



# Kritisk vurdering af udkastet til sundhedsreform

*I denne artikel gives en kritisk vurdering af det udkast til en sundhedsreform, som VLAK-regeringen og Dansk Folkeparti indgik en aftale om i foråret 2019. Det kritiske blik rettes særligt mod de bestyrelser for sundhedsregionerne, der skal erstatte regionsrådene, etablering af sundhedsfællesskaber og styrkelsen af Det nære Sundhedsvæsen i kommunerne.*

**AF PROFESSOR KJELD MØLLER PEDERSEN,  
SYDDANSK UNIVERSITET**

## Baggrund og tidsforløb

Ved Folketingets afslutningsdebat d. 30. maj 2018 sagde statsministeren, at "For godt et årti siden lavede vi den sidste sundhedsreform. Med frit valg, behandlingsgaranti, supersygehuse. Erstattede amter med regioner. Den har løftet dansk sundhedsvæsen enormt ... nu er tiden kommet til den næste. For at løfte vores sundhedsvæsen yderligere. Sætte retningen for de kommende 10 års forbedringer. En af de væsentligste indsatser bliver at styrke det nære sundhedsvæsen".

Sidst i august nedsatte regeringen et ministerudvalg med statsministeren for bordenden, ligesom der i stilhed var oprettet et mindre sekretariat i Finansministeriet.

Reformudkastene var ikke forudgået af udvalgs- eller kommissionsbetænkninger, som normalt ville være tilfældet. Arbejdet var begyndt i løbet af det tidlige forår 2018. Bl.a. er der to notater<sup>1,2</sup> fra Sundhedsstyrelsen fra først i april 2018, men bestilt tidligt i marts måned.

Reformudspillet skal ses i forlængelse af udvalgsarbejdet om Det nære og sammenhængende Sundhedsvæsen<sup>3</sup> fra 2017, rapporten om En læge tæt på Dig<sup>4</sup> om almen praksis samme år og Sammenhængsreform-

men<sup>5</sup> fra september 2018. Fælles for disse tre rapporter er fokus på bedre sammenhæng og nærhed. Det hed bl.a., at "For ... mange [bliver] behandlet på et sygehus. ... Men for mindre komplicerede behandlinger er det bedste tilbud for patienten ikke på et sygehus – som ofte ligger et stykke væk"<sup>5</sup> p. 29.

## Hovedelementerne i reformudkastet

Der er tre indgange til udkastet: Den strukturelle, den indholdsmæssige og den økonomiske.

Hovedelementerne i VLAK-regeringens og DFs forslag til sundhedsreform<sup>6</sup> er på det strukturelle plan:

- De folkevalgte regionsråd afskaffes men de geografiske regioner bibeholdes – nu alene med sundhedsopgaver, der administrativt ledes af en sundhedsforvaltning og en 8-personers bestyrelse, hvis medlemmer har bopæl i regionen, bl.a. tre fra kommunerne.
- På nationalt niveau oprettes Sundhedsvæsen Danmark placeret i Aarhus, også med en bestyrelse. I en vis forstand en afløser for Danske Regioner.
- 21 sundhedsfællesskaber bestående af 3-4 kommuner og de 150-200 praktiserende læger omkring et akutsygehus. Sundhedsfællesskaberne skal skabe fokus på det nære sundhedsvæsen (alm. og specialpraktiserende læger samt det kommunale sundhedsvæsen).

På det indholdsmæssige plan er hovedelementerne:

- Stærkere patientrettigheder bl.a. nedfældet i en særlig lov om sundhedsrettigheder, inkl. en ny rettighed vedr. ventetid hos praktiserende speciallæge.
- En styrkelse af almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen og et løfte om udvalgsarbejde vedr. specialpraktiserende læger.
- Flere sygeplejersker og sygehjælpere.

» **Det er svært at få øje på en brændende platform bag udkastet. En reform laver man, når der er et åbenbart behov for mere gennemgribende ændringer og ikke blot justeringer.**

## »» **Hvorfor er regionsrådene overflødige, og hvorfor er bestyrelser bedre, når man samtidig vælger at bibeholde de geografiske sundhedsregioner og deres administration (under ét: 'sundhedsforvaltninger'). Der savnes i markant grad svar på sådanne spørgsmål**

- Sundhedshuse som de fysiske rammer for det nære sundhedsvæsen.
- 20 flere akutte beredskaber – ambulancer, akutbiler eller akutlægebiler.
- Styrkelse af psykiatrien.
- Der flyttes 60.000 ambulatoriebesøg og 40.000 indlæggelser fra sygehusene til det Nære Sundhedsvæsen. Det forventes, at sundhedsfællesskaberne er et centralt omdrejningspunkt ved denne udflytning af opgaver, ligesom de også skal give indhold til ønsket om bedre sammenhæng uden i øvrigt at angive hvordan.
- Et udvidet Medicinråd: Medicin- og Behandlingsråd.

På det økonomiske plan var slagnummeret:

- En nærhedsfond på 8,5 mia. kr. til at kickstarte reformprocessen, hvoraf 4 mia. kr. skulle gå til 36 sundhedshuse.

Der er ikke tale om en finansieringsplan for sundhedsvæsenet frem til 2025. Økonomien i de administrative regioner vil fortsat blive baseret på bloktilskud – utvivlsomt med uændret fordelingsnøgle.

Det er svært at få øje på en brændende platform bag udkastet<sup>7</sup>. En reform laver man, når der er et åbenbart behov for mere gennemgribende ændringer og ikke blot justeringer. Strukturreformen i 2007 var baseret på grundige analyser – det samme gælder på ingen måde reformudkastet. Forligsteksten var på 60 sider, og VLAK-regeringens oprindelige udkast var på 140 sider. Der findes utvivlsomt interne dokumenter, bl.a. de nævnte dokumenter fra Sundhedsstyrelsen<sup>1,2,8</sup>.

Ser man på de indholdsmæssige elementer og sundhedsfællesskaberne, kunne disse ændringer være gennemført uden at nedlægge regionsrådene. Men så havde der ikke været et forlig med DF.

### **Regionsråd vs. Bestyrelser**

Regionerne har levet livet farligt, og DFs ønske om helt at afskaffe dem er blevet forfulgt systematisk i alle årene.

Medio august 2011 forsøgte VK-regeringen og DF for første gang at aflive regionerne<sup>9</sup> – men uden held. Primært fordi regeringsmagten skiftede. Forarbejdet var ikke eksisterende bortset fra et A-4 ark med information om afskaffelse, og at staten ville sikre en effektiv sygehusdrift og være garant for en ensartet behandlingskvalitet. Der skulle nedsættes et hurtigtarbejdende udvalg<sup>10</sup> til at gennemarbejde problemstillingerne.

Venstres sundhedspolitiske udspil under 2015-valgkampen<sup>11</sup> indeholdt 7 krav til regionerne. I forbindelse med 2019-udspillet interesserede det ikke i hvilken grad, de var blevet opfyldt.

Hvis 2019-reformudkastet havde været baseret på en egentlig analyse af fordele og ulemper ved den nuværende regionskonstruktion og af, hvordan regionerne har løst sundhedsopgaven, sådan som man gjorde i Norge i 2016<sup>12</sup>, ville man utvivlsomt have fundet svar på to hovedspørgsmål til udspillet: Hvorfor er regionsrådene overflødige, og hvorfor er bestyrelser bedre, når man samtidig vælger at bibeholde de geografiske sundhedsregioner og deres administration (under ét: 'sundhedsforvaltninger'). Der savnes i markant grad svar på sådanne spørgsmål. Og regionerne afskaffes jo reelt set ikke, men alene den politiske overbygning. DF fik en symbolsk luns, men den eksisterende infrastruktur for sundhedsvæsenet blev bibeholdt. Lunsen til DF er et klart tab for det lokale demokrati.

Det er fx uklart, om sundhedsregionerne med bestyrelse skal opfattes som en juridisk person, eller om det er en pseudokonstruktion, hvor en vedtægt evt. fjerner opfattelsen af en selvstændig juridisk person. Jeg hælder til det sidste, især når man læser, at ” Sundhedsministeren fastsætter fremover en årlig udviklingsplan for Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger”<sup>6 p. 43</sup>. Det samme spørgsmål kan stilles til 'Sundhedsvæsen Danmark'.

En juridisk person udleder altid sin kompetence af en vedtægt eller andet retsgrundlag,

hvor der bl.a. bliver fastslået et formål og en fremgangsmåde for, hvordan den juridiske person forpligter sig. Det vil utvivlsomt skulle indskrives i sundhedsloven, men et udkast til vedtægt ville have været klagende for det reelle beslutnings- og handlingsrum for både sundhedsforvaltningerne og Sundhedsvæsen Danmark.

Hver sundhedsforvaltning ledes af en bestyrelse på otte medlemmer, der udpeges af regeringen. Spørgsmålet er, om medlemmerne er underlagt instruktionsbeføjelse fra regeringen, og om de udpeges i personlig egenskab eller som repræsentant for patientforeninger eller andre parter. Det samme gælder bestyrelsen for Sundhed Danmark.

I bestyrelsen skal indgå medlemmer med erfaring med sundhedssektoren og væsentlig ledelseserfaring, herunder skal minimum én person i hver bestyrelse have stærke sundhedsfaglige kompetencer fx forsknings- eller lægefaglige. Bestyrelsen består af: 1. En formand, 2. Tre medlemmer udpeget efter indstilling fra kommunerne i området, 3. Ét medlem udpeget efter forslag fra patientforeningerne og 4. Tre øvrige medlemmer med kompetencer inden for fx it, anlæg, jura og driftsledelse ud over sundhedsfaglige kompetencer.

Vurderes bestyrelsen ud fra kompetenceprofilen – den sædvanlige målestok – må man sige, at de politiske kompetencer er stærkt overrepræsenteret især i lyset af, at de overordnede sundhedspolitiske retningslinjer udstikkes fra Christiansborg og Sundhedsvæsen Danmark, ligesom der er en markant mangel på en person med kompetence vedr. Det nære Sundhedsvæsen – noget som de kommunale politiske repræsentanter næppe har. Det er også værd at bemærke, at der ikke er medarbejderrepræsentanter i bestyrelsen.

Formanden for den enkelte sundhedsforvaltning er født medlem af den nationale besty-

relse for Sundhedsvæsen Danmark. Bestyrelsen i Sundhedsvæsen Danmark bliver udpeget af regeringen. Opgaverne er beskrevet nogenlunde detaljeret og består bl.a. i at sikre, at sundhedsforvaltningerne lever op til stillede krav og standardisering af fx IT-løsninger, hvor sundhedsforvaltningerne reelt set fratages beslutningsret.

#### **Sundhedsfællesskaber: En ommer**

Sundhedsfællesskaberne er ikke en nyskabelse. Et stykke ad vejen er de baseret på allerede eksisterende kommuneklynger omkring akutsygehuse og copy-paste af et forslag først i 2018<sup>13-15</sup>, hvor der taltes om Sundhedsklynger.

Sundhedsfællesskaberne er omdrejningspunktet i reformen – det er her, der skal skabes nærhed og sammenhæng. Den udformning, ideen<sup>13</sup> har fået, ødelægger desværre stort set de muligheder, tænkningen indeholder. Udformningen vedr. ledelse og beslutningskompetence ligner et misfoster, der inviterer til handlingslammelse. Desværre har man ikke skelet til, hvordan de eksisterende kommuneklynger fungerer, nemlig uden direkte politisk involvering baseret på, at de sundhedsprofessionelle finder løsninger vedr. bedre sammenhæng og opgaveflytning, der erfaringsmæssigt oftest ikke kræver politisk involvering og sjældent involverer økonomi, blot forbedringer udtænkt af sundhedsprofessionelle.

Sundhedsklyngerne/kommuneklyngerne/sundhedsfællesskaberne er udtryk for populationsansvar: De tre parter dækker tilsammen lokalbefolkningens behov for diagnostik, behandling og genoptræning, og ved bedre samarbejde gives der indhold til tænkningen bag populationsansvar. Som det hedder i udspillet: ”Sygehuse, kommuner og almen praksis skal forpligtes til at tage et fælles ansvar for patienterne i området.”<sup>16 p. 32</sup> Ledelsen af sundhedsklyngen består i udspillet af to niveauer: Det faglige og det

**» Sundhedsfællesskaberne er omdrejningspunktet i reformen – det er her, der skal skabes nærhed og sammenhæng. Den udformning, ideen har fået, ødelægger desværre stort set de muligheder, tænkningen indeholder.**

politiske. Der er problemer på begge fronter. De allerede eksisterende sundhedsklynger har vægtlagt det sundhedsfaglige og har reelt set ikke et overordnet politisk lag – og det har netop været styrken i fx Randersklyngen eller Viborg-klyngen, hvor man i Viborgklyngen fx udviklede hjerterehabilitering, der efterfølgende blev lagt ud til kommunerne, hvor regionsråd og byråd var det politiske lag. Man skal lade de sundhedsprofessionelle få spillerum – og burde have undgået det politiske lag i sundhedsfællesskaberne.

Ser man på detaljerne i udspillet, begår man stort set samtlige fejl, der med høj sandsynlighed vil blokere for den nytænkning, som sundhedsfællesskaberne kunne skabe og har en iboende mulighed for handlingslammelse. Man skal se på detaljerne for at opdage dette, jfr. bl.a. nedenstående uddrag vedr. beslutninger, som er præget af, at man ikke vil røre (ret meget) ved det kommunale selvstyre:

”Sundhedsfællesskaberne træffer beslutninger i enighed. Alle parter skal leve op til de faglige krav, der stilles i kvalitetsplanen. Men hvis enkelte parter er imod en konkret løsning, som går videre end kravene fra kvalitetsplanen, kan de øvrige medlemmer vælge at gå videre, idet det ikke vil være muligt at tvinge en part med i en løsning. ... Beslutninger, der binder alle parter, skal ... være truffet i enighed mellem alle parter. For beslutninger, der har implikationer for kommuners og sundhedsforvaltningers drift, har den politiske overbygning indstillingsret til den endelige beslutning i kommunalbestyrelser og i sundhedsforvaltningens bestyrelse. I det tilfælde hvor sundhedsfællesskabet har fælles midler til udmøntning, kan der træffes beslutninger ved simpelt flertal blandt kommunerne.”

Det nye er de store forventninger om, at det er her reformens ambition om bedre sammenhæng og nærhed skal skabes. Det er fx i sundhedsklyngerne, at forudsætningen om at forebygge 40.000 indlæggelser og flytte 500.000 ambulatoribesøg fra sygehusene ud til almen praksis frem mod 2025 skal virkeliggøres og skabe mere nærhed, forstået som at man kan få klaret nogle af sundhedsopgaverne lokalt og ikke skal den lange vej til sygehuset. Men det er tvivlsomt, hvor meget ekstra nærhed der skabes – uanset retorikken. Dels er de praktiserende læger og kommuner der i forvejen, og der bliver ikke flere, og dels udgør de 500.000 ambulatorie-

besøg, der planlægges flyttet fra sygehusene, kun ca. 7% af alle ambulatoriekontakterne, og grundlaget for vurderingen af, hvad der kan flyttes, er (fortsat) usikkert. Sundhedsstyrelsen skriver i sit notat: ”Der er dog ikke foretaget nogen systematisk gennemgang af evidens specifikt mhp. at estimere potentialet for øget opgaveløsning udenfor sygehusene, og der vil være formentlig heller ikke være meget solid evidens at basere sig på. Estimer skal ses i det lys, og der tages derfor generelt forhold for estimerne”<sup>8</sup>. Her tager Sundhedsstyrelsen stort set alle de forbehold, der kan tages.

### **Sundhedsfællesskaber og kvalitetsplan**

En dynamisk kvalitetsplan<sup>2</sup> spiller en betydelig rolle i forbindelse med sundhedsfællesskaberne, men stort set ingen har set det ’skjulte’ udkast. To ting er sikre: Sundhedsstyrelsens rolle bliver stærkere, og kommunernes handlefrihed på sundhedsområdet indskrænkes. Kvalitetsplanen varsler nye tider for det nære sundhedsvæsen og for kommunerne i særdeleshed.

I reformudkastet hedder det, at sundhedsstyrelsens kvalitetsplan skal sætte rammerne for indsatsen. Det drejer sig både om målgruppe, visitation, kompetencer mv. Det vil betyde faste rammer for, hvordan og hvor en behandlingsopgave skal løses fx i kommunalt regi, i de nye sundhedshuse, i almen praksis eller på sygehusene. Kvalitetsplanen skal omfatte krav til rådgivning og sparring fra almen praksis og sygehuse, så kommunerne kan komme i kontakt med fx en læge for at få rådgivning – alt sammen for at sikre en høj kvalitet i indsatsen på tværs af landet.

Sundhedsstyrelsen noterer i udkastet til kvalitetsplan, at der er behov for en mere styret, systematisk og strategisk indsats, hvis potentialerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen for alvor skal indfries. Derfor er der behov for en mekanisme – en dynamisk kvalitetsplan – der inden for et fagligt set-up kan vurdere hvilke opgaver i sygehusvæsenet, der mest hensigtsmæssigt kan varetages tæt på borgeren – i kommunalt regi, i almen praksis. Det noteres også, at det er en forudsætning, at Sundhedsstyrelsen får bemyndigelse, hjemlet i Sundhedsloven, til at stille bindende krav til varetagelsen af kommunale sundhedsopgaver, herunder krav til kommunerne og eventuelle krav til sygehuse og almen praksis, hvis varetagelsen af den kommunale sundhedsopgave betinger en indsats fra sygehuse og/eller almen praksis. Der er behov for at analysere, om nogle af

## » Reformudspillet er gennemsyret af en tro på, at sundhedshuse/sundhedscentre og store lægehuse er en væsentlig del af løsningen på styrkelsen af Det nære Sundhedsvæsen.

de kommunale opgaver/tilbud, der er reguleret i serviceloven, med fordel kan overflyttes til sundhedsloven.

### Det nære sundhedsvæsen og sundhedshuse

Reformudspillet er gennemsyret af en tro på, at sundhedshuse/sundhedscentre og store lægehuse er en væsentlig del af løsningen på styrkelsen af Det nære Sundhedsvæsen. I Nærhedsfonden er der afsat 4 mia. kroner til formålet. Der er tre begrundelser for sundhedshuse: Samle (flere) behandlingstilbud ét sted og/eller tiltrække og fastholde praktiserende læger samt mindske afstanden til behandlingstilbud ('nærhed'). Det sidste ægger til modsigelse: Samling ét sted – især af praktiserende læger – øger jo afstanden.

Med udspillet blomstrende og retoriske sprog:

”For et godt helbred er ikke noget, borgerne skal rejse langt efter, med mindre de har brug for specialiseret behandling. Derfor afsætter vi 4 mia. kr. til en massiv udbygning af nye moderne sundhedshuse, psykiatrihuse og flerlægepraksis i kommunerne. Den travle småbørnsmoder, den gangbesværede diabetespatient og gymnasieeleven med psykiske udfordringer skal opleve, at hjælpen er nær, og at den behandling, de har brug for, er samlet et sted”<sup>6 p.4</sup>.

Tårene kommer jo frem ved læsningen, og det er upassende at spørge, om det underforståede billede, nemlig at man booker flere behandlere samme dag, holder i virkelighedens verden? Sådan fungerer det ikke, og billedet af underforstået synergi mellem de forskellige sundhedsprofessioner i sundhedshusene holder næppe<sup>16</sup>. Der vil blive tale om et bofællesskab, hvor man dårligt nok kender naboen – men gode fysiske rammer.

Noget tyder dog på, at det kan tiltrække praktiserende læger, især hvis de har været inddraget ved planlægningen af byggerierne, så de nye bygningsmæssige rammer passer til deres behov<sup>17</sup>.

### En kommunereform ad bagvejen?

I Sundhedsstyrelsens dynamiske kvalitetsplan optræder spørgsmålet om (patient) volumen flere steder. Med andre ord: hvor mange patienter/borgere er der med diagnoser og sundhedsproblemer i en kommune, og er antallet tilstrækkeligt til at vedligeholde specialviden i fx rehabilitering og sygepleje? 'Øvelse gør mester' har været nøgleordet i sygehusvæsenet i de sidste mange år og er nu kommet til kommunerne. Spørgsmålet er, om de mindre kommuner med under 40.000 indbyggere er store nok til kvalificeret at løfte de nye sundhedsudfordringer. Det er de næppe. Dem er der 30 af, når man ser bort fra ø-kommunerne. Det kan derfor blive nødvendigt med en kommunereform eller tvungne kommunesamarbejder.

### OG ja

Det er nogle af hullerne i osten, der har været i fokus her, men der er også en række positive elementer: Løft til almen praksis, løft til psykiatrien og overordnet fokus på det nære sundhedsvæsen, inkl. sundhedsfællesskaber, hvis de bliver gentænkt, samt øget opmærksomhed omkring praktiserende speciallæger. Forsøget på at genoplive leon-princippet – laveste effektive omsorgsniveau – og forsøget på at flytte visse sygehusaktiviteter til det nære sundhedsvæsen må også hilses velkommen. Men for at tage fat på alle disse forhold behøver man ikke en reform, blot en grundig analyse af dagens sundhedsvæsen. ■

### Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Almen medicin i fremtidens sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
2. Sundhedsstyrelsen. Dynamisk kvalitetsplan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
3. Sundhedsministeriet, Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Afrapportering. Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen København: Sundhedsministeriet; 2017.
4. Sundhedsministeriet. En læge tæt på dig. En plan for fremtidens almen praksis. København: Sundhedsministeriet; 2017.
5. Finansministeriet. Sammenhængsreformen. Mere frihed, tillid og tryghed. København: Finansministeriet; 2018.
6. Regeringen DF. Et stærkere sundhedsvæsen – tættere på dig. København: Sundhedsministeriet; 2019.
7. Pedersen K. Har vi brug for en sund-

- hedsreform? (kronik). Jyllands-Posten 2019.
8. Sundhedsstyrelsen. Skitse til ændret opgaveløsning på udvalgte områder med stor sygdomsbyrde. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
  9. Regeringen, Dansk Folkeparti. Politisk forståelse om ny organisering af sundhedsområdet og øvrige regionale områder. København: Statsministeriet; 2011 19. august.
  10. Finansministeriet. Kommissorium for udvalg om organisering af sundhedsområdet. København: Finansministeriet; 2011, 19. august.
  11. Venstre. Prioriter sundheden. Bedre sundhed – flere ældre. København 2015.
  12. NOU. Organisering og styring av specialhelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
  13. Olesen F, Pedersen KM, Pedersen LV. En ny struktur i sundhedsvæsenet (kronik). Politiken 2018.
  14. Pedersen KM, Olesen F, Pedersen L. Fra siloledelse til klyngeledelse i sundhedsvæsenet. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 2019;95.
  15. Olesen F, Pedersen KM, Pedersen LV. Samlet ledelse kan skabe sammenhæng. Dagens Medicin 2018 4. april
  16. Christensen IE, Sandberg Buch MS. Nakskov Sundhedscenter og Kalundborg Sundheds- og Akuthus samt Lægecenter. En kvalitativ erfaringsopsamling over status og perspektiver for udvikling og samarbejde. København KORA; 2015.
  17. Pedersen KM. Sundhedshuse risikerer at ende som statsstøttede murstensmonumenter (kronik). Ugeskrift for læger 2019.