

Sundheds- og Ældreministeriet  
Fuldmægtig Mie Kathrine Damgård Petersen  
Holbergsgade 6  
1057 København K

22. august 2016

## **Hørings svar vedr. ”Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.” og ”Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter”**

Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Sundhed Danmark, har den 1. juni 2016 modtaget udkast til bekendtgørelser og vejledning. Der indsendes samlet høringssvar på begge nedenfor.

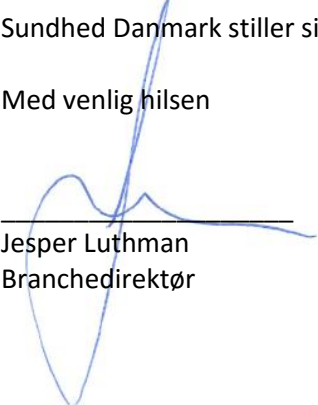
Sundhed Danmark skal som brancheforening sikre, at private aktører på sundhedsområdet bliver en mere integreret del af et samlet sundhedsvæsen, ved et tæt offentlig-privat samarbejde på tværs af alle niveauer. Derfor er fokus på både patientens rettigheder og den generelle kvalitet af det sundhedstilbud, vi tilbyder danskerne – herunder hvor længe patienterne skal vente på udredning og behandling, vigtigt for os.

Sundhed Danmark ønsker at henlede opmærksomheden på nogle overordnede punkter, som giver anledning til bekymring på vegne af de private aktører.

- At det sikres, at de private hospitaler får mulighed for, på samme vilkår som de offentlige sygehuse, at indkalde digitalt, så den angivne frist kan efterkommes.
- At Ministeren fremad:
  - indsamler data på, hvor mange patienter, der ser en læge ved deres første besøg til hhv. udredning og behandling
  - beder regionerne lave stikprøver på udvalgte patienter for at sikre, at der ikke ’underbehandles’ og på afsluttede patienter, så ikke patienterne falder ud af behandlingssystemet af forkerte årsager
  - indsamler faktiske tal på antal patienter på ventelister, så dette kan supplere viden om ventetid i uger, så det samlede billede kan opnås
- At fertilitetsområdet og rehabiliteringsområdet inkluderes i det udvidede frie sygehusvalg og
- At der opstilles realistiske svartider på de enkelte prøvesvar, så patienten har muligheden for at kende de realistiske svartider. Og dermed har muligheden for at bruge sin ret til udvidet frit sygehusvalg.

Sundhed Danmark stiller sig meget gerne til rådighed for uddybning af ovennævnte.

Med venlig hilsen

  
Jesper Luthman  
Branchedirektør

## Generelt

De danske privathospitaler og klinikker havde i 2015 næsten 129.000 patienter til udredning eller behandling. I 2015 ser det ud til, at op mod 2/3 af alle besøg kommer via lokale aftaler, indgået mellem regionerne og de enkelte hospitaler. Det er en positiv udvikling, der er et skulderklap til den private sektor, der ønsker at være en del af en fælles løsning i et samlet danske sundhedsvæsen. Alligevel fylder de private hospitaler og klinikker kun 1-2 pct. af den samlede omsætning på sygehusområdet.

Sundhed Danmark har støttet Regeringens intention og arbejde for at sikre alle danskere en reel ret til hurtig udredning og behandling. I den bedste verden så regionerne det som en helt naturlig del af arbejdet, at der var et tæt samarbejde med private på alle områder, hvor intentionen om hurtig udredning er tilstede. Sådan er det ikke. Derfor arbejder Sundhed Danmark både for at sikre endnu bedre aftaler og samarbejder med Danske Regioner og de fem regioner og på at sikre, at patienten ikke bliver en brik i et spil om hvem, der skal levere sundhedsydelsen – men at patienten både kan forvente samme tilbud i hele landet og en klar og forståelig kommunikation af samme rettigheder.

Sundhed Danmark vil i den forbindelse gerne kvittere for et godt og konstruktivt samarbejde om udarbejdelse af principperne for god patientkommunikation, som Ministeren sammen med Danske Patienter, de fem regioner og os har udarbejdet. Det er nu vigtigt, at det arbejde følges helt til dørs, så der samles op inden årets udgang på, hvordan de er blevet implementeret.

## Vedr. bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.

### Kapitel 3 - Information

#### §12

Kravet om 8 hverdage er fornuftigt, men da private ikke kan sende digital post direkte til patienten uden at indhente samtykke, vil de nye rammer for Post Danmark næsten umuliggøre, at indkaldelsen kan nå frem til tiden.

Derudover har patienten en klar forventning til, at sundhedsvæsenet taler sammen. Det betyder konkret, at der udover samme form for indkaldelse, også kan udveksles data mellem offentlige og private og private imellem. Systemerne er der ift. koblingen til sundhed.dk, men der er ikke adgang.

**Derfor anbefaler Sundhed Danmark, at Ministeren ifb. med vedtagelsen af bekendtgørelsen sikrer, at de private hospitaler får mulighed for, på samme vilkår som de offentlige sygehuse, at indkalde digitalt, så fristen kan efterkommes.**

Alternativt vil vi som brancheorganisation være nødsaget til at forvente, at regionen afholder de øgede omkostninger til porto for anbefalede breve, der kan nå frem til tiden.

### Kapitel 4 – diagnostiske undersøgelser, udredning og ret til at vælge sygehus m.v.

#### §19

Som det også fremgår af udkast til "Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter" (stk. 3.7), så er den klare intention med ventetidsgarantierne, at der ikke blot gives et tilbud om udredning eller behandling – men, at det er et reelt tilbud.

Specielt i psykiatrien oplever vi, at patienter:

- 1) Reelt ikke udredes i visitationsenheden, men blot visiteres til behandling på baggrund af henvisningen fra egen læge. Ministeriet har tidligere opgjort, at hele 92 pct. af alle psykiatriske

patienter i Region Hovedstadens Psykiatri visiteres inden for 30 dage. Men det sker i en enhed bestående af sundhedspersonale, hvor det ikke er en læge, patienten ser. Dermed 'forsvinder' de fra ventelisten til udredning.

- 2) Visiteres til et ikke-lægelige forløb – fx gruppeforløb hos en terapeut, mens de venter på at komme til en psykiater. Som eksemplet i boks 6 viser, kan det sagtens være en korrekt proces – men vi oplever i højere grad, at det bruges til at holde patienterne 'i gang', så de ikke bliver omfattet af ventetidsgarantierne. Fx en patient med angst, der henvises til et gruppeforløb er ikke hensigtsmæssigt for den enkelte, der kan være social angst. Og konsekvensen kan desværre være, at patienter henvist her udebliver – bl.a. pga. deres angst – og dermed afsluttes uden videre. Dermed 'forsvinder' de fra ventelisten til behandling.
- 3) Udelukkende må behandles for den diagnose, de er henvist på – fx angst. Men at der fx kan foreligge en skizofreni-diagnose, der ikke må behandles. Vores oplevelse er, at man i regionen ved, at det er meget mere bekosteligt – og derfor tillader man kun behandling af den umiddelbare henvisning.

Der er ligeledes eksempler fra udredning af rygpatienter, hvor patienten ikke har set en læge - eller tror, de har set en læge. Men reelt er de udredt, diagnosticeret og har fået en plan af anden faggruppe – fx sygeplejersker.

Ovenstående eksempler illustrerer, at trods en intention om reel behandling, kan det omgås i det daglige. Og overfor patientgrupper, der ikke formår at sige fra.

#### **Det anbefales, at Ministeren fremad:**

- **indsamler data på, hvor mange patienter, der ser en læge ved deres første besøg til hhv. udredning og behandling**
- **beder regionerne lave stikprøver på udvalgte patienter for at sikre, at der ikke 'under-behandles' og på afsluttede patienter, så ikke patienterne falder ud af behandlingssystemet af forkerte årsager**
- **indsamler faktiske tal på antal patienter på ventelister, så dette kan supplere viden om ventetid i uger, så det samlede billede kan opnås**

#### §21

I dag indskærper bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v, at der er områder, der ikke er dækket af det udvidede frie sygehusvalg. Det drejer sig konkret om organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, herunder refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation og rekreations- og rehabiliteringsophold.

I dag er der lange ventelister på fertilitetsbehandlingen, så mange er overladt til enten at undvære børn eller selv finansiere den store omkostning, det er. Dermed har man skabt en stor ulighed i sundhed ift. det at få børn. Hvis du ikke har pengepungen, må du vente. Konkret er konsekvensen, at flere kunne have fået børn – men fravælger pga. ventetid og for stor egenbetaling. Det er ikke i overensstemmelse med grundsætningen i lovforslaget, der siger, at alle skal behandles lige uanset pengepung. Der er i dag private tilbud på området. Så den eneste årsag til at ekskludere må være økonomi. Og i en tid, hvor der ikke fødes nok børn virker det ikke hensigtsmæssigt.

Ligeledes er rekreations- og rehabiliteringsophold undtaget. Danske Regioners forståelse er formuleringen er, at dette omfatter en bredere vifte af ydelser end blot ophold på fx rekonvalenscentrum, som er formuleringen i udkastet til patientpublikationen "Når du er henvist til sygehus". Det omfatter, ifølge Danske Regioner, hele rehabiliteringsområdet. Det betyder konkret, at ydelser på offentlige afdelinger til fx

behandling af blodprop i hjernen undtages – alt andet end den indledende livreddende indsats. Men øvrige dele af behandlingsforløbet helt frem til udskrivning til eget hjem eller kommunen bliver betegnet som rehabilitering. Til trods for, at de offentlige afdelinger ikke ser det på samme vis. Så der er ikke fuld enighed om, hvor rehabiliteringen starter og slutter.

**Sundhed Danmark anbefaler derfor, at:**

- **fertilitetsområdet inkluderes i det udvidede frie sygehusvalg og**
- **at rehabiliteringsområdet – forstået som alle tilbud, der foregår på sygehuset eller med sygehuset som faglig ansvarlig, inkluderes i det udvidede frie sygehusvalg. Og at undtagelsen udelukkende omhandler ophold på fx rekonvalenscentrum, som er brugt af Ministeriet i patientpublikationen.**

## Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter

### 2.1.2. Årsager, som kan begrunde, at udredning strækker sig over mere end 30 dage

I Boks 2 er der givet et eksempel, hvor svartiden på prøvesvar er en legitim årsag til overskridelse af tidsfristen. Det er korrekt, at der er en række undersøgelser, som ikke kan gennemføres hurtigt. Men patienten har i dag ingen reel mulighed for at vide, om han eller hun venter for længe. For hvor lang tid bør der gå til en undersøgelse?

Der er derfor en reel risiko for, at ventetiden blot tillægges ift. at afvente prøvesvar. At årsagen til, at man skal vente på den næste tid hos lægen er prøvesvaret – der måske sagtens kunne have været færdig tidligere. Og patienten kan dermed ikke realistisk forholde sig til, om prøvesvaret kunne være kommet hurtigere.

**Sundhed Danmark foreslår, at der opstilles realistiske svartider på de enkelte prøvesvar, så patienten har muligheden for, at kende de realistiske svartider. Og dermed har muligheden for, at bruge sin ret til udvidet frit sygehusvalg.**

### 2.1.3 Forholdet mellem udredning og behandling og 2.4 Udredningsplanen

Vi henviser til eksemplerne ovenfor under "Kapitel 4 – diagnostiske undersøgelser, udredning og ret til at vælge sygehus m.v. / §19", hvor problemstillingen med, at der kan igangsættes flere behandlinger samtidig kan bruges til at fastholde patienten fra sine rettigheder.

Derudover er det vigtigt, at muligheden for blot at give patienten en udredningsplan, der omfatter næste besøg ikke bruges uhensigtsmæssigt. Vi ser en risiko ved, at sygehuset bevidst kun giver en tid ad gangen – for på den måde at holde på patienten. Alternativet var at vise en reel tidsplan, der ville synliggøre, at både retten til udvidet frit sygehusvalg var til stede og, at der skal forventes ventetid på alle dele af forløbet.

Det anbefales, at udredningsplanen skal indeholde en angivelse af årsagen til, at der ikke kan udfærdiges en mere detaljeret og langsigtet plan.