

**Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse**

Enhed: Sygehuspolitik

Dato: 27. januar 2015

**TALEPAPIR**

*Det talte ord gælder*

**Besvarelse af samrådsspørgsmål F, G, H og I (talepapir)**

Tak til spørgeren for de 4 samrådsspørgsmål om udredningsretten, som jo et stort og vigtigt område, der ligger regeringen meget på sinde. Vi vedtog udredningsretten som noget af det første, da vi kom i regering. Og selvom spørgeren og hendes parti stemte imod dengang, har jeg indtryk af, at det også ligger spørgeren oprigtigt på sinde.

Jeg vil besvare de fire spørgsmål samlet.

**Besvarelse af samrådsspørgsmål F:**

*[Ministeren bedes redegøre for, hvorfor regeringen ikke agter at foretage sig noget på baggrund af de officielle tal fra Statens Serum Institut, der viser, at mere end hver tredje patient ikke bliver udredt til tiden, som ellers lovet af regeringen?]*

Det var et stort fremskridt for de danske sygehuspatienter, da vi indførte udredningsretten 1. september forrige år. Der er tale om en stærk og unik rettighed for patienten på et område, der tidligere stort set har været overset i sundhedslovgivningen.

Udredningsretten indebærer – som bekendt – at regionen skal give patienten et tilbud om at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis det ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten inden for samme tidsfrist have en plan for udredningen – en udredningsplan.

Hvis regionen ikke selv har kapacitet til at udrede patienten inden for 30 dage, har regionen pligt til at søge andre muligheder - fx andre regioners sygehuse eller private klinikker og sygehuse.

Udredningsretten er altså en *ret* for patienten – og en *pligt* for regionen.

Det er regionen, der har ansvaret for at 'holde hånd i hanke' med det samlede udredningsforløb for patienten. Det vil sige holde styr på alle prøvesvar, undersøgelser osv. sådan, at patienten inden for 30 dage kan få be- eller afkræftet en sygdom. Og få igangsat eventuel behandling. Det siger sig selv, at for den enkelte borger og patient kan det være uoverskueligt, selv at skulle holde styr på alt det.

Når man indfører en ny patientret som udredningsretten, er det naturligvis vigtigt at sikre en monitorering, så vi overordnet kan følge udviklingen, og som kan understøtte og give mulighed for at identificere bedste praksis på sygehusene og i regionerne.

Regeringen og Danske Regioner var i forbindelse med økonomiaftalen for 2013 enige om at etablere en monitoreringsmodel for udredningsretten.

Monitoreringsmodellen, som baserer sig på Landspatientregisteret (LPR), kom endeligt på plads i foråret 2014, og regionerne påbegyndte registrering 1. april 2014. De første data fra monitoreringsmodellen blev offentliggjort medio september 2014 og dækker 2. kvartal 2014, dvs. perioden fra 1. april til 30. juni 2014. I forbindelse med offentliggørelsen fik udvalget oversendt en orientering.

Tallene for 3. kvartal 2014, dvs. perioden 1. juli til 30. september 2014, blev offentliggjort 12. december 2014. Også her fik udvalget oversendt en orientering.

I 2. kvartal 2014 er der registreret ca. 44.000 udredningsforløb i modellen. I 3. kvartal er der registreret ca. 65.000 udredningsforløb. Regionerne er således blevet lidt bedre til registreringen, men det er stadig meget små tal i forhold til det samlede antal patienter.

Hvert kvartal er der ca. 500.000 unikke ambulante patienter i sygehusvæsenet. Men det er jo ikke alle patienter, der henvises til sygehuset, som er udredningspatienter. For at få antallet af udredningspatienter skal fratrækkes:

- patienter i kræft og hjertepakker
- patienter i behandlingsforløb
- patienter i kontrolforløb
- patienter som møder op til screening

Vi kender ikke det eksakte tal for udredningspatienter. Et forsigtigt bud vil være mellem 150.000 og 250.000 patienter pr. kvartal.

Lad mig sige det, så ingen kan misforstå det:

Registreringsniveauet fra regionernes side er på ingen måde godt nok endnu.

Der er registreret alt for lidt og alt for uensartet i regionerne.

Det er jeg ikke tilfreds med. Jeg har drøftet det med regionerne og sagt, at det skal de tage fat på.

Hvad viser tallene så? Ser man på tallene for de registreringer, der *har* fundet sted, så viser det sig, at det for 2. kvartal kun er ca. 65 pct. af de patienter, der bliver henvist til et sygehus, som bliver udredt inden for 30 dage. For 3. kvartal er tallet ca. 60 pct. Det er slet ikke tilfredsstillende i forhold til den ambition, vi har om, at patienterne skal have hurtigere udredning.

Vi skal naturligvis være opmærksomme på, at udredningsretten ikke skal sikre, at alle patienter udredes inden for 30 dage.

Der vil altid være patienter, som har så komplekse lidelser, at de af faglige årsager ikke kan udredes inden for 30 dage. Og som derfor skal have en udredningsplan.

Der vil også altid være patienter, der selv vælger at vente længere. Fx fordi de ønsker at blive udredt på et bestemt sygehus – typisk det sygehus, som deres egen læge har henvist dem til. Også selvom det sygehus ikke kan udrede dem inden for 30 dage.

Samlet set er der altså følgende fire grupper af patienter:

- 1) Den første gruppe er de patienter, der faktisk udredes inden for 30 dage.
- 2) Den anden gruppe er de patienter, der ikke udredes inden for 30 dage, fordi det ikke er fagligt muligt.
- 3) Den tredje gruppe er de patienter, der selv vælger at vente længere end 30 dage, fx fordi de som nævnt ønsker at blive udredt på det lokale sygehus.

- 4) Og endelig er der den fjerde gruppe, hvor regionen ikke lever op til sin pligt og forsømmer at tilbyde udredning inden for 30 dage.

Den gruppe, som vi kender omfanget af – med forbehold for den ringe grad af registrering – er gruppe 1, dvs. de patienter, der udredes inden for 30 dage. Det er den gruppe, der tæller de ca. 65 procent for 2. kvartal og ca. 60 pct. for 3. kvartal.

Regionerne vurderer, at en stor del af de patienter, som får at vide, at de ikke kan blive udredt inden for 30 dage på det sygehus, de er henvist til, alligevel vælger at blive udredt på det pågældende sygehus. Men præcis hvor stor en del af de resterende 35 pct. – ca. 40 pct. for 3. kvartal – gruppe 2 og 3 udgør, ved regionerne reelt ikke.

Målet er selvsagt, at de tre første grupper skal omfatte 100 procent af patienterne, og der er regionerne slet, slet ikke endnu.

Det er baggrunden for, at jeg i oktober enkeltvis indkaldte de fem regionsformænd til møde med mig i ministeriet, for at de kunne redegøre for årsagen til den ringe registrering, og for hvilke initiativer, de har sat i gang for at leve op til den pligt, regionerne har i forhold til at sikre borgernes udredningsret. Jeg har også drøftet sagen med Danske Regioners formandskab i begyndelsen af november.

Mit indtryk fra møderne er, at de arbejder målrettet på at sikre patienterne en hurtig udredning. De har iværksat en række tiltag for at efterleve udredningsretten – både inden 1. september forrige år og efter.

Men regionerne erkender også, at der til trods for indsatsen fortsat er områder, hvor det p.t. ikke er muligt at give patienterne et tilbud om hurtig udredning. Og at der derfor er behov for at investere ekstra kræfter i at komme disse flaskehalse til livs.

Lad mig overfor sundhedsudvalget give en kort redegørelse for nogle af de tiltag, de fem regioner hver især har taget – og som de fremadrettet vil tage.

Region Hovedstaden oplyser, at regionen har taget følgende initiativer:

- Etableret udbudsaftaler med private samarbejdsklinikker,
- Udarbejdet aftaler om flytning og viderevisitering af patienter mellem regionens hospitaler,
- Og arbejdet med kapacitetsudvidelser, effektiviseringer, opgaveglidning m.v. på de enkelte hospitaler.

Region Hovedstaden oplyser desuden, at de går i gang med følgende initiativer:

- Bedre samarbejde om henvisning fra praktiserende læger (fx ift. at patienten er tilstrækkelig udredt inden viderehenvisning til hospitalet),
- bedre udnyttelse af kapacitet på regionens egne hospitaler,
- bedre udnyttelse af privat kapacitet,
- Og fokus på bedre registreringspraksis.

Region Sjælland oplyser, at de bl.a. har taget følgende initiativer:

- Regionen ombooker patienterne, hvis udredningstiden er længere end 30 dage på det sygehus, patienten er henvist til. Så vidt muligt ringer man op til patienten og giver et hurtigere tilbud, hvis de i forbindelse med den oprindelige henvisning hos egen læge har ønsket at komme på et

bestemt sygehus, og dette sygehus aktuelt viser sig at have lang ventetid.

- Aftaler med private klinikker.

Derudover planlægger Region Sjælland følgende:

- At skabe bedre kapacitetsudnyttelse, herunder også yderligere inddragelse af privat kapacitet
- Og fokus på bedre registreringspraksis.

Region Syddanmark har taget følgende initiativer:

- Regionen har indført en bonusordning, som belønner sygehusene for at indkalde til første undersøgelse inden 14 dage.
- Regionen har øremærket midler til pukkelafvikling vha. ekstra finansiering i 2014.

Derudover planlægger Region Syddanmark bl.a. følgende:

- Styrket opfølgning– vha. journalaudits – på, om patienter bliver udredt inden for 30 dage.
- Derudover planlægger de øget fokus på bedre registreringspraksis.

Region Midtjylland har taget følgende initiativer:

- Regionen har afsat midler til pukkelafvikling,
- Inddraget privat kapacitet
- Og så har en igangværende Deloitte-analyse vedr. kapacitetsanvendelse nogle konkrete anbefalinger vedr. bedre kapacitetsudnyttelse på flere af regionens sygehuse.
- Kapacitetssøgende indsatser inden for en række specialer (urologi, reumatologi, kardiologi),
- Og patientinddragelse ift. at sikre optimale patientforløb

Derudover planlægger Region Midtjylland bl.a. følgende:

- At optimerere kontrolforløb,
- At skabe bedre koordinering med almen praksis,
- Og at sikre bedre monitorering.

Region Nordjylland oplyser, at de eksempelvis har taget følgende initiativer:

- De har afsat midler til pukkelafvikling,
- Igangsat meraktivitetsprojekter
- Og indgået aftaler med private aktører.

Derudover planlægger Region Nordjylland bl.a. følgende fremadrettet:

- Bedre fokus på kapacitetsanvendelse,
- Og bedre overvågning ift. kapacitetsudnyttelse (regionen har eksempelvis i november igangsat et bedre overvågningssystem, så der på tværs af regionens sygehuse (og de private sygehuse der er indgået aftale med) er daglige, løbende opdateringer af kapacitet).

Det er initiativer, der først nu er sat i gang, og som derfor skal have tid til at virke.

Mit indtryk af møderne med regionerne er, at udredningsretten er et prioriteret område i regionerne, og at der trods problemerne er et reelt politisk fokus på at sikre, at udredningsretten efterlevs. Fordi det følger af loven, at de skal leve op til deres pligt, men også fordi regionerne faktisk gerne vil yde deres borgere ordentlig service.

I forlængelse heraf kan nævnes, at vi i juli ændrede den gældende vejledning på området for at skærpe regionernes informationsindsats over for patienterne. Det fremgår nu af vejledningen, at regionen – i de tilfælde, hvor det sygehus, som patienten er henvist til, ikke kan udrede patienten inden for 30



dage – skal informere patienten om, *hvilket* sygehus, der kan udrede patienten inden for fristen, samt *hvor* patienten skal tage kontakt, hvis patienten ønsker at blive henvist til det pågældende sygehus, hvis dette ikke allerede er sket.

Udover den allerede aftalte evaluering med regionerne har jeg i sinde at følge sagen tæt, og fortsætte min samtale med de enkelte regionsformænd for at følge op på udbyttet af de søsatte og påtænkte initiativer.

Et af de områder, som jeg påtænker at følge tæt – bl.a. i mine samtaler med regionsrådsformændene – er, at regionerne skal sikre en bedre registreringspraksis og kapacitetsanvendelse både i regionerne internt og på tværs.

Det er også vigtigt at få klarhed over omfanget af den gruppe af patienter, der selv vælger at vente længere end 30 dage. I økonomiaftalen for 2015 fremgår, at regionerne som led i monitoreringen af udredningsretten skal supplere med opgørelser over patienter, der gennem deres frie valg af sygehus selv vælger en længere udredningsperiode [*patientgruppe 3*]. De supplerende redegørelser fra regionerne offentliggøres sammen med de nationale monitoreringsdata.

Jeg forventer, at regionerne fremadrettet vil have øget fokus på efterlevelsen af patienternes udredningsret og som led heri sikrer bedre registreringspraksis og på at redegøre for omfanget af den gruppe af patienter, som monitoreringsmodellen p.t. ikke registrerer, dvs. hvor patienten selv vælger at vente længere end 30 dage på udredning.

---oOo---

Jeg vil nu gå videre til besvarelse af samrådsspørgsmål G, som omhandler regionernes inddragelse af privat kapacitet.

**Besvarelse af samrådsspørgsmål G:**

*[Ministeren bedes redegøre for, hvorvidt regionerne efter ministerens opfattelse inddrager privat kapacitet i tilstrækkelig omfang i de situationer, hvor det er nødvendigt for at kunne sikre hurtig udredning?]*

Udredningsretten er sådan skruet sammen, at regionen skal sikre, at patienten får et tilbud om at blive udredt inden for 30 dage. Hvis regionen ikke selv har kapacitet til at udrede patienten inden for 30 dage, er det regionens pligt at søge andre muligheder - fx andre regioners sygehuse eller private klinikker og sygehuse.

Regionerne er således forpligtet til at bruge den ledige kapacitet på private klinikker og hospitaler, hvis det offentlige sundhedsvæsen ikke har kapacitet til at udrede patienten inden for 30 dage.

Danske Regioner har oplyst, at regionernes anvendelse af private leverandører i forhold til udredning og behandling er steget med 10 procent det seneste år (fra 1. halvår 2013 til 1. halvår 2014), som følge af anvendelse af private klinikker og hospitaler i regionernes efterlevelse af retten til hurtig udredning.

Et eksempel herpå er, at private leverandører nu står for hver tiende MR-scanning og et stærk voksende antal CT- og ultralydsscanninger.

Disse oplysninger fremgår af den udtalelse fra Danske Regioner om regionernes brug af private aktører til at sikre hurtig

udredning, som jeg den 1. oktober 2014 har oversendt til udvalget i forbindelse med besvarelse af udvalgets spørgsmål 1020.

Regionerne har aktuelt indgået aftale med 89 private leverandører inden for 20 forskellige specialer, og Danske Regioner har indledt forhandlinger med Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker om aftaler indenfor: Kirurgi og hjertesygdomme. Og arbejder på at indgå nye aftaler ift.: Demens, allergi, astma, lungesygdomme, mave/tarmsygdomme og hudsygdomme.

Regionerne har desuden aftalt, at de løbende meddeler Danske Regioner, inden for hvilke specialer, regionerne har behov for at trække på privat kapacitet.

Regionerne benytter sig altså i stigende grad af privat kapacitet, hvor der ikke er kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen. Det er også det indtryk, jeg har fået på mine møder med regionerne.

Herudover er der også en række regioner, der selv har indgået aftaler med private leverandører – eller har planer om det. Det fremgår også af det svar på spørgsmål 1020, der er sendt til udvalget.

Men hvis det viser sig, at der er ledig privat kapacitet på et område, hvor der er kapacitetsproblemer i det offentlige, og regionerne ikke anvender den, så er det ikke i orden, og så vil jeg tage det op i mine videre drøftelser med regionerne. Privat kapacitetsudnyttelse gennem anvendelsen af udbudsftaler vil generelt være et af de områder, som vil indgå i evalueringen af udredningsretten.

Men det er også vigtigt at være opmærksom på, at regionernes benyttelse af privat kapacitet selvfølgelig kræver, at der er ledig privat kapacitet inden for det relevante speciale eller fagområde. Og det er altså ikke alle områder, hvor det er tilfældet.

Tilsvarende er der også nogle udredningsforløb, der er så komplicerede, at privatsygehuse ikke kan tilbyde alle relevante undersøgelser.

---oOo---

Det leder mig naturligt videre til besvarelse af spørgsmål H.

**Samrådsspørgsmål H:**

*[Ministeren bedes redegøre for, hvorfor regeringen ikke ønsker at give patienterne en reel udredningsret, hvor patienternes sikres udvidede valgmuligheder, hvis det på regionernes sygehuse ikke er muligt at udrede sygehuspatienterne inden for 30 dage, hvor det er fagligt muligt?]*

Regeringen ønsker ikke at indføre en udredningsret, hvor patienten *selv* står med ansvaret for sit udredningsforløb, og hvor patienten *selv* står og skal finde et privat alternativ, hvis regionen ikke har kapacitet til at udrede patienten inden for 30 dage. Hele formålet med udredningsretten er jo netop at gøre det mere trygt for patienterne, som i situationen har nok at gøre med at skulle forholde sig til sin sygdom.

Overordnet set handler det om, hvorvidt man – som regeringen mener – ønsker, at det er fællesskabet, der sikrer, at alle får en reel udredningsret, eller om det – som Venstre ønsker det – er

den enkelte, der selv er ansvarlig for at finde et relevant udredningstilbud og holde styr på sit udredningsforløb.

Lad mig uddybe.

For det *første* vil forslaget om at lade det være op til patienterne selv at holde hånd i hanke med deres udredning ikke nødvendigvis sikre, at patienten får et reelt tilbud og en service, der sikrer, at patienten bliver udredt. Det er nemlig, som nævnt, ikke alle områder eller specialer, hvor der er privat kapacitet.

For det *andet* er regionerne allerede forpligtet til at inddrage privat kapacitet og gør det i stigende omfang, som jeg også har redegjort for.

For det *tredje* fralægger man sig muligheden for at kunne udvikle den offentlige sundhedssektor, hvis man lader det være op til de private på hvilke områder, de ønsker at bidrage med udredningskapacitet.

Hvis man vil et stærkt fælles sundhedsvæsen – og det vil både regeringen og de fleste danskere – så skal vi holde fast i, at patienterne skal have det bedste tilbud og ikke selv skal være ansvarlige for deres eget udredningsforløb. Det vil ikke mindst ramme patienter, der har svært ved at overskue eller ikke har ressourcerne til at tilrettelægge et – ofte kompliceret – udredningsforløb.

Og det ønsker regeringen ikke. Regeringen ønsker at holde fast i, at det er regionens ansvar at holde styr på patientens samlede udredningsforløb. Som jeg slog fast i min indledning: Hurtig udredning er borgerens ret – og regionernes pligt. Det handler om at give patienterne et tilbud om at blive udredt – ikke kun en mulighed for at vælge.

Med Venstres forslag risikerer vi, at patienten bliver en kasterbold mellem forskellige afdelinger og hospitaler, og at patienten selv får ansvaret for "at finde hoved og hale" i udredningsforløbet.

Venstres forslag om at give mulighed for at vælge privat er med andre ord en hul rettighed for den enkelte patient. Det synes i højere grad at sigte på privathospitalernes interesser end på patienternes interesser.

---oOo---

Så er der til sidst samrådsspørgsmål I.

*[Ministeren bedes redegøre for, hvorvidt regeringen agter at tage nogle initiativer på baggrund af de nye tal fra Statens Serum Institut, der viser, at hele 72 procent af patienterne slet ikke får en såkaldt udredningsplan eller får den for sent, når det ikke er fagligt muligt at udrede patienten inden for 30 dage. I Region Hovedstaden er det hele 94 procent af patienterne, der ikke står med en udredningsplan inden for tidsfristen.]*

Det kan jeg godt forstå, at spørger gerne vil vide. For hvis dette var tilfældet, ville det jo være dybt problematisk.

Men det er ikke korrekt, at de offentliggjorte tal fra Statens Serum Institut [2. kvartals-tal] viser, at 72 procent af patienterne ikke får en udredningsplan eller får den for sent, når det ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage. Tallet, der henvises til i samrådsspørgsmål "I", er en "forsøgsindikator", der ikke er brugbar i den sammenhæng og som derfor heller ikke indgår i modellen.

”Forsøgsindikatoren” fremgik heller ikke af den skitsemonitoreringsmodel, som udvalget fik oversendt tilbage i marts sidste år.

For at få et samlet overblik over de patienter, der har en udredningstid længere end 30 dage skrev Ministeriet også i ”Faktaarket for monitoreringen af udredningsretten i somatikken 2. kvartal 2014” på side 6 og jeg citerer:

*”Monitoreringsmodellen, som der danner grundlaget for den generelle monitorering, indeholder ikke årsagsforklaringer ift. udredningsforløb, der overstiger 1 måned. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er i dialog med Danske Regioner om, hvordan denne særlige problemstilling fremadrettet kan løses, gennem fx lokale audits, stikprøvekontroller og øvrige analyser.”*

### **[Afslutning]**

Til afslutning vil jeg gerne understrege:

Vi må og skal holde fast i, at udredningsretten er en unik patientret og et kæmpe fremskridt for patienterne – selvom der stadig er udfordringer på enkelte områder – da hurtig udredning jo er helt afgørende for samlet at sikre patienten et godt behandlingsforløb.

Man kan spørge sig selv: ”Hvor meget er min behandlingsret værd, indtil jeg ved, hvad jeg fejler?”

- Vi skal fastholde, at det er regionernes ansvar at sikre patienterne hurtig udredning. At det er regionerne, der har ansvaret for patientens samlede udredningsforløb. At vi ikke

efterlader den enkelte patient alene med ansvaret for at få sin egen sygdom udredt.

- Det er soleklart, at regionerne ikke er i mål med at leve op til deres pligt i forhold til at sikre hurtig udredning. Det er godt – det er helt nødvendigt – at der er taget initiativer i regionerne. Men vi vil fra regeringen følge sagen tæt og nærer ingen illusioner om, at problemet er løst.
- Regeringen og jeg har stort fokus på området som mine møder med de 5 regionsrådsformænd dokumenterer. Og vil som nævnt evaluere udredningsretten.

Jeg ser frem til en god debat. Tak for ordet.