

# EVALUERING AF UDREDNINGSRETEN

– DECEMBER 2015



## **Kolofon**

**Evaluering af udredningsretten**  
**December 2015**

**Udarbejdet af:** Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet

**Copyright:** Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

### **Udgivet af:**

Sundheds- og Ældreministeriet

Holbergsgade 6

1057 København K

Telefon: 72 26 90 00

E-post: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

EAN –lokationsnummer: 5798000362055

**Grafisk design:** 1508 A/S

**Foto:** Bee-Line

**Udgivelsesår:** 2015

**Udgives kun elektronisk - ISBN:** 978-87-7601-358-5

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

# 1 Evaluering af udredningsretten

<b>1</b>	<b>INDHOLDSFORTEGNELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>INDLEDNING, SAMMENFATNING OG KONKLUSION .....</b>	<b>3</b>
2.1	Indledning.....	3
2.2	Grundlaget for evalueringen .....	4
2.3	Sammenfatning og konklusion .....	4
<b>3</b>	<b>LOVGIVNINGSMÆSSIGE RAMMER.....</b>	<b>7</b>
3.1	Lovgivning, bekendtgørelse m.v.....	7
3.1.1	Patienter omfattet af udredningsretten .....	8
3.1.2	Skelnen mellem udredning og behandling.....	9
3.1.3	Skelnen mellem faglige årsager og kapacitetsmæssige årsager .....	9
3.1.4	Vurdering af det mest gunstige regelsæt for patienten.....	9
3.2	Samspil mellem udredningsretten i sygehussektoren og andre sektorer og mellem udredningsretten og de øvrige patientrettigheder .....	10
3.2.1	Samspil mellem udredningsretten i sygehussektoren og andre sektorer .....	10
3.2.2	Sammenhæng mellem udredningsretten og de øvrige patientrettigheder.....	10
3.2.2.1	Forskellige formål i sundhedsvæsenet .....	11
<b>4</b>	<b>STATUS FOR UDREDNINGSRETEN.....</b>	<b>12</b>
4.1	Indledende rammesætning .....	12
4.2	Andel patienter som er udredt inden for 30 dage .....	13
4.2.1	Udredning i offentligt og privat regi.....	13
4.3	Patienternes udredningstid.....	14
4.3.1	Udredning af patienter omfattet af ret til udvidet frit sygehusvalg.....	15
4.3.2	Andel borgere som er udredt inden for 30 dage for tre udvalgte specialer .....	16
4.3.2.1	Neurologi .....	16
4.3.2.2	Reumatologi .....	17
4.3.2.3	Urologi .....	17
4.4	Udlevering af udredningsplan .....	18
4.5	Regionale opgørelser af årsager til, at patienter ikke udredes inden 30 dage .....	20

4.6	Datakvaliteten i monitorering af udredningsretten.....	21
4.7	Patientklager i relation til udredningsretten .....	22
<b>5</b>	<b>EVALUERINGENS FOKUSOMRÅDER.....</b>	<b>23</b>
5.1	Information til patienterne .....	23
5.2	Udredningsplaner set fra patienternes og sundhedspersonernes perspektiv .....	26
5.3	Kapacitet og udnyttelse heraf .....	26
5.3.1	Kapacitet i regionalt regi .....	26
5.3.2	Kapacitetsoverblik .....	27
5.3.3	Kapacitet på tværs af regioner .....	27
5.3.4	Kapacitet i privat regi .....	28
5.3.5	Rundspørge om brug af privat kapacitet på udfordrede specialer .....	29
5.4	Monitoreringsmodel og registreringspraksis .....	31
5.4.1	Udformingen af monitoreringen .....	32
5.4.2	Uklarheder i forhold til definitioner udfordrer monitoreringen .....	32
5.4.3	Udfordringer i implementeringen af monitoreringsmodellen .....	32
<b>BILAG 1</b>	<b>.....</b>	<b>34</b>

## 2 Indledning, sammenfatning og konklusion

### 2.1 Indledning

Retten til hurtig udredning på det somatiske område trådte i kraft den 1. september 2013, og den differentierede ret til udvidet frit sygehusvalg trådte i kraft den 1. januar 2013.

#### Boks 1

*Udredningsretten* indebærer, at patienter, der er henvist til et sygehus, skal have et tilbud om at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Er det ikke muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten i stedet inden for de 30 dage have modtaget en plan for den videre udredning. Hvis en region af kapacitetsmæssige årsager ikke kan efterleve udredningsretten, er regionen forpligtet til at finde et tilbud til patienten om udredning på andre regioners sygehuse eller på private sygehuse og klinikker, som regionen eller Danske Regioner har indgået aftale med.

Den *differentierede ret til udvidet frit sygehusvalg (differentieret behandlingsret)* betyder, at patienter har ret til at vælge at blive behandlet på private sygehuse og klinikker, som Danske Regioner har indgået aftale med, hvis ventetiden på regionens sygehuse og samarbejdssygehuse overstiger henholdsvis en eller to måneder efter endt udredning. Den differentierede behandlingsret skelner således mellem alvorlig og ikke-alvorlig sygdom i forhold til, hvornår patienter kan vælge et privat alternativ, idet det udvidede fri sygehusvalg træder i kraft allerede efter en måned ved alvorlig sygdom og to måneder ved mindre alvorlig sygdom.

Det indgår i økonomiaftalen for 2013, at resultaterne af udrednings- og behandlingsretten skal evalueres et år efter ikrafttræden med henblik på at vurdere behovet for justeringer. Af økonomiaftalen for 2016 fremgår, at der er igangsat en evaluering af udredningsretten, som forventes afsluttet i efteråret 2015, samt at Danske Regioner og regeringen er enige om, at evalueringen og erfaringerne med retten til hurtig udredning på det somatiske område kan bruges i arbejdet med udredningsretten i psykiatrien, hvor udredningsretten på 30 dage er trådt i kraft den 1. september 2015.

Evalueringen har dog alene fokus på det somatiske område.

Formålet med evalueringen er at belyse resultaterne af retten til hurtig udredning på det somatiske område. Evalueringen vil kunne danne grundlag for efterfølgende justeringer af retten til hurtig udredning.

Evalueringen har følgende fokusområder:

- Lovgivningsmæssige rammer
- Information til patienterne
- Patienter, der ikke kan udredes inden for 30 dage
- Kapacitet og udnyttelse heraf
- Monitoreringsmodellen og registreringspraksis
- Samspil mellem udredningsretten i sygehussektoren og andre sektorer

## 2.2 Grundlaget for evalueringen

Evalueringen af udredningsretten bygger på kvalitative og kvantitative input.

Kvantitativt baserer evalueringen sig på data fra den nationale monitoreringsmodel fra 2., 3. og 4. kvartal af 2014 og 1. kvartal af 2015. Ydermere sætter evalueringen fokus på tre specialer, hvor der på forhånd var formodning om kapacitetsudfordringer. Det drejer sig om specialerne reumatologi, neurologi og urologi. Fokus på disse tre specialer bidrager med viden om mulige årsager til kapacitetsudfordringer og dermed til manglende opfyldelse af udredningsretten.

Af kvalitative input har Danske Regioner og de enkelte regioner til brug for evalueringen udarbejdet en række redegørelser, som er indarbejdet i de relevante afsnit.

Herudover har Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde med Danske Regioner afholdt et rundbordsmøde med repræsentanter fra patientforeninger i regi af Danske Patienter. Mødet havde til formål at inddrage patientperspektivet og omhandlede interessenternes syn på udredningsretten generelt, herunder deres syn på udfordringer i forhold til efterlevelse af udredningsretten og patientinformation. Der er endvidere afholdt møde med Lægeforeningen med det formål at få inddraget klinikernes synspunkter og konkrete erfaringer med udredningsretten. Dansk Sygeplejeråd var ligeledes indbudt til mødet. Endvidere har Sundheds- og Ældreministeriet indhentet bidrag fra Patientombuddet (nu Styrelsen for Patientsikkerhed) for at kortlægge omfanget af patientklager i relation til udredningsretten.

## 2.3 Sammenfatning og konklusion

Udredningsretten har som patientrettighed som formål at sikre patienterne hurtig udredning. Siden udredningsrettens ikrafttræden har der fra såvel ministeriets som regionernes side været et løbende fokus på at få formålet og intentionerne ført ud i livet til gavn for patienterne.

Hurtig udredning af patienterne er central i sundhedsindsatsen. Regionerne er ansvarlige for at give patienterne tilbud om hurtig udredning og har løbende arbejdet for at sikre implementeringen af patienternes ret.

Der er indført en national, kvartalsvis monitorering af udredningsretten baseret på Landspatientregisteret. Monitoreringen skal understøtte og give mulighed for at identificere bedste praksis samt synliggøre eventuelle flaskehalse og områder, der er presset på kapaciteten.

Den nationale monitorering viser, at andelen af patienter, der udredes inden for 30 dage, har ligget på et relativt stabilt niveau omkring 60 pct. for hele den omhandlede periode, dvs. fra 2. kv. 2014 til 1. kv. 2015. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at hvor monitoreringen kan give svar på udredningsforløbenes varighed, kan det ikke ud fra monitoreringen konkluderes, i hvor høj grad regionerne lever op til lovgivningen, idet der kan være lovlige grunde til, at udredningen ikke er foretaget inden for 30 dage. Det kan fx være, fordi det ikke var fagligt muligt, eller fordi patienten har brugt sit frie sygehusvalg til at blive udredt på et bestemt sygehus. Estimerer fra regionerne tyder endvidere på, at 15-20 pct. (tal fra 1. kv. 2015) af patienterne ikke får et tilbud om hurtig udredning, fordi der er kapacitetsmangel.

Uanset disse usikkerheder er det imidlertid både ministeriets og regionernes klare ønske og hensigt, at der fortsat arbejdes målrettet med en endnu bedre efterlevelse af udredningsretten, og at antallet af registrerede udredningsforløb øges i videst muligt omfang.

Patienter, som er omfattet af udredningsretten, skal naturligvis ses som en del af det samlede antal patienter, som regionerne har kontakt med. Mange udredes og behandles akut, og en stor del henvises direkte til behandling, fordi de allerede er udredt hos egen læge. En del er henvist med mistanke om livstruende sygdom og udredes hurtigere i kræft- eller hjertepakker, mens udredningsretten gør sig gældende for patienter, der skal udredes i et planlagt forløb.

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 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.

Samtidig er det en udfordring for regionerne at få udredningsretten til at spille sammen med de andre patientrettigheder og generelle krav, der stilles til sygehusvæsenet. Hertil kommer, at man på visse områder har oplevet udfordringer med begrænset regional (og privat) kapacitet.

En selvstændig problemstilling har været, at den nationale monitoreringsmodel, som anvendes til at monitorere udredningsrettens overholdelse, ikke i tilstrækkeligt omfang sikrer en monitorering i overensstemmelse med lovgivningen og heller ikke giver et virkelighedstro billede.

Arbejdet med nærværende evaluering har bidraget til ny viden og fokus på udvalgte områder, hvilket som nævnt kan danne grundlag for det videre arbejde med retten til hurtig udredning for såvel patienter med fysiske som med psykiske lidelser. På baggrund af Sundheds- og Ældreministeriets og Danske Regioners evaluering af udredningsretten kan følgende således konkluderes:

- Ca. 6 ud af 10 patienter, der er omfattet af udredningsretten, udredes inden for 30 dage. Den nuværende monitoreringsmodel giver imidlertid ikke klarhed over, hvor mange af de resterende patienter, som trods tilbud om rettidig udredning selv vælger at vente længere, eller hvor mange patienter der af faglige årsager ikke kan udredes inden for fristen. Ministeriet og Danske Regioner imødeser derfor den aftalte videreudvikling af monitoreringsmodellen, jf. Aftalen om regionernes økonomi for 2016.
- Estimer fra regionerne tyder på, at 15-20 pct. af patienterne ikke tilbydes udredning inden for 30 dage af kapacitetsmæssige årsager.
- Der er i et vist omfang geografisk variation i forhold til, hvor hurtigt patienterne udredes.
- Antallet af udredningsplaner stiger. Samtidig er andelen af rettidigt udleverede planer på landsplan faldet med 15 procentpoint fra 2. kv. 2014 til 1. kv. 2015, hvor 87 pct. af udredningsplanerne blev uddelt inden for 30 dage.
- Datakvaliteten i den nationale monitoreringsmodel vurderes at være forbedret gennem perioden. Det vurderes dog, at der i 1. kv. 2015 er registreret 2/3 af det samlede antal udredningsforløb. Der

er derfor potentiale for forbedring af datakvaliteten, der danner grundlag for monitorering af udredningsretten.

- Selv om retten til hurtig udredning lovgivningsmæssigt forekommer relativt klar og entydig, har der i praksis vist sig en række fortolkningsmæssige usikkerheder i klinikken.
- Opdelingen mellem udredning og behandling passer ikke altid ind i den kliniske virkelighed. Det gør det svært at skabe en virkelighedstro monitorering på området.
- Der er enkelte specialer, som er særligt udfordret i forhold til at sikre hurtig udredning på grund af begrænset regional (og privat) kapacitet. Inden for nogle specialer er kapacitetsudfordringerne på landsplan, mens andre specialer er lokalt udfordret på kapaciteten. Det medfører geografisk variation i udredningsforløbenes hastighed.
- Når man sammenligner antallet af klager med antallet af registrerede udredningsforløb, som er i omegnen af 100.000 forløb på landsplan pr. kvartal, er der tale om meget få klager, og den procentvise andel af klager til Styrelsen for Patientsikkerhed over udredningsforløb er meget lav.
- Patientinformationen lever efter Danske Regioners opfattelse grundlæggende op til de lovgivningsmæssige krav. Danske Patienter vurderer dog, at informationen ofte er uensartet regioner og sygehuse imellem og kan forekomme svært forståelig for patienterne, ligesom de væsentligste informationer til tider "drukner" i mængden af materiale.
- De enkelte regioner har – bl.a. ved oprettelse af centrale visitationsenheder – et anvendeligt, men ikke komplet, overblik over egen kapacitet, mens Venteinfo.dk på nuværende tidspunkt er det vigtigste redskab til at skabe overblik over den tværregionale kapacitet. Der ses derfor fortsat muligheder for bedre kapacitetsanvendelse mellem sygehusene og på tværs af regioner.
- Regionerne anvender i stadig stigende grad privat kapacitet til udredning, og Danske Regioner og de enkelte regioner har i dag indgået aftaler med omkring 90 privathospitaler og klinikker om ret til hurtig udredning på 21 forskellige specialer. Selv om den private aktivitet på denne baggrund er øget væsentligt siden udredningsrettens ikrafttræden, er der fortsat behov for regionalt fokus på at udnytte den private kapacitet på områder med begrænset regional kapacitet.

Det er ministeriets og Danske Regioners vurdering, at de erfaringer, der indtil nu er gjort med udredningsretten, skal medtages i det videre arbejde på området, herunder at der tages skridt mod at tilrette og præcisere såvel lovgivningen, herunder ministeriets vejledning, som monitoreringsmodellen, så der dermed opnås en bedre monitorering og efterlevelse af udredningsretten.

En revision af den nationale monitorering er som nævnt aftalt i Aftale for regionernes økonomi for 2016 mellem regeringen og Danske Regioner. Arbejdet med revisionen er påbegyndt i efteråret 2015.



## 3 Lovgivningsmæssige rammer

### 3.1 Lovgivning, bekendtgørelse m.v.

Udredningsretten indebærer, at patienter, der er henvist til udredning på et sygehus, skal have et tilbud om at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Fristen for endt udredning af patienten er 30 dage, hvor det er fagligt muligt, og hvor patienten ikke selv har ønsket at vente længere.

Hvis det ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten inden for samme tidsfrist have en plan for den videre udredning. Retten til at få en udredningsplan gælder for alle patienter, som er henvist til sygehusafdelinger, uanset årsagen til, at udredningen ikke er sket inden for 30 dage. Måtte der eksempelvis opstå en situation, hvor en patient som led i udredningstilbuddet har afslået undersøgelse på andre sygehuse, har patienten også ret til en plan for det videre udredningsforløb.

Hvis en region af kapacitetsmæssige årsager ikke kan efterleve udredningsretten på egne sygehuse, er regionen forpligtet til at søge patienten udredt på andre regioners sygehuse eller på private sygehuse og klinikker, hvis disse kan tilbyde hurtigere udredning. I forbindelse hermed skal regionen – hvis regionen ikke kan udrede patienten inden for fristen på det sygehus, som patienten er henvist til – oplyse patienten om på hvilket sygehus, patienten kan tilbydes udredning inden for 30 dage.

Udredningsretten ændrer ikke ved, at akutte patienter fortsat behandles og om nødvendigt indlægges akut, mens hjerte- og kræftpakkerne desuden sikrer accelererede forløb i overensstemmelse med bekendtgørelsen om maksimale ventetider ved behandling for kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme.

Patienten kan i medfør af det frie sygehusvalg også vælge at blive henvist til et regionalt sygehus i en anden region end sin bopælsregion. I sådanne tilfælde skal fritvalgsregionen også udrede patienten inden 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Det retlige ansvar for at efterkomme patientens ret til hurtig udredning, herunder inddragelse af andre regioners sygehuse samt private sygehuse og klinikker, samt for tilrettelæggelse af en eventuel udredningsplan, påhviler dog fortsat patientens bopælsregion.

#### Boks 2

##### **Lovgivning: udredningsretten**

Retten til hurtig udredning i sygehusvæsenet og den differentierede behandlingsret blev vedtaget i december 2012 med lov nr. 1401 af 23. december 2012. Det differentierede udvidede frie sygehusvalg trådte efterfølgende i kraft den 1. januar 2013, og retten til hurtig udredning trådte i kraft den 1. september 2013.

Udredningsretten er fastlagt i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014, og i den såkaldte sygehusbekendtgørelse, jf. bekendtgørelse nr. 958 af 29. august 2014.

Herudover er reglerne om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter nærmere beskrevet i vejledning nr. 10351 af 19. december 2014. Denne vejledning retter sig til regionsrådene, de offentlige sygehuse, private specialsygehuse og private sygehuse og klinikker m.fl. og har til formål at vejlede om reglerne om frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning, udvidet frit

sygehusvalg ved ventetid på mere end 1 eller 2 måneder (dvs. hhv. 30 eller 60 dage) på sygehusbehandling og ved aflyste operationer m.m. Den har endvidere til formål at vejlede om reglerne om sygehusenes pligt til at informere patienter, som er henvist til undersøgelse, udredning eller behandling.

Lovbestemmelsen om retten til hurtig udredning følger af sundhedslovens § 82 b, som har følgende ordlyd i sin helhed:

§ 82 b. Til personer, der er henvist til udredning på sygehus, jf. § 79, yder regionsrådet i bopælsregionen udredning ved sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med, jf. § 75, stk. 2, inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Såfremt det ikke er muligt at udrede personen inden for 1 måned, jf. stk. 1, skal regionsrådet inden for samme måned udarbejde en plan for det videre udredningsforløb.

Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om adgangen til udredning og regionsrådenes forpligtelser efter stk. 1 og 2.

I praksis har lovgivningen og vejledningen imidlertid givet anledning til en række fortolkningsmæssige usikkerheder i regionerne, som forsøges gengivet nedenfor:

- Der er i regionerne uklarhed om, hvilke patienter der er omfattet af udredningsretten.
- Patientforløb, der ikke er idealtypiske, og hvor den traditionelle adskillelse mellem udredning og behandling er en udfordring, når retten til hurtig udredning skal fortolkes i klinikken.
- Det er uklart for regionerne, hvornår regionerne har levet op til lovgivningen. Det er blandt andet svært i praksis at fortolke undtagelsesbestemmelserne ”fagligt muligt” og ”særlige specialiserede kompetencer”.
- Patientforløb, hvor udredning af en lidelse fører over i udredningen af en anden lidelse, kan være en udfordring i forhold til ønsket om klart at fastlægge, hvornår udredningen af patienten er færdig.
- Der er i regionerne uklarhed om, hvorvidt retten til hurtig udredning skal ses som en ret for patienten til hurtig be- eller afkræftelse af sygdom, eller en ret til hurtig afklaring af et konkret behandlingsbehov.

### **3.1.1 Patienter omfattet af udredningsretten**

Regionerne oplever, at der ikke er en entydig afgrænsning af, hvilke patienter der er omfattet af udredningsretten. Alle nyhenviste patienter med behov for udredning er som udgangspunkt omfattet af udredningsretten.

I indkaldelsesbrevet skal patienten oplyses om sine rettigheder, og det er derfor nødvendigt på indkaldelsestidspunktet at vide, om patienten er en patient til udredning eller en patient til behandling.

Det er et klinisk skøn, om der er behov for et udredningsforløb – og dermed, om patienten er omfattet af udredningsretten. Det er imidlertid ikke altid klart for de enkelte regioner, om dette skøn skal baseres på, hvorvidt der foreligger en diagnose, eller om der er taget stilling til det initiale behandlingsbehov.

I andre tilfælde sker det, at diagnosen foreligger ved henvisningen fra almen praksis, mens behandlingsbehovet og behandlingsformen endnu ikke er fastlagt. Der er i regionerne uklarhed om, hvorvidt sådanne patienter kan være omfattet af udredningsretten, idet de har en diagnose fra almen praksis (og dermed er færdigudredt) samtidig med, at typen af behandling i sygehusregi mangler at blive klarlagt.

### **3.1.2 Skelnen mellem udredning og behandling**

Klinisk er det med udredningsrettens indførelse nyt at skelne eksplicit mellem udredning og behandling.

Det kan være en udfordring, at et skarpt skel mellem udredning og behandling forudsætter et idealtypisk, sekventielt patientforløb, hvor udredning efterfølges af behandling. I tilfælde, hvor udredning og behandling ikke kan adskilles på traditionel vis, giver dette anledning til usikkerhed.

Regionerne oplyser, at det klinisk ofte er vanskeligt at sondre skarpt mellem udredning og behandling. Eksempelvis er overgangen fra udredningsfasen til behandlingsfasen ofte glidende i medicinske og psykiatriske forløb. Der kan også være tale om en vekselvirkning mellem udredning og behandling. I nogle forløb ses således sygdomsbilleder, hvor medicinsk behandling iværksættes, før der foreligger en endelig afklaring af diagnosen, og hvor en behandling ofte påbegyndes hurtigt. Man kan så i nogle tilfælde opleve udredende undersøgelser senere i behandlingsforløbet.

Et andet scenarie er patienter med flere samtidige sygdomme, hvilket for det første gør det vanskeligt at forudsige, hvor lang tid udredningen vil tage, og dermed at oplyse patienten korrekt om vedkommendes rettigheder. Samtidig kan det være ganske svært klart at fastslå, hvornår udredningen er slut, når udredning af en lidelse fører direkte over i behandling for denne og samtidig udredning af en sekundær lidelse. I sådanne tilfælde kan der være uklarhed om, hvorvidt det er patientens samlede sygdomsbillede, der skal være afklaret, eller om det er udredning af den lidelse, som patienten er henvist med, som afslutter udredningens afslutningstidspunkt.

### **3.1.3 Skelnen mellem faglige årsager og kapacitetsmæssige årsager**

Skelnen mellem faglige årsager til, at udredningen ikke kan ske inden for 30 dage, og kapacitetsmæssige årsager er central, da det er med til at afgøre, om regionerne har levet op til patientens rettigheder.

Dette gælder særligt i forhold til de udredningsforløb, der skal gennemføres på en højt specialiseret afdeling med kun ganske få kompetencer på landsplan. Lovgivningen tager højde for, når der er tale om en meget speciel faglig ressource, men overordnet set er lovgivningen ikke overholdt i de tilfælde, hvor udredning ikke kan gennemføres inden for 30 dage af kapacitetsmæssige årsager. Her er der for regionerne en uklarhed om, hvor begrænset kapaciteten skal være, før det indgår som et område med meget begrænsede ressourcer, hvor længere ventetid ifølge lovgivningen er accepteret.

### **3.1.4 Vurdering af det mest gunstige regelsæt for patienten**

I vejledningen angives, at det klinisk skal vurderes, hvilket regelsæt der er mest gunstigt for patienten. Denne afgørelse, som gør sig gældende i forhold til kræft- og hjertepatienter, er imidlertid vanskeligt at

træffe for de involverede klinikere, idet de maksimale ventetider, som er fastsat ved bekendtgørelsen om maksimale ventetider ved behandling for kræft og visse iskæmiske hjertesygdomme, vedrører, hvornår *opstart* af udredningen skal være sket, mens udredningsretten vedrører *afslutning* af udredningen. Derfor kan det i nogle tilfælde være svært for regionerne på forhånd at vide, hvilken rettighed der er mest gunstig for de omhandlede patienter.

## **3.2 Samspil mellem udredningsretten i sygehussektoren og andre sektorer og mellem udredningsretten og de øvrige patientrettigheder**

### **3.2.1 Samspil mellem udredningsretten i sygehussektoren og andre sektorer**

Det var en forudsætning i forbindelse med indførelsen af udredningsretten, at sygehusvæsenets målgruppe ikke skulle udvide sig. Det vil sige, at det var vigtigt, at muligheden for hurtig udredning i sygehusregi ikke skulle føre til indikationsskred. Der er i flere regioner set en vækst i antallet af henvisninger fra almen praksis på imellem 10-20 pct. fra medio 2013 til medio 2015, dvs. fra før udredningsretten blev indført til efter. Det er imidlertid ikke til at sige, hvorvidt der er tale om en direkte konsekvens af udredningsretten. Det understreger dog vigtigheden af et samarbejde med almen praksis om den gode henvisning, så presset på sygehusvæsenet ikke stiger unødigt.

### **3.2.2 Sammenhæng mellem udredningsretten og de øvrige patientrettigheder**

Udredningsretten skal ses i sammenhæng med de øvrige patientrettigheder. Overordnet er det vigtigt at være opmærksom på, at der gælder forskellige patientrettigheder i forskellige sektorer, der har overlappende patientmålgruppe. Udredningsretten gælder således udelukkende sygehusbehandling, og lovgivningen sidestiller dermed ikke speciallægepraksis med sygehusvæsenet.

Udredningsretten er samtidig en del af en større palet af patientrettigheder, der alle forpligter sygehusene. Samspillet mellem forskellige patientrettigheder kan give både organisatoriske og kapacitetsmæssige udfordringer, ligesom det medfører udfordringer i forhold til patientinformation samt i forhold til monitoreringen af området.

Nedenfor følger en række områder, hvor regionerne kan opleve udfordringer i samspillet mellem udredningsretten og de øvrige patientrettigheder.

Retten til hurtig udredning skal ses i sammenhæng med retten til frit sygehusvalg. Det er to sidestillede patientrettigheder, og det er op til patienten, hvilken af de to rettigheder patienten vil benytte. Hvis patienten ønsker, at udredningen skal foregå på et bestemt offentligt sygehus, kan patienten bruge sin ret til frit sygehusvalg. Det kan i nogle tilfælde betyde, at patienten ikke bliver udredt inden for 30 dage. Patienten kan bruge sit frie sygehusvalg ved fx ikke at tage imod regionens alternative tilbud, eller ved aktivt at ringe til regionens visitation og få flyttet sin henvisning til et andet sygehus.

Det er en udfordring i forhold til overholdelsen af udredningsretten, fx hvis en patient gerne vil udredes på det lokale sygehus, selvom det ikke kan udrede inden for 30 dage, men efter 28 dage ombestemmer sig og hellere vil gøre brug af det tilbud, som regionen gav patienten. I sådanne tilfælde vil det i sidste ende være regionen, der ikke lever op til udredningsretten.

Det vil sige, at det er en udfordring at formidle til både patienter og generel offentlighed, at patienterne, udover udredningsretten, har en sidestillet rettighed om frit sygehusvalg, og hvad det betyder for regionens forpligtelser.

Retten til hurtig udredning skal ligeledes ses i sammenhæng med andre patientrettigheder, kræft- og hjertepakker, specialevejledninger og kliniske retningslinjer. I en klinisk driftsvirkelighed er samtidig prioritering af de forskellige patientrettigheder og love en udfordring. Sygehusvæsenet er på flere områder et kapacitetsmæssigt mere eller mindre lukket system på kort og mellemlang sigt, i den forstand, at der inden for nogle specialer er et begrænset antal speciallæger til at udføre udredning og behandling i det givne speciale. Ændringer i kræftpakker eller retningslinjer på et område kan derfor udfordre opfyldelsen af patientrettigheder på andre områder i samme speciale.

I sygehusvæsenet er der patienter, der er akutte, der går i behandlingsforløb, der udredes i kræft- og hjertepakker, der går i kontrolforløb, og patienter der skal udredes. For akutte patienter og patienter i kræft- og hjertepakkeforløb er der et helt klart klinisk formål med hurtig håndtering af patienterne. Det kan der også være for patienter, der er henvist til udredning, men patienter med akut udrednings- eller behandlingsbehov må nødvendigvis altid gå forud for patienter i planlagte udrednings- og behandlingsforløb. Sådan vil den kliniske prioritering nødvendigvis være, hvis ressourcerne ikke tillader en prioritering af begge dele.

Retten til hurtig udredning understøtter formålet med at øge hastigheden i patientforløbet og betyder et fokus på afklaring af patientens tilstand, også for de borgere, som ikke skal behandles efterfølgende. Der er ikke nødvendigvis en klinisk faglig begrundelse for, at patienten skal udredes præcis inden for 30 dage, men set fra et patientperspektiv kan det være ønskværdigt med en hurtig afklaring af, hvad man fejler, eller hvad ens behandlingsbehov er, også selvom det ikke påvirker prognosen og sygdomsudviklingen i samme grad som for de mere alvorlige sygdomme.

### **3.2.2.1 *Forskellige formål i sundhedsvæsenet***

Der kan være forskelle mellem nogle af de formål og regler, som sundhedsvæsenet skal leve op til. Sygehusvæsenet er en kompleks organisation med mange til tider modsatrettede mål. Derfor ligger arbejdet i at finde en bæredygtig balance. Nogle af de vigtigste er beskrevet her:

1. Let og lige adgang
2. Faglig kvalitet, følge kliniske retningslinjer
3. Økonomi
4. Hurtighed i servicen
5. Frit valg for patienten

I arbejdet med at leve op til udredningsretten vil der i den driftsmæssige virkelighed være yderligere hensyn, der skal tages, og der vil ske en løbende prioritering mellem de forskellige formål.

Et eksempel på en målkonflikt er, at der på den ene side er et ønske om at sikre hurtig udredning, mens der på den anden side ønskes sammenhængende patientforløb. De to ting er ikke nødvendigvis modsatrettede

men kan være det. Det vil være muligt at sikre hurtig udredning og sammenhængende patientforløb på sygehuse, der både har kapaciteten og det nødvendige specialiseringsniveau, men nogle patienter vil opleve mere opbrudte patientforløb i processen for at sikre hurtig udredning.

Således vil nogle patienter starte udredningen på ét sygehus, afslutte udredningen på et andet og måske blive behandlet på et tredje. For det meste vil det fagligt give god mening, men det kan være koordineringsmæssigt vanskeligt i forbindelse med overgangene mellem sygehusene.

## 4 Status for udredningsretten

### 4.1 Indledende rammesætning

I forbindelse med indførelsen af udredningsretten er der indført en national monitoreringsmodel baseret på Landspatientregisteret. Monitoreringen viser længden af patienternes udredningsforløb, og hvor stor en andel af patienterne der udredes inden for 30 dage.

Hvor monitoreringen kan give svar på udredningsforløbenes varighed, kan det ikke ud fra monitoreringen konkluderes, i hvor høj grad regionerne lever op til lovgivningen, idet der ifølge lovgivningen kan være gode grunde til, at udredningen ikke er foretaget inden for 30 dage. Det kan fx være, fordi det ikke var fagligt muligt, eller fordi patienten har brugt sit frie sygehusvalg til at blive udredt på et bestemt sygehus.

Monitoreringen af udredningsretten blev introduceret i april 2014 og indebærer på nogle områder nye registreringer. Erfaringen fra andre monitoreringsområder (fx vedr. pakkeforløb på kræftområdet) er, at implementering tager tid, da den nye registreringspraksis skal arbejdes ind i den kliniske hverdag. Registreringskvaliteten er stigende fra 2. kv. 2014 til og med 1. kv. 2015, så tallene og udviklingen over tid skal således ses i lyset heraf.

En modelbeskrivelse for monitoreringen af udredningsretten kan findes på Statens Serum Instituts hjemmeside:

[http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Indberetning/patientregistrering/Faellesindhold%20offentliggjort%202014/Monitoreringsmodel\\_udredningsret\\_26012015.ashx](http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Indberetning/patientregistrering/Faellesindhold%20offentliggjort%202014/Monitoreringsmodel_udredningsret_26012015.ashx)

Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, regionerne og sygehusene samarbejder om at sikre en bedre registreringspraksis.

Nedenfor gennemgås følgende indikatorer fra monitoreringen af udredningsretten:

- Udredningsforløbenes varighed (indikator E).
- Udlevering af plan for patientens videre udredning (indikator D).
- Udredningsforløbenes varighed for alvorligt syge patienter (med ret til det udvidede frie sygehusvalg ved en ventetid til behandling på mere end 30 dage) (indikator A).
- Udredningsforløbenes varighed for mindre alvorligt syge patienter (med ret til udvidet frit sygehusvalg (DUF) ved en ventetid til behandling på mere end 60 dage) (indikator B).

Gennemgangen af udredningsretten viser, at:

- Andelen af patienter, der udredes inden for 30 dage, har ligget på et relativt stabilt niveau omkring 60 pct. for hele den monitorerede periode fra 2. kv. 2014 til 1. kv. 2015.
- Der er en vis regional variation i andelen af patienter, der udredes inden for 30 dage. 53 pct. af patienterne i Region Nordjylland udredes inden for 30 dage, mens niveauet ligger på 66 pct. i Region Sjælland.
- Den gennemsnitlige udredningstid er på landsplan 39 dage i 1. kv. 2015, hvilket er en stigning i forhold til monitoreringsperiodens begyndelse i 2. kv. 2014, hvor niveauet var 33 dage. Denne udvikling skal ses i lyset af en forbedret registreringskvalitet.
- Antallet af udredningsplaner stiger i den monitorerede periode. Samtidig er andelen af rettidigt udleverede planer (inden 30 dage) på landsplan faldet med 15 procentpoint fra 2. kv. 2014 til 1. kv. 2015.
- Den regionale variation er mindsket for så vidt angår antallet af udredningsplaner pr. indbygger, mens variationen er stigende for andelen af rettidigt uddelte planer.
- Datakvaliteten vurderes at være forbedret gennem perioden. Det vurderes dog, at der i 1. kv. 2015 kun er registreret 2/3 af det samlede antal udredningsforløb. Der er derfor potentiale for forbedring af datakvaliteten, der danner grundlag for monitorering af udredningsretten.

## 4.2 Andel patienter som er udredt inden for 30 dage

### 4.2.1 Udredning i offentligt og privat regi

Figur 1 nedenfor viser andelen af patienter henvist til udredning, der er udredt inden for 30 dage.

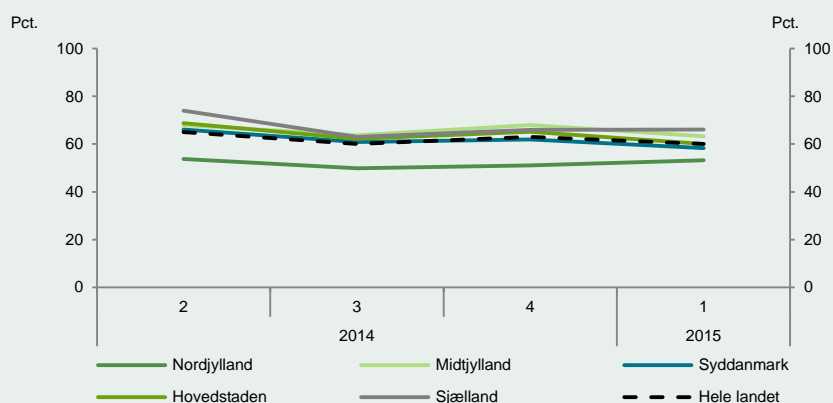
Som beskrevet under sammenfatningen og konklusionen oven for, er det værd at bemærke, at der kan være gode grunde til, at udredningen ikke er foretaget inden for 30 dage. Det kan fx være, fordi det ikke var fagligt muligt, eller fordi patienten har brugt sit frie sygehusvalg til at blive udredt på et bestemt sygehus. Dette tages der som nævnt ikke højde for i monitoreringen.

Af de patienter, der henvises til udredning, blev 60 pct. udredt inden for 30 dage i 1. kv. 2015. Det har ligget relativt stabilt i monitoreringsperioden.

Der er en vis regional variation i andelen af patienter, der udredes inden for 30 dage. I Region Nordjylland blev ca. 53 pct. færdigudredt inden for 30 dage, mens ca. 66 pct. blev færdigudredt inden for 30 dage i Region Sjælland.

Tendenserne er de samme, uanset om der justeres for patientens selvvalgte ventetid, eller om indikatoren opgøres på "bopælsregion" eller "sygehusregion" (ikke vist).

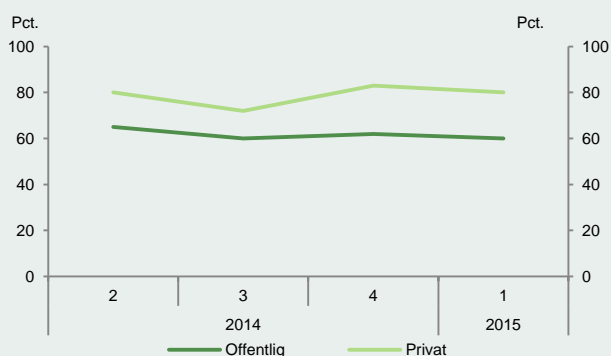
**Figur 1**  
**Andel udredningsforløb afsluttet inden for 30 dage, 2. kvartal 2014 – 1. kvartal 2015, indikator E, sygehusregioner**



Anm.: Indikator E.  
 Kilde: Statens Serum Institut

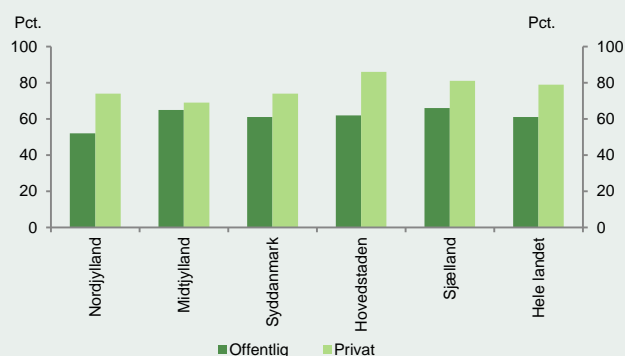
På offentlige sygehuse er andelen af patienter, der er udredt inden for 30 dage, på ca. 60 pct. Hvis bopælsregionen ikke selv kan udrede patienten inden for 30 dage, skal regionen afsøge kapaciteten i andre regioner eller på private sygehuse. I Danske Regioners aftaler med private hospitaler eller klinikker står, at de private skal sikre udredning inden for 30 dage. På private sygehuse er andelen af patienter udredt inden for 30 dage på ca. 80 pct. I det private ses ligeledes en variation i andelen udredt inden for 30 dage. De private sygehuse eller klinikker, der ligger i Region Midtjylland, udreder ca. 69 pct. af patienterne inden 30 dage, mens andelen er 86 pct. i Region Hovedstaden.

**Figur 2**  
**Andel udredningsforløb afsluttet inden for 30 dage, 2. kvartal 2014 – 1. kvartal 2015, offentlige/private sygehuse**



Anm.: Indikator E  
 Kilde: Statens Serum Institut

**Figur 3**  
**Andel udredningsforløb afsluttet inden for 30 dage, 2. kvartal 2014 – 1. kvartal 2015, offentlige/private sygehuse**



Anm.: Indikator E  
 Kilde: Statens Serum Institut

### 4.3 Patienternes udredningstid

Udover at se på, hvor stor en andel der udredes inden for 30 dage, er det relevant at se på patienternes gennemsnitlige udredningstid og medianudredningstiden.



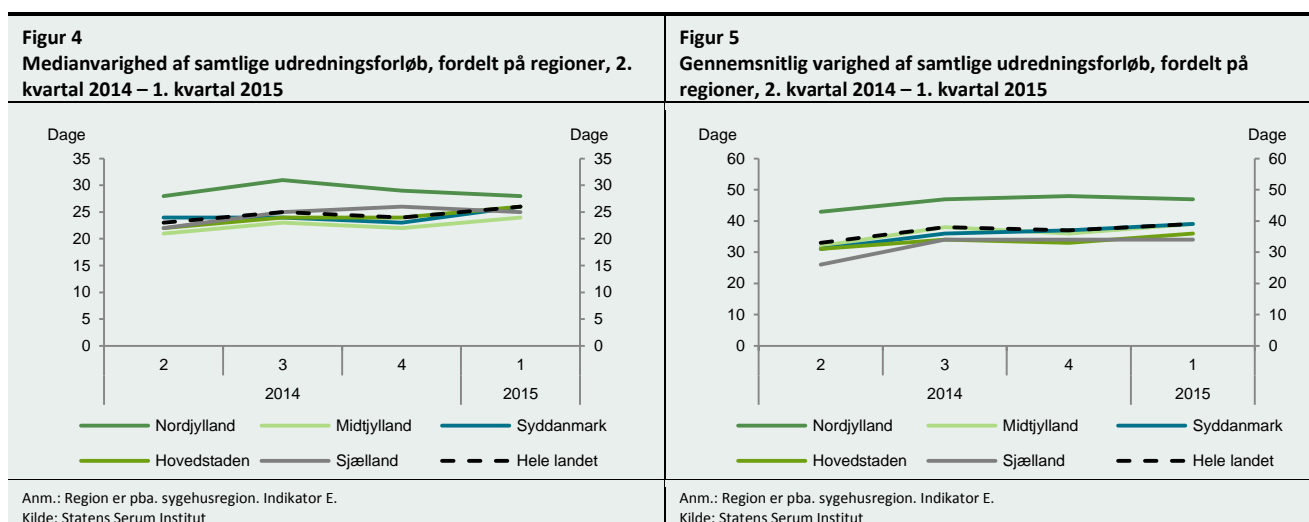
Gennemsnitsudredningstiden er udtryk for summen af alle forløb delt med antallet af forløb. Ved medianudredningstiden forstås den midterste observation, hvis man lister alle udredningsforløb efter deres varighed.

Mens andelen af patienter, der udredes inden for 30 dage, er 60 pct. i 1. kv. 2015, er den gennemsnitlige tid fra henvisning til udredning 39 dage. Det vil sige, at en helt gennemsnitlig patient ventede 39 dage på at blive færdigudredt.

Dette er en stigning fra starten af perioden, hvor gennemsnittet var 33 dage. Dette skal dog ses i sammenhæng med, at registreringskvaliteten er blevet bedre, og de længere og sværere forløb kommer med i monitoreringen.

Medianvarigheden i 1. kv. 2015 viser, at den halvdel af patienterne, der er udredt hurtigst, er udredt inden for 26 dage.

I forhold til regional variation ses, at Region Nordjylland har den højeste median- og gennemsnitsvarighed af udredningsforløbene, hvor især gennemsnitlig varighed af forløbene er længere.



### 4.3.1 Udredning af patienter omfattet af ret til udvidet frit sygehusvalg

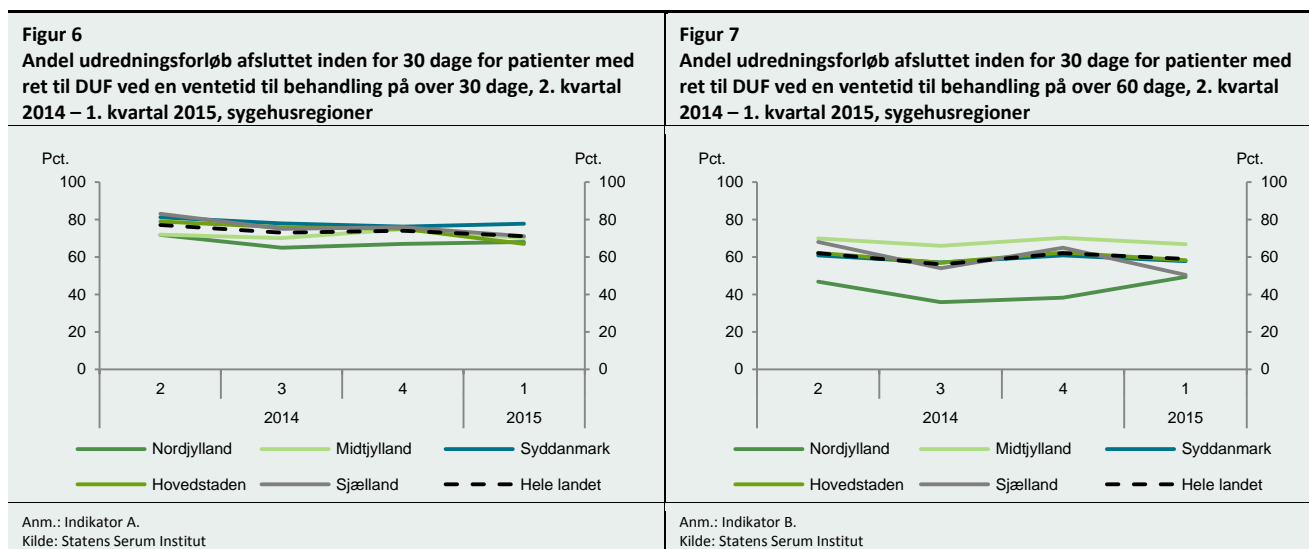
I forbindelse med udredningens afslutning skal det kliniske personale angive, om patientens tilstand er enten alvorlig, hvilket giver ret til udvidet frit sygehusvalg (et privat tilbud), hvis regionen ikke kan påbegynde behandlingen inden for 30 dage, eller om sygdommen er mindre alvorlig, hvilket giver ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis regionen ikke kan påbegynde behandlingen inden for 60 dage. Denne opdeling af patienterne giver en ide om udredningshastigheden for patienter, der er henholdsvis alvorligt og mindre alvorligt syge.

Efter endt udredning kan patienterne fortsætte i tre forskellige spor:

1. Patienter, der er angivet som alvorligt syge (har ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis regionen ikke kan igangsætte behandling inden for 30 dage).
2. Patienter, der er mindre alvorligt syge (har ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis regionen ikke kan igangsætte behandling inden for 30 dage 60 dage).

### 3. Patienter, der efter endt udredning ikke har behandlingsbehov i sygehusregi.

Blandt de alvorligt syge patienter bliver omkring 70 pct. udredt inden for 30 dage. Tallene viser en tendens til, at der i udredningsforløbet sker en prioritering i forhold til, hvor syge patienterne er. Det kan ligeledes være en indikation af, at patienterne hellere vil vente på at få tid på et særligt sygehus, hvis deres lidelse er mindre alvorlig. Der ses samtidig en markant større regional spredning i andelen af rettidigt udredte for det udvidede frie sygehusvalg på 60 dage ift. 30 dage, jf. figur 6 og 7.



#### 4.3.2 Andel borgere som er udredt inden for 30 dage for tre udvalgte specialer

I forbindelse med evalueringen af udredningsretten er det valgt at fokusere på de tre specialer; neurologi, reumatologi og urologi, hvor Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner havde formodning om, der kunne være kapacitetsproblemer. Der henvises i denne forbindelse til bilag 1 for en samlet oversigt over antal og andel af udredningsforløb inden for 30 dage fordelt på samtlige specialer.

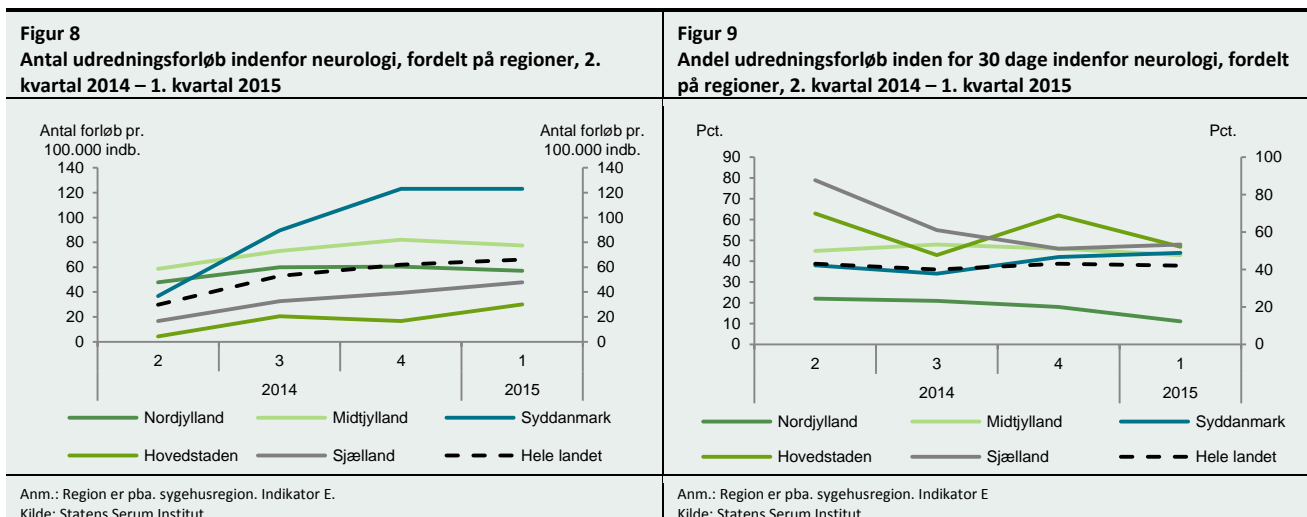
Dette afsnit viser udviklingen i andelen af udredte inden for 30 dage for disse tre specialer.

Registreringskvaliteten af monitoreringen af udredningsretten bliver bedre i takt med implementeringen af registreringspraksis, men der er stadig forbedringspotentiale. For alle tre specialer gælder, at antallet af udredningsforløb er stigende for alle regioner, hvilket indikerer en stigende registreringskvalitet. Det betyder, at resultater af en analyse af tre udvalgte specialer med relativt få registreringer skal læses med forbehold.

##### 4.3.2.1 Neurologi

Inden for det neurologiske speciale blev ca. 40 pct. udredt inden for 30 dage i 1. kv. 2015. Andelen udredt inden for 30 dage varierer mellem 15 pct. i Region Nordjylland til knap 50 pct. i Region Sjælland og Hovedstaden. Dette indikerer, at der er kapacitetsmæssige problemer på området, særligt i Region Nordjylland.

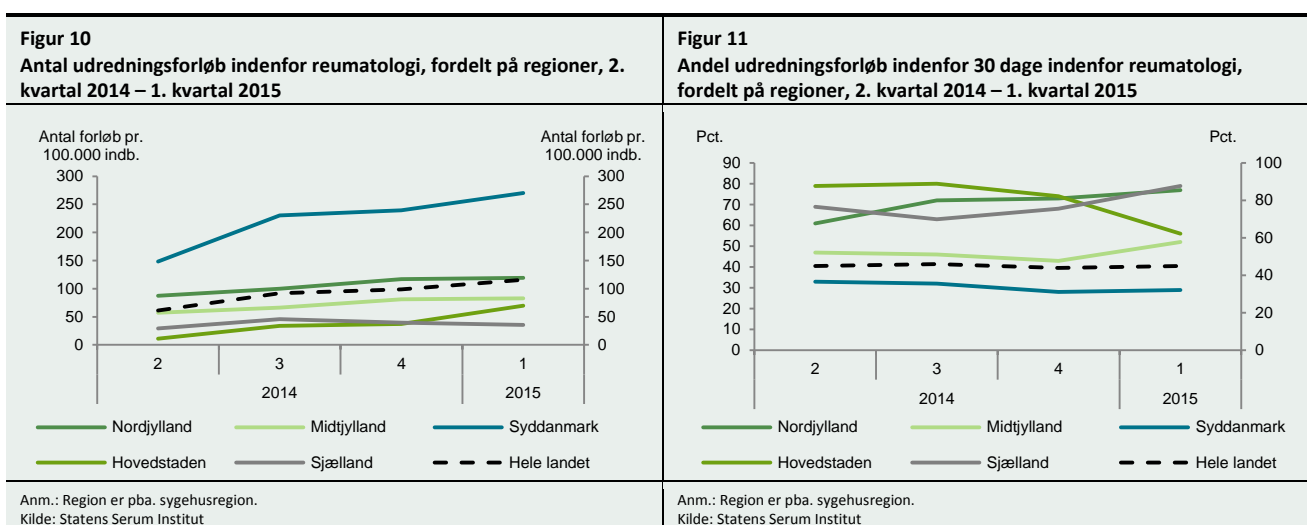
Samtidig ses en stor forskel i registrerede udredningsforløb, som indikerer potentiale for forbedret registreringskvalitet.



#### 4.3.2.2 Reumatologi

Inden for det reumatologiske speciale blev ca. 40 pct. udredt inden for 30 dage i 1. kv. 2015. Her er der væsentlig forskel på andelen udredt inden for 30 dage på tværs af regionerne fra knap 30 pct. på sygehusene i Region Syddanmark til knap 80 pct. på sygehusene i Region Nordjylland og Sjælland.

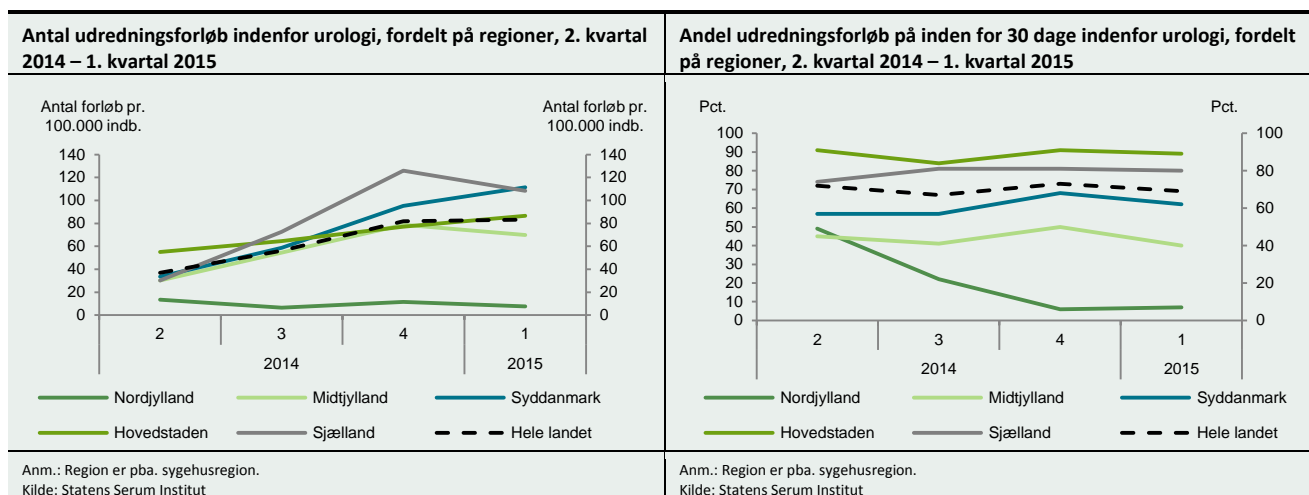
Samtidig ses en stor forskel i registrerede udredningsforløb, som indikerer potentiale for forbedret registreringskvalitet.



#### 4.3.2.3 Urologi

Inden for det urologiske speciale blev omkring 70 pct. udredt inden for 30 dage. Der er dog meget store regionale forskelle i 1. kv. 2015. I Region Nordjylland blev 7 pct. udredt inden for 30 dage, mens andelen var 89 pct. i Region Hovedstaden, jf. figur 13.





## 4.4 Udlevering af udredningsplan

Hvis det ikke er muligt at udrede en patient inden for 30 dage, skal patienten have udlevet en plan for det videre udredningsforløb.

### Boks 3

#### Vejledning: udredningsplan

I tilfælde af, at det ikke har været fagligt muligt at udrede patienterne inden for en frist på 30 dage, skal patienterne have en plan for et videre udredningsforløb. Tidsfristen for udarbejdelsen af denne udredningsplan er identisk med tidsfristen for udredningsretten, og således skal den, jf. sundhedslovens § 82 b, stk. 2, være udarbejdet inden 30 dage, efter at sygehuset har modtaget henvisningen af patienten.

Retten til at få en udredningsplan gælder for alle patienter, som er henvist til sygehusafdelinger uanset årsagen til, at udredningen ikke er sket inden for 30 dage. Måtte der således opstå en situation, hvor en patient som led i udredningstilbuddet har afslået undersøgelse på andre sygehuse, har patienten ret til en plan for det videre udredningsforløb.

Begrebet ”plan” skal i denne sammenhæng opfattes i bred betydning. I mange tilfælde vil det være muligt at give en fyldestgørende plan for det videre undersøgelsesforløb. I andre tilfælde kan usikkerheden om en patients symptomer og sygdom være så stor, at det ikke er muligt at udarbejde en plan længere end én undersøgelse frem, jf. kravene til udredningsplanen.

Indholdet af planen kan både gives til patienten mundtligt eller skriftligt.

Udredningsplanen bør – i så vid udstrækning som muligt – redegøre for den eller de kommende undersøgelser, som patienten forventes at skulle gennemgå. Udredningsplanen skal indeholde oplysninger om tid og sted for de forventede, kommende undersøgelser i et udredningsforløb (som ikke kan afsluttes inden for en frist på 30 dage). Videre vil det, i det omfang det er muligt, være hensigtsmæssigt at sætte et tidsperspektiv for det samlede forløb, som det har været muligt at udarbejde en plan for.

Sygehuset skal udarbejde en udredningsplan, der ud fra den foreliggende viden om patientens diagnose er så fyldestgørende som muligt. Afhængigt af den konkrete situation, og hvilke oplysninger

sundhedspersonen har til rådighed ved henvisning af patienten, må det som hovedregel forudsættes, at udarbejdelsen af en plan indebærer et personligt møde mellem patient og sundhedspersoner.

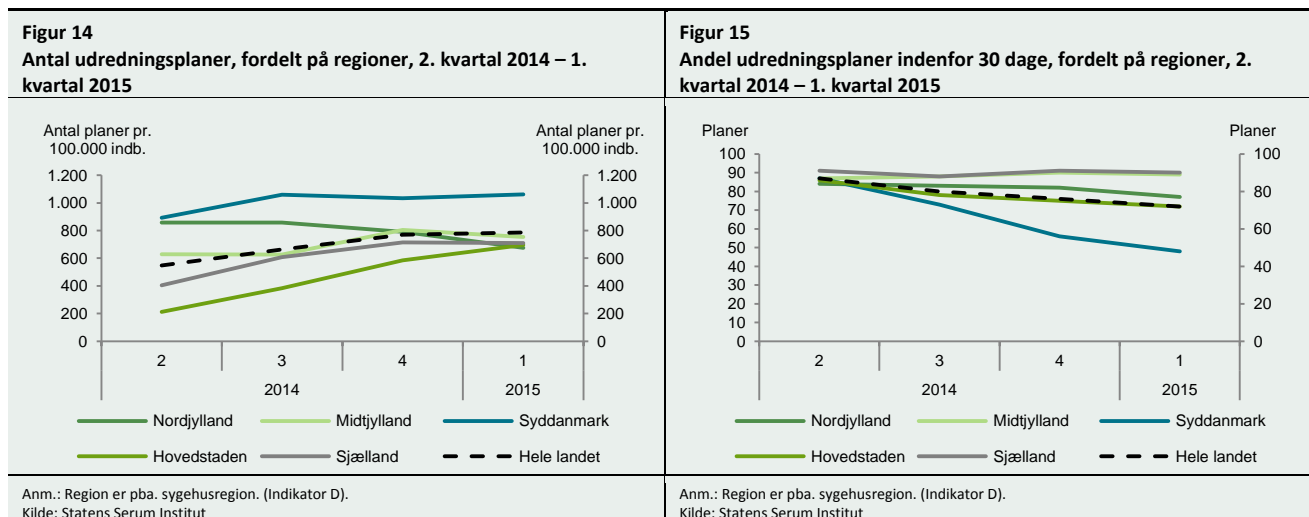
I andre situationer vil det alene være muligt at træffe beslutning om den næste undersøgelse i udredningsforløbet, fx hvis patientens symptomer er meget uspecifikke, eller hvis det videre udredningsforløb afhænger af resultaterne af de forrige undersøgelser. I så fald skal udredningsplanen indeholde information (tid og sted) om den næste undersøgelse. Nye skridt i udredningsforløbet skal føjes til udredningsplanen, så snart sygehuset får grundlag for at træffe beslutning herom. Ansvar for det videre udredningsforløb vil fortsat være forankret på sygehuset, så patienten sikres et sammenhængende forløb.

Regionen er i forbindelse med tilrettelæggelsen af udredningsplanen fortsat forpligtet til at søge andre udredningsmuligheder, herunder på andre regioners sygehuse eller på private sygehuse og klinikker, hvis udredningen ikke kan realiseres på regionens egne sygehuse, eller hvis det er befordrende for at sikre et hurtigere udredningsforløb.

Registreringskvaliteten for udleveringen af udredningsplaner er stigende.

Samtidig med, at antallet af udredningsplaner stiger, falder andelen af udredningsplaner, der udleveres inden for 30 dage. Andelen af rettidigt udleverede planer er på landsplan faldet med 15 procentpoint fra 2. kvrt. 2014 til 1. kvrt. 2015, hvor 87 pct. af udredningsplanerne blev uddelt inden for 30 dage.

Den regionale variation er mindsket for så vidt angår antallet af udredningsplaner pr. indbygger, mens variationen er stigende for andelen af rettidigt uddelte planer. Region Sjælland og Region Midtjylland ligger stabilt med en andel omkring 90 pct., jf. figur 15, mens andelen af rettidigt uddelte planer er faldet fra 87 pct. til 48 pct. i Region Syddanmark. Under forudsætning af, at planerne udleveres, kan dette indikere, at der er forekommet ændringer i registreringspraksis i forhold til, hvilke forudsætninger som skal være opfyldt, før udredningsplanen udleveres.



## 4.5 Regionale opgørelser af årsager til, at patienter ikke udredes inden 30 dage

Den nationale monitorering viser, at 60 pct. af patienterne udredes inden for 30 dage på landsplan i 1. kvrt. 2015. Der kan dog være legitime grunde til, at ikke alle patienter udredes inden for 30 dage, hvilket monitoreringen ikke kan tage højde for. De legitime grunde er:

- At det ikke er lægefagligt muligt at udrede patienten inden for 30 dage.
- At patienten ønsker at blive udredt på et bestemt sygehus og dermed ikke ønsker at gøre brug af regionens tilbud om udredning inden for 30 dage.

Derfor indgik det i Aftale om regionernes økonomi for 2015, at regionerne som led i monitoreringen skal supplere denne med opgørelser vedrørende patienter, der gennem deres frie valg af sygehus selv vælger en længere udredningsperiode. Disse opgørelser indgår ved offentliggørelsen af monitoreringsresultaterne.

Regionerne har en forpligtelse til at give patienterne et tilbud om hurtig udredning, men det er naturligvis op til patienterne, om de vil tage imod det. Hvis det sygehus, patienten er henvist til, ikke kan udrede patienten inden for 30 dage, skal regionen angive et konkret alternativt tilbud i indkaldelsesbrevet.

Hvis der hverken er ledig kapacitet på offentlige eller private sygehuse, vil der dog være tilfælde, hvor det ikke er muligt at give et alternativt tilbud.

Ved at se på de indkaldelsesbreve, patienterne har fået, er det muligt at estimere, hvor mange patienter der enten er blevet udredt inden for 30 dage eller har fået et konkret tilbud om udredning inden for 30 dage i indkaldelsesbrevet. Region Syddanmark og Region Nordjylland estimerer dette til godt 80 pct.

Region Hovedstaden har estimeret, at cirka 84 pct. af patienterne har fået et tilbud om hurtig udredning på det sygehus, de er henvist til, eller har fået et konkret alternativt tilbud i indkaldelsesbrevet. Derudover indgår også patienter, det ikke er lægefagligt muligt at udrede inden for 30 dage.

At estimeret 80-85 pct. får et tilbud om hurtig udredning i indkaldelsesbrevet eller ikke kan udredes af faglige årsager, mens 60 pct. udredes inden for 30 dage, tyder på, at en vis andel af patienterne har et specifikt ønske om, hvilket sygehus de ønsker at blive udredt på.

Det betyder, at Region Hovedstaden vurderer, at ca. 15-20 pct. af patienterne ikke får et tilbud om hurtig udredning af kapacitetsmæssige årsager.

Region Sjælland kan i deres monitorering skelne mellem årsagerne til, hvorfor patienterne ikke er udredt inden 30 dage, og sygehuset derfor har måttet udarbejde en udredningsplan. For regionen er det 34 pct. af udredningspatienterne, der ikke er udredt inden for 30 dage. Region Sjælland har estimeret, at:

- for 14 procentpoint af de patienter, der ikke udredes inden 30 dage, skyldes den manglende udredning faglige årsager,
- for 7 procentpoint af tilfældene skyldes det patienter, der ønsker at bruge deres frie sygehusvalg,
- og for 13 procentpoint skyldes den manglende udredning andre årsager, herunder kapacitetsmæssige udfordringer.

Det vil sige, at for estimeret 13 pct. af udredningspatienterne i regionen er der problemer med at udrede dem inden for de 30 dage. Estimatene vil løbende blive mere præcise med forbedringer i registreringskvaliteten.

Det bemærkes, at det er aftalt i Aftale For Regionernes Økonomi for 2016, at aftaleparterne forpligter hinanden til i fællesskab at udvikle en fælles national model for en ensartet, valid og kvantificerbar metode til opgørelse af bl.a. patienter, der selv vælger at vente længere, og patienter, som ikke udredes inden for 30 dage grundet faglige årsager.

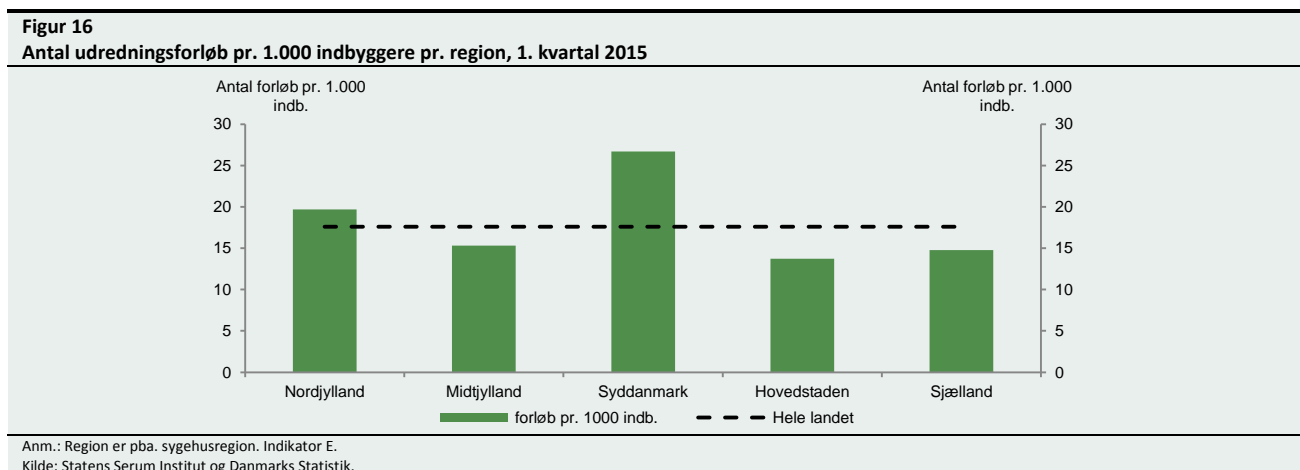
#### 4.6 Datakvaliteten i monitorering af udredningsretten

Monitoreringen er afhængig af, at patienternes udredningsforløb registreres. Klinikerne og lægesekretærene skal i samarbejde angive, hvornår udredning er færdig. Indarbejdelse af denne rutine tager tid, og derfor ses også over perioden en stigende registreringskvalitet.

På landsplan er der knap 100.000 registrerede udredningsforløb i 1. kvrt. 2015. Det er vanskeligt at vurdere, hvor mange udredningsforløb der reelt burde være registreret. En metode kan dog være at se på, hvor mange forløb der burde være registreret, hvis alle regioner registrerede lige så mange forløb per 1.000 indbygger som den region, der har registreret flest forløb. Her er antagelsen, at udredningsbehovet i store træk er ens på tværs af landet.

Region Syddanmark har i 1. kvrt. 2015 registreret flest udredningsforløb per 1.000 indbyggere, jf. figur 16. På baggrund heraf kan det udledes, at hvis de øvrige regioner havde lige så mange udredningsforløb pr. 1.000 indbyggere som Region Syddanmark, ville der således være ca. 150.000 udredningsforløb på landsplan, hvilket er ca. 50.000 flere udredningsforløb end registreret. På baggrund af denne metode vurderes der pr. 1. kvrt. 2015 er registreret ca. 2/3 af det samlede antal udredningsforløb.

Der er derfor et væsentligt potentiale for forbedring af datakvaliteten, som ligger til grund for monitoreringen af udredningsretten.



<b>Tabel 1</b> Antal udredningsforløb, antal udredningsforløb pr. 1.000 indbyggere samt antal udredningsforløb, hvis alle regioner havde samme antal udredningsforløb per. indbygger som Region Syddanmark			
	1. kvartal 2015	Antal forløb pr. 1000 indbyggere	Antal forløb, hvis alle havde samme normering som Region Syddanmark
Nordjylland	11.460	19,7	15.561
Midtjylland	19.626	15,3	34.259
Syddanmark	32.202	26,7	32.202
Hovedstaden	24.283	13,7	47.222
Sjælland	12.118	14,8	21.913
Hele landet	99.689	17,6	151.157

Anm.: Region er pba. sygehusregion. Indikator E.  
Kilde: Statens Serum Institut og Danmarks Statistik.

På offentlige sygehuse er andelen af patienter, der er udredt inden for 30 dage, ca. 60 pct. Dette bygger på samlet set ca. 320.000 registrerede udredningsforløb siden monitoreringens start. På private sygehuse er andelen af patienter udredt inden for 30 dage på ca. 80 pct. Dette bygger på ca. 7.000 registrerede udredningsforløb. Opgørelser over offentlige og private udredningsforløb er påvirket af datakvaliteten. Danske Regioner vurderer i denne sammenhæng, at de private sygehuse kun registrerer en delmængde af det reelle antal udredningsforløb udført af private leverandører. Danske Regioner vurderer, at denne tendens er gældende for alle regioner.

#### 4.7 Patientklager i relation til udredningsretten

Som patient har man ret til at klage, hvis man mener, at regionen ikke har efterlevet kravet om hurtig udredning. Sådanne klager behandles af Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere Patientombuddet), og klagen og sagsbehandlingen har ingen selvstændig indflydelse på patientens videre forløb i sundhedsvæsenet.

##### Boks 4

###### **Lovgivning: Klagemulighed**

Hvis patienter oplever manglende efterlevelse af bl.a. udredningsretten, kan klager over disse forhold indbringes for Patientombuddet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. I medfør af § 6, nr. 4 og 7, kan regionens afgørelser m.v. påklages til Patientombuddet, når de vedrører diagnostiske undersøgelser efter § 82 a, udredning efter § 82 b i sundhedsloven, frit og udvidet frit sygehusvalg samt regionernes oplysningspligt efter § 90 og regler fastsat med hjemmel heri.

Sundheds- og Ældreministeriet har anmodet om bidrag fra Styrelsen for Patientsikkerhed med det formål at få en oversigt over klager fra patienter vedrørende retten til hurtig udredning.

I tabel 2 nedenfor fremgår pr. 23. september 2015 antallet af sager vedrørende udredningsretten modtaget i klageinstansen, siden udredningsretten trådte i kraft 1. september 2013. Det fremgår ligeledes, i hvor mange af de afgjorte sager klager har fået medhold/ikke medhold, samt i hvor mange sager der endnu ikke er truffet afgørelse. Endelig fremgår antallet af sager, hvor sagen er afsluttet uden afgørelse. Dette vil som oftest være tilfælde, hvor klager har trukket klagen tilbage.



Tabel 2 Antal klager vedr. udredningsretten, fordelt på status for klagesagen (pr. 23. september 2015)				
Samlet antal modtagne sager vedr. sundhedslovens § 82b	Antal sager, der er afsluttet i den indledende fase (uden afgørelse)	Antal sager, hvor Patientombuddet endnu ikke har truffet en afgørelse	Antal afgørelser, hvor klager har fået medhold	Antal afgørelser, hvor klager ikke har fået medhold
63	10	41	8	4

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed

Når man sammenligner antallet af klager (63) med antallet af registrerede udredningsforløb, som er i omegnen af 100.000 forløb på landsplan pr. kvrt., er den procentvise andel af klager over udredningsforløbene meget lav. Om det skyldes, at patienter er tilfredse med deres forløb, eller om de, som patientforeningerne påpeger, ikke kender deres klagemuligheder, kan ikke afgøres ud fra opgørelserne.

## 5 Evalueringens fokusområder

Ministeriet og Danske Regioner har valgt at sætte fokus på en række områder, som har væsentlig betydning for såvel implementeringen som udnyttelsen og oplevelsen af udredningsretten.

Det gælder følgende områder:

- Information til patienterne
- Udredningsplaner set fra et patientperspektiv
- Kapacitet og udnyttelsen heraf
- Monitoreringsmodellen og registreringspraksis

### 5.1 Information til patienterne

En god og tilstrækkelig (mundtlig og skriftlig) information til patienter forud for og undervejs i et udredningsforløb har afgørende betydning for patienternes oplevelse af udredningsforløbet som veltilrettelagt, professionelt og trygt. Informationen skal samtidig sikre, at patienterne kender deres rettigheder og ved, hvordan de kan gøre brug af dem, hvis de ønsker det. Foruden den gode informations gavnlige effekt for patienternes følelse af tryghed og forståelse af udredningsforløbet, kan tilstrækkelig information ligeledes medføre hurtigere og mere gunstige patientforløb.

Overordnet set er det Danske Regioners vurdering, at regionerne lever op til lovgivningens krav i forhold til patientinformation. Der er dog fortsat et potentiale for at sikre en nemmere tilgængelig, lettere forståelig og bedre anvendelig information til patienterne.

Regionens informationspligt er fastlagt i sundhedslovens § 90 og uddybet i § 12 i bekendtgørelse nr. 958 af 29. august 2014 om ret til sygehusbehandling m.v. samt i § 7, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 1749 af 21. december 2006 om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v.

### **Vejledning: Patientinformation**

Formålet med informationspligten er at sikre, at patienterne hurtigt får information om undersøgelses- og behandlingstidspunkt, udredningsmuligheder samt om deres muligheder for at benytte det fri og udvidede frie sygehusvalg.

Ansvar for at give henviste patienter information efter disse regler påhviler i praksis det sted, der modtager en henvisning af en patient.

Regionen skal bl.a., senest 8 hverdage efter, at et af regionens sygehuse har modtaget en henvisning, oplyse patienten om, om der efter reglerne i § 14 kan tilbydes udredning inden for 1 måned (30 dage).

Videre skal sygehuset meddele patienten:

- a. dato og tid for undersøgelse og behandling
- b. retten til frit sygehusvalg, retten til hurtig udredning og retten til udvidet frit sygehusvalg
- c. ventetiden på den diagnostiske undersøgelse, udredning eller behandling
- d. hvor mange undersøgelser, udredninger og behandlinger, det enkelte sygehus foretager
- e. tilbud og viderehenvisning af patienten til et andet sygehus

Beregningen af de 8 hverdage påbegynder den dato, hvor sygehuset modtager henvisningen. Reglen indebærer således, at patienten skal modtage et oplysningsbrev fra sygehuset senest den 8. hverdag efter den dag, hvor sygehuset har modtaget henvisningen.

Sygehuset skal i oplysningsbrevet angive på hvilken dato, afdeling samt hvilket sygehus, udredningen tilbydes. Denne forpligtelse om at oplyse dato og sted for udredning påhviler også de private sygehuse m.fl., som er nævnt i bekendtgørelsen om ret til sygehusbehandling m.v. § 15, stk. 2 og 3.

Der skal i oplysningsbrevet informeres om patientens ret til hurtig udredning samt betingelserne herfor. Dertil skal det af regionens information i forbindelse med udredning af patienter på sygehuse fremgå – såfremt regionen ikke kan udrede patienten inden for fristen på det sygehus, som patienten er henvist til – på hvilket sygehus, patienten kan udredes inden for 30 dage. Hertil skal patienten informeres om, hvortil patienten kan rette henvendelse, inkl. telefonnummer og evt. email-adresse, for at blive visiteret til udredning på et andet sygehus, der kan udrede patienten inden for 30 dage, hvis dette ikke allerede er sket.

Oplysningsbrevet bør i alle tilfælde indeholde informationer om regionens patientkontor med angivelse af træffetid og telefonnummer. Det bør også fremgå, hvilken information og vejledning patientkontoret kan være behjælpelig med.

Der skal i oplysningsbrevet informeres om, at patienten har frit sygehusvalg. Det bør fremgå, at hvis patienten benytter sig af det frie sygehusvalg, beregnes udredningsfristen fra den dato, fritvalgssygehuset modtager henvisningen af den pågældende patient.

Sygehusafdelingen skal endvidere i oplysningsbrevet informere patienten om ventetiden på den udredning, patienten er henvist til ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de private specialsygehuse m.fl., som er nævnt i § 15, stk. 2 og 3, i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling.

Det skal fremgå af oplysningsbrevet, at patienten kan få oplyst antallet af udredninger, der foretages på hver af regionens egne og andre regioners sygehuse samt de nævnte private specialsygehuse m.fl.

Som det fremgår af ovenstående boks, skal patienten senest 8 hverdage efter, at sygehuset har modtaget en henvisning, modtage et indkaldelsesbrev. Opbygningen og strukturen i regionernes indkaldelsesbreve er forskellige. Det er dog regionernes vurdering, at alle regioners indkaldelsesbreve lever op til lovgivningen. Regionen er forpligtet til at informere patienten om vedkommendes rettigheder (jf. nærmere om informationspligten i ovenstående boks), herunder frit sygehusvalg, befordring, ventetider og generel information om det forløb, patienten skal igennem. Det kan være en udfordring at få beskrevet de forskellige patientrettigheder, så de på den ene siden er forståelige for patienterne og på den anden side overholder de lovgivningsmæssige krav om patientinformation.

Efter Danske Regioners vurdering lever regionernes indkaldelsesbreve op til vejledningen, og der angives et alternativt tilbud i indkaldelsesbrevet. Der vil dog være tilfælde, hvor patienten bliver bedt om at tage kontakt til patientvejledningen med henblik på at undersøge muligheden for et hurtigere tilbud. Det vil være i de tilfælde, hvor der er af kapacitetsmæssige årsager ikke umiddelbart er et alternativt tilbud.

Regionerne har valgt at tilrettelægge opfyldelsen af udredningsretten forskelligt. Region Sjælland har patientinformation, der direkte giver patienten et andet specifikt udredningstilbud, hvis det ikke er muligt at udrede patienten indenfor 30 dage på det sygehus, patienten er henvist til. De øvrige regioner oplyser i indkaldelsesbrevet patienten om, hvorvidt det sygehus, de er henvist til, kan udrede inden for fristen, og hvis ikke, hvilket andet sygehus der i givet fald ville kunne.

Generelt oplever de adspurgte patientforeninger, at patienterne – og særligt de resourcesvage patienter - har svært ved at læse og forstå den tilsendte information, ligesom der ses et behov for at ensrette informationen, således at alle patienter modtager samme information, uagtet hvilken region de er henvist i. Ensretning af patientinformationen skal samtidig sikre en mere målrettet og konkret anvendelig information til patienterne.

Udfordringer med patientinformationen genkendes af Lægeforeningen, som oplever, at patienter kan se en ret til udredning som en ret til diagnose. Lægeforeningen ser derfor et behov for, at udredning defineres klarere i patientinformationen. Lægeforeningen oplever samtidig, at meget få patienter kender til deres ret til hurtig udredning, medmindre de er indskrevet i et kræft- eller hjertepakkeforløb og det særlige lovgivningskrav, der er knyttet hertil. Patienterne opleves af Lægeforeningen som tilfredse og trygge, hvis blot de informeres om ventetid og dennes årsag. Dette understøtter behovet for også at sikre en god og klar skriftlig patientinformation.

Også patientforeningerne oplever udfordringer med patientinformationen, særligt i forbindelse med forståelig information om, hvordan hurtig udredning kan sikres, når det sygehus, patienten er henvist til, ikke kan imødekomme retten. Selve de skriftlige formuleringer opleves som vanskelige at tolke, hvilket

leder til, at patienter ikke forstår deres rettigheder eller ikke ved, hvordan de skal sikre, at de imødekommes.

Patientforeningerne oplever desuden, at det for patienterne ofte kan virke besværligt at få henvisning til et andet udredningstilbud, såfremt retten til hurtig udredning ikke kan imødekommes på det sygehus, patienten er henvist til.

## **5.2 Udredningsplaner set fra patienternes og sundhedspersonernes perspektiv**

Patienter, som ikke kan tilbydes udredning inden for 30 dage, har krav på en plan for det videre udredningsforløb. Det gælder uanset årsagen til, at patienten ikke er udredt inden for fristen.

Patientforeningernes oplevelse er, at udredningsplanerne generelt ikke fylder meget. Dog bemærker patientforeningerne, at ideen med planerne er god, da de ved bedre brug kan give patienterne tryghed og en følelse af fremdrift.

Lægeforeningen mener ikke, det altid er muligt at udarbejde udredningsplaner, når patienter ikke kan udredes inden for 30 dage. Det skyldes, at den fulde plan for den videre udredning ofte ikke kendes på dette tidspunkt, da videre undersøgelser ofte afhænger af resultaterne af de foregående. Samtidig står det for Lægeforeningen ikke helt klart, hvornår noget egentlig defineres som en plan.

## **5.3 Kapacitet og udnyttelse heraf**

Udgangspunktet for udredningsretten er, at kapaciteten skal anvendes både på tværs af regioner og i privat regi, når der opleves kapacitetsproblemer på regionernes egne sygehuse.

### **5.3.1 Kapacitet i regionalt regi**

Regionerne har etableret centrale visitationsenheder, der koordinerer med de regionale sygehusafdelinger, og har overblik over ventetider regionalt og privat.

Regionernes overholdelse af udredningsretten er blandt andet udfordret af speciallægemangel. Inden for nogle specialer er der udfordringer med speciallægemangel og rekruttering lokalt i nogle regioner, mens der inden for andre specialer bredt i landet er mangel på speciallæger.

Det betyder, at det på nogle områder ikke nødvendigvis er økonomi, men muligheden for at få kvalificerede ansøgere til opslåede stillinger, der gør det vanskeligt at øge kapaciteten og aktiviteten, så udredningsretten kan overholdes. Fx inden for specialerne urologi, reumatologi, neurologi og inden for det billeddiagnostiske speciale er der på landsplan udfordringer.

For neurologi skærpes problemstillingen af, at der er en stor grad af subspecialisering, og det begrænser muligheden for at udnytte speciallægeressourcerne fleksibelt. Samtidig skal der i en del af udredningsforløbene medvirke en neurofysiolog, som der er særlig mangel på. Subspecialiseringen har også betydning for muligheden for at anvende private tilbud. For urologi skærpes problemet med speciallægemangel af, at aktiviteten inden for urologispecialiet er steget betydeligt i de senere år og fortsat stiger, bl.a. på grund af screening for prostatakræft.

### 5.3.2 Kapacitetsoverblik

Alle regioner holder overblik over egen kapacitet. Med hensyn til overblikket over kapacitet *på tværs af regionerne* anvendes aktuelt Venteinfo.dk, hvor sygehuse – offentlige og private – indmelder ventetider til fælles overblik. Venteinfo.dk er udviklet til at understøtte det frie sygehusvalg, før udrednings- og behandlingsretten blev implementeret.

Venteinfo.dk henvender sig til både borgere og medarbejdere i sundhedssektoren og stiller data til rådighed om ventetider for udvalgte behandlinger og operationer på offentlige sygehuse og privathospitaler.

Det kunne således overvejes at opdatere Venteinfo.dk til også bl.a. at indeholde ventetider til udredning.

Danske Regioner ser Venteinfo.dk som et væsentligt arbejdsredskab for patientkontorerne i regionerne, men løsningen er i væsentlig grad håndholdt, og der er i mange tilfælde behov for konkret opfølgning for at sikre, at den angivne ventetid også holder stik. Således kan regionen på baggrund af oplysninger i Venteinfo.dk henvise en patient til et offentligt eller privat sygehus med forventning om kort ventetid. Sygehusenes indberetning til Venteinfo.dk er frivillig, og regionerne har implementeret forskellige modeller for opdateringen. Ventetiderne på Venteinfo.dk er et øjebliksbillede, og det kan betyde, at patienten kan få angivet et tilbud i indkaldelsesbrevet, der ikke reelt lever op til patientens rettigheder, såfremt kapaciteten ændrer sig, mens patienten overvejer tilbuddet.

### 5.3.3 Kapacitet på tværs af regioner

En del af regionernes indsats for at efterleve udredningsretten er at udnytte egen samt ekstern kapacitet mere effektivt. Ekstern kapacitet kan i denne forbindelse være såvel privat kapacitet som kapacitet på tværs af regioner. Regionerne arbejder med at bruge kapacitet på tværs af regionsgrænser, hvor der er væsentlig forskel på regionernes kapacitet.

Der er betydelige udsving i, hvor der er ledig kapacitet. Nogle afdelinger har ind imellem ledig kapacitet, men denne kapacitet anvendes hurtigt, når andre regioner ser den ledige kapacitet og begynder at henvise patienterne til de pågældende afdelinger. Antallet af henvisninger og lokale udfordringer med at rekruttere personale er eksempler på nogle af de faktorer, der kan medføre udsving i kapaciteten. Dette ses særligt på områder, hvor der på tværs af landet er vanskeligheder med at sikre tilstrækkelig kapacitet.

Udsvingene i kapacitet medfører, at der på de fleste områder bliver tale om en ad hoc-udnyttelse af kapacitet på tværs. Der har været eksempler på, at der er indgået aftaler på tværs af regionerne omkring udnyttelse af kapacitet. Fx har Region Sjælland på udvalgte områder indgået en samarbejdsaftale med Region Syddanmark og Region Hovedstaden om udredning og behandling af patienter på hovedfunktionsniveau. Samarbejdsaftalerne vedrører ortopædkirurgi på udvalgte diagnosegrupper, endokrinologi på hovedfunktionsniveau og varicekirurgi samt en samarbejdsaftale på ryggkirurgi på regions- og hovedfunktionsniveau. Der er aftalt et nedslag i DRG-afregningen og en forpligtelse fra de konkrete afdelinger på, at sikre udredning og behandling inden for de gældende ventetidsregler.

Sådanne aftaler er dog ikke fremherskende, fordi det er inden for få områder, regionen kender den samlede kapacitet langt ude i fremtiden, da kapaciteten er påvirket af mange forhold. I stedet sker den førromtalte ad hoc-udnyttelse, baseret på hvem der har den laveste ventetid.

Regionale opgørelser viser, at mellem 10 og 20 pct. af patienter, der modtager tilbud om omvisitering til andet sygehus, tager imod tilbuddet. Af dem er der endvidere en del, der anvender deres frie valg og vælger et sygehus med ventetid over 30 dage. Der er således en væsentlig andel af de patienter, der får et tilbud om omvisitering, der har præferencer i forhold til geografi, kendthed, kontinuitet m.v., der er mere væsentlige for dem end hurtig udredning. Se nedenstående boks 6 med eksempler på sådanne situationer.

Patientforeningerne peger på samme tendens, hvor nogle patienter fravælger alternative tilbud om hurtig udredning, da andre forhold vægtes højere.

#### Boks 6

##### **Eksempel: Når patientens ønske er et andet...**

- En patient vælger at bibeholde sin tid til lungemedicinsk udredning på sit eget hjemsygehus, hvor ventetiden er to måneder, frem for udredning på privatsygehus, hvor ventetiden er to uger. Årsagen er, at patienten ønsker at kunne modtage behandling samme sted som udredningen sker.
- En patient i Aalborg med behov for en kranspulsåreundersøgelse vælger at modtage tilbud til omvisitering. Patienten vælger imidlertid omvisitering til Århus Universitetshospital, hvor der er syv ugers ventetid, frem for omvisitering til Odense Universitetshospital, der har to ugers ventetid. Baggrunden er, at patienten ikke ønsker for lang transport.

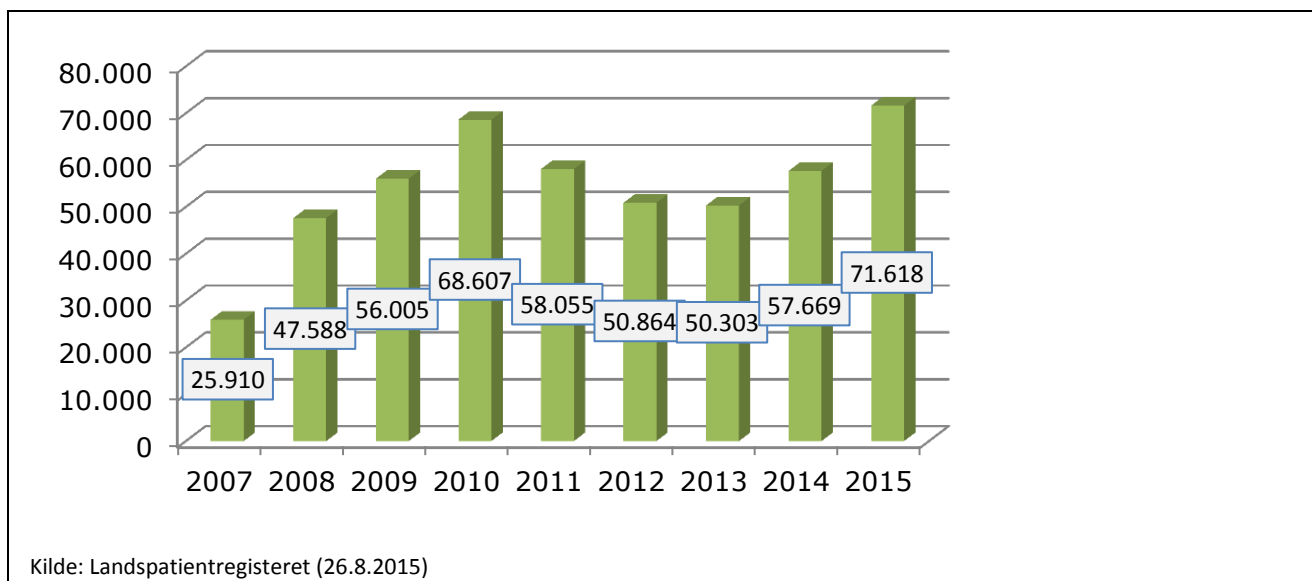
Den nationale monitoreringsmodel tager i dag ikke højde for patienter, der selv vælger at vente længere tid på udredning, jf. afsnit 4.5 og 4.6.

Der ses dog fortsat et potentiale for bedre kapacitetsanvendelse mellem sygehusene og på tværs af regioner.

#### **5.3.4 Kapacitet i privat regi**

Hvis bopælsregionen ikke selv kan tilbyde udredning inden for 30 dage, har regionen pligt til at anvende enten andre regioners kapacitet eller kapacitet på de private hospitaler og klinikker. Tallene fra Landspatientregisteret (LPR) viser, at regionerne i stigende grad anvender privat kapacitet. Således er antallet af patienter udredt eller behandlet på privathospitalerne steget ca. 25 pct. siden indførslen af ret til hurtig udredning den 1. september 2013. Der er ikke specifikke tal for opdelingen mellem udredning og behandling, men langt den hyppigste type af sundhedsydelser, der blev købt hos privathospitalerne i 2014, var MR-scanninger, som primært anvendes i forbindelse med udredning. Danske Regioner vurderer i denne sammenhæng, at aktiviteten i forhold til udredning på privathospitaler er steget i perioden.

Figur 17: Antal unikke cpr-numre på privathospitaler og klinikker i første halvår af årene betalt af regionerne.



Danske Regioner og de enkelte regioner har indgået aftaler med omkring 90 privathospitaler og klinikker om ret til hurtig udredning på 21 forskellige specialer. Der er både indgået aftaler om enkelttydelser i et udredningsforløb og aftaler om hele udredningsforløb. Danske Regioner har arbejdet på at gå fra aftaler om enkelttydelser til mere forløbsbaserede takster. Formålet har været at sikre, at antallet af ydelser udført efter henvisning var optimale uden incitament til at udføre for mange ydelser. Endvidere skulle disse aftaler sikre bedre og mindre fragmenterede patientforløb samt mindre bureaukrati. I tillæg kan hver enkelt region lave udbudsaftaler med de private hospitaler og klinikker.

Aktivitetstal fra LPR og opgørelser fra regionerne viser, at aftalerne om hurtig udredning bliver brugt.

### 5.3.5 Rundspørge om brug af privat kapacitet på udfordrede specialer

I et forsøg på nærmere at belyse den private kapacitet har Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK) lavet en rundspørge blandt de privathospitaler og klinikker, der har en aftale med regionerne om ret til hurtig udredning på specialerne urologi, neurologi og reumatologi. Undersøgelsen er et øjebliksbillede skabt med tilfældigt valgt udgangspunkt i uge 34, baseret på privathospitalernes egne indmeldinger. Rundspørgen ser på, hvor meget af udredningskapaciteten, privathospitalerne og -klinikkerne vurderer, der bliver brugt. Det vil sige, at undersøgelsen bygger på de private leverandørers oplysninger, hvor der fx kan være indrapporteret en udredningskapacitet på 20-25 patienter pr. læge pr. dag.

Rundspørgen bekræfter, at regionerne anvender kapacitet hos de private for at overholde retten til hurtig udredning. Fordelt på specialerne urologi, neurologi og reumatologi er billedet som beskrevet herunder:

- Urologi: Af de 460 patienter, som privathospitalerne har oplyst, var deres udredningskapacitet i uge 34, blev 262 udredt eller 57 pct. anvendt.
- Neurologi: Af de 135 patienter, som privathospitalerne har oplyst, var deres udredningskapacitet i uge 34, blev 64 patienter udredt eller 47 pct. anvendt.

- Reumatologi: Af de 104 patienter, som privathospitalerne har oplyst, de ville kunne have udredt i uge 34, blev 72 patienter udredt eller 69 pct. anvendt.

Det ses således, at der inden for de tre specialer findes ledig privat kapacitet. Den ledige kapacitet kan imidlertid ikke dække alle typer af udredninger, som fx specialiserede udredninger. Hvilken specifik form for udredning, som patienterne venter mere end 30 dage på at få, er ikke klarlagt. Noget kunne dog tyde på, at den private kapacitet kan udnyttes bedre til gavn for flere patienter, men om patienter har fravalgt en udredning i privat regi fx grundet geografiske afstande, kan analysen dog ikke fortælle noget om.

I vurderingen af brugen af de privates kapacitet er det dog vigtigt at holde flere ting for øje, blandt andet specialernes subspecialisering, den geografiske fordeling af de private tilbud, patienternes ønsker og speciallægenes ansættelser i offentligt/privat regi.

Privathospitalernes og -klinikernes indberettede kapacitet kan i flere tilfælde forskydes mellem forskellige udredninger inden for det samme speciale. Dog er der både regionsfunktioner og subspecialiseringer, der kan forhindre, at regionerne kan anvende et privathospital. I undersøgelsen gælder subspecialiseringen og begrænsningen pga. regionsfunktioner specielt inden for neurologien, hvor der på flere områder er en begrænset kapacitet.

Ligeledes spiller kompetencer og ressourcer ind. Det betyder, at den af privathospitalerne oplyste uudnyttede kapacitet svinger fra mange udredninger inden for én type af lidelse til få udredninger for en anden type af lidelse.

Samtidig er det relevant at vurdere den geografiske fordeling af de private tilbud, ikke mindst fordi regionerne har forskelligt behov for at kunne trække på kapacitet i det private. Inden for neurologien, hvor regionerne efter privathospitalernes vurdering anvendte 47 pct. af den private kapacitet, ligger det hidtil eneste private tilbud vest for Storebælt i Region Syddanmark. Det vil sige, at tilgængeligheden for patienter fra eksempelvis Region Nordjylland er begrænset. Til sammenligning er der to lignende tilbud i Region Sjælland og to i Region Hovedstaden. Omvendt er de tre tilbud om udredning for urinvejssten placeret i hhv. Aalborg, Aarhus og på Møn, hvilket vil sige, at der ikke er tilbud i Region Syddanmark eller Region Hovedstaden.

Et andet element i analysen er, at de speciallæger, som udreder på privathospitalerne og klinikker, i høj grad er læger, som også er regionalt ansat. Inden for urologien er – ifølge Danske Regioners oplysninger – 90 pct. af de læger, der er tilknyttet privathospitaler, der udreder patienter, også ansat på regionale afdelinger. For neurologien gælder det, at 83 pct. af speciallægerne, der udreder privat, er tilknyttet et tilbud, der indgår i den offentlige fritvalgsramme, mens 91 pct. af speciallægerne, der udreder på et privathospital inden for reumatologien, også er ansat på en regional afdeling. En udvidelse af den private kapacitet kan derfor i nogle tilfælde ske på bekostning af kapaciteten i det offentlige sundhedsvæsen.

Ifølge Danske Regioner tilknytter de private hospitaler og klinikker - for det meste - speciallæger på konsulentbasis i en fleksibel ordning, som tilpasses antallet af patienter, og som dermed er et bijob ved siden af deres ansættelse på en regional afdeling. De privates kapacitet er således dynamisk og vil ændre sig på baggrund af efterspørgslen. Det betyder, at regionerne aldrig vil komme op på at bruge 90-100 pct. af den private kapacitet, da de private vil have udvidet deres kapacitet forinden.



Regionernes anvendelse af de private udredningstilbud sker inden for rammen af det frie sygehusvalg, og det vil i sidste ende være op til patienterne, om de vil gøre brug af tilbuddet om udredning i privat regi.

For patienter og patientvejledere er det nemmest at anvende privathospitalerne i de tilfælde, hvor der er lavet samlede udredningsforløb og dermed ikke kun aftaler om enkeltydelser. Dette er situationen, når forskellige sundhedsydelser er samlet i et forløb, hvor der er taget stilling til, hvad der skal ske, hvis der er behov for yderligere undersøgelser. Det er der på nuværende tidspunkt inden for de tre oven for nævnte specialer, hvor neurologien næsten er helt dækket på hovedfunktionsniveau og på nogle regionsfunktioner. Det bemærkes, at der desuden er et nyt udredningsforløb på vej for demens. Her er det svært for den enkelte patient eller patientvejleder at finde et privat tilbud og samtidig vurdere, om alle de relevante kompetencer er til stede hos det specifikke privathospital. Det nye udredningsforløb inden for demens skal gerne afklare dette.

## 5.4 Monitoreringsmodel og registreringspraksis

Der er aftalt en national, kvartalsvis monitorering af udredningsretten baseret på Landspatientregisteret (LPR), jf. også afsnit 4.1.

Monitoreringen vedrører:

- a) *Opgørelser af patienternes udredningsforløb, herunder udredning inden for 1 måned (30 dage)*
- b) *Opgørelser af udarbejdelse af udredningsplaner*
- c) *Opgørelser af andelen af patienter efter endt udredning, som har ret til udvidet frit sygehusvalg hhv. 1 måned eller 2 måneder (hhv. 30 og 60 dage)*

Monitoreringen trådte i kraft 1. april 2014 og indebærer på nogle områder en ny registreringspraksis på sygehusene. Erfaringen fra andre monitoreringsområder (fx vedr. pakkeforløb for kræft) er, at implementering tager tid. Monitoreringsopgørelserne af udredningsretten og dens robusthed skal derfor ses i lyset heraf. Tallene fra monitoreringen giver dermed ikke nødvendigvis et fuldendt billede af udredningspatienters udredningsforløb.

Monitoreringen skal understøtte og give mulighed for at identificere bedste praksis på sygehusene samt synliggøre eventuelle flaskehalse og potentialer for bedre kapacitetsanvendelse mellem enheder og på tværs af regioner.

Monitoreringsmodellen har dog også en række begrænsninger. Blandt andet er det ikke muligt at belyse, hvilke patienter det ikke er fagligt muligt at udrede inden for 30 dage, hvilke patienter det ikke er muligt at udrede grundet manglende kapacitet, og hvilke patienter som selv vælger at vente længere end 30 dage på udredning, jf. også afsnit 4.6.

Regionerne samt BPK har bidraget til de følgende afsnit.

Udfordringerne omkring monitoreringen kan opdeles i følgende kategorier:

- Udfordringer med udformningen af monitoreringen
- Udfordringer relateret til lovgivningsmæssige og definitions mæssige uklarheder

- Udfordringer med implementeringen og registreringskvaliteten

#### 5.4.1 Udformingen af monitoreringen

Hovedudfordringen ved monitoreringsmodellen er, at den udelukkende forholder sig til, om patienterne er udredt inden for 30 dage. Modellen tager dermed ikke højde for, at der kan være lovlige årsager til manglende udredning inden for 30 dage, såsom faglige årsager, eller at patienten ønsker at blive udredt på et bestemt sygehus med ventetid længere end 30 dage.

Derfor imødeser både Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner, at der sker en videreudvikling af monitoreringsmodellen, jf. Aftalen om regionernes økonomi for 2016.

For regionerne er det essentielt, at data er let tilgængelige og veldokumenterede, således at data er lette at distribuere ud til de relevante afdelinger, og så regionerne kan genskabe tallene. Det er vigtigt for at sikre troværdighed omkring tallene. Regionerne ser gerne en løsning som for andre monitoreringer, fx kræft og hjerte – hvor data er tilgængeligt på eSundhed og let kan distribueres i ledelsesinformationssystemerne. Dataleverancerne fra ftp-serveren understøtter ikke smidig og automatiseret håndtering af data i regionerne. Samtidig er der behov for, at monitoreringsmodellens indikatorer vurderes for relevans, da der er et potentiale for at reducere monitoreringen og gøre opgørelserne mere forståelige, både for administrationen og offentligheden.

#### 5.4.2 Uklarheder i forhold til definitioner udfordrer monitoreringen

Tilbagemeldinger fra klinikere peger på, at det i flere tilfælde kan være vanskeligt at omsætte den daglige kliniske praksis til monitoreringsmodellens klare sondring mellem udredning og behandling. Det vil sige, at de problemstillinger, der er beskrevet i afsnit 3 omkring lovgivningsmæssige rammer, smitter af på monitoreringen.

#### 5.4.3 Udfordringer i implementeringen af monitoreringsmodellen

Registreringspraksis vedrørende monitorering af udredningsretten viser, at regionerne i forskellig grad og med varierende forudsætninger har implementeret monitoreringsmodellen. Samtidig rapporteres det, at man de fleste steder har oplevet udfordringer med uklarheder om definitioner i forbindelse med udredningsretten og systemet bag, hvilket har givet udfordringer i implementeringsfasen. Implementeringen har således vist sig at være en stor (og endnu ikke fuldendt) opgave for regionerne og privathospitalerne.

Konkret beskrives der på tværs af alle regioner udfordringer i forbindelse med følgende:

- Samarbejdet mellem læger, der foretager de lægefaglige vurderinger forbundet med et udredningsforløb, og lægesekretærerne, der foretager de konkrete registreringer af disse vurderinger.
- Ensartet registrering i forbindelse med overgangen fra udredning til behandling, der ofte er flydende og sideløbende.
- Ensartet registrering af udredningsforløbets afslutning, herunder brug af udredningsplaner.
- Ensartet og stringent registrering af ventestatus bl.a. i forbindelse med multiple diagnoser, fx hvis patienten ligeledes er i et kræft- eller hjertepakkeforløb.
- Generelt er der mange forhold, der beror på konkrete lægefaglige vurderinger, hvorfor det er svært at opretholde stringent registreringspraksis.

- Flere regioner efterlyser mulighed for at lave en 'opmærksomhedsliste' over borgere i udredningsforløb (som det kendes fra kræft- og hjertepakkeforløb). Der rapporteres ikke umiddelbart at være problemer i forbindelse med indberetninger til LPR.

Det bemærkes i øvrigt, at Lægeforeningen har anført, at man generelt oplever et stort registreringskrav, dvs. ikke kun i forbindelse med monitoreringsmodellen. Særligt i forhold til udredningsforløbene har foreningen bemærket, at det kan være svært at vide, om man registrerer korrekt, ligesom registreringerne ikke altid bunder i faglige vurderinger og derfor ikke altid opleves som meningskabende for personalet.

Det bemærkes endvidere, at patientforeningerne har anført, at de finder modellen problematisk, da det ikke er tydeligt, hvor mange og hvem der ikke kan udredes inden for 30 dage. Foreningerne har anført, at monitoreringsmodellen medfører et mørketal, som dækker over de patienter, som selv vælger at vente mere end 30 dage på at blive udredt. Særligt er der manglende kendskab til patienternes oplevelser af retten til hurtig udredning og deres udredningsforløb, samt hvilke patienter der ikke udredes til tiden, og hvilke konsekvenser den senere udredning har for patienten.

Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, de enkelte regioner og sygehusene samarbejder om at sikre en bedre registreringspraksis og mere fuldstændig monitorering af udredningsretten fremover. Arbejdet indebærer også en fortsat tilpasning af monitoreringsmodellen i forhold til de aktuelle behov.

## Bilag 1

**Tabel 3**  
**Antal udredningsforløb og andel udredningsforløb indenfor 30 dage, fordelt på specialer, 2. kvartal 2014 - 1. kvartal 2015**

	2014.2	2014.2	2014.3	2014.3	2014.4	2014.4	2015.1	2015.1	Hele perioden	Hele perioden
	Antal forløb	Pct. udredt inden for 30 dage	Antal forløb	Pct. udredt inden for 30 dage	Antal forløb	Pct. udredt inden for 30 dage	Antal forløb	Pct. udredt inden for 30 dage	Antal forløb	Pct. udredt inden for 30 dage
Alle specialer	53.428	65	76.423	60	97.681	63	99.689	60	327.221	62
Almen medicin	68	79	59	86	111	85	72	78	310	82
Anæstologi	20	40	48	71	59	68	33	12	160	54
Arbejdsmedicin	546	94	452	81	568	90	507	79	2.073	87
Dermato-venerologi	3.032	90	3.148	91	4.300	78	3.609	76	14.089	83
Diagnostisk radiologi	492	99	439	99	571	99	706	98	2.208	99
Fysio- og ergoterapi					1	100	1	100	2	100
Geriatrici	288	56	522	55	669	49	825	53	2.304	53
Gynækologi og obstetrik	4.633	64	6.180	61	7.722	68	8.012	66	26.547	65
Hospitalsodontologi	573	97	595	91	768	96	642	89	2.578	93
Hæmatologi	414	71	602	77	608	82	638	79	2.262	78
Infektionssygdomme	174	74	212	66	132	73	159	76	677	72
Ingen specialeangivelse	177	63	208	49	356	62	678	61	1.419	60
Intern medicin	3.377	63	5.189	59	6.721	56	6.268	53	21.555	57
Kardiologi	2.894	61	4.332	57	5.514	58	6.612	52	19.352	56
Karkirurgi	1.044	74	1.639	61	2.267	57	2.594	48	7.544	57
Kir. gastroenterologi	2.566	62	2.900	52	2.893	59	2.553	60	10.912	58
Kirurgi	5.806	69	7.992	63	10.758	67	11.414	63	35.970	65
Klin. neurofysiologi			28	11	43	7	49	12	120	10
Klinisk genetik	188	17	364	25	491	29	551	34	1.594	28
Med. allergologi	22	86	52	31	63	16	60	27	197	31
Med. endokrinologi	497	72	1.210	74	2.149	81	1.860	78	5.716	78
Med. gastroenterologi	677	45	1.195	36	2.075	40	2.234	44	6.181	41
Med. lungesygdomme	878	53	1.225	54	1.430	59	1.711	55	5.244	56
Nefrologi	472	71	526	79	637	86	631	71	2.266	77
Neurokirurgi	717	49	740	57	839	58	864	56	3.160	55
Neurologi	1.684	43	2.984	40	3.492	43	3.719	42	11.879	42
Oftalmologi	317	68	577	54	318	81	349	51	1.561	61
Onkologi	4	100	3	33	2	100	4	75	13	77
Ortopædisk kirurgi	12.651	63	19.139	60	24.954	63	23.648	63	80.392	62
Oto-, rhino-, laryngologi	1.543	64	2.611	60	2.956	66	2.395	68	9.505	64
Plastikkirurgi	376	86	600	57	795	68	1.099	65	2.870	67
Pædiatri	1.504	71	1.988	64	2.679	64	3.255	54	9.426	62
Reumatologi	3.447	45	5.164	46	5.571	44	6.520	45	20.702	45
Thoraxkirurgi	264	83	337	61	568	73	739	85	1.908	77
Urologi	2.083	72	3.163	67	4.601	73	4.678	69	14.525	70

Anm.: Region er pba. sygehusregion. Indikator E

Kilde: Statens Serum Institut