6
ALS***	1	1	1
Hjerneskade****	0	0	0
Leddegigt, rygsygdomme, artrose	8	9	10
Apopleksi, kranietraumer, tilgrænsende diagnoser (hjernetumorer, anoxi, infektionstilstande)	8	10	12
Sclerose	19	19	21
Simpelt gennemsnit	6,6	7,2	8,5

Note: \* Underlagt udredningsret og behandlingsgaranti og begge overholdes (pt. 1-3 uger). \*\*PTU har også en akutliste fra traumecentre. \*\*\* akut behandling er nødvendig. \*\*\*\* Afviser ¾ af henviste, idet akut behandling er nødvendig.

<sup>i</sup> 2007 er de tidligste oplysninger tilgængelige. Kilde: Danmarks Statistiks Statistikbanken, BUDR32.