

Notat



Udfordringer og løsningsmodeller med henblik på at kunne efterleve udredningsretten per 1. september 2013.

Dato 07.06.2013

Thea Hahn Tougaard

Tel. +45 7841 2048

Thea.Tougaard@stab.rm.dk

I dette notat beskrives først hospitalernes konkrete tiltag til efterlevelse af udredningsretten. Dernæst præsenteres de specialer/områder, hvor hospitalerne forventer at kunne overholde udredningsretten per 1. september 2013. Herefter beskrives de specialer/områder, hvor hospitalerne har særlige udfordringer i forhold til at kunne overholde udredningsretten. Endelig beskrives en række tværgående tiltag, der er igangsat med henblik på at håndtere udredningsretten.

Side 1

Konkrete tiltag til efterlevelse af udredningsretten

Handleplanerne viser, at hospitalerne allerede nu vil være i stand til at overholde udredningsretten inden for en række specialer, og at alvorligt syge patienter generelt udredes inden for en måned. På alle hospitalerne er der desuden planlagt konkrete tiltag, så de den 1. september er klar til at opfylde udredningsretten inden for endnu flere specialer. Alle hospitalerne vil iværksætte nedenstående to tiltag, som dækker hele hospitalet.

Aftenhospital i Region Midtjylland

Alle hospitalerne er enige om at etablere et aftenhospital, hvor de enkelte hospitalers ambulatorier med støttefunktioner holder åbent hver tirsdag aften til kl. 18. Alle hospitalerne arbejder med at udvikle konceptet, som eventuelt indføres trinvist de enkelte steder. Formålet med aftenhospitalet er at øge effektiviteten og nedbringe antallet af udeblivelser gennem den større fleksibilitet, som den udvidede åbningstid giver. Der planlægges en tæt, løbende evaluering af tiltaget, herunder åbningstiden, så det sikres, at det reelt giver en øget effektivitet.

Telefon-hotline med specialistrådgivning

Alle hospitalerne opretter desuden telefonlinjer, hvor de praktiserende læger hurtigt kan få direkte specialistrådgivning. Den let tilgængelige specialistrådgivning har til formål at muliggøre, at

flere patienter færdigudredes og/eller behandles i den primære sektor.

Udover ovenstående har de enkelte afdelinger på hospitalerne også planlagt konkrete tiltag med henblik på at kunne efterleve udredningsretten. Der er tale om følgende tiltag:

- Ekstra ambulatoriekapacitet
 - fx gennem udvidet åbningstid, lørdagsåbent og etablering af ekstra ambulatorielinjer
- Ændrede arbejdsgange
 - Fx open access og online booking af hospitalsundersøgelser for almen praksis
- Opgaveglidning mellem faggrupper
 - Fx mellem læger og sygeplejersker med henblik på frigørelse af lægeressourcer
- Fokus på at minimere udeblivelser
 - fx ved at sende sms-påmindelser til nyhenviste
- Yderligere opstramning af visitationen og mere dialog med og specialistrådgivning til praktiserende læger
 - fx understøttes udredning i praksissektoren gennem samarbejdet om forløbsbeskrivelser, som angiver, hvad almen praksis selv kan udrede på optimal faglig vis.
 - fx Let adgang til samme-dags-henvisning og afklaring af patienter, som ellers ville blive henvist til egentlig indlæggelse.
- Ambulatoire- og ventelistegennemgange
 - Bruges fx til at vurdere, om det er de rigtige patienter, der er i ambulatorierne. Herunder om nogle af de planlagte kontroller kan undværes eller håndteres ved telefonisk kontakt i stedet for fremmøde, hvis det er relevant og fagligt forsvarligt.

Specialer/områder hvor der forventes efterlevelse per 1. september 2013

Af hospitalernes handlingsplaner fremgår det, at alle hospitalerne forventer at kunne efterleve udredningsretten per 1. september inden for nedenstående specialer/områder. For nogle af disse specialer gælder det, at hospitalerne allerede nu vil være i stand til at efterleve udredningsretten. For andre af specialerne gælder det, at hospitalerne forventer at blive klar til at efterleve udredningsretten på baggrund af de konkrete planlagte tiltag, som er beskrevet ovenfor, og yderligere tiltag, som vi forventer at igangsætte. Der kan inden for nogen af specialerne være enkelte afgrænsede funktioner, hvor der kan være behov for at indgå aftaler med privathospitaler eller hospitaler i andre regioner.

- Arbejdsmedicin
- Gynækologi og obstetrik
- Kirurgi
- Geriatri
- Infektionsmedicin
- Nefrologi
- Hæmatologi
- Karkirurgi
- Klinisk fysiologi
- Nuklearmedicin
- Neurokirurgi
- Tand-, mund- og kæbekirurgi

Specialer/områder med særlige udfordringer

Mange afdelinger forventer at blive klar til at opfylde udredningsretten per første september på baggrund af de ovenfor beskrevne tiltag. Men handleplanerne viser også, at hospitalerne generelt har særlige udfordringer i forhold til at kunne efterleve udredningsretten inden for følgende specialer/områder:

- Internt medicinske specialer:
 - Kardiologi
 - Reumatologi
 - Lungemedicin
 - Gastro-enterologi
 - Endokrinologi
- Urinvejskirurgi
- Ortopædkirurgi
- Neurologi
- Øre-næse-hals
- Plastikkirurgi
- Pædiatri
- Billeddiagnostik

Disse områder har derfor givet anledning til særlige tiltag og overvejelser, som beskrives nedenfor. I den forbindelse bemærkes det, at det generelt kun er nogle afgrænsede områder inden for de enkelte specialer, som der er særlige udfordringer med, og ikke specialet som helhed.

Endelig har der været sat spørgsmålstejn ved, hvorvidt der er tilstrækkelig skopikapacitet på hospitalerne til, at skopier afledt af tarmkræftscreeningsprogrammet, som træder i kraft i 2014, kan gennemføres. Da skopikapaciteten også kan have betydning for udredningsretten, vil hospitalernes arbejde med at øge skopikapaciteten også blive beskrevet nedenfor.

Intern medicin

I forhold til de internt medicinske specialer arbejder hospitalerne generelt på at løse udfordringerne lokalt. Eksempelvis vil Aarhus Universitetshospital udvide undersøgelseskapaciteten inden for lungemedicin. I forhold til endokrinologi, gastro-enterologi og lungemedicin er det kun enkelte af hospitalerne, der har problemer. Inden for disse specialer vil det blive undersøgt, om udfordringerne kan løses gennem aftaler med privathospitaler eller hospitaler i andre regioner. Inden for kardiologi og reumatologi er der iværksat tiltag, som går på tværs af hospitalerne, jf. nedenfor.

Kardiologi

Hospitalerne har generelt kapacitetsproblemer inden for kardiologi, særligt i forhold til ekkokardiografier. Alle hospitaler har tilkendegivet, at de øger deres kapacitet inden for ekkokardiografier. Desuden vil der først på efteråret 2013 blive igangsat et regionalt uddannelses tiltag, der skal efteruddanne sygeplejersker og radiografer til ekkoteknikere, så de kan lave basal ekkokardiografi til anvendelse i samarbejde med kardiologer. Hospitalerne skal i udgangspunktet varetage ekkokardiografi for alle patienterne i deres egne optageområder, men i de tilfælde hvor der er store udfordringer hermed, vil patienterne kunne omvisiteres til Diagnostisk Center i Silkeborg, som oprettes som bagstopperfunktion i forhold til

ekkkundersøgelser. Der forventes således, at der vil kunne tilbydes ekkokardiografier for ikke pakke patienter inden for en måned per 1. september 2013.

Reumatologi

Hovedparten af hospitalerne har kapacitetsudfordringer inden for reumatologien. Blandt andet grundet speciallægemangel. Med henblik på at imødekomme udfordringer i forhold til udredningsretten etableres der den 1. juni 2013 "open access" inden for Reumatologisk Center Vest, Regionshospitalet Silkeborg, hvor praksislæger kan henvise patienter med ledsmerter for at få svar på, om det er inflammatoriske ledsmerter (leddegigt) eller ej. Det forventes således, at patienter får foretaget røntgenundersøgelser om formiddagen og reumatologisk vurderet inklusive eventuel ultralyds scanning om eftermiddagen. Hvis der konstateres leddegigt, henvises de til regelret forundersøgelse og kontrol i Tidlig Artriklinik, og hvis mistanken afkræftes, afsluttes patienten til egen læge. I første omgang er det med begrænset kapacitet, knap 1 spor ugentligt.

På Aarhus Universitetshospital har den reumatologiske afdeling igangsat flere initiativer, som forventes at sikre, at udredningsretten kan efterleves per 1. september 2013. Initiativerne består for det første af et øget fokus på efteruddannelse af praktiserende læger i de kvantitativt vigtigste reumatologiske sygdomme, således at flere problemstillinger kan løses i almen praksis, og at henvisninger til hospital kan kvalificeres. For det andet arbejdes der på øget tilgængelighed fra almen praksis. Der udmeldes telefonisk tilgængelighed til visiterende speciallæge i forhold til faglig rådgivning, fx om behov for henvisning til hospital, og mulige undersøgelser der kan foretages forud for henvisning. For det tredje arbejder afdelingen med den fortsatte implementering af et akut udredningsambulatorium. I dette ambulatorium kan nyhenviste blive undersøgt, og der kan lægges en udrednings-/ behandlingsplan. Tidsforbruget er herved halveret i forhold til vanlig ambulans undersøgelse.

Urinvejskirurgi

Der er store kapacitetsproblemer i forhold til patienter med godartede urinvejskirurgiske lidelser. Med henblik på at afhjælpe problemet igangsættes meraktivitetsprojekter på de tre urinvejskirurgiske afdelinger i regionen. De tre afdelinger samarbejder desuden i urologisk visitationssamarbejde om at sikre en god samlet kapacitetsudnyttelse. Der vil dog også i periode være behov for at benytte privat kapacitet eller lave aftaler med andre regioner for at kunne leve op til udredningsretten.

I forhold til en langsigtet løsning er det aftalt, at der skal laves en langsigtet udviklingsplan for urologien.

Ortopædkirurgi

Inden for ortopædkirurgien har hospitalerne primært udfordringer inden for fod-, ryg-, og skulderområdet. Det er aftalt, at både den fælles visitation inden for ortopædkirurgien og bagstopperfunktionen på Friklinikken Silkeborg fortsættes som hidtil. Desuden er der inden for skulderområdet pt. en fælles visitationsretningslinje i høring, som skal opstramme de praktiserende lægers visitationspraksis, så patienterne i højere grad færdigudredes i primærsektoren.

Neurologi

Inden for neurologien er der udfordringer med at kunne leve op til udredningsretten. Især er der kapacitetsproblemer inden for demens- og hovedpineområdet. RH Viborg har oprettet en

hovedpineklinik, og hospitalerne arbejder generelt på at øge aktiviteten i det omfang, lægeressourcerne giver mulighed herfor. Indsatsen forventes dog ikke, at være tilstrækkelige til at opfylde udredningsretten. I den kommende tid vil problemet omfang blive specificeret med henblik på at løse problemerne gennem aftaler med privathospitaler eller hospitaler i andre regioner.

Øre-næse-hals

I regionen er der generelt lange ventelister inden for øre-næse-hals. Med henblik på at komme ventelisterne til livs, er der på Aarhus Universitetshospital blandt andet planer om udvidet åbningstid og styrket samarbejde med praktiserende speciallæger, så patienterne i højere grad kan færdigudredes og/eller behandles i praksis. Derudover er det aftalt, at Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest taler sammen om muligheden for fælles tiltag. Ligesom inden for neurologien vil problemernes omfang blive specificeret i den kommende tid. Det undersøges i hvor høj grad problemerne kan løses gennem aftaler med privathospitaler eller hospitaler i andre regioner. Der er dog generelt kapacitetsproblemer i såvel offentligt som privat regi, hvorfor det er muligt, at der bliver behov for en særlig national drøftelse heraf.

Plastikkirurgi

Plastikkirurgisk afdeling på Aarhus Universitetshospital har kapacitetsproblemer i forhold til at kunne efterleve udredningsretten. Der er kun en plastikkirurgisk afdeling i regionen, hvorfor der ikke kan henvises/omvisiteres til andre hospitaler i regionen. Desuden kan afdelingens opgaver ikke håndteres i det private, ligesom det heller ikke er en mulighed at benytte udenregional kapacitet. Problemerne vil blive specificeret med henblik på en national drøftelse heraf.

Pædiatri

Børneafdelingen på Aarhus Universitetshospital har lange ventetider inden for nogle pædiatriske områder. Der er igangsat pukkelafvikling er inden nogle fagområder. Derudover vurderer afdelingen, at det kan være relevant at omvisitere patienter inden for nogle fagområder, mens omvisitering ikke umiddelbart mulig inden for andre områder. Problemerne vil blive specificeret med henblik på en national drøftelse heraf.

Billeddiagnostik

Hospitalerne har generelt kapacitetsudfordringer i forhold til MR-scanninger, så de udgør en flaskehals i forhold til udredningen inden for de øvrige specialer. Derfor iværksættes der et tværgående samarbejde om billeddiagnostikken, der skal sikre, at regionens personale, apparatur og lokaler udnyttes bedst muligt. Der er nedsat en arbejdsgruppe, som skal komme med et udspil til en model for samarbejdet inden sommerferien. Arbejdsgruppen skal ligeledes se på, hvorvidt regionens udbudsftaler med privathospitaler kan benyttes i højere grad end hidtil. Arbejdsgruppen består af ledelsesrepræsentanter fra administrationen, Aarhus Universitetshospital og to af regionshospitalerne.

Screeningsprogrammet for tarmkræft (kirurgi)

På baggrund af udredningsretten og drøftelser om skopier på Hospitalsenheden Vest har der været usikkerhed om, hvorvidt der er tilstrækkelig skopikapacitet på hospitalerne til, at skopier afledt af tarmkræftscreeningsprogrammet, som træder i kraft i 2014, kan gennemføres.

Administrationen har på baggrund heraf spurgt de berørte hospitaler, om de fortsat regner med at kunne præstere den forventede meraktivitet som følge af tarmkræftscreeningsprogrammet. Alle fire berørte hospitaler har svaret positivt på dette. Hospitalerne har arbejdet på – og arbejder stadig på – at blive klar til at håndtere den afledte skopiaktivitet. Der etableres således flere skopistuer i årene 2013 -15 på hospitalerne, ligesom der i perioder vil være udvidede åbningstider.

I forbindelse med tarmkræftscreeningsprogrammet har skopiopgaven desuden dannet grundlag for en indsats med opgaveglidning. Regionerne er således på nationalt plan blevet enige om et uddannelsesforløb til sygeplejersker med henblik på, at denne personalegruppe fremadrettet kan varetage skopiopgaven med backup fra kirurger. I Region Midtjylland er der i øjeblikket seks sygeplejersker, som er under uddannelse til at kunne udføre skopier. Opgaven, som tidligere næsten udelukkende har været udført af kirurger (der er i dag én uddannet sygeplejerske i Region Midtjylland), vil derfor fremadrettet også kunne udføres af uddannede sygeplejersker.

Det er forventningen, at de sygeplejersker, som gennemgår uddannelsen, vil bruge relativt meget af deres arbejdsdag på at koloskopere. Det betyder, at de vil opnå stor rutine i opgaven og gennemføre langt flere skopier end den typiske kirurg, som forsat vil varetage mange andre kirurgiske opgaver. Sideløbende vil der med indførelse af tarmkræftscreeningsprogrammet blive etableret databaser med henblik på forskning og monitorering af kvaliteten af behandlingen.

Hospitalernes besvarelser ligger i tråd med deres handleplaner, hvor der ikke meldes om store udfordringer inden for kirurgien. Som bekendt er der aktuelt en længere ventetid til skopier på Hospitalsenheden Vest. Ventelisten forventes afviklet den 1. september 2013, jævnfør andet punkt på dagsordenen.

Overordnede tiltag til håndtering af udredningsretten

I det følgende beskrives områder, hvor der iværksættes overordnede tiltag til håndtering af udredningsretten. Tiltagene går generelt på tværs af hospitaler og specialer i Region Midtjylland, ligesom der også er planer om enkelte nationale tiltag.

Bevilling på 25 mio. kr. til forberedelse af udredningsretten på hospitalerne

Hospitalernes og administrationens forberedelser til udredningsretten har gjort det klart, at der på en række områder er betydelige pukler af patienter, der venter på udredning. Der er ikke tale om patienter med mistanke om alvorlig sygdom, men det er patienter, der skal færdigudredes og behandles, så der skabes tid og rum til hurtig udredning efter den første september 2013. For at kunne efterleve udredningsretten pr. 1. september 2013 er det således nødvendigt, at hospitalerne i de kommende måneder kører med ekstra aktivitet og får afviklet puklerne. Af den grund har regionsrådet den 29. maj 2013 bevilliget 25 mio. kr. til pukkelafvikling og indkøring af udredningsretten på de somatiske hospitaler i regionen. Beløbet fordeles med 7,5 % til Regionshospitalet Horsens og Regionshospitalet Randers, 20 % til Hospitalsenheden Vest og Hospitalsenhed Midt og 45 % til Aarhus Universitetshospital. Hospitalerne vil typisk bruge midlerne til at køre ekstra aktivitet på lørdage samt sent eftermiddag/aften.

Omvisitering

For at kunne leve op til udredningsretten forventes der i større eller mindre grad at være behov for omvisitering af patienter. Det er besluttet, at hospitalerne som udgangspunkt selv skal stå for omvisiteringen. Patientkontoret vil dog også kunne varetage en del af omvisiteringen. Patientkontorets rolle i omvisiteringen vil blive nærmere fastlagt, men kontoret vil formentlig hovedsageligt skulle håndtere omvisitering af udredningspatienter til private leverandører eller andre regioner.

Hvis en patient inden for hospitalets eget optageområde ikke udredes inden for 30 dage og derfor vælger udredning på enten et privathospital eller i en anden region, vil henvisningssygehuset blive pålagt en afregning på 50 % af DRG-værdien. Den nærmere model herfor vil blive udarbejdet.

Håndtering af forløbsansvaret

Med forløbsansvaret har hospitalerne fået ansvaret for at sikre, at patienten ikke sendes tilbage til almen praksis, før han eller hun er udredt. Når udredningsforløb går på tværs af hospitaler eller afdelinger inden for det enkelte hospital, er det således vigtigt at sikre, at patienten ikke falder mellem to stole. Som udgangspunkt håndteres hospitalernes forløbsansvar for udredningsforløb af hospitalerne selv. Alle hospitalerne er i færd med at udvikle en model herfor, og af handlingsplaner fremgår det, at der gennemgående er planer om at håndtere forløbsansvaret gennem stafetmodeller, hvor den afdeling, der har modtaget henvisningen, er ansvarlig for patientens udredning, og for at sikre at udredningen af patienten fortsættes i en anden afdeling, hvis der er behov for det.

I forhold til de tilfælde, hvor patientens udredningsforløb foregår på flere hospitaler, er der imidlertid behov for et fælles regionalt regelsæt. Administrationen er i samarbejde med hospitalerne ved at udarbejde en stafetmodel, der opstiller en klar ansvarsfordeling mellem det afgivende hospital og det modtagende hospital. I denne model gælder det grundlæggende, at patienten først kan betragtes som overleveret, når patienten har haft fremmødet på det modtagende hospital. Hvis RH Horsens fx vil sende en patient til videre udredning på AUH, så er det RH Horsens ansvar at sikre, at patienten har modtaget tid til fremmøde på AUH og oplysninger om indholdet i og formålet med det planlagte fremmøde, og hvilke undersøgelser der skal finde sted. På grund af den forholdsvis korte tidsfrist for udredningen skal det også sikres, at patientens fremmøde på AUH finder sted inden for kort tid. Overleveringerne mellem hospitalerne skal med andre ord være hurtige og effektive.

Hospitalernes håndtering af deres nye forløbsansvar er således en unik mulighed for at sikre effektive udredningsforløb for patienterne.

Målrettet produktivetskrav

I 2014 anvendes det målrettede produktivetskrav til at sikre, at udredningsretten overholdes. Modsat 2013 vil der ikke blive indgået aftaler mellem administrationen og hospitalerne om den specifikke udmøntning af kravet - udover at det skal bruges målrettet til at overholde udredningsretten. De enkelte hospitaler vil selv kunne målrette produktivetsstigninger på områder, hvor der er behov for en særlig indsats for at overholde retten til hurtig udredning.

Fælles forståelse af, hvornår patienten kan betragtes som udredt

Loven indeholder ikke specifikke krav til, hvilken udredning der skal ske inden for en måned. Derfor er der behov for, at regionerne i fællesskab definerer, hvornår patienten kan betragtes som udredt, og hvilken udredning der kan forventes foretaget inden for en måned. Danske Regioner har samarbejdet med regionerne herom og lægger op til, at patienten må betragtes som udredt, når der er truffet en lægefaglig beslutning om, hvilken initial behandling, der kan påbegyndes, eller hvis mistanken om sygdom afkræftes. Desuden er oplægget, at hospitalet i udredningsforløbet skal gennemføre de undersøgelser, som fagligt set er nødvendige for, at patienten kan udredes. Endelig lægges der op til, at der skal være en rimelig formodning om, at de konkrete undersøgelser vil bidrage til, at der skabes klarhed om diagnosen. Det betyder, at lægen skal kunne afslutte et udredningsforløb, når de diagnostiske muligheder fagligt set vurderes som udtømte.

Aktivitet og optageområder

Udredningsretten rejser et spørgsmål vedr. kravene til hospitalerne aktivitet og incitament i forhold til at dække eget optageområde og til at tiltrække patienter fra andre optageområder. Administrationen vil følge udviklingen og incitamenterne nøje og er i dialog med hospitalerne om dette. Herunder overvejes det, om der inden for visse områder er behov for at lukke for frit sygehusvalg for patienter uden for optageområdet, hvilket lovens bestemmelser åbner mulighed for.

Succesmål for udredningsretten

Administrationen har efter drøftelse med hospitalerne opstillet følgende målsætninger for udredningsretten:

- 90 % af patienterne, der er henvist til udredning, skal have den første kontakt inden for 14 dage
- Alle patienter skal udredes inden for 30 dage eller, hvis dette ikke er fagligt muligt, have en udredningsplan inden for 30 dage. Af disse skal 90 % af patienterne udredes inden for 30 dage.

Der er tale om et første udspil til succesmål, og målsætningerne skal løbende vurderes. Herunder skal der ses på behovet for at differentiere mellem specialerne, idet de har forskellige forudsætninger for at kunne udrede patienterne inden for 30 dage.

Der arbejdes på en monitoreringsmodel for udredningsretten, jævnfør nedenfor, og specielt målet vedrørende hvor mange, der skal kunne udredes inden for 30 dage - altså uden at der bliver behov for en udredningsplan - skal følges nøje.

Indtil monitoreringsmodellen er på plads, er det tanken, at målsætningen om, at 90 procent af patienterne skal have den første kontakt inden for 14 dage, vil kunne fungere som et indirekte mål for regionens efterlevelse af udredningsretten. Det bemærkes, at Region Syddanmark har sat som mål, at første kontakt for alle patienter skal være inden for 14 dage, mens målet i Region Nordjylland er, at den første kontakt finder sted inden for 10 dage.

Aftaler med private

Ifølge sundhedsloven har regionsrådet i bopælsregionen pligt til at udrede patienter ved sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt. Danske Regioner er i

samarbejde med regionerne ved at udvikle et nyt, centralt aftale-set-up, som kan træde i stedet for de nuværende udredningsaftaler vedr. det udvidede frie sygehusvalg, og som løbende kan suppleres med aftaler med private leverandører om andre udredningsaktiviteter. Aftale-set-up'et skal indeholde de nuværende udredningsforløb og undersøgelseskoder under det udvidede frie sygehusvalg. Den enkelte region kan beslutte at benytte aftalen helt eller delvist efter behov. Den endeligt forhandlede aftale godkendes af Danske Regioners bestyrelse. Regionerne skal desuden beslutte, om der skal laves aftaler på nye områder, eller indgås aftale om nye aftaleformer.

Dokumentation og monitorering

I økonomiaftalen for 2013 mellem regeringen og Danske Regioner blev det aftalt, at der etableres en model for monitorering af udredningsgarantiens overholdelse (fx igennem audit og lignende).

Ministeriet for sundhed og forebyggelse har fremlagt den monitoreringsmodel, de mener, skal anvendes til monitorering af udrednings- og behandlingsgarantien. Ministeriet lægger op til en tæt monitorering, der skal bygge på såvel nye som eksisterende registreringer. Deres monitorering indeholder 2 elementer.

1. Monitorering af udredningsgarantien
2. Monitorering af udlevering af udredningsplan/differentieret behandlingsgaranti

Ministeriets udspil indeholder kun overordnede linjer, og den konkrete model er endnu ikke på plads. Der pågår derfor drøftelser mellem Danske Regioner og ministeriet om form og indhold af monitoreringen.

Da der endnu ikke forelægger en national monitoreringsmodel, vil Region Midtjylland igangsætte en regional monitorering.

Håndtering af venteliste generelt

Direktionen har på baggrund af drøftelser med hospitalerne besluttet at sætte en grænse på maksimalt 3 måneder i forhold til, hvor længe regionen kan være bekendt at lade nyhenviste ikke-udredte patienter vente. Hvis patienterne skal vente længere end 3 måneder på en tid, skal hospitalerne derfor ikke booke disse tider til patienterne, men i stedet sikre at patienterne omvisiteres. Til nyhenviste patienter, der får en tid mellem 1 og 3 måneder, sendes et brev med en aktiv opfordring til, at de lader sig omvisitere.

De ikke-udredte patienter, der i dag står på venteliste, vil som følge af pukkelfvikling i forbindelse med forberedelsen til udredningsretten generelt komme hurtigere til. Hospitalsledelserne er desuden i gang med at sikre, at der ikke står ikke-udredte patienter på venteliste med en ventetid, der ligger udover det fagligt forsvarlige.

I forhold til situationen fremadrettet er der med den pukkelfvikling, der nu finder sted, og med den pligt til hurtig udredning, der træder i kraft 1. september, lagt en klar linje om, at patienter, der ikke er udredt, ikke skal stå på venteliste udover en måned.

Det skal bemærkes, at udredningsretten medfører en risiko for, at ventetiden for andre patienter end udredningspatienter forlænges. Såvel hospitaler som administrationen har derfor

fokus på, at indførelsen af udredningsretten ikke betyder, at der bliver gået på kompromis med den fagligt forsvarlige ventetid i forhold til personer, der fx står på venteliste til nødvendige kontroller. Til gengæld indebærer udredningsretten, at der ikke i samme omfang som i dag vil stå patienter på venteliste, som ikke er udredte. Dermed sikres det, at prioriteringen af patienterne på ventelisten og dermed ventetiderne er bedre fagligt funderede.