



# Styring af sundhedsvæsenet – kan man det?

*Sundhedsvæsenet kan styrkes via større klarhed om roller og forventninger til forskellige politiske og administrative niveauer baseret på en klar retning, gensidig tillid og mere fokus på eksekvering af de aftalte mål.*

**AF SVEND SÆRKJÆR,  
REGIONS DIREKTØR,  
REGION NORDJYLLAND**

Styring af sundhedsvæsenet. Det er, som titlen antyder, et komplekst emne, som samtidig er højt på den politiske og administrative dagsorden. Regeringen har inden for kort tid lanceret en sammenhængsreform, et styringseftersyn og en plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Samtidig er produktivitetskravet på to pct. til hospitalerne suspenderet. Der synes dermed bred enighed om, at der er behov for en ny styringsmodel på sundhedsområdet. Debatten vil i den kommende tid gå på, hvilken model der er den mest hensigtsmæssige.

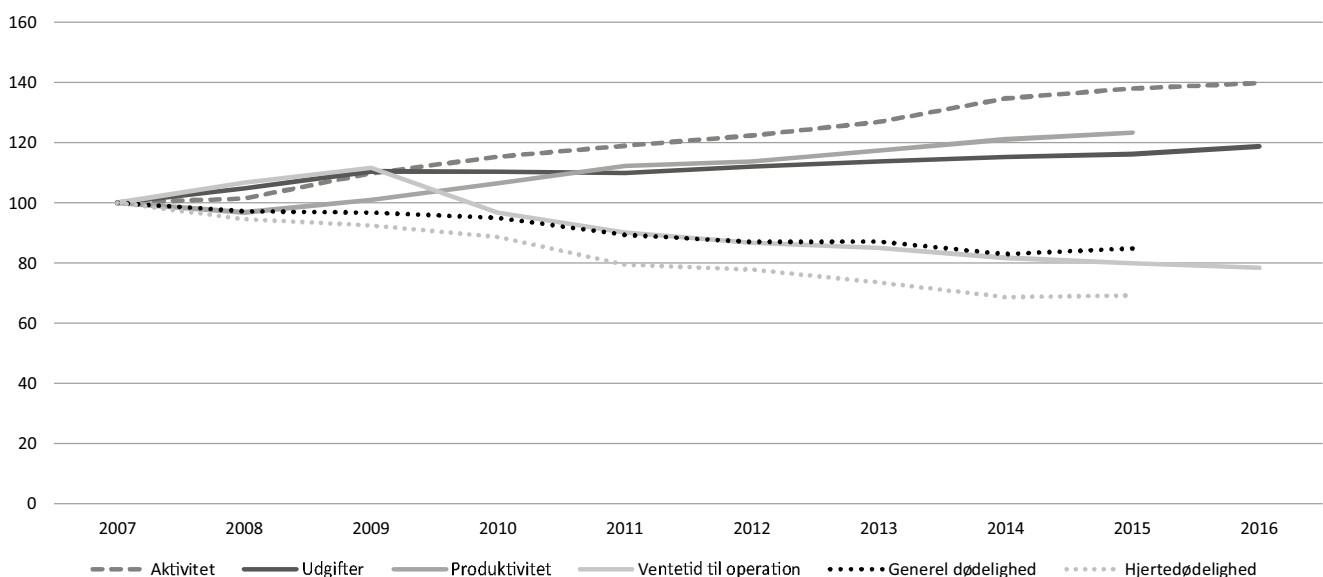
Denne artikel giver nogle bud på, hvad elementerne i en sådan reform kan være. Udgangspunktet – sundhedsvæsenets tilstand i dag – vil påvirke, hvad og hvor meget vi ønsker at lave om. Generelt har vi et godt sundhedsvæsen, og har bevæget os i den rigtige

retning på de fleste parametre for effektivitet, service og kvalitet (se fx Anne Sofie Sørensen og Adam Wolf i seneste nummer af Administrativ Debat). Men sundhedsvæsenet er mange steder udfordret af nye opgaver, krav og forventninger. Den tendens til en stigende diskrepans mellem krav og muligheder vil blive forstærket i de kommende år på grund af demografi, teknologi etc. Det betyder, at vi ikke bare kan fortsætte som hidtil. Hvis sundhedsvæsenet skal have enderne til at mødes, bliver vi nødt til at ændre styringen og ledelsen af vores sundhedsvæsen.

## **Det historiske rids: Fokus på produktivitet, aktivitet og ventetider**

Siden 2002 har skiftende regeringer bundet regionerne og hospitalerne op på at skulle levere mere aktivitet og behandle flere patienter, herunder leve op til et produktivetskrav på to procent årligt. Meraktivitetspuljer og produktivetskrav opstod som en reaktion på lange ventetider og utilstrækkelig udnyttelse af ressourcerne og kapaciteten i sygehusvæse-

**Figur 1: Udvikling i forhold til centrale nøgletal på sundhedsområdet (2007 = indeks 100)**



Kilde: Danske Regioner

Figur 2



Kilde: Nationale mål; Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL, 2017

net. Der blev samtidig indført øget frit valg og en række patientrettigheder i sygehusvæsenet. Og ud fra de opstillede kriterier har styringsmodellen været en succes. Produktiviteten er øget betydeligt, og ventetiderne er reduceret markant. Fx er aktiviteten vokset med 40 pct., og ventetiderne er faldet med 22 pct. i perioden 2007-2016, jf. figur 1.

Omdrejningspunktet for styringen af sundhedsvæsenet har været hospitalerne – og især styring baseret på aktivitet og incitamenter. Det har formentlig bidraget til den store stigning i aktiviteten, men også at fokus mere har været på, hvad der foregår på hospitalerne, end at patientforløbet fungerer samlet set.

Det vil sige, at der har været mindre fokus på andre dele af sundhedsvæsenet og andre styringsredskaber. Der har dog i de senere år været et stigende fokus på kvalitet og effekt og behovet for øget transparens i sundhedsvæsenet.

#### Nationale mål for sundhedsvæsenet

Der har også efter kommunalreformen været diskussioner om styringen af sundhedsvæsenet, herunder de forskellige myndighedsniveaers rolle. Der var således tale om ”et mindre gennembrud”, da regeringen, Danske Regioner og KL i 2016 i fællesskab blev enige om at fastlægge relativt få og forpligtende nationale mål for sundhedsvæsenets udvikling. De otte nationale mål eller pejlemærker har bidraget til en mere tydelig retning på tværs af de forskellige parter og sektorer på sundhedsområdet, jf. figur 2.

Under de otte mål er der fastsat godt 20 indikatorer (målepunkter), som viser udviklingen over tid og på tværs af myndigheder. Figur 3 viser de fire indikatorer for målet ”Forbedret overlevelse og patientsikkerhed”.

De nationale mål, der offentliggøres med fast kadence, giver et samlet overblik over udviklingen og tilstanden i sundhedsvæsenet.

Der er dog fortsat udfordringer med at få data for omkostninger og effekt for hele patientforløbet – og der mangler veludviklede indikatorer for kvaliteten i kommuner og almen praksis.

Den samlede udvikling i sundhedsvæsenets tilstand såvel som forskelle mellem regioner og kommuners præstationer er et godt grundlag for overordnede politiske prioriteringer og drøftelser mellem stat og kommuner/regioner i regi af økonomiforhandlingerne. Samtidig kan de nationale mål – fx evnen til at leve op til ventetids- eller kræftgarantier – med god mening oversættes til konkrete målsætninger i de regionale budgetter. De nationale mål nedbrydes på relevant klinisk niveau i regionerne med henblik på at opnå løbende forbedringer og forbedre præstationerne lokalt. Her bruges mere detaljerede realtidsdata, der skal anspore ledere og medarbejdere til at arbejde sammen om at forbedre patientforløbene og forbedre sig på de konkrete indikatorer. Samtidig betyder patientrettighederne, at korte ventetider kan fastholdes, også selvom der ikke er økonomiske incitamenter til meraktivitet.

#### Fra sygdom til sundhed

Fokus i fremtidens sundhedsvæsen bør være ”sundhed” – ikke ”sygdom”. Det vil indebære et betydeligt skifte i den måde, vi anskuer sundhedsvæsenet på. Vi får ikke råd til kun at fokusere på sygdom og først behandle patienten, når sygdommen for alvor har udviklet sig. Derfor skal de fremtidige indsatser i højere grad være forebyggende og tværgående. Målet er, at borgerne skal opleve en sammenhængende offentlig sektor.

Det forudsætter, at de mange aktører i det danske sundhedsvæsen arbejder endnu bedre sammen. Vi har nok været vant til, at udfordringer løses ved, at hver enkelt silo optimerer egne processer. Fremadrettet skal sundhedsvæsenet bedømmes på kvaliteten af det samlede forløb.

» Det betyder, at vi ikke bare kan fortsætte som hidtil. Hvis sundhedsvæsenet skal have enderne til at mødes, bliver vi nødt til at ændre styringen og ledelsen af vores sundhedsvæsen.

» Fokus i fremtidens sundhedsvæsen bør være "sundhed" – ikke "sygdom". Det vil indebære et betydeligt skifte i den måde, vi anskuer sundhedsvæsenet på.



Figur 3

Samarbejdet mellem kommuner og regioner er en hovedoverskrift i ambitionen om et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Samtidig er overgangen mellem sektorer ofte der, det går galt i sundhedsvæsenet. Svaret på det kan være et mere forpligtende samarbejde mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis, baseret på, at kommunerne og almen praksis i højere og mere forpligtende grad kan trække på de specialiserede sundhedsfaglige kompetencer i regionerne. Omvendt bør regionerne med det overordnede ansvar for patienterne i højere grad kunne stille krav til fx kommunernes sundhedstilbud.

Sundhedsvæsenets ressourcer skal komme borgerne til gode, og de skal mærke mindst muligt til de forskellige myndigheds- og sektorgrænser. Der er tale om et fælles ansvar. Det kan man ikke regulere sig ud af. Det kræver politisk og administrativt lederskab. Hvis det skal øverst på dagsordenen, kan det politiske lederskab forankres i Kontaktudvalget, hvor borgmestre og regionsråd mødes. Her kan de overordnede rammer for samarbejdet meldes ud, herunder forventninger om, at man arbejder sammen om at håndtere de konkrete problemer, så patienter og borgere ikke kommer i klemme. Det kan fx være diskussioner om, hvem der skal betale for hjælpemidler, eller hvordan behandling i eget hjem håndteres og finansieres. Samarbejdet kan baseres på et subsidiaritetsprincip, hvor konkrete problemer søges løst lokalt og administrativt, men at de i modsat fald løftes op politisk, så de ikke sander til i velmenende fagligheder eller kortsig-

tede økonomiske hensyn – og så problemer med samarbejdet ender som et mere tydeligt politisk ansvar for kommuner og region.

En mere sammenhængende indsats kræver også, at regionerne og hospitalerne redefinerer deres rolle og ser sig som en hjælpende hånd og livline for kommunerne. Personalet i regionerne skal ikke være låst fast på bestemte matrikler, men understøtte patienten der, hvor behovet er.

Samtidig skal vi i langt højere grad målrette vores indsatser og gøre dem datadrevne. Sundhedsvæsenet rummer bunkevis af data, som skal bringes bedre i spil i forhold til at udpege de befolkningsgrupper, der har særlig risiko for at udvikle eller opleve forværring af deres sygdom. Vi ved fx, at den "tungeste" ene procent af borgerne i Danmark trækker 30 pct. af sundhedsvæsenets samlede ressourcer. En stor del af disse borgere er kronikere og ofte har andre problemer, der koster i både livskvalitet og offentlige ressourcer. Indsatserne rettet mod denne gruppe bliver ofte igangsat ukoordineret og for sent. Det koster samlet samfundet enorme ressourcer, og det taler for en ny og bredere tilgang til denne gruppe. Her vil data for hele patientforløbet kunne dokumentere effekten af de forskellige indsatser, herunder vil bedre brug af intelligente data og prædiktionsmodeller kunne bidrage til at identificere og forudsige, hvem der bliver kommende "storforbrugere", så man kan sætte tidligere og mere koordineret ind i kommuner og regioner.

Bedre brug af data vil kunne drive forandringerne i sundhedsvæsenet – herunder sikre, at der løbende leveres mere sundhed for pengene. Et eksempel på mere datadrevet sundhed er forskellige regionale forsøg med såkaldt værdibaseret styring, hvor fokus er på at levere mest mulig effekt for færrest mulige omkostninger, jf. boksen til højre.

Data og digital teknologi skal også gøre, at vi i højere grad bringer sundhed ud i borgernes hjem. I dag er udgangspunktet, at borgeren kommer til sundhedsvæsenet. Fremover skal vi være bedre til at behandle patienterne hjemme og understøtte sundhedsvæsenet digitalt. Fx ved at flere ambulante kontroller og kontakter til den praktiserende læge kan udføres digitalt, så patienten ikke skal bruge unødigt tid på transport. For mange ældre vil det kunne skabe mere tryk, hvis flere tilbud kan ske i eget hjem eller i det lokale sundhedscenter. I Region Nordjylland er der fx lavet en målsætning om at 1/3 af alle kontroller skal ske digitalt inden 2020. Et digitalt sundhedsvæsen skal samtidig understøtte en mere behovsdifferentieret tilgang, hvor de, der selv kan, skal klare mere, så ressourcerne i højere grad målrettes dem, der kan mindre.

#### **Fremtidens styring**

I den kommende tid vil diskussionen om afløseren for den nuværende aktivitetsstyringsmodel tage fart. Hvad skal grundpillerne i den fremtidige styring så være, og hvad er den rigtige arbejdsdeling mellem det nationale og lokale niveau? Helt overordnet vil det være hensigtsmæssigt for sundhedsvæsenet, hvis staten bidrager med at sætte de overordnede pejlemærker for sundhedsvæsenets udvikling – som også ligger relativt faste på den lange bane. Og dernæst bør der være en forventning om, at lokale og regionale politikere, ledere og medarbejdere fører visionerne ud i livet.

Der skal være en erkendelse af, at det kræver en fokuseret og vedholdende indsats, hvis vi skal flytte noget. Den politiske diskussion kan dermed i højere grad handle om ambitionsniveauet inden for de økonomiske rammer, som aftales med regeringen. Og om konsekvenser, hvis disse ikke realiseres. Der vil naturligt nok være større vilje til armlængde, hvis man regionalt og lokalt kan fremvise synlige resultater. Og måske kunne en tilgang være, at frihedsgraderne er størst, der hvor resultaterne er bedst – og at man især sætter ind, der hvor resultaterne udebliver.

### **Forsøg med værdibaseret styring i Region Nordjylland på hofte-knæområdet**

**I Region Nordjylland er der igangsat forsøg med værdibaseret styring omkring udskiftning af knæ og hofter. De centrale succesparametre er her, at patienterne får en forbedret funktion og dermed bedre livskvalitet. Det indebærer også muligheden for at fortsætte på arbejdsmarkedet i de tilfælde det er relevant. Med værdibaseret styring som redskab måles "succesen" på, om patienten med den tilbudte operation vil opleve et væsentligt løft i funktionsevne og dermed livskvalitet.**

**Patientens oplevelse af behandlingen måles via såkaldte "patient-rapporterede data (PRO). PRO-data kan blandt andet bruges til at danne datamodeller, der kan forudsige de forventede resultater af en operation. Det giver både læge og patient et væsentligt bedre beslutningsgrundlag.**

Et fortsat ønske om effektiviseringer i sundhedsvæsenet sker bedst ved at lave en enkel styrings- og finansieringsmodel, der rummer muligheder for at tænke sundhed bredt, populationsbaseret og langsigtet. Det gøres bedst ved at holde regioner og kommuner op på deres præstationer og den effekt, der skabes for borgerne. Og det giver størst effekt, hvis der gives rum til regionale og lokale forskelle – og plads til decentral ledelse og ejerskab til implementering af beslutningerne.

Få overordnede krav bør modsvares af, at sundhedsvæsenet bliver hurtigere til at implementere de aftalte mål, herunder på tværs mellem kommuner og regioner. Sundhedsvæsenet skal leve op til standarder og ensartethed der, hvor det giver bedre kvalitet. Men en fremtidig styringsmodel skal også give plads til individualisering af patientforløb; om det drejer sig om skræddersyet behandling eller forløb til borgere med mere komplekse problemer. For det bliver nok i stigende grad der, sundhedsvæsenet i fremtiden skaber mest værdi.

Overordnet må ambitionen være at opnå bred enighed om en styringsmodel, der kan understøtte det sundhedsvæsen, vi gerne vil have – og som vi har råd til i de kommende år. ■

» **Bedre brug af data vil kunne drive forandringerne i sundhedsvæsenet – herunder sikre, at der løbende leveres mere sundhed for pengene.**