



Debatpjese af Sundhedskartellet, Foreningen af Speciallæger,  
Yngre Læger, FOA – Fag og Arbejde og HK/Kommunal

# Sygehuskrisen 2010

Hvordan undgår vi nye kriser i fremtiden?



yngre læger



**Grafik:** Girafisk Design og GraFOA

**Tryk:** FOAs Trykkeri, maj 2010

# Indholdsfortegnelse

- Side 4**      **Forord**
- Side 7**      **1. Styring af sygehusenes aktivitet er alt for svær.**  
Der er brug for en klar sammenhæng mellem politikernes ønsker til sygehusene og de økonomiske ressourcer, der stilles til rådighed.
- Side 12**     **2. Generelle produktivetskrav understøtter ikke effektiviseringer til gavn for patienterne.**  
Der er brug for bedre balance mellem kvalitets- og produktionskrav.
- Side 15**     **3. Medarbejderne bliver klemmt mellem produktions- og kvalitetskrav.**  
Der er brug for entydige succesmål, der rækker helt ud på den enkelte afdeling.
- Side 18**     **4. Styringssystemerne tilgodeser nogle områder – men svinger andre.**  
Der skal være bedre muligheder for prioritering af udsatte grupper såsom de medicinske patienter og de psykiatriske patienter.
- Side 21**     **5. Supersygehuse er den rigtige vej at gå – men patienternes tryghed og medarbejdernes arbejdsvilkår skal sikres i overgangsperioden.**

# Forord

»12.000 flere ansatte på sygehusene siden 2001«. Sådan lyder regeringens budskab, når de seneste måneders fyringer på landets sygehuse skal forklares i offentligheden. Men det er ikke hele historien. I dag udfører 77 ansatte på hospitalet det samme arbejde, som 100 gjorde i 2001. Hver eneste ansat bidrager dermed til at behandle langt flere patienter end tidligere. Aktiviteten er de seneste otte år vokset med omkring 50 procent. Samtidig er antallet af ansatte kun vokset med 15 procent. Alene sidste år steg aktiviteten med 10 procent. Den fremgang kan de færreste private virksomheder måle sig med.

Regeringen og regionerne har år efter år indgået aftaler, som kun hænger sammen, fordi personalet gør en ekstra indsats. Desuden er personalet siden januar 2010 blevet mødt med fyringer, forflytninger og ansættelsesstop. Frem til april måned 2010 er 500 medarbejdere fyret, og op mod 2.000 stillinger er nedlagt. Meget tyder på, at denne negative spiral ikke er stoppet. Og det på trods af at efterspørgslen på behandling og pleje vil fortsætte med at stige de kommende år.

Som repræsentanter for de ansatte på sygehusene kan vi ikke acceptere disse forhold. Nedskæringer og fyringer skaber utryghed og urimelige arbejdsvilkår. Manglen på politisk mod og vilje til prioritering kan i sidste ende gå ud over kvaliteten og patientsikkerheden i sundhedsvæsenet – og dermed undergrave indsatsen for et sundhedsvæsen i verdensklasse.

Det er baggrunden for, at de sygehusansattes organisationer sammen har bedt regeringen og regionerne om at rette op på forholdene, så vi kan få stabile arbejdsvilkår. Men for at det kan lade sig gøre, må vi først forstå, hvad der ligger bag den aktuelle krise.

Derfor har Sundhedskartellet, Foreningen af Speciallæger, Yngre Læger, FOA – Fag og Arbejde og HK/Kommunal bedt Dansk Sundhedsinstitut (DSI) om at kortlægge styringsmekanismerne i sygehusvæsenet. Denne debatpiece tager udgangspunkt i de vigtigste konklusioner fra DSI's rapport »Økonomi og styring i sygehusvæsenet«, maj 2010, og den præsenterer organisationernes fælles bud på, hvad der bør gøres.

*Grete Christensen  
Sundhedskartellet*

*Erik Kristensen  
Foreningen af Speciallæger*

*Lisbeth Lintz  
Yngre Læger*

*Dennis Kristensen  
FOA – Fag og Arbejde*

*Bodil Otto  
HK / Kommunal*

## Fem hovedanbefalinger til bedre styr på sundhedsvæsenet

- En ny *optimal behandlingsgaranti* med kort ventetid for alvorlige sygdomme og lidt længere for mindre alvorlige sygdomme. Det bidrager til fleksibilitet og effektivitet, og at de mest syge behandles først.
- Der gennemføres nu og her time out i de årlige produktivetskrav fra regeringen. Intet produktivetskrav til sygehusene i 2011.
- Realistiske forudsætninger for aktivitetsvækst og økonomi i aftalen mellem regeringen og Danske Regioner. Aftalen skal sikre større fleksibilitet og frihed til planlægning og styring af sygehusaktiviteten og -økonomien.
- Fokus på patientgrupper, der ikke er blevet prioriteret gennem en årrække, bl.a. inden for det medicinske og psykiatriske område.
- Folketinget bør i et bredt flerårigt politisk forlig sikre rammerne for udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen til gavn for borgerne og patienterne.

# 1. Styring og prioritering

---

**Styring af sygehusenes aktivitet er alt for svær. Der er brug for en klar sammenhæng mellem politikernes ønsker til sygehusene og de økonomiske ressourcer, der er til rådighed.**

Regeringen har indført et system, hvor borgerne i princippet kan få den behandling, de ønsker, inden for meget kort tid. Men selv om der er indført behandlingsgarantier og udvidet frit valg, får personalet på sygehusene ikke i tilstrækkelig grad mulighed for at levere ydelserne. Det skyldes, at regeringen samtidig har givet regionerne stramme økonomiske rammer at arbejde inden for. Der følger ikke penge med til at imødekomme alle patienters efterspørgsel efter hurtig behandling.

Derfor står de ansatte på hospitalerne nu i den paradoksale situation, at der skal fyres folk, fordi de har forsøgt at opfylde politikernes ønske om kortere ventelister og behandling af flere patienter.

Før i tiden fik sygehusene og afdelingerne en pose penge til at løse opgaverne. Rakte pengene ikke, måtte patienterne vente længere. Det kaldes rammestyring. Sådan er det heldigvis ikke længere. Gennem de sidste to årtier er der indført stadig flere patientrettigheder. Det er et oplagt gode for patienterne, men det sætter budgetstyringen under pres. Sygehusene betales til en vis grad, når de øger aktiviteten, men kun til en vis grænse, for den overordnede økonomiske ramme ligger fast. Det betyder, at sygehusene risikerer at blive straffet økonomisk, hvis der melder sig for mange patienter med ret til hurtig behandling. Den model stiller store krav til styringen af sygehusenes aktivitet, hvis budgetterne skal balancere.

Alle er enige om, at den akutte behandling skal oprustes. Det skærper presset på budgetterne, for hvis afdelingerne skal klare stadig flere akutte patienter på kortest mulig tid, er det nødvendigt med stor kapacitet. En kapacitet, som ikke altid udnyttes fuldt ud, fordi man ikke ved, hvornår patienterne kommer, og hvor komplicerede lidelser de har.

Tidligere havde sygehusene en række »håndtag«, som de kunne bruge til at tilstræbe både høj aktivitet og budgetoverholdelse. F.eks. var det muligt at have korte ventelister på nogle områder og længere ventelister på andre. Samtidig var der færre lov- og aftalemæssige bindinger på såvel økonomi som aktivitet.

DSI's analyse peger på en række paradokser i de vilkår, som sygehusene arbejder under. Bl.a. er vilkårene for styring af sygehusenes produktion og økonomi blevet vanskeligere. Dels er der voksende efterspørgsel på behandling kombineret med begrænsede ressourcer f.eks. på personaleområdet. Dels er der en række styringsmekanismer udstukket fra centralt hold, der begrænser sygehusenes råderum.

Dertil kommer, at sygehusene i den nuværende finansieringsmodel »straffes«, hvis de producerer over eller under den forudsatte basisproduktion. Producerer de for lidt, straffes de med, at budgettet for det indeværende år bliver mindre i form af en reduktion af betalingen eller pålægges at indhente efterslæbet året efter. Har de produceret for meget, indregnes det i forventningerne til aktivitetskravet i efterfølgende år, uden at bevillingerne hæves.



## Eksempler på hvad der bidrager til at reducere fleksibiliteten på sygehusene

- Udvidet frit valg og én måneds ventetidsgaranti stiller høje krav til kapaciteten, samtidig med at sygehusene har mindre mulighed for at planlægge aktiviteten optimalt.
- Flere lov- og aftalemæssige bindinger, der – om end de sætter behandling af f.eks. kræft og hjertesygdomme i centrum – har den uheldige følgevirkning, at de nedsætter det lokale råderum og dermed fleksibiliteten i systemet.
- Produktivitetskrav – såvel nationale som regionale – der ikke altid tager hensyn til forskellige lokale vilkår, f.eks. hvad angår geografi, fysiske rammer, speciale-sammensætning osv.
- Nødvendige informationer om aktivitet og indtægter fra de statslige myndigheder er ofte forsinkede eller i værste fald ikke tilgængelige på de rigtige tidspunkter. Det kan f.eks. betyde, at sygehusene først sent opdager, at de er på vej mod underskud i regnskaberne.
- Hyppige omstruktureringer skaber usikkerhed i styring af økonomien. Det er sværere at bevare overblikket over budget og aktivitetskrav, når man befinder sig i en fusionsproces. Samtidig risikerer man større utryghed blandt personalet – en utryghed der skærpes af problemer med budgetstyringen.

Samlet set betyder det, at vilkårene er blevet så komplekse og modsætningsfyldte, at det svækker mulighederne for styring af sygehusenes produktion og økonomi. Derfor er der behov for at se på, hvordan der kan skabes mere optimale rammer om styringen af sygehusene, som samtidig sikrer, at alle patienter får den nødvendige behandling og pleje.

## Derfor anbefaler vi:

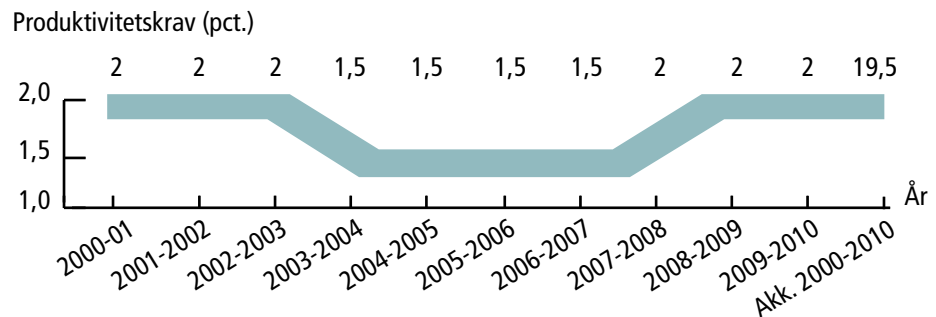
- Regeringen skal sikre, at der er overensstemmelse mellem politiske ønsker til sygehusene og de økonomiske ressourcer, der er til rådighed. Der er behov for politisk prioritering.
- Der skal fokus på *optimal styringspraksis*, hvor regioner/sygehuse får bedre mulighed for lokalt at finde det optimale valg mellem kvalitet, service, ventetider, økonomi etc. inden for nationalt fastsatte rammer.
- En ny *optimal behandlingsgaranti* med kort ventetid for alvorlige sygdomme og lidt længere for mindre alvorlige sygdomme. Det bidrager til fleksibilitet og effektivitet, og de mest syge behandles først.
- Minimumskrav til informationer om økonomi. En sygehusafdeling skal kende sit budget inden budgetårets start og ikke fire måneder inde i året, som det ofte er tilfældet. Stat og regioner er ansvarlige for forsyningsikkerheden for tal og informationer.
- Realistiske forudsætninger for aktivitetsvækst og økonomi i aftalen mellem regeringen og Danske Regioner. Aftalen skal sikre større fleksibilitet og frihed til planlægning og styring af sygehusaktivitet og -økonomi.
- Folketinget bør i et bredt flerårigt forlig sikre rammerne for udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen til gavn for borgerne og patienterne.

## 2. Produktivitetskrav

**Generelle produktivetskrav understøtter ikke effektiviseringer til gavn for patienterne. Der er brug for bedre balance mellem kvalitets- og produktionskrav.**

Siden årtusindeskiftet har regionerne og amterne været underlagt et krav om at øge produktiviteten med mellem 1,5 pct. og 2,0 pct. om året i de årlige økonomiaftaler. På ti år er det blevet til næsten 20 pct. mere effektiv sygehusdrift.

**Tabel 1. Produktivetskrav i budgetaftaler med regeringen og amterne/regionerne**



Herudover fastsætter de enkelte regioner lokale produktivetskrav. Disse er typisk højere end 2 pct., men kan også i enkelte regioner være lavere. I praksis betyder det, at der på halvdelen af landets sygehuse skal leveres 3-4 pct. flere operationer, ambulante besøg og udskrivinger årligt – for de samme penge som sidste år.

Til sammenligning har produktiviteten i hele den private sektor i Danmark fra 2001

til 2008 i gennemsnit ligget på 0,3-0,4 pct. per år. (Økonomisk Redegørelse, dec. 2009), altså langt under sygehusenes.

Sygehusene skal over en bred kam leve op til disse produktivetskrav år efter år, uden at der nødvendigvis skeles til akutfunktioner eller andre forhold, der kan påvirke mulighederne for at opfylde kravene.

Samtidig mangler regionerne fokus på at finde årsagerne til forskelle i produktivitet, herunder systematisere indsamling af viden herom. Det betyder f.eks., at man ikke i tilstrækkelig grad undersøger, om forskelle i produktivitet skyldes personalets arbejdsindsats eller andre forhold, f.eks. forskellige arbejdsgange eller forskelle i sygehusstruktur og patientgrundlag, som kan være geografisk eller demografisk betinget.

DSI peger bl.a. på, at det er vanskeligt at blive ved med at nå de årlige produktivetskrav. Og det er ekstra svært for de sygehuse, hvis omkostningsstrukturer af forskellige årsager gør, at de producerer dyrere end gennemsnittet. F.eks. er akutområdet præget af stor uforudsigelighed i sygdomskompleksitet, behandlingsbehov og patientflow. Sygehuset skal naturligvis have akutberedskab klart, uanset om der er patienter eller ej. Det gør det vanskeligt at rette aktivitet og omkostninger ind efter produktivetskrav.

Det bliver i stigende grad klart, at produktivetsmålene ikke kan stå alene. De må ses i sammenhæng med mange andre faktorer, især kvalitet, patientbehandling og -pleje, geografiske-, socioøkonomiske- og demografiske forhold mv.

Til trods herfor har Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner i en arbejdsgruppe i 2009 anbefalet, at »Udbredelsen af omkostningseffektive be-

handlinger bør understøttes ved at pålægge sygehuse med mindre god omkostningseffektivitet et større produktivetskrav end de omkostningseffektive sygehuse« (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: *Effektiv Styring på Sygehusområdet*, juni 2009).

### Derfor anbefaler vi:

- Der gennemføres nu og her time out i de årlige produktivetskrav fra regeringen. Intet produktivetskrav til sygehusene i 2011.
- Eventuelle fremtidige produktivetskrav skal tilpasses lokale forhold og begrundes i omlægninger til smartere arbejdsgange og uden tab af kvalitet. Der bør være tilskyndelse til at foretage effektiviseringer for sygehuset, afdelingerne og den enkelte medarbejder.

Men hvem siger, at de »mindre omkostningseffektive sygehuse« overhovedet er i stand til at øge produktiviteten på kort sigt, hvis det f.eks. skyldes gamle bygninger med ringe mulighed for effektive arbejdsgange. Så er der kun én løsning på kort sigt: At medarbejderne løber endnu stærkere. Det er uholdbart.

### 3. Arbejdsvilkår

---

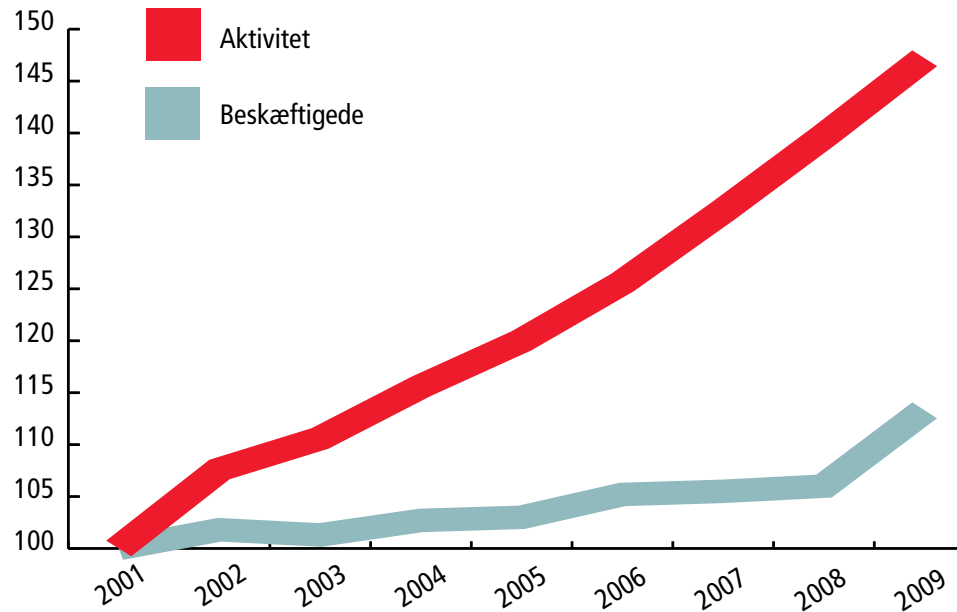
**Medarbejderne bliver klemmt mellem produktions- og kvalitetskrav. Der er brug for entydige succesmål, der rækker helt ud på den enkelte afdeling.**

Medarbejderne på landets hospitaler behandler og plejer flere og flere patienter. Aktiviteten er vokset med 10 procent alene i 2009. Men når ledelsen på sygehuse og i regionerne ikke kan styre aktivitet og økonomi, er det medarbejderne, der betaler prisen i form af fyringer og nedskæringer.

Der er de seneste år ansat flere medarbejdere, men der er ikke tale om jobfest. Tværtimod er aktiviteten øget langt mere end antallet af ansatte. Som det fremgår af figur 1 er aktiviteten de sidste otte år vokset med næsten 50 procent, mens antallet af ansatte er steget med knap 15 procent.

Den høje aktivitetsvækst svarer populært sagt til, at hver gang der i 2001 var 100 fuldtidsbeskæftigede, der udførte behandling og pleje af patienter, er der kun 77 fuldtidsbeskæftigede til at udføre de samme opgaver i 2009. Det er sket bl.a. takket været den teknologiske og medicinske udvikling, men det skyldes også, at den enkelte medarbejder skal løse flere opgaver i 2009 end i 2001.

Figur 1. Aktivitets- og beskæftigelsesvækst 2001-2009, indeks (2001=100)



Note: Aktivitetsopførelsen er den samlede produktion i året opgjort i DRG-værdi. Aktivitetsvækst for 2009 er baseret på skøn fra Danske Regioner. Der er forudsat en vækst på 11 pct. fra 2007 til 2009.

Kilde: Tallene er fra Danske Regioner på baggrund af Landspatientregistret samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet (på baggrund af tal fra FLD og Sundhedsstyrelsens Løn- og beskæftigelsesregister).

Regionerne har siden januar 2010 nedlagt op mod 2.000 stillinger på sygehusene. Der er fyret omkring 500 medarbejdere. Det skaber urimelige arbejdsvilkår, utryghed og dårligt arbejdsmiljø. I sidste ende kan den udvikling forringe kvaliteten i sundhedsvæsenet. Det giver sig selv, at færre ansatte vil gøre det sværere at



imødekomme såvel befolkningens som politikernes ønske om bedre behandling til stadig flere patienter.

Men det giver også sig selv, at nedskæringerne vil medføre et helt urimeligt pres på arbejdsmiljøet.

De ansatte har i flere år fået at vide, at de skal yde mere. Alligevel risikerer de at blive fyret. Det giver en grundlæggende mistillid til systemet. Og det bliver svært igen at tro på, at det nytter at levere en ekstra indsats, når regeringen igen beder om det. Derfor skal der rettes op på tillidsforholdet mellem de ansatte og politikerne.

### **Derfor anbefaler vi:**

- Ikke flere fyringer. Regering og regioner skal sikre bedre styring af sygehusenes økonomi uden »stop-go« politik med ansættelses- og fyringsrunder lige efter hinanden.
- Medarbejdersiden skal have en større indsigt i beslutningsprocesserne på sygehusene gennem MED-systemet.

## 4. Lige behandling

---

**Styringsystemerne tilgodeser i dag områder som planlagt kirurgi, hjertesygdomme og kræft, men ikke de medicinske og psykiatriske patienter. Der skal være bedre muligheder for prioritering af udsatte grupper.**

Sundhedsvæsenet har fået tilført mange penge siden 2001. Sundhedsvæsenets andel af bruttonationalproduktet (BNP, værdien af samfundets samlede produktion) er steget fra 6,7 pct. i 2001 til 7,8 pct. i 2007<sup>1</sup>. Det skyldes såvel befolkningens som politikernes ønske om flere og bedre sundhedsydelse. En tilsvarende udvikling ses i landende omkring os.

Pengene er bl.a. brugt til at sikre borgerne flere rettigheder i sundhedsvæsenet, bl.a. frit valg af behandling på privathospitaler, når ventetiden i det offentlige sundhedsvæsen overskrider en vis tidsfrist (udvidet frit sygehusvalg). Hjerter- og kræftpakker medvirker også til stigende udgifter.

Til gengæld er der en restgruppe af patienter på sygehusene, der ikke har fået del i denne vækst. Det gælder bl.a. ældre medicinske patienter og mennesker med psykiske sygdomme.

Det medicinske og psykiatriske område kommer under pres, fordi disse områder prioriteres lavt, når bevillingerne skal fordeles, og når regningen for budgetoverskridelser skal betales. Det sker ikke tilsigtet, men for at få alle ender til at hænge sammen må regionerne og sygehusene vælge indsatsområder. I den proces er man

<sup>1</sup> Sundhedsudgifter eksklusive udgifter til plejehjem og hjemmepleje. DSI, »Økonomi og styring i sygehusvæsenet«, p. 18.

tvunget til at prioritere de særlige politiske indsatsområder højest. Derudover er der behov for at afsætte penge til at håndtere ventetidsgarantien på én måned og følgeudgifter til privat behandling.

Alle disse forhold skal håndteres inden for sygehusenes økonomi, og hvis ikke der er særskilt fokus på den medicinske eller den psykiatriske patient, kan patienter og medarbejdere komme i klemme.

Dertil kommer, at de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer bidrager til ulighed i sundhed ved kun at komme personer med tilknytning til arbejdsmarkedet til gavn. Statsstøtten i form af skattefritagelse er forkert, idet den derved gør finansieringen af disse forsikringer til et anliggende for hele samfundet, mens forsikringerne kun kommer en mindre gruppe til gode.

Som DSI påpeger, er der alternative omkostninger ved hvert nyt styringstiltag fra centralt hold. Det vil sige, at de ressourcer, sygehuset bruger på at efterleve et krav, ikke kan bruges andetsteds. F.eks. giver det udvidede frie sygehusvalg patienterne valgfrihed, men gør planlægningen af produktionen på sygehusene vanskeligere. Ligeledes har de penge, der er fulgt med de kirurgiske patienter, som har benyttet sig af valgfrihed, været med til at nedbringe ventelisterne. Til gengæld er de medicinske patienter i stigende grad kommet under pres.

Derfor er det helt afgørende, at der kommer fornyet fokus på at etablere bedre sundhedstilbud og mere sammenhæng for de medicinske og psykiatriske patienter.

## Derfor anbefaler vi:

- Fokus på patientgrupper, der ikke er blevet prioriteret gennem en årrække, bl.a. inden for det medicinske og psykiatriske område.
- Sundhedstilbuddene til de medicinske patienter skal opprioriteres. Det handler bl.a. om at styrke de sammenhængende patientforløb. I den forbindelse er det vigtigt, at kommunerne opruster deres sundhedstilbud, således at kommunerne har den fornødne kapacitet til at tage imod færdigbehandlede patienter og forebygger, at de fremover bliver svingdørspatienter.

## 5. Modernisering af sygehusene

---

**De nye supersygehuse er den rigtige vej at gå. Men patienternes tryghed og medarbejdernes arbejdsvilkår skal sikres i overgangsperioden.**

Sundhedsvæsenet står ikke stille. Regeringen ønsker et sundhedsvæsen i verdensklasse. Danskernes levetid skal hæves med tre år frem til 2020. Det er truffet beslutning om en specialeplan, der medfører betydelige ændringer i den nuværende sygehusstruktur. Og endelig er der sat en proces i gang med sygehusbyggeri for 40 mia. kr., hvoraf 25 mia. kr. kommer fra regeringens kvalitetsfond og 15 mia. kr. fra regionernes budgetter.

Omlægningerne skal bidrage til at løse de mange udfordringer, som vi ser i dag. Men det er vigtigt at sikre, at denne proces hen imod bl.a. nye supersygehuse ikke fører til tab af kvalitet i overgangsperioden. Omlægning til nye supersygehuse kombineret med specialeplanen kræver, at f.eks. personale og udstyr skal rykkes rundt i et hidtil uset omfang.

Erfaringerne fra politireformen viser med al tydelighed, at store omlægninger koster. Men i modsætning til andre sektorer kan sundhedsvæsenet ikke skrue ned for produktionen i en periode. Og erfaringerne fra sygehusplanerne i hovedstaden viser, at det er vanskeligt at fastholde produktiviteten under store omlægninger.

Vi skal lære af disse erfaringer og tage de nødvendige forholdsregler, inden flere sygehuse kaster sig ud i lignende eksperimenter.

Desuden øger omstruktureringer alt andet lige usikkerheden og utrygheden i hverdagen, samtidig med at kvaliteten kommer under pres, fordi de vante arbejds-

gange ændres. Det er en erfaring, personalet i regionerne allerede i dag kender alt for godt fra talrige omstruktureringer.

Derfor er der brug for, at regeringen og regionerne tager ansvaret på sig og sikrer, at der er afsat de nødvendige ressourcer, så sygehusene kan drives på en forsvarlig måde under omstillingsprocessen.

Folketinget bør vedtage et bredt flerårigt politisk forlig, som sikrer rammerne for udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen til gavn for borgerne og patienterne. Og som kan skabe rammerne for tryghed og arbejdsro for sundhedsvæsenet i de kommende år.

### **Derfor anbefaler vi:**

- Omlægningen skal sikre borgerne kvalitet og tilgængelighed i de sundhedstilbud, der gives, samtidig med at medarbejderne får ordentlige arbejdsvilkår.
- Der tilføres ekstra midler i overgangsperioden, hvor de nye supersygehuse etableres, så problemer med at opretholde effektivitet og kvalitet undgås.
- Strukturelle gevinster skal ikke indregnes, før de er realiseret.
- Folketinget bør i et bredt flerårigt politisk forlig sikre rammerne for udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen til gavn for borgerne og patienterne.





Sundhedskartellet



yngre læger

**FOA**  
FAGGARBEJDE



**HK** KOMMUNAL