

Tilmæli um at skipa viðgerðartrygd í Føroyum



Heilsumálaráðið

Desember 2019

Indhold

1. Indledning	3
2. Sammenfatning	4
3. Kommisorium	6
4. Arbejdsgruppens sammensætning	7
5. Arbejdsproces	8
6. Gennemgang af nordiske landes modeller for behandlingsgaranti-lignende ordninger	9
6.1 Danmark	11
6.2 Sverige	12
6.3 Island	12
6.4 Åland	13
6.5 Finland	13
6.6 Norge	14
7. Ventetider	16
7.1 Ventetidsstatistik	16
7.2 Udfordringer med statistik over erfarede ventetider	16
7.3 Udfordringer med statistik over forventede ventetider	19
7.4 Erfarede ventetider på udvalgte specialer	19
8. Økonomiske omkostninger ved behandlingsgaranti	21
8.1 Eksempel på økonomiske omkostninger	21
9. Personaleforhold som følge af behandlingsgaranti	23
9.1 Personalesituationen på Færøerne	23
9.2 Personalemæssige opmærksomhedspunkter ved behandlingsgaranti	24
10. anbefalinger	25
Anbefalinger vedrørende ventetidsopgørelser	25
Anbefalinger vedrørende valg af styringsmodel	26
Anbefalinger vedrørende produktionsoptimering	27
Pukkelafvikling	28

1. Indledning

På Færøerne er der politiske ønsker om at indføre en behandlingsgaranti-lignende ordning. Dette blev bekræftet af Løgtingið i 2018, da det blev enstemmigt godkendt at påkalde det færøske landsstyre, om at undersøge forudsætningerne for indførelse af behandlingsgaranti i det færøske sygehusvæsen:

“Løgtingið þákalder landsstýrið om at undersøge og belyse hvordan en behandlingsgaranti-lignende ordning for alle færinger kann indføres, en vurdering af de økonomiske konsekvenser, belysning af forudsætningerne for at nå resultatet, samt eventuelt forberedelse af nødvendige lovforslag”¹.

Med denne baggrund nedsatte Sirið Stenberg, forhenværende landsstyrekvinde, en arbejdsgruppe med eksperter indenfor sygehusvæsenet og interessegrupper samt repræsentanter fra Heilsumálaráðið, at udarbejde en anbefaling om hvordan en behandlingsgaranti-lignende ordning kan indføres i det færøske sygehusvæsen.

Landsstyremanden for sundhedsområdet, Kaj Leo Holm Johannesen, som sammen med Sambandsflokkinum var med til at opstille det oprindelige forslag til dette arbejde, besluttede at arbejdsgruppen skulle fortsætte med arbejdet, efter at han tog over som minister i september i år.

Med det formål at forkorte ventelisterne, har flere af vores nabolande indført behandlingsgaranti-lignende ordninger. For eksempel er der i Danmark indført en behandlingsgaranti ordning baseret på patientrettigheder, imens der i Finland er indført en kontraktstyret ordning.

I forhold til patienten og behandlingen er det færøske sundhedsvæsen omfattet af den danske Sundhedslov. I Sundhedsloven § 2, stk. 1, punkt 7, er der en bestemmelse omkring kort ventetid på behandling. Men §§ 1-4 i Sundhedsloven er ikke gældende på Færøerne. Det vil sige, at der på Færøerne ikke findes bestemmelser omkring ventetider².

¹ Broytingaruppskot frá *Trivnaðarnevndini*, sum varð einmælt samtykt av Løgtinginum.

² [Anordning om ikrafttræden for Færøerne af sundhedsloven](#)

2. Sammenfatning

Udgangspunktet for arbejdsgruppen har været kommissoriet fra Heilsumálaráðið.

Arbejdsgruppen har indsamlet materiale fra sygehusvæsenet på Færøerne og fra de øvrige nordiske lande. Statistiske data fra sygehusvæsenet blev brugt til udarbejdelse af ventelister.

Arbejdsgruppen har via et standardiseret spørgeskema, som blev sendt ud til sundhedsministerierne i de øvrige nordiske lande, indhentet informationer om forskellige former for behandlingsgarantier og behandlingsgaranti-lignende ordninger. En oversigt over de indkomne informationer findes på side 10.

De forskellige nordiske ordninger kan groft inddeles i to grundlæggende typer:

- Patientrettighedsbaserede ordninger, eksempelvis i den danske "udvidet frit sygehusvalg"
- Kontraktbaserede ordninger, eksempelvis i Sverige og i Island

Generelt indeholder de fleste nordiske modeller elementer af både patientrettigheder og af kontraktbaserede ordninger, som tilsammen har til formål at "styre" sygehusenes adfærd i retning af at reducere ventetider til adgang til sundhedsvæsenet, undersøgelser og behandlinger.

I alle de nordiske lande opgøres der statistik over ventetider; som kan deles i to typer:

- *Erfarede ventetider*, som omfatter bagudrettede og konstaterede ventetider
- *Forventede ventetider*, som omfatter fremadrettede ventetider

I alle landene er ventetidsstatistik et væsentligt fundament for prioritering, styring og til at tage beslutninger ud fra. Opgørelser over ventetider er dog forbundet med nogle væsentlige faldgrupper. Opgørelser kan kun med forsigtighed bruges til sammenligning.

Arbejdsgruppen har set på allerede foreliggende færøske opgørelser over ventetider inden for en række specialer og kan konstatere at ventetiderne på Færøerne generelt er lange.

Behandlingsgarantier kan både påvirke ventetider, men kan også have store afledte økonomiske og personalemæssige omkostninger for sundhedsvæsenet. Størrelsen af disse omkostninger afhænger af, hvilken behandlingsgarantimodel der vælges og især af hvilken finansieringsmodel der kobles på. Effekten på ventetidsreduktion ved de forskellige modeller er mindre entydig.

For at perspektivere omkostningerne, har arbejdsgruppen set på den danske behandlingsgaranti med aktuelle færøske tal. Den danske model anses for at være den mest radikale af de nordiske behandlingsgarantier og er samtidig den bedst belyste og mest entydige. Beregninger af de økonomiske meromkostninger er lavet for to hyppige kikkertundersøgelser, som i dag foretages på alle tre færøske sygehuse. Beregningerne er baserede på en antagelse om at ventende færøske patienter skal tilbydes behandling i andet regi end det færøske sygehusvæsen ved indførelse af en dansk-lignende behandlingsgaranti. I så fald er de årlige meromkostninger ved disse to undersøgelser ca. 3,5 mio. kr. og indebærer at ca. 15 % flere patienter sendes til udlandet (aktuelt findes der ikke ledig kapacitet på Færøerne). På Færøerne er der lange ventetider for væsentlig flere undersøgelser og behandlinger end disse to undersøgelser.

Færøerne har generelt større rekrutteringsudfordringer for de fleste sundhedsfaglige faggrupper, end der ses i de øvrige nordiske lande, der er undersøgt. Omkostningerne til efteruddannelse er ligeledes større end i resten af Norden. Samtidig er en meget stor del af alt sundhedspersonale på Færøerne delvist beskæftiget med varetagelse af akutte opgaver – opgaver som ikke er omfattet af behandlingsgarantier. Samlet set finder arbejdsgruppen, at det færøske sygehusvæsen er meget følsomt for de vanskeligere fastholdelses- og rekrutteringsforhold, der kan være en følge af behandlingsgaranti. De personalemæssige omkostninger varierer dog imellem de forskellige nordiske behandlingsgarantimodeller.

Generelt finder arbejdsgruppen, at de potentielle gevinster og omkostninger ved indførelse af behandlingsgaranti på Færøerne ikke er tilstrækkeligt fagligt belyst på nuværende tidspunkt. Arbejdsgruppen skal derfor anbefale at der foretages yderligere undersøgelser af fordele og ulemper ved konkret behandlingsgaranti.

På baggrund af den indhentede information og afdækninger, har arbejdsgruppen drøftet mulige anbefalinger til yderligere afklaringer til brug for valg af behandlingsgarantimodel og til forskellige andre tiltag til reduktion af ventetider på Færøerne.

Arbejdsgruppen er enig om, at pege på 26 konkrete anbefalinger, som fordeler sig på fire overordnede grupper:

- Etablering af regelmæssige ventetidsopgørelser – det grundlæggende fundament
- Scenariebaseret analyser af gevinster/omkostninger inden valg af model – den lange bane
- Produktionsoptimerings-pulje til sygehusene – effekt på den mellemlange bane
- Pukkelafviklings-pulje som overgangsordning – effekt på den korte bane.

Grundet manglende statistiske opgørelser over ventetider på Færøerne, har arbejdsgruppen ikke kunne prioritere imellem sygdomme og behandlinger.

3. Kommisiorium

Arbeidsuppgávan hjá arbeidsbólkinum er:

- At bólkurin við íblástri frá øðrum londum lýsir, hvat ein skipan við viðgerðartrygd í føroyska sjúkrahúsverkinum eigur at innihalda, og hvussu hendan eigur at verða sett í verk í føroyska sjúkrahúsverkinum. Í hesum sambandi skal bólkurin taka støðu til hesar spurningar:
- Hvussu er støðan viðvíkjandi bíðitíðum í føroyska sjúkrahúsverkinum í dag?
- Eigur sama skipan at nýtast til allar sjúklingar/sjúklingabólkar ella eigur talan at verða um ymiskar skipanir/freistir?
- Hvørjar fortreytir skulu lúkast, til tess at tilmælt skipanin kann setast í verk?
- Eigur tilmælt skipanin at setast í verk stigvíst – ella í einum – og hvussu eigur hetta at verða gjørt.
- Hvørjar fíggjarligar avleiðingar metir bólkurin er við at seta tilmæltu skipanina í verk?
- Hvørjar broytingar skulu/eiga at verða gjørdar í regluverkinum í sambandi við at ein skipan við viðgerðartrygd verður sett í verk.
- Metir bólkurin at tað eru onnur viðurskifti sum hædd skulu takast fyri í sambandi við eina skipan við viðgerðartrygd í føroyska sjúkrahúsverkinum.

4. Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsbólkurin verður mannaður við hesum umboðum:

- Thomas Schiøler, varastjóri, Sjúkrahúsverk Føroya, formand
- Súsanna Olsen, varastjóri, Klaksvík Sjúkrahús
- Ann E. Østerø, depilsleiðari á diagnostiska deplinum, Landssjúkrahúsið
- Rudi Kollslíð, depilsleiðari á medisinska deplinum, Landssjúkrahúsið
- Eyðfinnur Olsen, depilsleiðari á skurð deplinum, Landssjúkrahúsið
- Tormóður Stórá, depilsleiðari á psykiatriska deplinum, Landssjúkrahúsið
- Jeanna Kárin í Lágabø, Sjúklingaráðið
- Sylvania Thomsen, Sjúklingaráðið
- Amalia Danielsen, kommunulækni
- Irena Nolsø, fulltrúi, Heilsumálaráðið
- Kristianna Larsen á Lofti, leiðslufulltrúi, Heilsumálaráðið

5. Arbejdsproces

Arbejdsgruppens første møde var den 20. mars 2019 og har siden afholdt 9 arbejds møder. Arbejds møderne blev afholdt efter arbejdstid i lokalerne hos Heilsumálaráðið. Arbejdet blev afsluttet i desember 2019.

Arbejdsgruppen har indsamlet materiale fra sygehusvæsenet på Færøerne og fra de øvrige nordiske lande. Statistiske data fra sygehusvæsenet blev brugt til udarbejdelse af ventelister.

I forbindelse med indsamling af oplysninger fra de nordiske lande har arbejdsgruppen henvendt sig til medlemmerne i Nordic Committee of Senior Officials for Health and Social Affairs (EK-S), som assisterede med at formidle vores forespørgsler til diverse sundhedsmyndigheder.

Forespørgslerne var som følgende: Arbejdsgruppen ønsker at få et overblik over, hvad de nordiske lande gør med hensyn til behandlingsgaranti. Er der bestemmelser svarende til love/regler omkring behandlingsgaranti, hvad omfatter garantibestemmelserne. Er behandlingsgarantien afgrænset, i så fald, hvordan er behandlingsgarantien afgrænset. Hvad gør man, når behandlingagarantien ikke kan opfyldes og hvilke rettigheder har patienterne så.

Formanden har styret arbejds møderne, hvor arbejdsgruppen har haft drøftelser og diskussioner ud fra indsamlede oplysninger m.m. Medlemmerne i arbejdsgruppen er enige om indholdet af rapporten og anbefalingerne.

6. Gennemgang af nordiske landes modeller for behandlingsgaranti-lignende ordninger

Med henblik på at skabe et overblik over de andre nordiske landes modeller for behandlingsgaranti-lignende ordninger, er der indsamlet oplysninger herom og lavet en gennemgang af disse ordninger.

Arbejdsgruppen satte sig i forbindelse med medlemmer i Nordic Committee of Senior Officials for Health and Social Affairs (EK-S), som hjalp med at formidle spørgsmålene til vedkommende sundhedsmyndigheder i de nordiske lande.

Spørgsmålene blev formuleret som følger:

“Arbejdsgruppen ønsker at få et overblik over, hvad de nordiske lande gør med hensyn til behandlingsgaranti.

- Er der bestemmelser svarende til love/regler omkring behandlingsgaranti og hvad omfatter garantibestemmelserne?
- Er behandlingsgarantien afgrænset, i så fald, hvordan er behandlingsgarantien afgrænset?
- Hvad gør man, når behandlingagarantien ikke kan opfyldes og hvilke rettigheder har patienterne så?”

I tabellen nedenfor er der en oversigt, der i hovedtræk belyser de nordiske landes modeller for behandlingsgaranti-lignende ordinger.

Tabel 1:

	Danmark	Sverige	Island	Åland	Finland	Norge
Regulering	Reguleret i Sundhedsloven	Reguleret i forfatningen	Anbefalinger fra landslægen i Island	Reguleret i Sundhedsloven	Reguleret i Lov om hälso- och sjukvård	Reguleret i Patient- og brugerrettighedsloven
Lægelig vurdering i primærsektoren		Indenfor 3 dage	Indenfor en uge	Indenfor 3 dage	Indenfor 3 dage	Indenfor 10 dage
Tid til undersøgelse hos en specialelæge	Udredningsgaranti indenfor 30 dage	Indenfor 90 dage efter henvisning eller henvendelse	Indenfor 30 dage	Indenfor 3 måneder	Indenfor 3 uger efter henvisning skal diagnostiseringen indledes	Forsvarlighedskrav – baseret på individuelle vurderinger
Behandling hos en specialelæge	Behandlingsgaranti 30 dage efter diagnostisering	Behandling skal påbegyndes indenfor 90 dage efter besluttet forløb	Indenfor 90 dage	Diagnostisering skal indledes indenfor 3 uger. Behandling påbegyndes 6 måneder efter diagnostiseringen	Behandling påbegyndes indenfor 3 måneder	Forsvarlighedskrav – baseret på individuelle vurderinger
Sanktionsmuligheder	Tilbud om behandling i anden region, private eller udlandet	Ingen	EU Cross-border direktiv – ”urimelige” ventetider giver borgerne ret til behandling i udlandet	Bliver behandlingsgarantien ikke opfyldt, skal patienten tilbydes tilsvarende helsetjeneste fra anden udbyder	Efter klager til den regionale administration, kan behandlingsstedet idømmes bøder	Patienten har ret til anden behandlingsmulighed hos private eller i udlandet arrangeret af Helfo/specialisthelsetjenesten
Offentliggørelse af ventetider	Sundhedsdatastyrelsen offentliggør løbende ventetiderne		Landslægen offentliggør ventetider 3-4 gange om året	Ventetider offentliggøres mindst hver 6. måned		Ventetider bliver offentliggjort i årsrapport om ventetider og patientrettigheder

På baggrund af informationer, indsamlet fra de enkelte lande, er der lavet en beskrivelse af de enkelte landes ordninger herunder.

6.1 Danmark

I Danmark er behandlingsgarantien reguleret i sundhedsloven. Der er tale om en udredningsgaranti på 30 dage og en behandlingagaranti på 30 dage efter diagnostisering.

Sygehusområdet er kendetegnet ved en høj grad af frit valg til udredning og behandling, som løbende er blevet tilpasset og udvidet siden indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993. Frit sygehusvalg betyder, at du som patient kan vælge mellem offentlige sygehuse og afdelinger i hele landet, når du skal undersøges og behandles.

Siden 2002 har der været udvidet frit sygehusvalg. Med udvidet frit sygehusvalg har du ret til at vælge behandling på et privathospital, hvis ventetiden til behandling på et offentligt sygehus overstiger 30 dage. Det vil sige, at du frit kan vælge at blive henvist til behandling på relevant privat sygehus eller klinik, som Danske Regioner har indgået aftale med. Det udvidede frie sygehusvalg omfatter også diagnostiske undersøgelser efter henvisning fra alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, eller hvis datoen for en planlagt operation udsættes.

På sygehusområdet har du også ret til hurtig udredning. Udredningsretten betyder, at alle patienter, som er henvist til en sygehusafdeling, skal have et tilbud om at blive udredt indenfor 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis regionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan udrede patienten inden for 30 dage, træder det udvidede frie sygehusvalg i kraft. Dvs., at man kan vælge at blive udredt på et privat sygehus eller klinik, som Danske Regioner har indgået aftale med.

Det er vigtigt, at patienterne oplyses klart og tydeligt om deres rettigheder og understøttes i at udøve deres frie valg. Regionerne er derfor underlagt en informationspligt, hvor de igennem letforståelig og handlingsrelevant information om undersøgelses- og behandlingstidspunkt, udredningsmuligheder samt muligheder for at benytte det frie og udvidede frie sygehusvalg, skal understøtte patienternes frie valg. I tillæg kan en borger på 'Mit sygehusvalg' se relevante oplysninger om bl.a. ventetid, patienttilfredshed og antallet af behandlinger, udført af den enkelte afdeling. Det betyder, at oplysningerne kan tilgås fra ét sted, og at det er lettere at sammenligne sygehuse med hinanden.

Rapporten giver ligeledes en oversigt over de løbende evalueringer og tal over anvendelsen af patientrettighederne.

For information om ændringerne fra 2016, hvor reglerne om hurtig udredning og behandling, senest blev ændret, henvises der til lovbemærkningerne³, gældende vejledning på området⁴, samt pjecen "Når du er henvist til sygehus"⁵.

³ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=177620>

⁴ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=184163>

⁵ <https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer%20i%20pdf/2016/Sygehusvalg/Sygehusvalg-02-11-2017.pdf>

6.2 Sverige

I Sverige er behandlingsgarantien reguleret i forfatningen. Behandlingsgarantien angiver en grænse for, hvor længe patienter højst kommer til at vente inden de kommer i behandling, modtager en tid og modtager et behandlingforløb. Siden forsikringen er forfatningsmæssig, er amtsrådet forpligtet til at holde fristerne.

Behandlingsgarantien betyder, at patienter skal komme i kontakt med den primære behandling på den dag, de søger kontakt (tilgængelighedsgaranti) og modtage en lægeundersøgelse inden for tre dage fra tidspunktet hvor patienten søgte kontakt med primærbehandling.

Behandlingsgarantien betyder også, at en patient skal være i stand til at besøge den specialiserede behandling inden for 90 dage fra det tidspunkt, hvor henvisningen er udstedt. Hvis det ikke er nødvendigt at henvise, så fra 90 dage fra det tidspunkt, hvor patienten tog kontakt til den specialiserede behandling (besøgsgaranti inden for specialbehandling).

Når behandlingspersonalet har besluttet planlagt behandling (f.eks. en operation eller anden behandling), skal behandlingen begynde inden for 90 dage (behandlingsgaranti).

Behandlingsgarantien er begrænset til fire specifikke punkter i behandlingkæden som beskrevet ovenfor. Det omfatter derfor ikke tid til undersøgelse, tid til at vente på et returbesøg, eller den tid det tager at bestemme diagnosen.

Der er i øjeblikket ingen sanktioner mod amtsrådet hvis behandlingsgarantien ikke opfyldes.

6.3 Island

Island har ikke en lovbestemt behandlingsgaranti. Landslægen i Island har udarbejdet retningslinjer eller såkaldte anbefalinger for tidsfrister i forhold til kontakt til sundhedsvæsenet, påbegyndt behandling med mere.

Landslægens anbefalinger:

1. Kontakt med sundhedscenter samme dag.
2. Tid hos lægen i sundhedscentret inden for en uge.
3. Tid hos specialist inden for 30 dage.
4. Påbegyndt behandling af specialist inden for 90 dage.

Det varierer, hvordan det er muligt at opfylde disse, og der er tydeligvis ventetider der overstiger disse anbefalinger.

Tre til fire gange om året udsteder landslægen ventelisterne på hjemmesiden⁶. Det har altid været et stort politisk pres, når det viser sig, at ventetiderne overstiger anbefalingerne, og det kan til tider resultere i ekstra bevillinger til at financiere nedbringelse af ventetiderne.

Dernæst er Island omfattet af det såkaldte Cross-border direktiv fra EU, der giver patienter ret til behandling i udlandet, hvis ventetiderne bliver urimelige (uden yderligere definition). Den nationale sygeforsikring er forpligtet til at betale for behandlingen i udlandet.

⁶<https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/heilbrigdisthjonusta/bidlistar/>

6.4 Åland

På Åland er behandlingsgarantien omfattet af sundhedsloven.

Ålands sundheds- og lægehjælp skal tilrettelægge sine aktiviteter inden for den primære behandling, så patienter på hverdage i kontortiden straks kan komme i kontakt med en faglig person inden for sundhedssektoren. En uddannet person i sundhedssektoren skal foretage en vurdering af behovet for behandling senest den tredje hverdag fra det tidspunkt, hvor patienten kontaktede Ålands sundhedsvæsen, medmindre vurderingen er foretaget ved første kontakttid.

Bedømmelsen af behovet for behandling skal begynde inden for tre uger fra det tidspunkt, hvor henvisningen blev modtaget. Behandling, der anses for at være medicinsk nødvendig, skal, under hensyntagen til den faglige vurdering igangsættes inden for en rimelig frist, dog senest seks måneder efter diagnostisering.

For børn og unge op til 22 år skal behandling indenfor psykiatri igangsættes indenfor tre måneder, medmindre medicinske, terapeutiske eller andre lignende forhold kræver andet.

Hvis Ålands sundhedsvæsen ikke kan tilbyde behandling indenfor 1 – 3 måneder, der er omfattet af lovgivningen, skal sundhedsmyndigheden købe tjenesteydelser fra en anden sundhedsudbyder uden at det medfører ekstra omkostninger for patienten. Ålands sundhedsvæsen er dog ikke forpligtet til at refundere omkostningerne for behandlinger, som patienten har søgt på eget initiativ fra en anden tjenesteyder.

Behandlingsgarantien omfatter ikke oral og tandbehandling.

Ålands sundhedsvæsen skal med højst seks måneders mellemrum offentliggøre oplysninger om ventetider.

6.5 Finland

Af Finlands lov om hälso- och sjukvård⁷ fremgår, at "En kommune skal arrangere sine aktiviteter, så en patient på hverdage i kontortid kan straks komme i kontakt med sundhedscentret eller enhver anden enhed i sundhedsvæsenet. En uddannet person i sundhedssektoren skal foretage en vurdering af behovet for behandling senest den tredje hverdag fra det tidspunkt, hvor patienten kontaktede sundhedscentret, medmindre vurderingen er foretaget ved første kontakt. I tilfælde af specialiserede sundhedsydelser, der ydes i forbindelse med primærbehandling, skal vurderingen af behovet for behandling indledes inden for tre uger fra det tidspunkt, hvor en henvisning er modtaget.

Behandling, der har vist sig at være medicinsk eller odontologisk nødvendig i forbindelse med vurderingen, skal arrangeres inden for en rimelig frist under hensyntagen til patientens helbredstilstand og det forventede behandlingsforløb, dog inden for tre måneder efter diagnostisering. Denne længste ventetid på tre måneder kan overskrides med højst tre måneder i mund- og tandbehandling og i specialiseret sundhedsbehandling, der ydes i forbindelse med primærbehandling, hvis behandlingen af medicinske, terapeutiske eller andre begrundede grunde kan udskydes uden at kompromittere patientens helbredstilstand."

Bedømmelsen af behovet for behandling skal begynde inden for tre uger fra det tidspunkt, hvor henvisningen blev modtaget på et hospital eller en anden specialiseret sundhedsenhed, for hvilken

⁷ <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>

den fælles kommune er ansvarlig. Hvis vurderingen af behovet for behandling forudsætter en vurdering af en specialist, speciel billeddiagnostik eller særlige laboratorieundersøgelser, skal vurderingen og de nødvendige undersøgelser ske inden for tre måneder fra henvisningstidspunktet.

Behandling og rådgivning, som på grundlag af vurderingen af behovet for behandling har vist sig at være medicinskt nødvendig, skal arrangeres og igangsættes inden for en rimelig frist under hensyntagen til spørgsmålet om uopsættelighed inden for seks måneder fra, at behovet for behandling blev afgjort.

Inden for psykiatriske sundhedstjenester for børn og unge skal vurdering af behovet for behandling indledes inden for tre uger fra det tidspunkt, hvor henvisningen blev modtaget på et hospital eller en anden enhed for specialiseret sundhedsbehandling. Hvis diagnostiseringen kræver en vurdering af en specialist, speciel billeddiagnostik eller specielle laboratorieundersøgelser, skal vurderingen og de nødvendige undersøgelser foretages inden for seks uger fra det tidspunkt, hvor henvisningen blev modtaget på et hospital eller en anden specialiseret enhed for specialiseret sundhedsvæsen i sundhedsområdet.

Gældende for personer under 23 år, skal der tages hensyn til omsorgens hastende karakter inden for tre måneder efter diagnostisering, medmindre medicinske, terapeutiske eller lignende forhold kræver andet.

Patienten har ret til at klage til lederen af sundheds- og lægehjælpsenheden. Patienten har også ret til at klage til den regionale administration, som derefter kan indgive eller dømme en bøde.

6.6 Norge

Når patienter henvises til specialhelsetjenesten i Norge, skal specialhelsetjenesten indenfor 10 arbejdsdage vurdere, om patienten har brug for og dermed ret til specialhelsetjenesten, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2.

Denne vurdering kaldes en rettighedsvurdering. Rettighedsvurderingen er en prioritetsvurdering. Foranstaltningens fordel og om der er et rimeligt forhold mellem omkostningerne og virkningen af foranstaltningen, skal anvendes som grundlag for rettighedsvurderingen. Sværhedsgraden af tilstanden og graden af uopsættelighed skal vurderes i forbindelse med fastsættelse af en frist for påbegyndelse af undersøgelse eller behandling.

Hvis patienten har fået ret til nødvendig sundhedsbehandling fra specialhelsetjenesten, skal der på baggrund af faglig vurdering fastsættes en frist for, hvornår patienten skal modtage sundhedsbehandling, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, andet afsnit.

Fristen skal fastsættes på grundlag af en konkret sundhedsvurdering af den enkelte patient. Patienten har retskrav på, at der fastsættes en frist og specialhelsetjenesten har en tilsvarende pligt til at fastsætte fristen. Fristen er afgørende for, hvornår patienten kan kræve opfyldelse af behandlingsgarantien. Fristen kan ikke indstilles til et senere tidspunkt, end hvornår der er vurderet lægeligt forsvarligt, at patienten får den nødvendige behandling.

Det er vigtigt at understrege, at for at fristen skal være opfyldt, skal der indledes en reel undersøgelse eller behandling. F.eks. er fristen ikke opfyldt ved at indstille en time til dialog med patienten. Fristen vedrører, hvornår behandlingsforløbet skal igangsættes, enten i form af undersøgelse eller behandling. Når behandlingsforløbet er igangsat, skal der være udarbejdet et

patientforløb for behandlingen, selv om der ikke er fastsat nogen lovbestemte frister for det videre forløb.

Det betyder, at der ikke er mulighed for at indkalde en patient inden fristen udløber, og derefter lade patienten vente i uforsvarlig lang tid til videre undersøgelse eller behandling.

Forsvarlighedskravet gælder for hele patientforløbet, så selv om der ikke er lovbestemte deadlines for forløbet efter opstart, skal patienten undersøges og behandles inden for forsvarlig tid.

Hvis den enkelte frist ikke er opfyldt, har patienten ret til nødvendig sundhedstjeneste uden ophold, hvis det er nødvendigt fra private tjenesteydere eller udbydere uden for riget, jf. Patient- og brugerrettighedsloven § 2-1b fjerde afsnit. Specialisthelsetjenesten skal underrette Helfo patientmægling, hvis de ikke er i stand til at opfylde den lovlige frist for, hvornår der skal gives sundhedsbehandling. Helfo vil så prøve at finde en anden behandlingsmulighed for patienten⁸. Specialisthelsetjenesten er ansvarlig for udgifterne.

Unge under 23 år inden har ret til at psykiatrisk behandling samt behandling for rusmidler fra specialisthelsetjenesten inden for højst 65 arbejdsdage.

Der er udgivet flere prioriteringsvejledninger⁹, som er praktiske vejledninger og hjælp til sundhedspersonale, når beslutninger skal tages om en patient, der er blevet henvist, har ret til sundhedsbehandling fra specialisthelsetjenesten eller ej, og hvilken individuel frist skal fastsættes.

Prioriteringsvejledningerne vil bidrage til at sikre, at rettighedsvurderingen af "lignende" patienter er uafhængig af det kliniske område, hvor i landet de bor, og hvilket hospital de henvises til. De, der gennemgår referencerne, skal derfor have en fælles forståelse af lov og bestemmelser om patientrettigheder.

Det norske patientregister (NPR) offentliggør statistikker over ventetider og patient- og brugerrettigheder i specialisthelsetjenesten¹⁰. Venterlistestatistik fra NPR skal danne grundlag for ledelse og kvalitetssikring af specialiserede sundhedsydelser, bidrage til at patientrettigheder opfyldes og være grundlag for at vurdere forholdet mellem behovet for sundhedsydelser og kapaciteten i sundhedsvæsenet.

⁸ <https://www.helfo.no/fristbrudd/fristbrudd>

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriterationguides>

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ventetider-og-pasientrettigheter>

7. Ventetider

I alle nordiske lande er behandlingsgarantier og lignende ordninger baseret på målsætninger om, at der sættes loft over, hvor lange ventetider må være fra henvendelse/henvisning til første kontakt/påbegyndt undersøgelse eller behandling. I alle de undersøgte lande er målet med ordningerne at sikre at ventetiderne holdes korte, og at borgere og patienter ikke venter unødigt.

7.1 Ventetidsstatistik

Opgørelser over ventetider kan inddeles i to forskellige slags ventetidsdata:

- *Erfarede ventetider*
- *Forventede ventetider*

Almindeligvis omhandler ventetidsopgørelser alene ventetid til planlagt (elektiv) aktivitet og ikke til akut eller subakut aktivitet.

Erfarede ventetider omhandler bagudrettede og konstaterede ventetider. Begrebet "historiske" benyttes også. Opgørelsetidspunktet for sådanne opgørelser er undersøgelses-/behandlingstidspunktet og ikke henvendelses-/henvisningstidspunktet. Erfarede ventetider siger således kun noget om forholdene bagudrettet.

Forventede ventetider omhandler fremadrettede ventetider og afspejler, hvor lang ventetid der må forventes at være fra en henvendelse/henvisning, er modtaget til det første planlagte fremmøde/undersøgelse/behandling sker. Forventede ventetider opgøres med udgangspunkt i den dato, en henvisning til behandling modtages.

Behandlingsgarantier og behandlingsgarantilignende ordninger forudsætter, at der regelmæssigt produceres ventetidsopgørelser til understøttelse af patientens valg (rettighedsbaseret ordninger som i Danmark) og/eller til indgåelse af aftaler (kontraktbaserede ordninger som i Sverige). Rettighedsbaserede ordninger benytter forventede ventetider til at afgøre, om en rettighed kan "udløses". Kontraktbaserede ordninger benytter fortrinsvis erfarede ventetider til styring.

7.2 Udfordringer med statistik over erfarede ventetider

Opgørelser over **erfarede ventetider** er baseret på udtræk fra patientadministrative systemer og statistiske databaser, så som Landspatientregisteret i Danmark. I de nordiske lande, herunder Færøerne, benyttes kontakt-baserede patientregistreringssystemer. Henvisninger, fremmøder, undersøgelser og behandlinger er alle kontakter og registreres prospektivt hver for sig.

Kontaktbaserede registreringssystemer er særdeles velegnede til at opsamle data på komplicerede og uforudsigelige sygdomsforløb. I sundhedsvæsenet med mange aktører, tværfaglige arbejdsgange og stor specialisering benyttes denne form for registrering. Kontaktbaseret registrering er mere egnet til fleksibel og nuanceret dataopsamlingen end egentlig forløbsregistrering.

I kontaktbaserede datasystemer registreres der sjældent relationer imellem de enkelte kontakter og dermed angives der ikke konkrete forløb.

Forløbsopgørelser – så som ventetider – laves ved statistisk at koble kontakter sammen baseret på sammenfald af oplysninger, eksempelvis samme patient, samme sted og en tidsmæssig relation. For ventetider benyttes sammenfald af person, sted og rækkefølge af kontakter som sammenkoblingsparametre, for dernæst at beregne den tidsmæssige afstand mellem kontakter.

Sådanne beregnede forløb er grundlæggende baseret på en antagelse om, at der foreligger en entydig sammenhæng imellem de statistisk sammenkoblede kontakter. For at lave ventetidsopgørelser (og andre forløbsopgørelser) forudsættes, at der kan skabes et 1-til-1 forhold imellem én henvisning og én behandling, samt at det altid er rimeligt entydigt, hvilken henvisning der knytter sig til hvilken behandling.

I sundhedsvæsenet er dette langt fra tilfældet. For mange patienter optræder der både mange henvisninger og mange behandlinger ved samme behandlingssted inden for en given tidsperiode (se eksempel 2).

Filtrering. Eksemplet er ikke unikt for Færøerne – en tilsvarende problemstilling gør sig også gældende i Danmark. Eksemplet illustrerer, at der ved opgørelser over erfarede ventetider skal foretages en filtrering af data for at få et rimeligt retvisende resultat. Ideelt bør filtreringen ske ved minutiøs gennemgang af hvert eneste patientforløb, men dette er hverken en rationel eller en fejlfri metode. I stedet benyttes algoritmebaseret filtrering, som ligeledes er baseret på antagelser.

Algoritmerne har til formål at reducere betydningen af fejl i opgørelserne, men introducerer samtidig potentielt nye fejl som følge af antagelserne. Hertil kommer tilfældige fejl (stokastiske fejl), der især er udtalte i små populationer (eksempelvis på små sygehuse eller for små patientgrupper).

Akut behandling. På Færøerne registreres der ikke om et fremmøde/undersøgelse/behandling er akut eller elektiv. Opgørelser over erfarede ventetider for elektiv aktivitet kræver derfor en bortfiltrering af kontakter med meget kort ventetid, ud fra en antagelse om disse kontakter er akutte og ikke elektive. Et sådan filter tager ikke højde for, om elektive patienter kommer til hurtigt, grundet afbud. Den valgte filtrering og de bagvedliggende antagelser kan have stor indflydelse på resultatet af ventetidsopgørelser (se eksempel 3).

Eksempel 1: Forløbsdannelse

Hvis en henvisning X på en patient modtages på en afdeling *før* en behandling Y på *samme afdeling* på *samme patient* finder sted, antages det, at henvisningen X er relateret til behandlingen Y i et forløb.

Eksempel 2: Betydningen af multiple henvisninger

Et udtræk over ortopædkirurgisk ambulant aktivitet på Færøerne for 2018 viste, at der var 2.344 nye undersøgelser/behandlinger med henvisninger. I 329 tilfælde (14%) var der mere end en henvisning. For disse 329 var ventetiden fra første henvisning til undersøgelse/behandling 160 dage. For de samme patienter var ventetiden fra sidste henvisning til behandling 33 dage.

Kilde: Cosmic, Sjúkrahúsverk Føroya, juni 2019

Eksempel 3: Filtrering af data

I 2018 var der 2.344 nye ortopædkirurgiske ambulante kontakter, hvoraf rådata viser at 183 havde "ventet" under 1 uge fra sidste henvisning til første kontakt (formentlig er en del af disse akutte/subakutte) og 27 havde "ventet" mere end 1.000 dage, heraf 1 i ca. 9 år (de ekstremt lange ventetider skyldes formentlig fejl/mangler i kontaktregistreringen).

Inkluderes både de akutte/subakutte (ventetider <7 dage) og de længst "ventende" (ventetid >1.000 dage) er den gennemsnitlige ventetid 150 dage fra første henvisning til første kontakt (alle 2.344 patienter). Opgøres der istedet tiden fra sidste henvisning til første kontakt er ventetiden 140 dage.

Ekskluderes både de akutte/subakutte og de længst "ventende" og der samtidig alene ses på tid fra sidste henvisning til første kontakt, reduceres ventetiden 118 dage (baseret på 2.134 patienter).

Ses der kun på patienter med mange henvisninger, er ventetiden 33 dage (de 329 patienter fra eksempel 2). Fjernes de akutte/subakutte og de længst ventende patienter fra eksempel 2 opgørelsen, øges ventetiden til 45 dage (230 patienter).

Kilde: Cosmic, Sjúkrahúsværk Føroya, juni 2019

Forudsigelighed. Sygdomsforløb og behandlingsforløb er kun delvist forudsigelige, men ventetidsopgørelser er baseret på en antagelse om en høj grad af forudsigelighed i forløbene. Forudsigeligheden er især påvirket af graden af haste (akutte forløb er mere uforudsigelige end elektive forløb), antallet af konkurrerende sygdomme (ko-morbiditet reducerer forudsigeligheden) og længden af forløbet øger uforudsigeligheden.

Eksempelvis kan et oprindeligt planlagt forløb, blive fremskyndet væsentligt, grundet en akut forværring af patientens tilstand. Sådanne forhold fanges kun vanskeligt i en registrering. Den konkrete ventetid kan både blive forkortet og forlænget af andre sygdomme hos samme patient. Endvidere kan forløbene pauseres grundet ønske fra patienten. En registreringsmæssig håndtering af sådanne undtagelser (fremskynding, forværring, pausering og forlængelse) vil kræve yderligere registrering, uden at der nødvendigvis opnås mere præcise ventetidsopgørelser.

I danske ventetidsregistreringer er der indført en række undtagelsesregistreringer med en større registreringsbyrde end de oprindelige kontaktregistreringer. Dette har introduceret en kompleksitet med deraf øget risiko for fejl. Erfaringerne har vist et væsentlig behov for kontinuerlig fokus på kvaliteten af undtagelsesregistreringen, og undtagelsesregistreringen har ikke fjernet behovet for at filtrere de danske data.

Erfarede ventetider på Færøerne. I modsætning til de fleste nordiske lande, produceres der på Færøerne ikke regelmæssig og systematisk statistik over erfarede ventetider, men alene ad-hoc opgørelser. Filtreringen af data har ikke være konsistent over tid, og der sker ingen undtagelsesregistrering. Det er således yderst vanskeligt at konkludere, om der reelt er sket en fremgang eller tilbagegang ved sammenligning af tidligere opgørelser over erfarede ventetider.

En fremtidig sammenligning af opgørelser over erfarede ventetider forudsætter derfor, at man som minimum holder filtreringsmetoden stabil.

7.3 Udfordringer med statistik over forventede ventetider

Udfordringer med statistik over forventede ventetider er baseret på en antagelse om, at patientens tilstand er stabil i ventetiden, at der ikke sker en fremrykning ved afbud eller en udskydelse som følge af udefrakommende reduktion af kapacitet (eksempelvis ekstraordinært mange akutte patienter). Forventede ventetider er også baseret på en antagelse om, at alle patienter, henvist til en konkret behandling, er lige "syge" og derfor prioriteres efter et "først-til-mølle-princip". Ingen af disse forudsætninger kan forventes at holde i alle tilfælde, hvorfor forventede ventetider aldrig vil afspejle den faktiske (erfaredede) ventetid, som en patient måtte opleve.

Opgørelser over forventede ventetider er ofte **baseret på stikprøver**, manuelle opslag og dedikerede indberetninger. Eksempelvis indberetter de danske sygehuse månedligt til Sundhedsdatastyrelsens "Venteinfo.dk", baseret på stikprøver. I Danmark har man i mange år arbejdet på at kunne trække data til brug for opgørelser over forventet ventetider direkte ud af bookingssystemer, men kun med begrænset succes.

Stikprøvebaserede opgørelser er særdeles sårbare for, hvor repræsentative stikprøverne er for den problemstilling som ønskes belyst. Størrelsen af stikprøven, variationer i hvilke behandlinger stikprøven omfatter, variation i patientsammensætning og årstidsvariation kan være betydelige fejlkilder ved sammenligning imellem opgørelser. Betydningen af sådanne potentielle fejlkilder kan reduceres ved at basere opgørelserne på indberetning af alle behandlinger og ikke kun på mere begrænsede stikprøver.

Forventede ventetider på Færøerne. Aktuelt laves der ikke færøske opgørelser over forventede ventetider, og data kan ikke umiddelbart trækkes ud af de færøske bookingssystemer. I lighed med Danmark vil opgørelser over forventede ventetider kræve manuelle opslag og dedikerede indberetninger.

En fremtidig opgørelse over forventede ventetider på Færøerne forudsætter, at der etableres løbende indberetninger. Grundet de relativt små patientpopulationer på Færøerne, bør indberetningerne helst omfatte alle patienter eller meget store stikprøver, for at der kan opnås stor pålidelighed i opgørelserne.

7.4 Erfarede ventetider på udvalgte specialer

Som led i arbejdsgruppens drøftelser har Sjúkrahúsverkið Føroya udarbejdet en oversigt over ventetider til udvalgte specialer. Akutte behandlinger er ikke medtaget i nedenstående, men akut aktivitet udgør en relativt stor andel af al aktivitet på sygehusene.

Nedenstående tal er således eksempler og hverken repræsentative for alle specialer eller for alle ventende patienter på Færøerne.

Tabel 2: Ventetider for udvalgte specialer **Færøerne 2018**

Speciale	Antal ventende	Gennemsnitlig ventetid	Antal ventende >30 dage	Antal ventende >60 dage
Psykiatri	141	63 dage	77	38
Gynækologi	758	145 dage	433	336
Reumatologi	245	223 dage	222	188
Ortopædi	2.134	120 dage	1.655	1.259
Endoskopi	562	69 dage	425	268
Urologi	351	62 dage	239	129
Neurologi	132	181 dage	123	108
<i>Samlet</i>	4.323		3.174	2.326

Kilde: Cosmic udtræk juni 2019

Kommentar til tabel 1

Som det ses af tabel 1, er antallet af ventede patienter væsentlig forskelligt for de enkelte specialer, med især mange ventende patienter indenfor ortopædkirurgi.

Ligeledes er både de gennemsnitlige ventetider og andelen af patienter, som venter mere end henholdsvis 30 og 60 dage, væsentlig forskelligt specialerne imellem, med lavest andel ventende >30/60 dage indenfor psykiatrien og størst andel ventende >30/60 dage indenfor reumatologi (gigtsygdomme) og neurologi (nervesygdomme).

Hverken antal ventende patienter eller ventetidernes længde afspejler alvoren af de sygdomme, som patienterne venter på at få udredt eller blive behandlet for. For alle specialer gælder, at livs- og førlighedstruende tilstande og sygdomme behandles akut og prioriteres foran ventelister.

Ventelisterne kan dog dække over alvorlige sygdomme og tilstande, hvor tilstand eller symptomer endnu ikke er akut behandlingskrævende, eller den bagvedliggende sygdom ikke er diagnosticeret endnu. Alene af den grund kan lange ventetider være helbredsmæssige problematiske.

Omvendt dækker ventetiderne også over en del lettere sygdomme, hvoraf en del går over af sig selv i løbet af ventetiden. For en række tilstande er den faglige korrekte tidlige behandling "at se tiden an" og eventuelt symptombehandle i ventetiden. Eksempelvis er fagligt korrekt behandling for de fleste lænderygssmerter; aflastning, smertebehandling og målrettet genoptræning over længere tid (såkaldt konservativ behandling) og ikke operation.

8. Økonomiske omkostninger ved behandlingsgaranti

De økonomiske omkostninger ved indførelse af en behandlingsgarantilignende ordning på Færøerne er afhængig af både den valgt behandlingsgarantimodel og den tilhørende finansieringsmodel.

Ved patientrettighedsbaseret ordninger, så som den danske ordning, indebærer den tilknyttede finansieringsmodel at "pengene følger patienterne" – altså en aktivitetsfinansiering. I den finske ordning gives patienten ret til at klage om manglende rettidig behandling, men der er ikke klarhed om den bøde, som sygehuset eventuelt idømmes, tilfalder den klagende patient.

På trods af dette element af patientrettigheder er den finske model fortrinsvis en kontraktbaseret ordning. Ved kontraktbaserede ordninger, som eksempelvis svenske, finske og delvist islandske ordninger er det uklart, om der benyttes aktivitetsfinansiering eller andre finansieringsmodeller.

Arbejdsgruppen har ikke gået ind i en større analyse og afklaring af de økonomiske omkostninger ved de forskellige modeller, men fortrinsvis drøftet forskelle i de forskellige modeller, med afsæt i de indkomne svar.

Arbejdsgruppen finder generelt, at uanset hvilken type ordning der eventuelt vælges til Færøerne, kan især finansieringsdelen af ordningen, få stor betydning for omfanget af de økonomiske omkostninger.

8.1 Eksempel på økonomiske omkostninger

For at belyse, hvor omfattende de økonomiske omkostninger kan være, har arbejdsgruppen set på et enkelt konkret scenarie, baseret på den danske ordning, der både i forhold til patientrettigheder og i omfanget af aktivitetsfinansiering er blandt de mest "radikale" af de nordiske ordninger.

I den danske ordning indebærer en forventet ventetid til udredning (undersøgelse) og til behandling ud over 30 dage, at patienten skal tilbydes behandling på andet offentligt sygehus eller hos en privat udbyder. Hvis patienten vælger at tage imod dette tilbud, betaler det oprindelige sygehus for ydelsen hos det sygehus, hvor patienten er viderehenvist til. Oftest vil henvisningen ske til en privat udbyder af undersøgelsen/behandlingen.

I 2018 var der på Færøerne et betydeligt antal patienter, som ventede på at få foretaget en kikkertundersøgelse af mavesækken (gastroskopi) og tyktarmen (coloskopi). Begge undersøgelsestyper foregår på alle 3 sygehuse på Færøerne i et relativt stort antal og der er aktuelt ikke nogen privat udbydere af disse undersøgelser på Færøerne.

En "dansk" behandlingsgaranti vil indebære, at patienten ved ventetider over et vist antal dage, ville blive tilbudt en undersøgelse i udlandet. Grundet de gode transportmuligheder der er fra Færøerne til Danmark, må en betydelig del af patienterne forventes at tage imod tilbuddet og de må forventes at blive henvist til et danske privat hospital, idet de danske offentlige sygehuse i forvejen har begrænset kapacitet til disse kikkertundersøgelser. Et eksempel på et privat dansk sygehus er Aleris-Hamlet.

Eksempel 1: Beregnede omkostninger, privatbehandling i Danmark af færøske patienter

2018		Undersøgelse	Rejse & ophold	
Gastroskoper	antal	Pris (stk) 6.575 kr.	Pris (stk) 5.198 kr.	Samlet omkostninger
Samlet antal	291			
Ventetid >30 dage	223	1.466.225 kr.	1.159.154 kr.	2.625.379 kr.
Ventetid >60 dage	167	1.098.025 kr.	868.066 kr.	1.966.091 kr.
Koloskoper	antal	Pris (stk) 8.675 kr.	Pris (stk) 8.546 kr.	Samlet omkostninger
Samlet antal	316			
Ventetid >30 dage	260	2.255.500 kr.	2.221.960 kr.	4.477.460 kr.
Ventetid >60 dage	213	1.847.775 kr.	1.820.298 kr.	3.668.073 kr.

Kilder: Cosmic udtræk, Aleris-Hamlet prisliste og Uttanlandstænastan

Kommentar til eksempel 1

Såfremt ventetidsgrænsen sættes til 30 dage og halvdelen af de berørte patienter vælger at tage imod tilbuddet om undersøgelse i udlandet (konservativt lavt sat) vil de samlede omkostninger beløbe sig til ca. 3,5 mio. kr årligt for ca. 240 ekstra patienter til udlandet.

Sættes ventetidsgrænsen istedet til 60 dage, men andelen som tager imod tilbuddet øges til 60 %, vil omkostningen være 3,4 mio. kr. årligt for ca. 230 ekstra patienter til udlandet.

Perspektivering af eksemplet

Da den del af patienterne, som antages at vælge at forblive på venteliste, fortsat vil være betydelig, og da efterspørgslen til undersøgelserne overstiger kapaciteten på Færøerne, kan der næppe forventes lavere omkostninger på de Færøske Sygehuse de første mange år. Resultatet af den primære diagnostiske undersøgelse vil ofte være, at der er behov for opfølgende kikkertundersøgelser (som ikke sættes på venteliste, men optager kapacitet). Den beregnede omkostninger i eksemplet vil derfor reelt være en meromkostning for det færøske sygehusvæsen.

I 2018 rejste 1.581 færøske patienter til udlandet for at modtage højt specialiserede behandlinger, fortrinsvis i Danmark. En behandlingsgaranti svarende til den danske, men som kun dækker gastro- og koloskoper, vil således øge antallet af patienter som sendes til udenlandet med 15%.

Gastro- og koloskoper er relativt hyppige diagnostiske undersøgelser, men er kun 2 undersøgelsestyper ud af væsentligt flere undersøgelser og behandlinger på Færøerne, hvor der er ventetid. Til sammenligning skønnes det, at der i Danmark foretages mere end 100 forskellige undersøgelser og behandlinger, som er omfattet af behandlingsgarantien.

9. Personaleforhold som følge af behandlingsgaranti

Lange ventetider på sygehusbehandlinger skyldes overvejende en diskrepans imellem efterspørgelse og kapacitet i det behandlende sygehusvæsen. Kapacitetsudfordringen er ofte knyttet til en særlig ekspertise, eksempelvis i form af speciallægekapacitet, men dette gør sig også gældende for andre faggrupper.

I de nordiske lande er der store forskelle på mulighederne for at tiltrække og fastholde sundhedspersonale, især for mulighederne for at rekruttere specialister. Hertil kommer, at omkostningerne til at opgradere kompetencerne hos eksisterende personale varierer betydeligt.

9.1 Personalsituationen på Færøerne

På Færøerne er den aktuelle situation, at der generelt er store udfordringer med rekruttere speciallæger og andre specialister, med en del vakante stillinger og på en række områder en lavere normering i sammenligning med andre nordiske lande. Omkostningerne – både økonomisk og tidsmæssigt – til at opgradere eksisterende personale, er betydelige og det er ofte svært at frigøre personale fra eksisterende opgaver til at efteruddanne sig.

Størstedelen af alt klinisk sygehuspersonale på Færøerne varetager både planlagt aktivitet og går samtidig i vagt for at varetage akut arbejdet. For stort set alle de akutte områder er vagtberedskabet kun lige akkurat oppe på det minimum antal der skal til for at hviletidsbestemmelser, ferieloven og overenskomster overholdes. Alle 3 sygehuse har akut aktivitet 24/7, grundet eksisterende indlæggelser, akut opfølgning på planlagt aktivitet, akutte indlæggelser, ambulancekørsel og skadestueaktivitet. På Suðuroyar- og Klaksvikar sjúkrahúsi varetages også lokal vagtlægefunktion. Endvidere indgår alle sygehuse i det akutte beredskab på Færøerne.

Mange centrale specialistområder, også med akutte opgaver, har kun én fast speciallæge tilknyttet. Selv om disse speciallæger arbejder sammen med andet personale i tværfaglige hold om opgaverne, så er de enkelte medlemmer af sådanne teams ofte selv specialister inden for deres afgrænsede del af behandlingen og kan kun i ringe omfang overtage opgaver fra de andre specialister på holdet.

På Færøerne arbejdes der en del omkring opgaveglidning imellem faggrupper for at ophæve flaskehalse og skabe større robusthed i opgavevaretagelsen, eksempelvis i Søvnapnøe ambulatoriet i Klaksvik. Forudsætningen for en opgaveglidning er dels, at der er kvalificerede personer med udnyttet kapacitet til at "glide opgaverne over på" og dels at der afsættes tid til tilstrækkelig oplæring. Eksempelvis tager det 1 års fuldtidstræning at oplære erfarende operationssygeplejersker til at foretage screenings- og kontrol koloskopier.

En lang række planlagte aktivitetsområder på de færøske sygehuse varetages delvist af udefrakommende konsulenter, primært som følge af utilstrækkelig kapacitet på de færøske sygehuse. Specialiseret behandling på Færøerne varetages ligeledes af en kombination af eget fast personale og udlandske konsulenter. Konsulenter er væsentlig dyrere end at fastansætte eget personale og forudsætningen for, at man kan have glæde af konsulenter, er der er tilstrækkelig kapacitet blandt resten af holdet og tilstrækkelige fysisk kapacitet (operationslejer, scannere, ambulatorielokaler, mv.) til effektiv udnyttelse af konsulentens arbejdskraft.

På Færøerne er der kun ganske få private speciallægepraksis, der som oftest varetages i få timer hver uge af personer, som i forvejen er fuldtidsansat på sygehuse og som indgår i vagter på sygehuse (en del af deres ansættelse på sygehuse). Der er ingen radiologiske funktioner i privat

regi på Færøerne, et område hvor der er lange ventetider. Diagnostisk udstyr, så som røntgenudstyr, kræver betydelige investeringer til apparatur og bygninger.

Almen praksis på Færøerne (kommunelægerne) mangler ligeledes tilstrækkeligt med speciallæger med en del vakante stillinger. Selv om det de seneste år er blevet bedre, er almen praksis's muligheder og kapacitet til at overtage sygehusopgaver meget begrænset og aktuelt varetager de færøske sygehuse enkelte almen medicinske opgaver, end sygehuse gør i de større nordiske lande, eksempelvis akutlægefunktionen på Suðuroy Sjúkrahús.

Samlet er mulighederne for at pålægge eksisterende færøsk personale ekstra opgaver yderst begrænset, og mulighederne for at udvide den samlede kapacitet til sygehusbehandling på Færøerne inden for eksisterende personalemasse (både offentlig og privat) er meget begrænset.

9.2 Personalemæssige opmærksomheder ved behandlingsgaranti

Centralt for alle behandlingsgarantilignende modeller i de nordiske lande er, at der bestræbes en balance imellem efterspørgsel og kapacitet, så ikke fagligt funderet ventetid reduceres og holdes på et lavt niveau. I alle modeller ligger det primære fokus på at udvide sundhedsvæsenets kapacitet, ofte ved en kombination af udvidelse af eksisterende produktionsapparat og gennem effektiviseringer af eksisterende arbejdsgange. I ingen af modellerne er primært fokus at reducere efterspørgslen af sundhedsydelserne.

Overordnet set er der to tiltag i de nordiske modeller som benyttes – ofte i kombination:

- En udvidelse af produktionsapparat – eksempelvis i den danske model med en privat sektor
- En effektivisering af eksisterende produktionsapparat – eksempelvis i den svenske model

En behandlingsgaranti på Færøerne, i stil med den danske model, indebærer, at der skal skabes en markant øget kapacitet – enten i form af, at sygehuse køber private ydelser på Færøerne eller ved at købe ydelserne i udlandet. Køb af ydelser i udlandet påvirker ikke personalesituationen på Færøerne direkte, men udtynder et i forvejen et lille patientgrundlag, med deraf forringede muligheder for at opretholde personalets faglige kompetencer.

Ved køb af ydelserne privat på Færøerne, skal den private sektor udvides. Kapaciteten blandt eksisterende personale til at arbejde privat i fritiden, er formentlig begrænset. En betydende kapacitetsudvidelse i privat færøsk regi vil kræve, at der rekrutteres en del ansatte ind. Denne rekruttering til private klinikker kan ske fra udlandet og fra eksisterende færøsk personale på sygehuse. I og med at de færøske sygehuse i forvejen har vakante stillinger og store vanskeligheder ved at rekruttere, er risikoen ved en udvidelse af den private sektor på Færøerne, at sygehuse drænes for specialiserede personale med deraf lavere kapacitet og utilstrækkelige vagtbemanding til akutte funktioner.

Effektiviseringer af eksisterende produktionsapparat har i mindre grad, end udvidelsesbaserede modeller, en væsentlig indflydelse på personalesituationen på sygehuse.

10. anbefalinger

På baggrund af arbejdsgruppens drøftelser og afdækninger, har arbejdsgruppen drøftet mulige anbefalinger til yderligere afklaringer og tiltag vedrørende behandlingsgaranti-lignende ordninger.

Anbefalingerne deler sig i 4 grupperinger, omfattende anbefalinger vedrørende:

- Ventetidsopgørelser
- Styringstiltag
- Produktionsoptimering
- Pukkelafvikling

Anbefalingerne bærer præg af, at arbejdsgruppen ikke har haft mulighed for større udredningsarbejder eller afprøvning af forskellige løsningsmodeller. Anbefalingerne omfatter derfor både konkrete tiltag, som kan påbegyndes rimeligt hurtigt og forslag til yderligere udredninger omkring fokuserede problemstillinger.

I det følgende er de konkrete anbefalinger markeret med store bogstaver (A-Z).

Anbefalinger vedrørende ventetidsopgørelser

Regelmæssige og metodestabile statistiske opgørelser over erfarede og forventede ventetider er hensigtsmæssige som vejledende redskaber til at understøtte beslutninger hos patienter, klinikere og myndigheder.

Som påpeget tidligere, foreligger der kun sporadiske opgørelser over erfarede ventetider på Færøerne, og opgørelserne har været præget af variationer i metode, hvilket vanskeliggøre, at man kan følge udviklingen over tid.

Arbejdsgruppen er enig om at komme med anbefalinger til både *erfarede ventetider* og til *forventede ventetider*, idet begge typer ventetidsopgørelser skønnes hensigtsmæssige.

Vedrørende erfarede ventetider, skal arbejdsgruppen anbefale:

- A. At der etableres en fast bemanded funktion til regelmæssig produktion og kvalificeret analyse af bagudrettet ventetider for de væsentligste planlagte aktivitetsområder i det Færøske Sygehusvæsen. Denne funktion bør varetages et sted i sygehusvæsenet og kombineres med anden statistisk udtræks- og analysevirksomhed for at opbygge kompetence, opnå synergi og ressourceudnyttelse.
- B. At den erfarede ventetidsstatistik baseres på dataudtræk fra den elektroniske patientjournal.
- C. At der initialt laves en faglig analyse over, hvilken aktivitet der fremadrettet skal laves opgørelser på, og på hvilket niveau opgørelserne skal laves på.
- D. At udtræks-, bearbejdnings- og filtreringsmetoder fastlægges, så opgørelsesmetoden er stabil og opgørelserne kan sammenlignes over tid.
- E. At statistiske opgørelser over erfarede ventetider offentliggøres regelmæssigt i et fast format på landsniveau for at sikre transparens på området.

Vedrørende forventede ventetider, skal arbejdsgruppen anbefale:

- F. At der påbegyndes et afdækningsarbejde for at belyse mulighederne for en regelmæssig opgørelse over forventede ventetider for udvalgte behandlingsområder, herunder også en fastlæggelse af opgørelsesniveau og hyppighed.
- G. At der etableres en fast central funktion til varetagelse af denne opgave i tilknytning til den faste statistiske funktion omtalt i anbefaling A. for at opnå synergi.
- H. At opgørelserne til at starte med baseres på regelmæssige og obligatoriske indberetning fra de berørte kliniske enheder over "næste ledige tid".
- I. At opgørelserne over forventede ventetider offentliggøres regelmæssigt på et niveau og i et format, som er velegnet til at understøtte patienter og klinikers valg og beslutninger.

Anbefalinger vedrørende valg af styringsmodel

Arbejdsgruppens afdækning af behandlingsgaranti-lignede ordninger i de øvrige nordiske lande har påvist forskellige modeller for ventetidsfokuseret aktivitets- og servicestyling. De nordiske modeller kan groft inddeles i 2 forskellige styringsmodeller:

- Patientrettighedsbaseret ordninger
- Kontraktbaserede ordninger

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der endnu mangler en del afklaring af de forventede gevinster og konsekvenser for det Færøske Sygehusvæsen der vil være ved de enkelte modeller. For at udbedre disse videnskabelige mangler, er arbejdsgruppen enig om at anbefale, at der sker en yderligere afklaring af følgende områder:

- Identifikation af relevante indsatsområder
- At der opstilles 2 eller flere konkrete styringsmodeller, som benyttes i analyserne
- Afklaring af økonomiske konsekvenser ved forskellige finansieringsmodeller
- Afklaring af de personalemæssige konsekvenser ved konkrete styringsmodeller
- Afklaring af forventet gevinster i form af reducerede ventetider ved styringsmodeller

Vedrørende identifikation af relevante indsatsområder, skal arbejdsgruppen anbefale:

- J. At der igangsættes et analysearbejde med afsæt i opgørelser over erfarede ventetider, for at identificere en række områder, hvor konsekvenserne af en konkret patientrettighedsbaseret model kan analyseres mere detaljeret (se endvidere anbefaling omkring finansiering).

Vedrørende opstilling af konkrete styringsmodeller, skal arbejdsgruppen anbefale:

- K. At der opstilles flere konkrete styringsmodel scenarier, som benyttes i det videre analysearbejde, eksempelvis:
 - Patientrettighedsmodel, hvor meraktivitet kun må foretages på Færøerne
 - Patientrettighedsmodel, hvor meraktivitet kan købes i udlandet
 - Kontraktstyringsmodel, hvor der benyttes aktivitetsfinansiering

Vedrørende finansieringsmodeller

I begge styringsmodeller indgår som regel elementer af finansiering baseret på aktivitet, eventuelt kombineret med andre målopfyldelse-incidenter:

- I styringsmodeller baseret på patientrettigheder, hvor patienten selv kan vælge alternativt behandlingssted, "følger penge patienten" (aktivitetsbaseret finansiering)
- I kontraktbaseret styringsmodeller benyttes både aktivitetsbaseret og målopfyldelsesbaseret finansiering, ofte i kombination med en delvis ramrefinansiering

I og med at det Færøske Sygehusvæsen er ramrefinansieret uden målstyringsparametre, indebærer en indførelse af behandlingsgaranti-lignende ordninger, at der skal tages stilling til, hvilke finansieringsmodeller der ønskes, ligesom der bør ses på konsekvenserne for hele sygehusvæsenet.

Arbejdsgruppen kommer ikke med en anbefaling om, at der vælges en bestemt finansieringsmodel, men er enig om følgende anbefaling:

- L. At der foretages en sundhedsøkonomisk analyse af de finansieringsmæssige konsekvenser for det Færøske Sygehusvæsen, når scenarierne for forskellige behandlingsgaranti- og finansieringsmodeller til videre analyse er fastlagte.

Vedrørende personaleressourcer

I lighed med, at finansieringsmodeller har stor betydning for prioriteringen af sygehusenes fokus, vil valg af styringsmodel også kunne påvirke fordelingen af personaleressourcer indenfor og udenfor sygehusvæsenet. Arbejdsgruppen er derfor enig om at anbefale:

- M. At påvirkningen af fordelingen af personaleressourcer indenfor og udenfor sygehusene indgår i analyseringen af konsekvenserne ved de forskellige modeller
- N. At betydningen for opretholdelse af diverse vagtfunktioner belyses og indgår i analyseringen af konsekvenserne ved de forskellige modeller
- O. At betydningen for opretholdelse af uddannelsesfunktioner belyses og indgår i analyseringen af konsekvenserne ved de forskellige modeller.

Vedrørende ventetidsreduktioner

I og med at målsætningen med eventuelt at indfører behandlingsgarantilignende ordninger på Færøerne er at reducere ventetiderne, er arbejdsgruppen enig om at anbefale: At effekten på ventetid estimeres ved de forskellige modeller, og at disse estimater indgår i den samlede vurdering af fordele og ulemper ved de forskellige modeller.

Anbefalinger vedrørende produktionsoptimering

I de forskellige behandlingsgarantilignende ordninger, som ses i de nordiske lande er der et gennemgående element af produktionsoptimering i alle ordningerne. Den grundlæggende præmis i ordningerne er at incitamentsstrukturen i ordningerne, eksempelvis ved aktivitetsfinansiering, medfører, at sundhedsvæsenet optimerer deres produktionsforhold.

Ved patientrettighedsbaserede styringsmodeller med aktivitetsfinansiering sker fokuseringen på produktionsoptimering indirekte, idet det antages, at en maksimering af gevinsten ved incitamenterne medfører en mere rationel produktion.

Ved målstyringsbaserede styringsmodeller (uafhængig af finansieringsmodel) sker fokuseringen på produktionsoptimering ofte mere direkte og eksplicit, eksempelvis opstilles der mål for årlige effektiviseringer.

På Færøerne har der i forbindelse med sparerunder været arbejdet med produktionsoptimeringer. Erfaringerne viser, at sparerunder kan føre til produktionsmæssige effektiviseringer, men sparerunder vil ofte resultere i en ophobning af ventende patienter. I og med at sparerunder oftest indføres med korte tidsfrister, grundet et umiddelbart truende underskud, sker produktionseffektiviseringer ofte kortsigtet og fragmenteret – kun indenfor dele af produktionskæden – med deraf risiko for suboptimering for andre dele af produktionskæden.

Grundet ovenstående forhold, er arbejdsgruppen enig om at anbefale:

- Q. At der iværksættes et arbejde med arbejdsgangsanalyser, eksempelvis "værdistrømsanalyse"
- R. At arbejdsgangsanalyserne har fokus på at identificere spild, unødige interne ventetider og uhensigtsmæssige procesovergange som følge af kapacitetsudfordringer, flaskehalse og suboptimale arbejdsgange
- S. At der på baggrund af de identificerede udfordringer udarbejdes en prioriteret investeringsplan for udbedringer og produktionsoptimeringer
- T. At der afsættes en budgetramme til at finansiere det løbende analysearbejde (en kombination af eksterne konsulenter og internt oplært tværgående personale). Budgetrammen bør formentlig dække mere en 1 års analysearbejde
- U. At der afsættes en budgetramme til at finansiere de mest effektgivende investeringer.

Arbejdsgruppen skønner, at der allerede i dag er væsentligt forbedringspotentiale, som kan opnås ved ophævelse af flaskehalse, reduktion af spildtid i forløbene og bedre tilrettelæggelse af arbejdsgange. Det er endvidere arbejdsgruppens vurdering, at sådanne tiltag ville kunne påvirke ventetiderne positivt over en mellemlang tidshorisont på 1 til 3 år.

Pukkelafvikling

Anbefalingerne om *ventetidsopgørelser* bør ses som et grundlæggende fundament for øvrige tiltag og kan for *opgørelser over erfarede ventetider* etableres indenfor en kortere tidshorisont ved tilstrækkelig ressourceallokering til etablerings og analyseopgaven.

Anbefalingerne om *valg af styringsmodel* vil først kunne medføre ventetidsforbedringer på en noget længere tidshorisont, idet det er arbejdsgruppens vurdering, at der på nuværende tidspunkt kun foreligger et sparsomt vidensgrundlag for, hvad styringsmodellerne betyder, når de benyttes under de særlige færøske forhold. I og med at mange af de kendte styringsmodeller kan medføre store forandringer i det færøske sundhedsvæsen, finder arbejdsgruppen, at der bør skabes en større klarhed over omkostninger, ventetidseffekter og afledte (uhensigtsmæssige) effekter.

Anbefalingerne om produktionsoptimeringer vurderes at kunne give relative gode ventetidsforbedringer for relative mindre investeringer, idet de ikke radikalt ændrer på sundhedsvæsenets strukturer med deraf færre uhensigtsmæssige afledte effekter. Gevinsten af produktionsoptimeringer kan forventes at begynde at indfinde sig løbende over en mellemlang tidshorisont på 1-3 år, men vil ved hyppig gentagelse ikke give samme gevinst ved hver runde.

Som følge af ovenstående vurderinger af den tidsmæssige effekt af anbefalingerne, har arbejdsgruppen set på tiltag, som kan give en mere umiddelbar reduktion af ventelister. På

baggrund af disse drøftelser, er arbejdsgruppen enig om at anbefale følgende tiltag med henblik på umiddelbar pukkelfavikling:

- V. At der afsættes en fast pulje til finansiering af pukkelfaviklingen
- W. At den foreslåede pulje bruges til at finansiere diverse ekstra arbejdsindsatser blandt eksisterende personale i form af overarbejde og opnormering med midlertidige vikarer, eksempelvis til midlertidig længere åbningstider indenfor diagnostisk radiologi
- X. At den foreslåede pulje benyttes til køb af ydelser fra eksterne leverandører, ved at tage specialiserede konsulenter fra udlandet til Færøerne i kortere perioder
- Y. At der laves en minutiøs gennemgang af patienter, som har ventet i meget lang tid (eks. patienter der ventet mere end 1 år) og finde ud af, om der fortsat er behov for, at disse patienter befinder sig på ventelisten, idet erfaringerne er, at mange patienters behov reduceres ved lang ventetid.

Ovennævnte pukkelfaviklingstiltag har sjældent blivende effekt, såfremt puklerne er opstået, grundet utilstrækkelig kapacitet og uhensigtsmæssige arbejdsgange. For ikke at tabe effekten af pukkelfavikling, skal arbejdsgruppen dels pege på en implementering af anbefalingerne vedrørende produktionsoptimering (har mere blivende effekt) og dels anbefale:

- Z. At pukkelfaviklingspuljen gradvis reduceres over en tidsperiode og at frigjorte midler gradvist kanaliseres over i finansiering af mere omfattende optimeringsinvesteringer og på længere sigt til hel eller delvis finansiering af den valgte styringsmodel.