

Christina Holm-Petersen

Specialeplanlægning

Set fra akutsygehusenes perspektiv



Specialeplanlægning – Set fra akutsygehusenes perspektiv

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2015

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-946-7
Projekt: 11058

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Som led i det pågående arbejde med at revidere Sundhedsstyrelsens specialeplan har KORA i efteråret 2015 gennemført en undersøgelse af specialeplanlægningen set fra et akutsygehusperspektiv. Undersøgelsen er gennemført på opdrag fra Sundhedsstyrelsen og resultaterne af undersøgelsen præsenteres på Sundhedsstyrelsens konference om specialeplanlægningen den 23. november 2015. Formålet med undersøgelsen er at bidrage til debaten om, hvilken betydning specialeplanlægningen har for akutsygehusene.

Specialeplanlægning er en national bestræbelse på at samle funktioner og ekspertise for på denne måde at sikre kvaliteten inden for de områder, hvor der ikke er patientgrundlag for at have en funktion på eksempelvis alle akutsygehuse, eller hvor funktionen er særligt kompliceret eller ressourcekrævende. En afledt konsekvens heraf er, at specialeplanlægningen påvirker arbejdsdeling mellem sygehuse og sygehusstrukturer i bredere forstand. Formålet med undersøgelsen har været at afdække disse afledte konsekvenser, sådan som de opleves på akutsygehusene.

KORA ønsker at takke de 13 lægefaglige direktører fra danske akutsygehuse, der har medvirket i interview, for at stille deres faglige ekspertise til rådighed og dermed for deres bidrag til gennemførelse af undersøgelsen.

Christina Holm-Petersen
November 2015

Indhold

Resumé.....	5
1 Baggrund for undersøgelsen	7
1.1 Hvad er formålet med specialeplanlægningen?	7
1.2 Hvad er formålet med undersøgelsen?.....	7
1.3 En undersøgelse blandt akutsygehuse	8
1.3.1 Anvendte metoder.....	10
1.4 Begrebsafklaring.....	10
2 Centralisering og kvalitet	11
2.1 Specialeplanen påvirker betingelserne for at rekruttere.....	11
2.1.1 Kommer oven i den geografiske udfordring.....	12
2.1.2 Afledte konsekvenser for udviklingsmulighederne	12
2.2 Det specialiserede versus det udbredte.....	12
2.2.1 For lidt fokus på hovedfunktionsniveauet	13
2.2.2 Mere tydelige faglige krav til kvalitet.....	14
2.2.3 Stabilitet versus dynamisk tilgang	14
2.2.4 De områder der ikke har specialeplaner	15
2.3 Bekymring for udhuling af akutsygehuse	15
2.3.1 Der skal være balance mellem det akutte og det elektive	15
2.4 Prestige i det specialiserede	16
2.4.1 Det ligger i lægekulturen	17
3 Hvad er beslutningsgrundlaget?	18
3.1 Evidens og beslutningsgrundlag	18
3.1.1 For meget fokus på volumen	18
3.1.2 Effekterne tænkes for snævert.....	19
3.2 For meget fokus på de tre største hospitalers behov.....	19
3.3 Interessevaretagelse og "fedtspil"	20
3.3.1 Faglige versus politiske beslutninger	21
3.3.2 Omgås specialeplanens intentioner?.....	22
3.3.3 Løbende mundtlig dialog.....	23
4 Sammenhæng i patientforløb	24
4.1 Ikke så patientforløbsorienteret	24
4.1.1 For meget "matrikelfiksering"	24
4.2 Samarbejde på tværs af funktionsniveauer.....	24
4.3 Samarbejdsaftaler.....	25
4.3.1 Mere samarbejde	26
5 Diskussion.....	27
Litteratur.....	29
Bilag 1 Interviewguide	30
Bilag 2 § 208 og 209 i Sundhedsloven.....	32

Resumé

Formålet med undersøgelsen er at undersøge, hvordan akutsygehuse oplever specialeplanen og dens konsekvenser. Undersøgelsen bygger på interview med 13 lægelige direktører fra akutsygehuse. De 13 medvirkende akutsygehuse er udvalgt af Sundhedsstyrelsen med henblik på at give en bred repræsentation blandt akutsygehuse, der ikke har en entydig profil som specialiseret. Der er inkluderet akutsygehuse med et befolkningsgrundlag på mellem ca. 150.000-400.000. Undersøgelsen er initieret og finansieret af Sundhedsstyrelsen.

Grundlæggende er de lægelige direktører enige i nødvendigheden af at have en specialeplanlægning for at sikre, at de nødvendige kompetencer er til stede i forbindelse med en række behandlinger. De er grundlæggende også tilfredse med processen omkring specialeplanlægningen.

Samtidig giver specialeplanens medfølgende samling af funktioner og centralisering ifølge de lægelige direktører en række afledte konsekvenser, der besværliggør mulighederne for at drive akutsygehuse. De efterspørger, at der i højere grad kommer fokus på at skabe kvalitet "for alle patienterne". De lægelige direktører peger på, at der er en række indbyggede dilemmaer i specialeplanlægning, når man anskuer effekterne på de samlede sygehusaktiviteter.

De lægelige direktører har blandt andet følgende bekymringer:

- At specialeplanlægningens fokus på de ca. 10 % af patienterne, som har status af at være specialiserede, sker på bekostning af de ca. 90 %, der ikke har status af at være specialiserede.
- At specialeplanlægningen gør det sværere at rekruttere speciallæger til sygehuse og afdelinger, der ikke har specialiserede funktioner.
- At udviklingen vil føre til øget centralisering, hvorved mulighederne for at opretholde kompetente akutsygehuse med brede funktioner forværres.
- At grundlaget for specialeplanlægningen ikke altid fremstår tydeligt og fagligt velargumenteret.
- At der er mange interesser i spil, og at der er en skævvridning i den rådgivning Sundhedsstyrelsen modtager fra sygehusene.

Da den lægefaglige identitet er tæt knyttet op på specialisering, har centralisering af det specialiserede en række afledte effekter eksempelvis i relation til at kunne bemande hovedfunktioner med speciallæger. De lægelige direktører ønsker derfor, at der i fremtiden kommer mere fokus på grundlaget for at kunne rekruttere speciallæger. Ikke mindst til de akutsygehuse, der geografisk ligger i afstand fra de større byer.

Der er et udbredt ønske om, at der fremadrettet kommer mere fokus på, hvordan kvaliteten sikres og udvikles på hovedfunktionsniveau. Hovedparten af de interviewede lægelige direktører mener ikke, at der i dag er viden nok om kvaliteten på hovedfunktionsniveau. De efterspørger et større fagligt fokus på hovedfunktioner, og på hvad der skal til for at kunne drive et akutsygehus af høj kvalitet.

De lægelige direktører ønsker, at der fremadrettet bliver et klarere og mere evidenspræget beslutningsgrundlag, når funktioner centraliseres. Et af de største ønsker, de lægefaglige direktører giver udtryk for, er en større dokumentation for, at øget samling giver øget kvalitet – også for de 10 % af patienterne, der er omfattet af specialeplanen. Hvad angår den

regionale placering af funktioner, mener de lægelige direktører, at Sundhedsstyrelsens rolle som "faglig bagstopper" er helt central. De lægelige direktører ønsker også fremadrettet en bredere repræsentativitet i den faglige rådgivning, Sundhedsstyrelsen modtager, således at også akutsygehusperspektivet medtages.

De lægelige direktører ønsker også, at specialeplanlægningen fremadrettet bliver mere dynamisk, mindre afhængig af de formelle revisionsrunder, og mindre "matrikelfikseret". Generelt advarer de lægelige direktører imod, at man får centraliseret det hele. De har et ønske om, at man i stedet for at se snævert på volumen inden for et bestemt sygdomsområde ser mere på tværs: Hvad er sammenlignelige procedurer og kræver sammenlignelige færdigheder på tværs af sygdomme eller undergrupper af sygdomme?

Inden for de højt specialiserede funktioner er der flere, der efterspørger, at det fx gennem monitorering sikres, at funktionen reelt er på få højt specialiserede hænder. Hvis dette ikke er tilfældet, mener de, at pointen med centraliseringen bortfalder.

En række af de dilemmaer, der er blevet afdækket i denne undersøgelse, er isoleret set ikke specialeplanlægningens skyld. Men specialeplanlægningen taler ind i og forstærker en sammenhæng, hvor der er supersygehuse og en lægefaglig identitet, der trækker i retning af centralisering. Der er på denne vis tale om en central styringsmæssig udfordring. For hvordan skal man så sikre, at der kommer nok fokus på de almindelige og udbredte sygdomme, når nu fagprofessionerne ikke nødvendigvis af sig selv kaster deres energi heri? Det synes at være den største udfordring, som specialeplanlægningen er med til at accentuere.

1 Baggrund for undersøgelsen

I forbindelse med revision af specialeplanen har Sundhedsstyrelsen ønsket en undersøgelse, der afdækker de udfordringer og dilemmaer, der knytter sig til specialeplanlægning. Baggrunden herfor har været, at særlig akutsygehuse har givet udtryk for bekymringer for konsekvenserne af at have et særligt fokus på den specialiserede del af sygehusaktiviteterne (se fx Borch-Johnsen & Normark, 2015).

Som beskrevet i sundhedslovens § 208 har Sundhedsstyrelsen til opgave at fastsætte krav til udførelse af lands- og landsdelsfunktioner (specialfunktioner – også kaldet regions- og højtspecialiserede funktioner) på regionale og private sygehuse. Sundhedsstyrelsen har også til opgave at godkende placeringen af specialfunktioner på sygehuse (se bilag 2). Dette sker gennem de specialevejledninger, Sundhedsstyrelsen udmelder for hvert enkelt speciale. Tilsammen udgør disse vejledninger den samlede specialeplan (Sundhedsstyrelsen, 2015). Et centralt element i specialeplanlægningen er i tråd hermed, at det fastlægges, hvor og på hvilket niveau (hovedfunktion, regionsfunktion eller højtspecialiseret funktion) opgaver skal løses.

I 2015 blev alle 36 specialevejledninger revideret. Hver gang der kommer en ny specialeplan, skal alle sygehuse ansøge om at kunne varetage de beskrevne specialiserede funktioner. Ansøgningsfristen for regioner og private sygehuse om at varetage funktionerne er igangsat og løber frem til januar 2016.

1.1 Hvad er formålet med specialeplanlægningen?

Specialeplanlægningen har til formål at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen og helhed i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse (Sundhedsstyrelsen, 2015). Formålet med at have specialeplanlægning er at sikre, at der er tilstrækkelig volumen i aktiviteterne til at sikre et tilstrækkeligt højt fagligt niveau ud fra et princip om, "at øvelse gør mester" (Sundhedsstyrelsen, 2015). Ud over "øvelse gør mester", bygger specialeplanlægningen også på andre centrale principper, herunder: "Ensartet behandling af høj kvalitet i hele landet" samt "kvalitet frem for nærhed" (Sundhedsstyrelsen, 2015). I det omfang hensyn til høj faglig kvalitet og til nærhed er indbyrdes modstridende vægtes hensynet til faglig kvalitet højest (Sundhedsstyrelsen, 2015:3). Et andet formål med specialeplanen er at sikre planlægning, koordination og samarbejde, herunder at "sammenhængende patientforløb" fremmes (Sundhedsstyrelsen, 2015).

1.2 Hvad er formålet med undersøgelsen?

Samtidig med specialeplanlægningen sker der en række organisatoriske ændringer i den generelle sygehusstruktur, der blandt andet kommer til udtryk i byggerier af såkaldte "supersygehuse". Som led i disse ændringer diskuteres det i stigende grad, hvordan de mange akutsygehuse, der primært har hovedfunktioner og måske enkelte regionsfunktioner, skal fastholde og udvikle høj kvalitet og sikre det nødvendige samarbejde med de andre funktioner. Denne undersøgelse sætter derfor fokus på, hvordan udviklingen relateret til specialeplanlægningen ser ud, set fra et ikke højt specialiseret akutsygehus perspektiv. Hvilke muligheder og udfordringer er der? Hvordan opleves det, at lokale hensyn afvejes i forhold til nationale hensyn? Herunder:

1. Hvordan påvirker specialeplanlægningen den oplevede mulighed for at rekruttere kvalificerede medarbejdere og ledere?
2. Hvordan opleves det, at patientforløbene påvirkes?
3. Hvad er erfaringerne med at opdyrke de forudsatte samarbejder om sammenhæng i patientforløbene på tværs af funktioner (hoved-, regions- og højtspecialiserede funktioner)?
4. Hvordan opleves det, at specialeplanlægningen påvirker mulighederne for kompetenceudvikling og forskning?
5. Hvor kunne der være rum for forbedringer, og hvem kan gøre hvad?

Undersøgelsen skal afdække disse spørgsmål og undersøge, om specialeplanlægningen giver anledning til særlige udfordringer for akutsygehuse, der ikke har en entydig profil som specialiseret.

1.3 En undersøgelse blandt akutsygehuse

Datagrundlaget for undersøgelsen er 13 interview med lægelige direktører for danske akutsygehuse. Der er udvalgt lægelige direktører fra akutsygehuse, der ikke har en entydig profil som specialiseret.

Der er i Danmark i alt 21 akutsygehuse med akutmodtagelser. Der findes ikke en officiel klassificering af, hvor specialiseret de enkelte akutsygehuse er. Hvad angår fordeling af specialiserede funktioner argumenteres der dog almindeligvis for, at Rigshospitalet (som ikke er et akutsygehus), Aarhus Universitetshospital og Odense Universitetshospital har profiler som specialiserede.¹ Aalborg Universitetshospital har også en række specialiserede funktioner, men profilen er mindre entydig. Hvad angår de resterende 18 akutsygehuse, er der et generelt mønster i, at jo større patientunderlag, jo flere specialiserede funktioner. Der er i tråd hermed flere akutsygehuse i hovedstadsregionen med relativt mange specialiserede funktioner.

Når Sundhedsstyrelsen har valgt, at undersøgelsen skulle omhandle oplevelsen af specialeplanlægningen på de akutsygehuse, der ikke har en entydig profil som specialiseret, hænger det, som nævnt, sammen med, at det netop er repræsentanter for disse sygehuse, der har givet udtryk for mest bekymring om specialeplanernes konsekvenser. Denne undersøgelse repræsenterer derfor ikke de mest specialiserede synspunkter. I nedenstående tabel ses det omtrentlige befolkningsgrundlag for de 21 akutsygehuse.

¹ Denne argumentation kan valideres gennem en gennemgang af specialeplanerne for de enkelte specialer.

Tabel 1.1 Forventet befolkningsgrundlag for akutmodtagelser (2020)

Region	Sygehuse	Befolkningsgrundlag
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	403.000
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	317.000
	Herlev Hospital	422.000
	Hvidovre Hospital	496.000
	Bornholms Hospital	41.000
Sjælland	Holbæk Sygehus	200.000
	Universitetssygehuset Køge	290.000
	Nykøbing Falster Sygehus	150.000
	Slagelse Sygehus	210.000
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	220.000
	Sygehus Lillebælt, Kolding	300.000
	Odense Universitetshospital	430.000
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	230.000
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	303.000
	Hospitalsenheden Vest (Gødstrup)	284.000
	Hospitalsenheden Midt, Viborg	228.000
	Hospitalsenheden Horsens	203.000
	Regionshospitalet Randers	219.000
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	316.000
	Sygehus Thy-Mors	80.000
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	175.000

Kilde: Ekspertpanelet vedrørende sygehusinvesteringer – screening og vurdering II (2010) samt regionerne i *Faglig Gennemgang af akutmodtagelserne, 2014*.

De 13 gennemførte interview er fordelt i de fem regioner. Sygehusene er udvalgt af Sundhedsstyrelsen med henblik på at give en bred dækning af akutsygehus-problemstillingerne. Der er inkluderet akutsygehuse med et befolkningsgrundlag på mellem ca. 150.000-400.000.²

Følgende sygehuse har deltaget i undersøgelsen:

Region Hovedstaden	Herlev og Bispebjerg
Region Sjælland	Holbæk, Slagelse og Nykøbing Falster
Region Syddanmark	Esbjerg, Kolding og Aabenraa
Region Midtjylland	Horsens, Randers og Viborg
Region Nordjylland	Sygehus Vendsyssel og Universitetshospital Aalborg

Der har ikke været noget frafald blandt de sygehuse, der er blevet inviteret til at indgå.

² Akutsygehuset på Bornholm har med sit befolkningsgrundlag på 40.000 borgere og ø-beliggenhed nogle særlige udfordringer i relation til eksempelvis rekruttering. Da der derfor er tale om en særegen akutsygehus-case, er den ikke taget med i interviewundersøgelsen. Akutsygehuset Thy-Mors er p.t. ledelsesmæssigt lagt ind under Sygehus Vendsyssel.

1.3.1 Anvendte metoder

Interviewene er gennemført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide (se bilag 1). De fleste interview er gennemført face-to-face. Fire interview er fx i forbindelse med aflysninger af oprindelige aftaler gennemført som telefoninterview. Alle interview er gennemført af rapportens forfatter. Det har været oplevelsen, at der ikke er forskel på kvaliteten af interviewene, om de har været gennemført face-to-face eller som telefoninterview. De lægelige direktører er en informantgruppe, der er vant til at udtrykke deres meninger og oplevelser i interviewsammenhænge. Alle interview har været præget af informanternes store engagement og interesse i emnet specialeplanlægning.

Interviewene har typisk varet en time. Nogle interview varerede længere. Alle interview er optaget på digital Voice Recorder. Informanternes svar blev løbende skrevet ned på iPad eller computer under interviewene. Der, hvor referaterne ikke var tilstrækkeligt fyldestgørende, er lydfilerne efterfølgende anvendt til at udbygge referaterne og validere citater. Alle citater bringes i rapporten i anonymiseret form.

1.4 Begrebsafklaring

I afrapporteringen anvendes begreberne specialeplan og specialeplanlægning. Specialeplan er en samlebetegnelse for de 36 specialevejledninger, som med jævne mellemrum revideres. Specialeplanlægning er en betegnelse for den samlede proces, specialeplanerne initierer. Når de lægelige direktører udtaler sig om specialeplaner, er det ofte denne samlede proces, der refereres til.

2 Centralisering og kvalitet

"Jeg opfatter det som en rigtig god proces og som en nødvendig ting."

Grundlæggende er alle de interviewede lægelige (vice)direktører af den opfattelse, at specialeplanlægningen har bidraget positivt til kvalitet på hospitalerne. De interviewede finder det positivt, at der gennem specialeplanlægningen stilles krav til udførelsen af specialiserede funktioner. Grundlæggende giver de også udtryk for, at der har været tale om en god proces.

Ifølge de interviewede lægelige direktører påvirker det at have en specialeplanlægning dog betingelserne for at drive et akutsygehus. Det varierer i hvor høj grad, de interviewede oplever, at påvirkningen er lige nu i forbindelse med den nuværende revision, men alle har en oplevelse af, at specialeplanlægning betyder noget 1) især for rekrutteringen af speciallæger og 2) for balancen i prioriteringen mellem det specialiserede og det mere almindelige, der ikke har status som specialiseret.

"Som akutsygehus har det gjort det lidt sværere at drive sygehuset. Så vi har fået lidt ringere forhold."

Selv om de interviewede lægelige direktører gav udtryk for at have mange af de samme oplevelser af specialeplanlægningens konsekvenser, var der også forskelle. De lægelige direktørers svar afspejlede eksempelvis netop de udfordringer men også muligheder, som specialeplanlægningen og også den seneste specialeplan betød for deres akutsygehus. Skåret over en bred kam var der i interviewene et mønster i, at jo flere specialiserede funktioner akutsygehusene havde, jo mere de var tilfredse med deres nuværende andel af specialiserede funktioner, og jo mindre de var geografisk udfordrede i forhold til rekruttering, jo mere var informanterne tilfredse med den nuværende specialeplanlægning.

Samtidig var der blandt de interviewede – uafhængigt af deres akutsygehus' størrelse og specialiseringsgrad – en bred oplevelse af, at udviklingen fortsat vil føre til, at flere funktioner samles og dermed til øget centralisering, og at dette vil føre til en række fremadrettede udfordringer.

2.1 Specialeplanen påvirker betingelserne for at rekruttere

En af de mest udbredte bekymringer blandt de interviewede, der knytter sig til specialeplanlægningen, er de afledte konsekvenser, specialeplaner kan få for rekrutteringen af speciallæger til deres sygehuse. Oplevelsen er, at samling og centralisering af undersøgelser og behandling i regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner gør, at særlig de akutsygehuse, der ikke har så mange regions- og/eller højtspecialiserede funktioner, bliver mindre attraktive som arbejdssteder. Flere akutsygehuse har således oplevet, at speciallægerne er forsvundet i takt med, at opgaver er blevet centraliseret (det vil sige samling af de undersøgelser og behandlinger, der har fået status som specialiserede). Hovedparten har også en oplevelse af, at der er sammenhænge i, hvilket funktionsniveau (hoved-, regions- eller højtspecialiseret funktion) sygehusets specialer har, og hvor nemt eller svært det er at rekruttere.

"Når vi skal rekruttere speciallæger, er de meget interesserede i, hvor de kan udføre noget af det specialiserede. De specialer, der ikke har regionsfunktioner i

huset, har meget sværere ved at rekruttere. Sammenhængene mellem fordelingen af regionsfunktionerne og rekruttering er meget tydelige.”

Rekrutteringsproblematikken handler altså om, at det er nødvendigt at have funktioner på specialiseret niveau for at kunne rekruttere.

2.1.1 Kommer oven i den geografiske udfordring

At det er svært at rekruttere, er ifølge de lægelige direktører ikke kun specialeplanlægningens skyld. Den er snarere med til at forstærke udfordringerne – særlig på de akutsygehuse, der i forvejen oplever at være geografisk udfordrede i forhold til rekruttering. Problematikken forstærkes således af, at der langt fra de større byer er færre speciallæger, der tilbyder deres arbejdskraft til akutsygehuse. Hertil kommer, at befolkningsunderlaget til at leve op til volumenkrav som udgangspunkt ofte vil have bedre muligheder i de større byer. Det er således typisk langt fra de større byer, at man finder de akutsygehuse, der ikke har så mange specialiserede funktioner.

2.1.2 Afledte konsekvenser for udviklingsmulighederne

Når det bliver sværere at rekruttere, får akutsygehuse sværere ved at bemande funktionerne 24/7, og det bliver ifølge de lægelige direktører sværere at have overskud til at udvikle funktioner og bedrive forskning, når der er et større arbejdspress på de speciallæger, der er.

“Det er klart, at vi ikke kan udvikle de områder, vi ikke har. At udvikle kræver, at vi har ressourcerne. Vores læger er nødt til at være meget driftsorienterede, fordi vi har for få speciallæger, og det lider vores forskning under.”

De lægelige direktører på akutsygehuse med flere specialiserede funktioner og færre geografiske udfordringer oplever ikke i samme grad, at specialeplanlægningen påvirker deres udviklingsmuligheder på sygehuse. Der var ingen af de interviewede, der gav udtryk for, at specialeplanlægningen påvirker mulighederne for at rekruttere andre faggrupper end læger.

2.2 Det specialiserede versus det udbredte

En udbredt kommentar blandt de interviewede er, at om end det er positivt, at der stilles krav til den specialiserede og sjældne behandling gennem specialeplanen, så kan specialeplanen bidrage til tendensen til at sætte fokus på de ca. 10 % af produktionen frem for de 90 %³. De lægelige direktører mener nemlig, at specialeplanen kun omfatter de ca. 10 % af patienterne.

Sat på spidsen:

“Specialeplanen suger fokus og omdømme ud af hovedfunktionerne.”

“Fordi vi har fået dårligere rekrutteringsmuligheder, så har centraliseringen kostet for andre patienter end de få og specialiserede. De andre patienter får mindre kompetente og færre læger.”

³ Det varierer lidt, hvilke procenter de interviewede angiver (ligesom det også varierer, hvor stor en andel af deres egen produktion, der er specialiseret). De fleste angiver 10 %. En angiver 5 %. En angiver 10-15 % og en 20 %.

Der er en udbredt bekymring om, at specialeplanen øger kvaliteten for de få patienter på bekostning af de mange. Fordi specialeplanlægningen er med til at skabe prestige om det sjældne, fordi nogle sygdomme risikerer at blive glemt, og fordi der ikke i tilstrækkelig grad er fokus på kvaliteten af behandlingen af de mange patienter, der fejler almindelige sygdomme. Mest af alt dog fordi specialeplanlægningen fører til centralisering (samling af de undersøgelser og behandlinger, der har fået status som specialiserede) og rekrutteringsudfordringer på de perifert beliggende akutsygehuse.

"Det nytter ikke noget, at vi strømliner det, der skal behandle de 10-15 % af patienterne, hvis ikke vi sørger for at lave en tilsvarende udviklingsproces på de, der skal varetage de 85-90 % af behandlingen. [...] Der ligger et kæmpe potentiale i forhold til at løfte dette område – ikke mindst for de multisyge."

Endelig bringer de lægelige direktører en udfordring op omkring modtagelse af akutte patienter, der kommer med problemstillinger, som sygehuset ikke er godkendt til at varetage i henhold til specialeplanen. Sygehuset skal behandle patienterne akut i vagttiden, hvis der er tale om akut livreddende behandling, hvor patienten ikke kan transporteres til et andet sygehus, som er godkendt til at varetage den konkrete specialfunktion. Det kan her være en udfordring i forhold til så at have de rette kompetencer i huset.

2.2.1 For lidt fokus på hovedfunktionsniveauet

En udbredt bemærkning blandt de interviewede er, at fokus på det specialiserede tager fokus fra hovedfunktionsniveauet. Der er ifølge mange af de interviewede i dag for lidt viden om kvaliteten af det arbejde, der foregår på akutsygehuse og på hovedfunktionsniveau.

"Det er en svaghed, at vi ikke har viden om og dokumentation for, at kvaliteten i hovedfunktionerne er i orden."

"Akut abdomen kirurgi er farligt, men det har vi ikke fokus på – selvom det foregår allevegne hele tiden."

"Fx brokkirurgi er ikke en regions- eller højt specialiseret funktion. Mange patienter får ikke gavn af operationen. De får kroniske smerter. Hvorfor arbejder man ikke med kvaliteten på dette område – og dyrker det som hovedfunktioner?"

Enkelte peger på, at de vurderer, at de kliniske databaser på en række områder faktisk giver en god indsigt i kvalitet – eksempelvis inden for hjerteinsufficiens, kirurgisk behandling af mavesår og hoftefraktur. Det er dog en udbredt kommentar, at de kliniske databaser kunne bruges meget mere aktivt og systematisk, end de bliver brugt i dag.

"Vi ville gerne have, at kvalitetsdatabaser var mere åbne og løbende⁴. Det er svært at vide, hvad vores kvalitet er. Jeg ved ikke, om kvaliteten er i orden."

"Vi har nogle databaser. Vi skal bruge dem mere. Vi skal ikke have nye registreringer."

Der er samlet set en udbredt bekymring om, at der ikke er fokus nok på, hvad der skal til for at udvikle kvaliteten i de udbredte og almindelige sygdomme, der må varetages på ho-

⁴ Samme pointe var fx at finde i Analyse af kvalitetsoplysninger i Danmark udgivet af Idenrigs- og Sundhedsministeriet & Sundhedsstyrelsen i juni 2010.

vedfunktionsniveau – og på hvordan dette hænger sammen med de specialiserede funktioner.

"Vi kigger meget på det specialiserede, og holdningen er, at resten nok ordner sig. Men vi er nødt til at se på, hvad der skal til for at drive det samlede."

Holdningen er altså, at der ikke er en automatisk positiv *spill over effekt* til det ikke-specialiserede ved at sætte fokus på kvaliteten i det specialiserede.

2.2.2 Mere tydelige faglige krav til kvalitet

"Målet er, at det skal være ens, at vi skal tilbyde den samme gode behandling. Realiteten er, at der i dag er væsentlige forskelle på kvaliteten."

Der er mange blandt de lægelige direktører, der peger på, at der burde være nogle mere tydelige krav til faglig kvalitet på hovedfunktionsniveau også. De har nemlig en oplevelse af, at der sandsynligvis er store udsving i, hvad kvaliteten er. Nogle efterspørger, at Sundhedsstyrelsen ville engagere sig mere direkte heri:

*"Fagligt set ville det give mening, hvis Sundhedsstyrelsen også gik ind og tog et ansvar for at definere, hvad der skal til for at sikre kvaliteten på akutsygehuse-
ne."*

De argumenterer for, at det ville være med til at vise, at det anses for betydningsfuldt, og at dette ville være med til at give "omdømmet tilbage". Andre mener, at det er usandsynligt, at man kan beskrive sig til ensartet faglig kvalitet, og at kvalitet i sidste ende vil handle om den enkelte læges personlige færdigheder. De mener, at god kvalitet frem for alt skal skabes gennem at sætte ledelsesmæssigt fokus på at skabe gode miljøer.

2.2.3 Stabilitet versus dynamisk tilgang

Samtidig er det holdningen, at specialeplanen heller ikke i sig selv sikrer, at der er kvalitet selv i det højt specialiserede. De interviewede kommer her ind på et dilemma, der består i, at på den ene side så er det attraktivt med stabilitet i, hvem der har hvilke funktioner, for så ved man, hvad man skal kaste sine udviklingsressourcer ind i. På den anden side kan netop stabilitet være med til at føde faglig selvtillid og manglende dynamik. Der er således en udbredt oplevelse af, at der er en tendens til, at de højtspecialiserede funktioner på de store universitetshospitaler har en høj grad af faglig selvtillid og manglende dynamik. Samt at denne selvtillid ind imellem kan stå i vejen for at være *first movers* i den faglige udvikling. Eller i værste fald ende med at være nogle af de sidste, der indfører en mere skånsom operationsmetode, som en lægelig direktør eksemplificerede.

"Og det var fordi, der sad nogle læger på [navn på hospital], der ikke mente, at de skulle, og så kunne de det ikke."

Flere af de lægelige direktører efterspørger en mere dynamisk model ud fra argumentationen: *"Den faglige udvikling er jo dynamisk og løbende. Så derfor er specialeplanlægningen også nødt til at være mere dynamisk."* De mener således, at man kan blive *"låst inde i en specialeplan"* og på den måde miste noget dynamisk tilgang. Blandt andet fordi den udvikling af eksempelvis et nyt tilbud ikke nødvendigvis passer ind i specialeplanens revisionsprocesser. Et andet synspunkt er, at der ikke sker så mange løbende ændringer inden for sygdomsbehandlingen, hvorfor modellen ikke behøver at være mere dynamisk end en revision som den nuværende.

2.2.4 De områder der ikke har specialeplaner

En anden afledt konsekvens af specialeplanlægningen kan ifølge de interviewede være, at der kommer mindre fokus på de faglige områder, der ikke har en specialeplan. Som et eksempel nævnes fagområdet i akutmedicin. At der ikke er specialeplaner for akutmedicin, er ifølge nogle af de lægelige direktører med til at fastholde den situation, at der er for lidt fokus på, hvad det vil sige at drive et akutsygehus, og på, hvad der skal til for at have tilstrækkelig kvalitet i de akutte funktioner⁵. Der er heller ikke specialer eller specialeplaner relateret til det at være multisyg eller fejle flere ting på en gang.

"Der er mange multisyge, og for dem bliver det nemt et fuldtidsarbejde. Vi skal have patienterne i centrum. Det kræver et opgør med den måde, specialerne arbejder på."

Der er således flere af de lægelige direktører, der mener, at specialeplanlægning er med til at fremme et snævert fokus på sygdomme, hvor sygdommene atomiseres i små delelementer (se også afsnit 3.1.1). Synspunktet er, at dette fx kan være en særlig udfordring for kronikere og patienter, der fejler flere sygdomme på en gang.⁶

2.3 Bekymring for udhuling af akutsygehusene

På de akutsygehuse, hvor de ikke har mange regions- eller højt specialiserede funktioner, er der en bekymring for, at specialeplanlægningen på sigt vil komme til at udhule særligt de mindre akutsygehuse. Et eksempel flere kommer med er, hvorvidt det i fremtiden bliver muligt at have fødsler på alle akutsygehusene.

"Hvis du fjerner børnene, der er født for tidligt i uge 28-32, så kan du ikke opretholde børnelægerne. Og så ryger obstetrikkerne. Og hvis centraliseringen fortsætter, så ender du med kun at have tre sygehuse i landet, der kan modtage fødende kvinder."

De lægelige direktører ser således specialeplanlægningen som en mulig glidebane, der vil føre til, at centraliseringen videreføres i en grad, så der i fremtiden vil være faglig basis for langt færre akutsygehuse. Flere er inde på, om der mon allerede i dag er for mange akutsygehuse i forhold til de krav, der måske bør være opfyldt til fx tilstedeværelse af speciallæger. Andre er inde på, at man fremadrettet bliver nødt til at se på tilstedeværelse på mere fleksible måder – fx elektronisk eller telemedicinsk.

Men de lægelige direktører mener alle, at det er nødvendigt at tænke i balancer mellem specialiseret og bredere anvendelse.

2.3.1 Der skal være balance mellem det akutte og det elektive

Et andet område, som de lægelige direktører ser som centralt, hvis grundlaget for akutsygehuse skal opretholdes, er balancen mellem akut og elektivt. Det er således nødvendigt at have elektive funktioner for at kunne bemande de akutte funktioner også.

⁵ Det er gennemsnitligt ca. 1/3 af samtlige sygehuskontakter, der er akutte (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse et al., 2014). Andelen på akutsygehusene må antages at være højere.

⁶ Ifølge Danske Regioner er mange af de akut indlagte patienter gengangere, og de lider ofte af flere sygdomme. Det er således de 10 % af patienterne med de største behandlingsbehov, der står for 74 % af alle akutte indlæggelser (Danske Regioner, 2014).

"Det er nemt nok at effektivisere de elektive enheder. Men hvis man fjerner det elektive, fjerner man både finansiering og opgaver, der skal holde kompetencerne ved lige. Der er ikke nok hofte at operere på, der kommer igennem akutafdelingen."

De lægelige direktører mener altså, at det er nødvendigt både at have akut og elektivt arbejde på akutsygehusene for at have volumen nok i fx antallet af operationer og for at kunne fastholde speciallægerne. Men også i bredere perspektiv for at sikre effektivitet:

"Man er nødt til at tænke akutsygehusene som nogle, der skal drive arbejde 24/7. Og det akutte arbejde er relativt dyrt. Det elektive arbejde er meget billigere. Og man er nødt til at sikre, at man kan overholde sine budgetter. Det er fristende at lave elektive enheder på specialsygehusene. Det giver en meget høj produktivitet. Man kan driftsoptimere fuldstændig på den enhed. Men det, du gør, er, at du fjerner den aktivitet, der skulle bruges til at sikre den løbende drift i de andre enheder. Det nytter ikke noget at driftsoptimere en enhed, hvis det gør hele det regionale sundhedsvæsen ineffektivt."

Balancen mellem det elektive og akutte handler altså ikke kun om finansiering. Den handler også om vedligeholdelse og tilstedeværelse af faglige kompetencer og om at kunne rekruttere. *"Du kan ikke rekruttere læger til kun at lave frakturkirurgi."*

2.4 Prestige i det specialiserede

At specialiseringsgrad i så høj grad påvirker rekrutteringsmulighederne handler ifølge de interviewede ikke om, at der ellers ikke er arbejdsopgaver nok til speciallægerne, men om at nogle typer af opgaver opleves som mere meningsfulde og prestigegivende end andre inden for specialernes og den lægefaglige selvforståelse.

Det beskrives således som vigtigt for den faglige selvforståelse at have nogle af de specialiserede funktioner. *"Der skal være nogle fyrtårne"*, som flere af de lægelige direktører forklarede. Det betyder både noget for det enkelte speciale, men også *"for hele huset"*.

At lægerne tillægger det specialiserede mere prestige end det mere udbredte og det "almindelige", er ifølge de lægelige direktører ikke specialeplanernes skyld. Det er bare den virkelighed specialeplanerne taler ind i. Samtidig argumenterer de lægelige direktører for, at specialeplanlægningen på en række områder forstærker tendensen, fordi der kommer så meget fokus på, hvem der har de specialiserede funktioner.

"Hvis man gør det uattraktivt at søge, kommer speciallægerne ikke. Og de kommer ikke, hvis de ikke kan få lov til at blive ved med at udføre de undersøgelser, de plejer. Man skal passe meget på, man ikke kommer til at lave et regionshierarki. Det er lidt snobberi. Og jeg må indrømme, at jeg også er stolt over de områder, hvor vi har regionsfunktion."

De lægelige direktører beskriver et indbygget dilemma i, at det netop er det at beskæftige sig med noget specielt og sjældent, der giver lægerne motivation og energi, og så samtidig at sikre, at lægerne er involverede i at forbedre de områder, som flertallet af patienterne får gavn af.

"At passe det, de fleste folk fejler, burde være mere fint, men vi tænker meget i fyrtårne!"

Nogle af de lægelige direktører beskriver udfordringen som en uafvendelig del af det at have fagprofessioner, andre at der er tale om en mere generel "psykologisk grundmekanisme", der ikke kan forklares "rationelt" eller om en del af den "menneskelige natur".

På denne vis kan man sige, at specialeplanlægningen er med til at presse speciallægerne til enten at vælge akutsygehusene i udkantsområderne fra eller til i højere grad at udvikle deres faglighed i en mere efterspørgselsorienteret retning.

Det handler ifølge de interviewede også om, hvad der er meriterende i lægeverdenen. Og det er udover at være specialist også at bedrive forskning ("Vi er uddannet til at blive forskere, ikke til at blive læger"), og nogle af de interviewede har en oplevelse af, at det kan være sværere at få forskningsmidler til almindelige lidelser såsom hoftenær fraktur og KOL.

2.4.1 Det ligger i lægekulturen

Specialeplanlægningen er således oppe imod den grundlæggende udfordring, at samling og centralisering af det specialiserede vil have en tendens til at medføre samling og centralisering af speciallægerne. Derfor skal der noget særligt til for at tiltrække og fastholde speciallægerne, hvis man primært har hovedfunktioner.

"Specialeplanen gør jo, at der kommer meget fokus på det specialiserede. Men lægekulturen fremmer det fokus. Og det betyder, at det er en ledelsesopgave at få en fest ud af det mere udbredte – de mange der kommer – og ikke ærgre os over de ting, vi ikke kan. Men nogle er meget drevet af det at have fokus på det sjældne."

Der er også lægelige direktører, der peger på, at der ligger et indbygget tunnelsyn i lægekulturen, som bevirker, at det er svært at tænke i helheder og at tænke behovsorienteret.

"Der er en tendens til, at man ikke tager ansvar for helheden. Der er for meget tunnelsyn og fokus på at gøre sin egen afdeling større. Jeg savner, at vi tager mere ansvar som læger. Der er i for høj grad en tendens til, at man meler sin egen kage."

De lægelige direktører ser det i tråd hermed som en vigtig ledelsesopgave for dem at være med til at sætte fokus på at skabe kvalitet i de mange forløb frem for de få (og specialiserede). Flere steder har de italesat dette som et vigtigt mål.

3 Hvad er beslutningsgrundlaget?

"We need volume to create value." (Michael Porter⁷)

Om end der er enighed om det overordnede princip om, at øvelse gør mester, så er der mange, der stiller spørgsmålstejn ved, om det nødvendige beslutningsgrundlag for en centralisering altid er til stede. Det handler både om evidens og manglende viden om de afledte konsekvenser af beslutningen.

3.1 Evidens og beslutningsgrundlag

Generelt er der en oplevelse af, at evidensgrundlaget er tyndt, når det besluttes at centralisere funktioner. Det er ofte uklart, hvad datagrundlaget er, når der fx stilles krav om et bestemt volumen, og der mangler ifølge de interviewede dokumentation og fakta.

"Problemet er, at evidensgrundlaget rigtig mange steder er ekstremt tyndt!"

Oplevelsen er altså, at området i for høj grad er præget af, hvordan "vi tror, det er" og for lidt af "viden om hvordan det er". Flere har en oplevelse af, at der er en tendens til at gøre ting mere specialiseret, end det behøver at være.

Det er også ifølge de interviewede nogle gange uklart, om det er volumen eller også kapacitet eller andre hensyn, der ligger til grund for en beslutning.

3.1.1 For meget fokus på volumen

Generelt oplever de lægelige direktører, at Sundhedsstyrelsen er for "volumenfikseret". Det betyder ikke, at de mener, at volumen ikke er vigtig, men de argumenterer for, at man i langt højere grad bør se på volumen på andre måder. At man i højere grad ser på den samlede volumen inden for områder med sammenlignelige teknikker og færdigheder eksempelvis.

"I nogle af smågrupperne har man fokuseret for meget på volumen og for lidt på, om der er noget, der er sammenligneligt. Evidensen bygger på, at øvelse gør mester, men de ser ikke på, om den øvelse kan opnås ved andre lignende ting."

Nødvendigheden af at se på volumen på andre måder forstærkes ifølge de interviewede af den lægefaglige udvikling, der går mod at fragmentere behandlinger yderligere ved at opdele sygdomme i undergrupper.

"En planlægning kommer an på, hvad du snakker om. Er det på det behandlingsmæssige eller det diagnostiske? Bivirkningsmæssigt skal de håndteres på samme måde. Hvis du ser på det behandlingsmæssige, så har du et større volumen, end hvis du deler hver sygdom op. Og den tankegang er du nødt til at have, for jo mere vi får indsigt i gener, jo mere vil du kunne splitte hver sygdom op i segmenter, og det giver ikke mening at centralisere små segmenter, så der skal man tænke i helheder."

Ses der ikke på volumen på tværs af disse undergrupper, mener de, at behandlingen vil ende med at blive atomiseret. Nogle af de lægelige direktører kommer også ind på, at vo-

⁷ Præsentation 24. november 2014 i København.

lumenkravet kan få den perverse afledte effekt, at nogle afdelinger holder på patienter, der skal have en operation fx i bugspytkirtlen. Det at leve op til volumenkravet i den specialiserede funktion, man har fået tildelt, kan således modvirke en rationel udnyttelse af operationskapacitet på landsplan.

Et af de største ønsker de lægefaglige direktører giver udtryk for, er en større dokumentation for, at øget samling giver øget kvalitet.

3.1.2 Effekterne tænkes for snævert

De lægelige direktører argumenterer også for, at det er for snævert et beslutningsgrundlag kun at tænke i, hvordan en løsning med centralisering kan forbedre en isoleret behandling. De taler for en højere grad af helhedstænkning, hvor man ikke kun tænker i, hvad er det man opnår, men også i *"hvad det er, man taber ved at flytte rundt på tingene"*. De argumenterer altså for (jf. kapitel 2), at det ikke er nok at se på, hvilke forbedringer man kan vente for de relativt få patienter, men at man også bør tage afledte konsekvenser for en række andre patientgrupper med ind i ligningen. Hvad vil det fx betyde for dem, hvis det ikke længere er muligt at fastholde nogle af speciallægerne? Der er en oplevelse af, at det er ærgerligt for sygehuset og *"traumatisk for afdelingerne"* at flytte en funktion til et andet sygehus, når der var tale om et team af fyrtårnsdimensioner. Der er en udbredt holdning om, at der ikke bør centraliseres på områder, hvor kvaliteten er i orden.

"Har man tilstrækkelig klinisk erfaring? Bliver området varetaget af speciallæger, der har tilstrækkeligt kendskab til området? Ligger der behandlingsvejledninger, som er relativt simple? Og kan varetages alle steder, bare man følger de forskellige algoritmer? Og er den bagvedliggende diagnostik i orden? Hvis man kan opfylde de ting, så skal man tænke sig rigtig godt om, før at man begynder at flytte tingene."

De lægelige direktører taler om, at der må være et *"breaking point"*, hvor specialisering via centralisering skaber flere ulemper end fordele. Der er således en række områder, de lægelige direktører er uenige i, bør centraliseres yderligere.⁸

3.2 For meget fokus på de tre største hospitalers behov

Der er en oplevelse af, at der er en skævvridning i repræsentativiteten i forhold til, hvem der rådgiver Sundhedsstyrelsen i forbindelse med specialeplanlægningen. Oplevelsen er, at det primært er repræsentanter for de største og mest specialiserede universitetshospitaler, der optræder som rådgivere eksempelvis via de lægefaglige selskaber.

"Mange af dem i de faglige selskaber de repræsenterer faglighed, men de repræsenterer først og fremmest deres egne afdelinger."

Den kliniske rådgivning, Sundhedsstyrelsen modtager fra sundhedsvæsenet i forbindelse med specialeplanlægningen, er altså ifølge de interviewede i for høj grad præget dels af særinteresser, dels af højt specialiserede synspunkter. Det forskubber ifølge flere interviewede fokus væk fra helhederne og over til det specielle og sjældne, som typisk er det

⁸ Børn født for tidligt i uge 28-32 nævnes som et eksempel på en samling, der giver afledte udfordringer. Hæmatologi og binyre benignkirurgi nævnes som eksempler på områder, hvor man ikke ønsker en fremadrettet samling. Børneanæstesi nævnes som et område, hvor en samling ville have givet udfordringer, men hvor kravene nu er slækket.

specialeselskaberne og de speciallæger, der arbejder i de højt specialiserede funktioner, arbejder med.

Der er også en oplevelse af, at der er for meget automattænkning ind i specialeplanlægningen på en måde, der understøtter styrkelsen af de tre største universitetshospitaler.

"Sundhedsvæsenet består i den her optik meget af de tre store hospitaler. Det kaster slagskygger ud på os andre. Det giver nogle rekrutterings- og strukturudfordringer."

Der ligger heri både en frustration over, hvilke interesser det er, der tilgodeses, men også en oplevelse af, at der nogle gange defineres krav, der har så højt et fagligt ambitionsniveau på nogle af patienternes vegne, at andre patienter vil få et dårligere forløb (fx dem der ikke kunne flyttes i tide). Der gemmer sig heri nogle komplekse problemstillinger, hvor akutsygehusene kan have en tendens til at trække i den retning, at de hellere vil have funktionerne i huset med det kompetenceniveau, de nu engang har, end at miste funktionen og dermed vil have svært ved at løfte opgaven ved de akutte patienter, der har et uopsætteligt behov. Børneanæstesiologi og neonatologi i forhold til børn født i uge 28-32 nævnes som eksempler.

Flere af de lægelige direktører har en oplevelse af, at volumenkrav ikke altid er det eneste styrende element. At de fx også på de store universitetshospitaler har områder med lav volumen. Så lav, at man ifølge den faglige kvalitetsvolumenlogik måske skulle overveje, om det er nok. *"Hvorfor må de på Rigshospitalet lave 10 hjerteoperationer om året, når vi ikke må lave 30 [andet indgreb]"*

Et udbredt ønske blandt de lægelige direktører er, at der fremadrettet bliver en bredere repræsentativitet i den rådgivning Sundhedsstyrelsen modtager.

Der, hvor de lægelige direktører er mindre enige, er dog, hvordan udfordringerne med arbejdsdelingen mellem de største universitetshospitaler og de andre skal løses. Efter udnævnelsen af Køge Sygehus til universitetshospital er der i dag fem universitetshospitaler i landet. Et i hver region. Men hvordan bør dette afspejle sig i specialeplanen? Det er der ikke enighed om. Et synspunkt er, at universitetshospitaler i særlig grad bør tildeles højt specialiserede funktioner. Et andet synspunkt er, at der er kommet for mange universitetssygehuse i forhold til landets og befolkningens størrelse.

3.3 Interessevaretagelse og "fedtspil"

Det samlede billede de lægelige direktører tegner af specialeplanlægningen er, at der er mange forskellige typer af interesser i spil. Det er med til at gøre udfordringerne relateret til specialeplanlægningen komplekse. Der er afdelings- og lokale specialeinteresser, der er sygehus- og matrikelinteresser, der er specialeselskabsinteresser og lokal- og regionalpolitiske interesser. Nogle af disse interesser handler om faglige hensyn, andre handler om prestige, organisatoriske hensyn (at kunne sikre bemanning), lokal driftsøkonomi, regional driftsøkonomi eller sikring af arbejdspladser.

"Nogle regioner vil gerne have noget mere af det fagligt interessante. Fordi de gerne vil beholde deres patienter og have noget fagligt attraktivt. Det er ikke så meget for kvaliteten men mere af organisatoriske hensyn, og fordi de gerne vil hjemtage patienter."

"Der er en regional politisk interesse i at bevare mest muligt flest mulige steder. Det sættes lig med at bevare så mange sygehuse som muligt og dermed modvirke lukninger af sygehuse og arbejdspladser."

Der er således en oplevelse af, at specialeplanlægning kan medføre, at nogle får noget på bekostning af andre. De lægelige direktører oplever, at der er strategiske kampe både mellem regioner og inden for regioner.

3.3.1 Faglige versus politiske beslutninger

Sundhedsstyrelsen placerer specialfunktionerne på baggrund af ansøgninger fra regionerne, hvori regionerne forinden har besluttet, hvilke sygehuse de ønsker at få godkendt til at varetage de forskellige specialfunktioner (jf. Sundhedslovens § 209, se bilag 2). Denne ordning kan ifølge de interviewede give anledning til to former for udfordringer.

Den første form for udfordring er, at det ifølge de interviewede ikke altid er rationelt, at regionsgrænser får tillagt denne betydning. En region har måske tre steder, der i virkeligheden har befolkningsunderlag nok og de nødvendige kompetencer til stede, mens en anden region måske kun har et sted, hvor dette er tilfældet. Modellen sikrer heller ikke nødvendigvis geografisk spredning (alt efter hvor funktionerne placeres geografisk i regionerne). *"Der er nærmest kun bremsesporet til forskel"*, som en af de lægelige direktører udtalte om et sygehus' placering i forhold til et specialiseret sygehus i en anden region.

Den anden form for udfordring er, at politiske hensyn, til fx at udbygge et eksisterende sygehus til at være mere specialiseret eller til at sikre potentielt lukningstruede sygehuses fremtidige eksistens, kan føre til beslutninger om placeringer af funktioner, der ikke opfattes som rationelle. Mange af de interviewede mener således, at politiske løsninger ind imellem ikke i tilstrækkelig grad tager hensyn til, hvad de mener, ville give den bedst mulige kvalitet.

"Det har været rigtig at lukke de små sygehuse. Men der går stadig lokalpolitik i det – sognerådspolitik."

"Politikerne har nogle lokalpatriotiske matrikelhensyn, men faglighed bør altså gå frem for matrikelhensyn. Og der er det hammergegodt at have Sundhedsstyrelsen som bagstopper, så alle ikke kan bestemme, hvad faglig kvalitet er."

Ind imellem giver forløbet anledning til dårlig stemning, når regionsfunktioner skal fordeles – eller *"nærmest krig"*, som nogle af interviewede beskriver processen. Det kommer an på, hvor meget der reelt skal fordeles. Det kommer også an på, hvor mange sygehuse der har profiler, der matcher hinanden og dermed måske lægger op til intern konkurrence i regionen. Men alle giver udtryk for, at der er meget på spil for hospitalerne.

Nogle giver udtryk for at mene, at de store interessesværdslag primært var knyttet til tidligere versioner af specialeplanen. Andre ser interessekonflikterne og kampene som noget, der løbende kommer op, hver gang der er noget i spil. De taler om at kæmpe indbyrdes med hinanden.

"Nogle gange nedgør man hinanden, fordi man gerne vil have nogle funktioner. Så kriges man om patienterne."

Det betyder fx, at det enkelte sted har en stærk interesse i at fastholde det territorie, der er tilkæmpet. Det kan være, når der er nogle, der går på pension, at man så køber arbejdskraft ind for at fastholde funktionen.

De interviewede oplever, at specialeplanen ind imellem bliver brugt til to forskellige typer af overordnede formål. Det ene er at sikre kvalitet på de udvalgte områder ved at sikre, at volumen og ekspertise er til stede i funktionen. Det andet er, at specialeplanlægningen anvendes som strategisk middel til at sikre vigtige funktioner på geografiske områder. Ud fra betragtningen: Læg funktionen der og så kommer ekspertisen. Det giver anledning til diskussioner af, hvad legitime begrundelser er. Hvilke typer af (politiske) hensyn er det, der ligger bag? De lægelige direktører giver udtryk for, at Sundhedsstyrelsens rolle som godkendende instans er helt central for at sikre, at det er faglige hensyn, der tæller mest. Samtidig er der dog også flere, der opfordrer til, at både Sundhedsstyrelsen og regionerne tager ansvar for processen på en anden måde:

"Det ville klæde Sundhedsstyrelsen ikke kun at påtage sig administratorrollen i det at lave en specialeplan, men også at tage ansvar for at sætte fokus på: Hvad der skal til for at implementere specialeplanen – ud over den rent tekniske implementering. Det gælder også Danske Regioner, som jo har ansvaret for driften hele vejen fra akutsygehusene til det højt specialiserede. [...] Der er et behov for, at nogle sætter rammerne. Så vi ikke spiller efter helt forskellige mål."

Der efterspørges på denne vis, at der fremadrettet kommer mindre splid og intern konkurrence og i stedet mere samarbejde om at skabe bredere kvalitetsløft. Det vil sige kvalitetsløft ikke kun i egen enhed men også i de enheder, der samarbejdes med. Samtidig bliver der peget på, at dette vil kræve en holdningsændring i forhold til den måde, der i dag arbejdes med specialeplanerne på sygehusene, i regionalt og nationalt regi.

3.3.2 Omgås specialeplanens intentioner?

Når der er så meget på spil, er det selvfølgelig et interessant spørgsmål, om der ind imellem er områder, hvor specialeplanens intentioner omgås. Denne undersøgelse giver anledning til en opmærksomhed på, om dette ind imellem kunne være tilfældet. De lægelige direktører giver således udtryk for en fornemmelse af, at samarbejdsaftaler ikke altid er så reelle, som de kunne være. At der fx er nogle af samarbejdsaftalerne, der ikke er *"det papir værd, de er skrevet på"*. Samarbejdsaftalerne opfattes som en måde, man potentielt kan omgå specialeplanen på.

"Vi har så også samarbejdsaftalerne, og derfor er det svært at vide, hvor stor en betydning specialeplanen vil få. Men en ting er, hvad vi vil, en anden er, hvilke regionen og Sundhedsstyrelsen vil godkende. Den nemmeste sag i verden er jo at sabotere specialeplanen ved at udvande den i en samarbejdsaftale. Derfor vil der, når der etableres samarbejdsaftaler stadig være krav om volumen. Det nytter ikke noget, at sjældne ting, der først centraliseres i regionen, derefter fordeles ud på tre eller fire steder i regionen via samarbejdsaftaler, fordi så er der ingen, der får den fornødne erfaring."

Der er også lægelige direktører, der nævner, at vage formuleringer såsom "i sværere grad", der stod i den første specialeplan, kunne tolkes som en mulighed for at vedblive med at gøre, som man gjorde før specialeplanen. Samt at nogle har oplevet på papiret at få en funktion fra et andet sygehus, hvor patienterne reelt aldrig kom. På akutsygehusene er de heller ikke 100 % overbeviste om, at de på de højtspecialiserede enheder altid holder funktioner på tilstrækkelig få hænder, således som det forudsættes i specialeplanen. Hvorved de mener, at så bortfalder argumentet for at centralisere funktionen.

"Centralisering er kun en garanti for kvalitet, hvis man holder det på få hænder. Hvis man spreder det ud på mange, får man ikke kvalitet via volumen. Hvis det

fx også spredes ud i uddannelsesforløb, så har man i realiteten ikke volumen på den enkelte behandler. [...]Volumen er i sig selv ikke svaret, og når mine speciallæger hører om, at det ikke er den måde, det foregår på derinde [men at de spreder det ud], så er det svært for mine speciallæger at forblive loyale over for centralisering i den situation."

Der er flere, der efterspørger, at det fx gennem monitorering sikres, at specialiserede funktioner reelt er på få specialiserede hænder.

3.3.3 Løbende mundtlig dialog

Flere af de interviewede giver udtryk for, at de har haft en mundtlig dialog med Sundhedsstyrelsen om specialeplanen. Eksempelvis ved at Sundhedsstyrelsen er taget ud for at afholde møder herom. De interviewede giver i den forbindelse udtryk for, at mundtlig – og dermed mindre formaliseret end skriftlig dialog – er vigtig i forhold til at sikre dialog om specialeplanen og dens konsekvenser.

4 Sammenhæng i patientforløb

"Det påvirker patientforløbene på den måde, at nogle forløb forsinkes, og der kan derudover godt være kampe om, hvilke dele der kan varetages på hovedfunktionsniveau."

På nogle områder har specialeplanlægningen ifølge de interviewede lægelige direktører givet nogle mere fragmenterede patientforløb. Samtidig kan netop opdelingen af forløbet være en kilde til forhandlinger eksempelvis, når akutsygehuse ønsker at varetage kontroller efter en specialiseret behandling, der har fundet sted på et andet hospital med regions- eller højtspecialiseret funktion. Der er dog også en oplevelse af, at specialeplanen ikke har ændret så meget på patientforløbene. Dette er eksempelvis tilfældet, når hele forløbet varetages på specialiseret niveau.

4.1 Ikke så patientforløbsorienteret

Egentlig oplever de lægelige direktører ikke, at specialeplanlægningen er særlig patientforløbsorienteret.

"Specialeplanlægningen har indtil videre været meget matrikelorienteret og ikke så patientforløbsorienteret. Det giver nogle uhensigtsmæssige overgange, fx på kræftområdet. Men det er små grupper af patienter, og derfor er kvaliteten af deres forløb svær at undersøge."

Der kan altså fremadrettet godt gøres mere ud af at tænke i patientforløb. Der nævnes også eksempler på, at grænserne for, hvornår det er specialiseret, går forskellige steder, fx for medicinsk og kirurgisk gastroenterologi, og at dette komplicerer forløb.

4.1.1 For meget "matrikelfiksering"

Flere af de interviewede efterspørger, at det fremadrettet bliver nemmere at organisere en funktion på fx to matrikler i stedet for kun en, sådan som det i dag ligger i specialeplanen. Dermed mener de, at man ville kunne opnå en højere grad af fleksibilitet og dynamik.

4.2 Samarbejde på tværs af funktionsniveauer

Med centralisering og opdeling i hovedfunktioner, regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner vil der være nogle patientforløb, som varetages på tværs af sygehuse og også på tværs af regionsgrænser.

Som udgangspunkt oplever de lægelige direktører, at der er et godt samarbejde på tværs af funktionsniveauer.

"Vi har generelt et meget godt samarbejde med regions- og højtspecialiserede funktioner. Men jeg kender også områder, hvor vi ikke har det. Det er meget personafhængigt. Sygehusene kæmper meget internt, og det kan nogle gange mærkes der."

Der er dog, som citatet siger, en oplevelse af, at det er meget personafhængigt, hvor godt samarbejdet er. Igen er der en oplevelse af, at faglig selvstrækkelighed i særligt de specialiserede funktioner kan udgøre en barriere for samarbejdet.

"De er for højrovede. De mangler at være mere ydmyge og samarbejdende. Lidt mindre holden på, hvad der er vores, ville være godt."

"Der er noget meget prestigefyldt i at være de eneste, der kan udføre en ting. Og de tænker os let som bønderne. Og vores folk tænker omvendt dem som små arrogante konger."

De lægelige direktører fortæller, at de medierer, når samarbejdet ikke fungerer, som det skal.

Der er også løbende forhandlinger imellem niveauerne, om kontroller fx kan hjemtages og dermed gennemføres på hovedfunktionsniveau. Hjemtagelse af kontroller giver nærhed og ofte kortere rejsetid for patienterne, men omvendt kan dette også være med til at opbryde patientforløb, med mindre patienterne i forvejen havde hovedparten af deres forløb på hovedfunktionsniveau. Der er forskellige oplevelser af – og interesser i – hvornår det er hensigtsmæssigt at dele patientforløbene op. Et bud fra en af de lægelige direktører er følgende:

"Man skal se differentieret på det med kontrollerne. Ja, i nogle tilfælde kan man også i samarbejdsaftaler have nogle af kontrollerne. Efter pacemaker fx. Men der skal være nem adgang til det centrale niveau, hvis der er komplikationer. Opfølgingsmæssigt behøver det ikke være højt specialiseret, hvis man har nogle algoritmer, og det ikke kræver speciel teknisk kunnen. Inden for cancerområdet, hvor der er nogle forløb, der ikke er så stabile, så er det noget andet. Der er det vigtigste, at de kommer i kyndige hænder det øjeblik, de bliver syge. Der er det ikke hensigtsmæssigt at dele op. [...] Dem, der giver behandlingen, er dem, der kender bivirkningerne. Nogle ting bliver man nødt til at holde sammen. Det betyder også meget, når man skal rådgive patienterne. Så nogle områder kan man dele op, og andre kan man ikke. Det må man se på inden for de forskellige sygdomsområder."

Hvad angår arbejdsdeling med de store universitetshospitaler, er det også et synspunkt, at nogle af dem kan have en tendens til at holde på dele af patientforløb, der kunne have været varetaget mere decentralt. Andre kommer med eksempler på, at de samarbejder godt om en arbejdsdeling, de finder hensigtsmæssig.

4.3 Samarbejdsaftaler

Det er ifølge Sundhedsstyrelsen hensigtsmæssigt, at der foreligger klare og skriftlige samarbejdsaftaler, når der er tale om bestemte opgavefordelinger i forbindelse med patientforløb (Sundhedsstyrelsen, 2015:19). Når disse samarbejdsaftaler indgås mellem hovedfunktioner og specialfunktioner, skal aftalerne godkendes af Sundhedsstyrelsen.

De lægelige direktører er meget tilfredse med, at der er muligheder for at udarbejde samarbejdsaftaler på tværs af funktionsniveauer. De ser også, at der er muligheder for at udvikle samarbejdet yderligere. I nogle tilfælde besøger de hinanden, der er også fokuserede ophold, hvor medarbejdere kan kompetenceudvikles, og dette anses for positivt. Nogle

siger, at de har alt for lidt heraf. Det efterspørges også, at der kommer mere fokus på at sikre, at samarbejdet er reelt.

"Generelt fungerer det godt, men indholdet er ikke altid så velbeskrevet. Så mange er lidt tynde i det. Det skal nok være lidt mere formaliseret. Nogle afdelinger har svært med at samarbejde. Men når ledelse kommer ind over, så sker der noget. Og ellers må vi ind over igen."

4.3.1 Mere samarbejde

Generelt efterspørges en styrkelse af samarbejdet og udveksling af viden niveauerne imellem.

"Man skal tænke anderledes. Specialeplanen er ligesom alt andet ikke selvimplementerende. Det kan føre til kiv og splid, hvis man bare opdeler rigtigt. Hvis man ikke får gjort op med de negative forestillinger om hinanden og bønderne og kongerne, så tror jeg, det går galt. Meget handler om fordomme og manglende viden om hinanden. Vi skal ud og se, hvad hinanden laver."

Delestillinger nævnes som en mulig løsning på rekrutteringsudfordringerne og som en måde at fremme vidensdeling på. Andre er inde på det attraktive i nye måder at samarbejde på, hvor speciallægen nogle gange kan følge patienten ind til det specialiserede tilbud og deltage heri – i stedet for at fx speciallægen fra den specialiserede funktion kommer ud til akutsygehuset:

"Noget af det, vi forestiller os, er, hvis man kan vende strømmen med udetjenester til indetjenester. Altså at speciallægen kan følge patienten ind til den specialiserede enhed. Det ville gøre det muligt at vedligeholde deres operative kompetencer inde på den specialiserede enhed men i øvrigt varetage deres hovedfunktion på akutsygehuset. Det ville gøre det lettere at kompensere i forhold til rekruttering. Og nemmere at sikre, at de speciallæger, der søger ud på akutsygehuse, er fagligt og karrieremæssigt mobile også efter nogle år. Så folk ikke mister kompetencerne."

Også mere fleksibelt samarbejde på tværs af regionsgrænser efterspørges.

Nogle lægelige direktører har det forslag, at man løbende kunne monitorere ens kvalitet af patientforløb på tværs af funktionsniveauer og inden for samarbejdsaftaler ved at bruge audit metoden.

5 Diskussion

"In practice, the public prizes precisely those contacts which professionals want to escape" (Abbott, 1981 i Aiken & Sloane 1997:205).

Hvordan kan man drive et akutsygehus uden også at have i det mindste enkelte vigtige funktioner på regionsfunktionsniveau? Det er et spørgsmål, mange af de lægelige direktører fra akutsygehusene stiller. Og samtidig er det virkelighed for nogle af akutsygehusene i dag og kan i fremtiden blive til virkelighed for flere, hvis samlingen af funktioner og centraliseringen fortsætter.

De lægelige direktører tegner et billede af en række dilemmaer relateret til specialeplanlægningens mål om at sikre høj kvalitet. Udgangspunktet er, at specialeplanlægningen har været med til at sikre en bedre kvalitet for de sjældne sygdomme og sjældne indgreb, men de lægelige direktører er bekymrede for konsekvenserne af en fortsat centralisering. Og de er bekymrede for en række af de afledte konsekvenser af specialeplanlægningen for de andre og bredere patientgrupper. De oplever således, at der er for meget fokus på de 10 % og for lidt fokus på de 90 % af patienterne. Det vil sige for meget fokus på de sjældne sygdomme og for lidt fokus på de almindelige og udbredte sygdomme, herunder de kronikere og multisygge der fejler flere ting på en gang.

Det er ikke isoleret set specialeplanlægningens skyld. Specialeplanlægningen taler nemlig ind i en større strukturel udfordring med at sikre tilstrækkelig lægelig ekspertise. De lægelige direktører er således opmærksomme på, at de har en væsentlig ledelsesopgave i relation til at gøre en dyd ud af nødvendigheden og gøre det udbredte til det vigtige at fokusere sine kræfter på. Her oplever de dog at være oppe imod en stærk fagprofessioners fagidentitet. En central del af den lægefaglige selvforståelse er således at have fokus på det sjældne, det specialiserede og forskning⁹. Det giver selvfølgelig en styringsmæssig udfordring. For hvordan skal man så sikre, at der kommer nok fokus på de almindelige og udbredte sygdomme, når nu fagprofessionerne ikke nødvendigvis af sig selv kaster deres energi heri? Det synes at være den største udfordring, som specialeplanlægningen er med til at accentuere. Hvordan sikrer man, at aktiviteten og fokus i højere grad er rettet mod befolkningsbehov? Hvordan undgår man overbehandling på de områder, hvor der er en stærk faglig interesse i at have et så stort udbud som muligt?¹⁰

Specialeplanlægningen taler samtidig ind i en række universelle dilemmaer om fordele og ulemper ved henholdsvis specialisering og mere generelle kompetencer. Specialisering har også det indbyggede universelle dilemma, at arbejdsdeling nødvendigvis øger koordinationsbehov. Mintzberg kalder dette for fundamentale og modsatrettede behov: et behov for at fordele arbejdet mellem aktiviteter og personer, og et behov for at koordinere arbejdet (Mintzberg, 1979). Når eller hvis patientforløb opdeles på tværs af sygehuse, så stiller det hermed ekstra krav om at sikre koordination. Det er kendt, at overgange generelt kan være en kilde til kvalitetsudfordringer. Ligesom det også er kendt, at sundhedsvæsener generelt ofte er præget af en høj grad af differentiering mellem professionelle, enheder, organisationer og sektorer og kun en lav grad af integration (Glouberman & Mintzberg 2001a; van Wijngaarden, de Bont & Huijsman 2006 i Holm-Petersen & Buch, 2014).

Så hvordan kan arbejdet med specialeplanlægning bidrage til løsning af udfordringerne? De lægelige direktører har været inde på forskellige former for bud rangerende fra mere enga-

⁹ For litteratur på dette område se fx Holm-Petersen, 2007; Sognstrup, 2003; Ulrichsen & Eriksen, 1991.

¹⁰ For en uddybning af disse styringsproblematikker se også Lotte Bøgh Andersen og Lene Holm Pedersens diskussion af styring, professionalismisme og paternalisme (Andersen & Pedersen, 2014).

gement fra Sundhedsstyrelsens og Danske Regioners/regionernes side i forhold til implementeringsprocessen. Mere engagement fra Sundhedsstyrelsens og Danske Regioners/regionernes side i forhold til at sætte fokus på kvalitet i hovedfunktionsniveauet og akutsygehusenes opgaver i forhold til de almindelige og de akutte sygdomme. Mere fokus på, at centralisering kan have skyggesider eksempelvis i forhold til rekrutteringsmuligheder på akutsygehusene. Mere fokus på reelt og udviklende samarbejde mellem funktionsniveauerne. Herunder evt. mere brug af besøg, delestillinger og "indetjenester". Der er også forslag om, at der udføres audits af hele patientens forløb, således at man sætter sig sammen på tværs af funktionsniveauer.

De lægelige direktører peger derudover på, at der er behov for motiverende ledelse på akutsygehusene i forhold til at udvikle fokus på at skabe kvalitet i de almindelige og udbredte sygdomme. Samt potentielt en ændring af, hvad der er meriterende i lægeverdenen.

De dilemmaer, de lægelige direktører tegner, giver stof til en vigtig diskussion af, hvordan der bedst arbejdes for at sikre rekrutteringsgrundlaget til de akutsygehuse, der er. Og hvordan det bedst sikres, at der er kvalitet på alle funktionsniveauer – for alle patienter.

Litteratur

Andersen, L.B. & Pedersen, L.H. 2014. *Styring og motivation i den offentlige sektor*. København: Jurist- og økonomforbundets Forlag.

Borch-Johnsen, K. & Normark, B. 2015. *Et sygehusvæsen med plads til alle*. Kronik i Berlingske Tidende 27. marts 2015.

Danske Regioner, 2014. *Forebyggelige indlæggelser blandt dem med størst behandlingsbehov*. Notat 24.11.2014. København: Danske Regioner.

Holm-Petersen, C. & Buch, M.S. 2014. *Litteratur om ledelse og samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet*. København: KORA.

Holm-Petersen, C. 2007. *Stolthed og fordom. Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion*. København: Copenhagen Business School.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen & Danske Regioner, 2014. *Faglig gennemgang af akutmodtagelserne*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen & Danske Regioner.

Mintzberg, H. 1979. *The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Sognstrup, H. 2003. *Professionelle i afdelingsledelse*. Aalborg: Aalborg Universitet.

Sundhedsstyrelsen, 2015. *Specialeplanlægning. Begreber, principper og krav*. København: Sundhedsstyrelsen.

Ulrichsen, H. & Eriksen, H. 1991. *Tre kulturer i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Bilag 1 Interviewguide

Indledning

Baggrund for interviewet (Sundhedsstyrelsens revision af specialeplanen, den kommende konference), formål (akutsygehusenes perspektiv), anvendelse af citater (anonymiseres), optagelse på Digital Recorder. Interviewet tager ca. 1 time.

Overordnet oplevelse

Hvordan oplever I overordnet set specialeplanen i forhold til Jeres opgave som akutsygehus?

Rekruttering og fastholdelse

Oplever I, at specialeplanen påvirker Jeres muligheder for at rekruttere og fastholde medarbejdere?

- Hvis ja, på hvilke måder, hvilke faggrupper/funktioner?

Oplever I, at specialeplanen påvirker Jeres muligheder for at rekruttere og fastholde ledere?

- Hvis ja, på hvilke måder, hvilke faggrupper/funktioner?

Har du nogle bud på, hvad man kan gøre for at rekruttere og fastholde på trods af centralisering, specialeplan mv.?

Udvikling

Oplever I, at specialeplanen påvirker Jeres muligheder for at udvikle Jeres tilbud?

- Hvis ja, på hvilke måder, hvilke faggrupper/funktioner?

Oplever I, at specialeplanen påvirker Jeres muligheder for kompetenceudvikling og forskning?

- Hvis ja, på hvilke måder, hvilke faggrupper/funktioner?

Driftshensyn

Oplever I, at specialeplanen påvirker Jeres drift?

- Hvis ja, i positiv eller negativ retning?
- Hvordan påvirker det Jeres drift?

Sammenhæng på tværs af funktionsniveauer

Oplever I, at patientforløbene påvirkes af specialeplanen?

- Hvis Ja, hvordan?

Oplever I, at der er sammenhæng på tværs af de forskellige funktionsniveauer (hoved-, regions- og højtspecialiseret funktion)?

- Er der sammenhæng inden for dette sygehus' murer?
 - Eksempler
- Er der sammenhæng på tværs af matrikler?
 - Eksempler

- Er der sammenhæng på tværs af hospitaler?
 - Eksempler
- Er der forskelle på, hvordan samarbejdet er med regionsfunktioner og de højt specialiserede funktioner?
 - Eksempler
- Hvordan arbejder I for at skabe sammenhæng?
 - Eksempler

Hvordan oplever I, at specialeplanen bidrager til at varetage helheden i det danske sundhedsvæsen?

Fremadrettet

Hvis der er noget, I kunne ønske var bedre fremadrettet set ud fra Jeres perspektiv (relateret til specialeplanen), hvad ville det så være?

- Hvem skulle gøre hvad?

Bilag 2 § 208 og 209 i Sundhedsloven

Kilde: Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005

§ 208. Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner, herunder til placeringen af lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen godkender lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Stk. 4. Sundhedsstyrelsen kan inddrage en godkendelse efter stk. 2 efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, såfremt en sygehusafdeling med lands- eller landsdelsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer andet.

Stk. 5. Regionsrådet og vedkommende private sygehuse afgiver årligt en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i stk. 1 fastsatte krav på afdelinger med lands- eller landsdelsfunktion.

§ 209. Det påhviler hvert regionsråd under iagttagelse af de i § 208 fastsatte krav at indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsfunktioner på regionale sygehuse samt på private sygehuse.

Stk. 2. Kan der ikke opnås enighed om indholdet af aftaler efter stk. 1, kan Sundhedsstyrelsen træffe afgørelse herom efter anmodning fra en af de berørte parter og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Stk. 3. Indgår et regionsråd ikke de fornødne aftaler efter stk. 1, kan Sundhedsstyrelsen bestemme, at betaling kan afkræves vedkommende region for patienter, der modtages til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktion på sygehuse i andre regioner samt på private sygehuse.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00