Indenrigsudvalget 2023-24
INU Alm.del - Bilag 51
Offentligt

SUNDHEDSSTRUKTUR-
KOMMISSIONEN



Sundhedsstruktur-kommissionens rapport

Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen

Juni 2024

Juni 2024

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Telefon: +45 72 26 90 00
E-mail: sum@sum.dk

ISBN 978-87-7601- 426-1 (digital version)
ISBN 978-87-7601-425-4 (trykt version)

Fotos:
Side 1, 49, 135, 189 og 279: Getty Images
Side 5: Sundhedsstyrelsen

Design: Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommunikationsenhed
i samarbejde med BGRAPHIC

Tryk: OnPrint A/S

Publikationen kan hentes på
www.ism.dk

Forord

Danmark har et godt og solidt sundhedsvæsen med mange dygtige medarbejdere. Det kan vi være stolte af, og det skal vi værne om. Men vi står overfor en stor omvæltning. Vi ser ind i en fremtid, hvor der kommer langt flere ældre, og langt flere borgere vil leve med én eller flere kroniske sygdomme. Samtidig bliver det sværere at rekruttere, særligt blandt de grupper, som fylder meget i den kommunale sygepleje og på ældreområdet. Sundhedsvæsenet er ikke rustet til ændringen i sygdomsbilledet, og der er derfor brug for ændringer i organiseringen af sundhedsvæsenet.

Regeringen har bedt Sundhedsstrukturkommissionen om at udarbejde et beslutningsgrundlag for den fremtidige organisering af sundhedsvæsnet. Siden april 2023 har jeg derfor sammen med otte kompetente og indsigtsfulde mennesker nærstuderet det danske sundhedsvæsen. Vi har været rundt i hele landet og har talt med både patienter, pårørende, medarbejdere, politikere, ledere og organisationer, som har gjort os klogere på, hvad det er for et sundhedsvæsen, patienter og borgere møder i dag. De input, vi har modtaget i vores åbne forslagspostkasse, og de analyser og forskerbidrag, der er udarbejdet, har givet os et indblik i de mest centrale udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor i dag.

Patienterne ønsker at blive mødt som hele mennesker. De efterspørger bl.a. et sundhedsvæsen, hvor den ene hånd ved, hvad den anden hånd laver, hvis der fx er behov for hjælp fra både sygehus, kommune og egen læge. Medarbejderne fortæller, at udfordringerne med at skabe sammenhæng i patienternes forløb bl.a. handler om, at samarbejdet på tværs blokeres af økonomisk kassetænkning, og den forskel, der er på, hvordan forskellige kommuner og sygehuse løser deres opgaver.

Vi har et godt sundhedsvæsen, hvor der generelt er stor tilfredshed både hos borgere og patienter. Men vi har også et sundhedsvæsen, hvor der er et uklart ansvar for det samlede patientforløb. Sårbare patienter oplever at blive tabt mellem tre stole, når deres behandlings- og plejeforløb går på tværs af det almenmedicinske tilbud, kommune og sygehuse. Samtidig har vi et sundhedsvæsen i ubalance. Der er ikke investeret tilstrækkeligt i det primære sundhedsvæsen til at løse de udfordringer, som fremtidens patienter har. Det betyder, at patienter ikke altid modtager den rettidige og effektive indsats, som de har brug for.
Vi har også et sundhedsvæsen, hvor behovet for og adgangen til sundhedstilbud varierer på tværs af landet. Det betyder, at borgere i nogle dele af landet ikke har tilstrækkelig adgang til relevante sundhedstilbud.

Nu skal fokus være på at ruste sundhedsvæsenet til, at der kommer flere borgere med én eller flere "almindelige" sygdomme, som ikke skal være en hindring for at leve et godt og aktiv liv langt ind i alderdommen. Vi skal skabe et sundhedsvæsen, hvor patienterne bliver grebet, når de overgår fra én sektor til en anden i deres forløb. Vi skal have vendt kompasset mod det nære, så patienterne i højere grad kan møde sundhedsvæsenet som hele individer og modtage behandling og pleje tæt på, hvor de bor. Endelig skal vi have udlignet forskellene på danmarkskortet, så alle patienter har lige adgang til sundhed og forebyggelse, uanset hvor i landet de bor.

Vi håber, at vores anbefalinger og de opstillede forvaltningsmodeller for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen vil blive godt modtaget. Hvis vi skal lykkes med at fremtidssikre sundhedsvæsenet, kræver det involvering og opbakning fra alle aktører på sundhedsområdet.

Jeg vil gerne takke mine kolleger i kommissionen, de dygtige medarbejdere i sekretariatet, vores følgegruppe og andre interessenter for deres store engagement, viden og input.

God læselyst.

København, juni 2024
Jesper Fisker, formand

Indhold

Kapitel 1: Indledning 6

Kapitel 2: Sammenfatning 15

Del 1: Status, udfordringer og pejlemærker for sundhedsvæsenet 50

Kapitel 3: Udviklingslinjer i organiseringen af det danske sundhedsvæsen 51

Kapitel 4: Status og udfordringer for sundhedsvæsenet 81

Kapitel 5: Pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet 131

Del 2: Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet 136

Kapitel 6: Centrale hensyn for organiseringen af sundhedsvæsenet 137

Kapitel 7: Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet 146

Kapitel 8: Svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet 173

Del 3: Tværgående anbefalinger og forslag 190

Kapitel 9: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud 191

Kapitel 10: Ny organisering af digitalisering og data 211

Kapitel 11: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet 233

Kapitel 12: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser 245

Kapitel 13: Private aktører og patientrettigheder 260

Del 4: Opgavesamling, forvaltningsmodeller, implementering og økonomi 280

Kapitel 14: Samling af flere opgaver hos én myndighed 281

Kapitel 15: Forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet 336

Kapitel 16: Ledelse og implementering af omstillingen af sundhedsvæsenet 371

Kapitel 17: Økonomi og finansiering 380

Litteratur 391

Figurer, tabeller og andre illustrationer 400

Bilag 408



Kapitel 1: Indledning

I kapitel 1 beskrives baggrunden for Sundhedsstrukturkommissionens nedsættelse og kommissions opgave og sammensætning. Derefter følger en redegørelse for, hvordan kommissionen har arbejdet med at løse kommissoriet. Til sidst er der en læsevejledning til rapporten, som også indeholder en oversigt over den betydning, som kommissionen har tillagt centrale begreber.

Sundhedsstrukturkommissionens nedsættelse og kommissorium

Sundhedsstrukturkommissionen blev nedsat den 28. marts 2023. Ønsket om at nedsætte en strukturkommission blev tilkendegivet i regeringsgrundlaget fra december 2022. Her fremgår det, at regeringen vil nedsætte en kommission, der vil få til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, som opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet.[1] Det er den opgave, Sundhedsstrukturkommissionen er sat i verden for at løse.

Boks 1.1
Uddrag fra regeringsgrundlaget 2022

På den lange bane vil regeringen tage initiativ til nødvendige beslutninger og grundlæggende forandringer, som er forudsætningen for at skabe fremtidens sundhedsvæsen.

Der er især brug for at forbedre samspillet mellem det specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene og det nære sundhedsvæsen (kommuner og almen praksis).

Regeringen vil derfor nedsætte en strukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, der opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, herunder hvordan vi får:

- Et sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder på tværs af fagligheder og geografi.
- En opgavefordeling i sundhedsvæsenet mellem sygehuse og det nære sundsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling.
- Nedbragt uligheden i sundhedsvæsenet – både geografisk og socialt.

Kilde: Regeringen. Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering. 2022

Kommissionens opgave

Ifølge kommissoriet er kommissionens opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er mere nært og bæredygtigt.

1 Regeringen, "Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering", 2022.

Modellerne skal forholde sig til udfordringerne med, at der på tværs af landet er forskellige forudsætninger for at levere sundheds- og behandlingstilbud. De skal samtidig understøtte en markant omstilling af sundhedsvæsenet, så det primære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter.

Sundhedsstrukturkommissionen anmodes i den forbindelse om at vurdere, indenfor hvilke områder og målgrupper der er særligt potentiale for forbedringer i samspil og øget omstilling af opgaveløsningen, så den i højere grad løses koordineret og i eller tæt på borgerens eget hjem, og hvor der bliver taget et mere samlet ansvar for patientforløbet. Vurderingen skal bl.a. omfatte de største kronikergrupper, borgere med multisygdom, bl.a. samtidig somatisk og psykisk sygdom, og ældre medicinske patienter.

Kommissionen skal se fordomsfrit på strukturen og organiseringen af sundhedsvæsenet og for hver af modellerne afveje fordele og ulemper med afsæt i kommissoriets sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen, jf. boks 1.2.

Boks 1.2
Sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen

- Et sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder på tværs af fagligheder, sektorer og geografi, og hvor løsninger inden for fx digitalisering udvikles i fællesskab og hurtigt udbredes.
- En opgavefordeling i sundhedsvæsnet mellem sygehuse og det nære sundsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet.
- Et sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt, så borgerne har lige adgang til samme høje kvalitet i hele landet og på tværs af sociale skel.
- Et sundhedsvæsen, der understøtter frit valg og patientrettigheder, og sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen.
- Et nært sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til sundhedstilbud, og langt flere borgere kan blive mødt og behandlet i eller tæt på hjemmet, hvor det nære sundhedsvæsen styrkes, og sygehusene aflastes, bl.a. ved udbredelse af teknologiske løsninger for nye behandlingsformer.
- Et bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor ressourcer bruges der, hvor de giver mest sundhed for pengene, hvor flere sygehusophold forebygges gennem en mere forpligtende, datadrevet og systematisk forebyggelsesindsats af høj og ensartet kvalitet, hvor unødig brug af specialiserede funktioner reduceres, og hvor trækket på medarbejderressourcer på de enkelte opgaver bliver mindre bl.a. ved at potentialer i ny teknologi indfries.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen". 2023.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og vurderinger af fremtidens struktur skal bl.a. omfatte områderne:

- Regionale strukturer
- Rammer for den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats
- Forpligtende samarbejdsstrukturer og samlokalisering
- Organisering og styring af almen praksis
- Finansierings- og incitamentsstrukturer og kultur og ledelse
- Koordination af kvalitetsudvikling
- Organisering af digitale løsninger og IT-infrastruktur
- Frit valg, patientrettigheder og private aktører

Fokus for kommissionens forslag til organiseringen er hensynet til fremtidssikring af det samlede sundhedsvæsen. Samtidig bør kommissionen i sine forslag til organisering også forholde sig til samspillet med nærliggende områder, som er tæt koblet til sundhedsområdet, i det omfang det vurderes relevant for at sikre bedre samspil med sundhedsområdet. Kommunernes styreform og geografiske afgrænsninger er ikke omfattet af kommissionens arbejde.

Kommissionens forslag til ændret organisering forudsættes at bidrage til en bedre brug af kapacitet og ressourcer og muliggøre kvalitetsforbedringer og samlet set være udgiftsneutrale og ikke medføre øget træk på personalekapacitet.

Sundhedsstrukturkommissionen skal afslutte sit arbejde med én samlet afrapportering i foråret 2024. For en gengivelse af kommissoriet i sin fulde længde henvises til bilagsmaterialet.[2]

Kommissionens sammensætning

Sundhedsstrukturkommissionen er sammensat af eksperter og praktikere udpeget af indenrigs- og sundhedsministeren. Ifølge kommissoriet er der ved udvælgelsen af kommissionsmedlemmer lagt vægt på en sammensætning, der sikrer kompetencer indenfor sundhedsøkonomi, offentlig organisering og forvaltning, sygehusdrift, den kommunale sundhedsindsats, patientperspektiv, praksissektoren, sammenhæng i sundhedssektoren, innovation og internationale erfaringer.

Kommissionsmedlemmerne er dermed personligt udpeget og derfor uden stedfortrædere. Kommissionen medlemmer fremgår af boks 1.3.

Boks 1.3
Sundhedsstrukturkommissionens medlemmer

- Jesper Fisker, administrerende direktør i Kræftens Bekæmpelse, tidligere departementschef, tidligere administrerende direktør i Sundhedsstyrelsen og tidligere direktør for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i København Kommune (formand)
- Jakob Kjellberg, professor i sundhedsøkonomi, VIVE
- Peter Bjerre Mortensen, professor ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet
- Dorthe Gylling Crüger, tidligere koncerndirektør, Region Hovedstaden
- Sidsel Vinge, konsulent, tidligere projektchef i VIVE, tidligere sundhedschef i Gladsaxe Kommune
- Mogens Vestergaard, praktiserende læge ved Lægefællesskabet Grenå, seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus og professor ved Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitet.
- Marie Paldam Folker, centerchef, Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark
- Søren Skou, tidligere administrerende direktør, A.P. Møller Mærsk
- Gunnar Bovim, tidligere formand for Helsepersonelkommisjonen og rådgiver på Norges teknik-naturvidenskabelige Universitet

Sundhedsstrukturkommissionen er blevet betjent af et sekretariat i Indenrigs- og Sundhedsministeriet med deltagelse af repræsentanter fra Finansministeriet, Økonomiministeriet og Social-, Bolig- og Ældreministeriet. Derudover har professor emeritus Kjeld Møller Pedersen fra Syddansk Universitet været tilknyttet sekretariatet.

2 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen", 2023.

Sammenhæng til tidligere kommissionsarbejder

Sundhedsstrukturkommissionens nedsættelse ligger i forlængelse af en dansk tradition, hvor struktur- og opgavekommissioner kan udarbejde et politisk beslutningsgrundlag forud for politisk stillingtagen til spørgsmål om eventuel ændret inddeling af og opgaveplacering i den politisk-administrative struktur.

Strukturkommissionen, som arbejdede fra oktober 2002 til januar 2004, er den seneste kommission med betydning for opgaveinddelingen på sundhedsområdet. Den efterfølgende politisk vedtagne kommunalreform trådte i kraft i januar 2007 medførte, at 271 kommuner blev til 98 kommuner, og de daværende 14 amter blev nedlagt til fordel for etablering af fem regioner. Foruden ændringer i den organisatoriske struktur medførte strukturreformen en ny fordeling af opgaverne mellem kommuner, regioner og staten ledsaget af en ny finansierings- og udligningsreform.

Sundhedsstrukturkommissionens arbejde og anbefalinger, forslag og modeller skal desuden ses i sammenhæng med Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, som blev nedsat i august 2022 og afrapporterede i september 2023. Kommissionen for robusthed havde til opgave at opstille anbefalinger til, hvordan der kan sikres mere personale med mere tid til kerneopgaven og anbefalinger til smartere opgaveløsning gennem systemer og teknologier, der nedbringer bureaukrati og giver mere tid og bedre rum til at løse kerneopgaven.

Sundhedsstrukturkommissionens arbejde

Sundhedsstrukturkommissionen har afviklet 14 kommissionsmøder fordelt på 18 mødedage i perioden april 2023 til maj måned 2024. Kommissionen afrapporterer i form af en hoved-, en baggrunds- og en bilagsrapport. Hovedrapporten præsenterer seks anbefalinger med tilhørende forslag og tre forvaltningsmodeller til organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen.

Det er en samlet kommission, som står bag afrapporteringen. Samtidig er der elementer i afrapporteringen, hvor kommissionens medlemmer har haft forskellige vurderinger, og hvor de endelige formuleringer derfor er udtryk for, at der er sket en samlet vægtning af de perspektiver, som har været til stede i kommissionen.

Afgrænsning af kommissionens fokusområde

Sundhedsstrukturkommissionen har på baggrund af kommissoriet beskæftiget sig bredt med sundhedsvæsenet og de nærliggende områder. Udgangspunkt for kommissionens arbejde har været, at sundhedsområdet dækker over de indsatser, der fremgår i sundhedsloven. Dog vurderer kommissionen, at en række indsatser efter serviceloven i praksis og fra et borgerperspektiv er tæt forbundne med indsatser efter sundhedsloven og derfor kan betragtes som nærtliggende områder til sundhedsområdet. Kommissionen har betragtet de områder, som almindeligvis omtales det kommunale "ældreområde" og dele af "socialområdet", der fx vedrører sociale indsatser til borgere med psykisk lidelse, som nærtliggende og derfor omfattet af genstandsfeltet for kommissionens arbejde. For en nærmere afgrænsning af henholdsvis sundheds-, ældre- og socialområdet henvises til ordlisten, som fremgår i slutningen af kapitel 1.

Sundhedsstrukturkommissionen har for så vidt angår praksissektoren særligt beskæftiget sig med det almenmedicinske tilbud, som også følger af kommissoriet. Den øvrige praksissektor, der består af praktiserende kiropraktorer, fysioterapeuter, fodterapeuter, psykologer og tandlæger og tandplejere, er i mindre omfang direkte berørt af kommissionens anbefalinger. Kommissionen vurderer dog, at der kan være behov for at forholde sig til organiseringen af de øvrige praksisområder i fremtiden. Det kan potentielt ske med udgangspunkt i de vurderinger og anbefalinger, som kommissionen skitserer for det almenmedicinske tilbud og for de praktiserende speciallæger.

Prioritering, attraktive arbejdspladser og strukturel forebyggelse

Sundhedsstrukturkommissionens opgave er at give anbefalinger til og opstille modeller for en ændret organisering, som kan bidrage til at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Bæredygtig organisering er central præmis for fremtidens sundhedsvæsen, men ændrede strukturer alene vil ikke løse sundhedsvæsenets udfordringer.

Det er dermed kommissionens opfattelse, at en fremtidssikring af sundhedsvæsenet også forudsætter, at:

- Der sker en skarpere prioritering af hvilke behandlinger, som tilbydes i det offentligt finansierede sundhedsvæsen
- Der er fokus på at skabe attraktive arbejdspladser
- Opgaverne løses fleksibelt og med de rette kompetencer

I 2023 er Robusthedskommissionen kommet med en række anbefalinger indenfor de områder, som det vil være vigtigt at gennemføre. Dertil har regeringen varslet etableringen af et nationalt prioriteringsråd, som kommissionen anser for at være et vigtigt tiltag.

Sundhedsstrukturkommissionens vurderer, at det ligger udenfor kommissoriet at opstille anbefalinger til den strukturelle forebyggelsesindsats, fx i form af skatter og afgifter. Kommissionen bemærker dog, at en fremtidssikring af sundhedsvæsenet har en tæt sammenhæng med sygdomsudviklingen, som i et længere tidsperspektiv vil kunne påvirkes betydeligt og i positiv retning gennem strukturel forebyggelse, bl.a. indenfor alkohol- og tobaksområdet. En fremtidssikring af sundhedsområdet forudsætter derfor også nye og virksomme tiltag i form af strukturel forebyggelse.

Analyser

I lyset af den fastlagte tidsramme har kommissionen bl.a. baseret sine overvejelser på eksisterende materiale og analyser. Der er også bestilt et antal ekspertbidrag og analyser, som har indgået i kommissionsarbejdet. En oversigt over ekspertbidrag og analyser, udført ved eksterne leverandører, fremgår af boks 1.4. Analyserne fremgår desuden i sin helhed af bilagsrapporten.[3]

Boks 1.4
Eksternt rekvirerede analyser og ekspertbidrag, udarbejdet for Sundhedsstruktur-kommissionen

- Benchmarkingenheden. Ældre med højest forbrug af sundheds- og ældreydelser. ISM. 2024
- Boston Consulting Group. Omstilling til det nære sundhedsvæsen. 2024
- Boston Consulting Group. Sundhedsvæsenets organisering m.v. i udvalgte lande. 2024
- Implement Consulting Group. Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb. Analyse gennemført for Sundhedsstrukturkommissionen. 2024.
- Ingemann og Vestergaard. Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen. Et idepapir til Sundhedsstrukturkommissionen. 2024
- Jønsson, Alexandra Brandt Ryborg. Patienters og pårørendes oplevelse af mødet med sundheds-væsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer. 2024.
- Madsen, Marie Henriette. VIVE. Sammenhæng ifølge sundhedspersonale. 2024.
- Opstrup, Niels. Syddansk Universitet. Det regionale politiske niveau. 2023

3 Sundhedstrukturkommissionen, "Bilagsrapport", 2024.

- PA Consulting Group. Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen. 2024.
- Sundhedsstyrelsen. Muligheder og forudsætninger for omstilling til det nære sundhedsvæsen. 2024.
- Sundhedsstyrelsen. Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning. 2024.
- SIF. Opgørelser af forbrug og behov for sundhedsydelser. 2024

Inddragelse og debat

Ifølge kommissoriet for Sundhedsstrukturkommissionen skal kommissionen være inddragende og understøtte en bred offentlig debat. Samtidig skal kommissionsmedlemmerne deltage aktivt i den offentlige debat om kommissionens arbejde med at fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Kommissionens arbejde med at sikre bred offentlig inddragelse har bestået af en række aktiviteter og initiativer, der både har involveret borgere, sundhedsprofessionelle, administratorer, eksperter, patientforeninger, faglige organisationer, interesseorganisationer og offentlige institutioner.

Kommissionens inddragelsesaktiviteter er nærmere beskrevet i boks 1.5.

Boks 1.5
Inddragelses- og debataktiviteter

- Kommissionen har afholdt to borgermøder – et møde i Aarhus og et møde i København – for at få direkte indsigt i patienter og pårørendes erfaringer med sundhedsvæsenet.
- Kommissionen har været på ni inspirationsbesøg rundt om i landet for at indhente viden og erfaring.
- Kommissionens formand og øvrige medlemmer har i stort omfang givet oplæg og deltaget i paneldebatter i forbindelse med både større offentlige konferencer og medlemsarrangementer i samarbejde med patientforeninger, faglige organisationer og interesseorganisationer m.v.
- Kommissionen har afholdt ca. 50 møder med interessenter, hvor formanden og et eller flere kommissionsmedlemmer har deltaget.
- Kommissionen har afholdt ca. 25 virtuelle morgenmøder, hvor udvalgte eksperter og praktikere har holdt oplæg for og drøfte deres viden og erfaringer med kommissionen.
- Kommissionen har afholdt et sundhedstopmøde den 8. december 2023 med bred deltagelse af repræsentanter fra organisationer med interesser på sundhedsområdet. I den forbindelse blev der offentliggjort fire analyser, herunder Sundhedsstrukturkommissionens egen analyse af Sundhedsvæsenets udfordringer.
- Kommissionens åbne postkasse har givet mulighed for, at alle borgere, eksperter, og organisationer har kunnet rette henvendelse til kommissionen. Der er publiceret ca. 190 henvendelser fra interessenter og borgere på kommissionens hjemmeside.
- Der blev nedsat en følgegruppe til kommissionen, bestående af en fast kreds af interessenter, nærmere bestemt repræsentanter fra 15 organisationer, der har bidraget med input til kommissionens arbejde. Der er afholdt i alt 4 møder i følgegruppen.

Læsevejledning

Det følgende afsnit indeholder en gennemgang af rapportens opbygning og redegørelse for betydningen af centrale begreber, som de er blevet brugt i kommissionens afrapportering.

Rapportens opbygning og kommissionens samlede afrapportering

Hovedrapporten består foruden indledningen af fire rapportdele. I indledningen beskrives Sundhedsstrukturkommissionens opgave og arbejde med at løse kommissoriet (kapitel 1) og en sammenfatning af kommissionens hovedrapport (kapitel 2).

I rapportens første del kortlægges beslutninger og udviklingstræk, som har formet sundhedsvæsenet frem til i dag (kapitel 3). Derefter beskrives status og udfordringer for sundhedsvæsenet (kapitel 4) og de pejlemærker, som kommissionen fokuserer på i udviklingen af sundhedsvæsenet (kapitel 5).

I rapportens anden del opstilles seks hensyn, som organiseringen af sundhedsvæsenet bør understøtte (kapitel 6). Derudover beskrives den nuværende organisering af sundhedsvæsenet (kapitel 7), inden kommissionen vurderer styrker og svagheder ved den eksisterende organisering (kapitel 8).

I rapportens tredje del præsenteres fem tværgående anbefalinger og tilhørende forslag, som kan gennemføres, uanset hvilken forvaltningsmodel der kommer til at rammesætte sundhedsvæsenets fremtidige organisering. Anbefalingerne og de tilknyttede forslag vedrører det almenmedicinske tilbud (kapitel 9), digitaliserings- og dataområdet (kapitel 10), fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet (kapitel 11), psykiatri (kapitel 12) og private aktører, inklusive praktiserende speciallæger (kapitel 13).

I rapportens fjerde del beskrives tre forvaltningsmodeller. Modellerne indebærer ændringer i opgaveplacering eller i antallet af enheder eller niveauer (se kapitel 14 og 15). Derudover præsenteres kommissionens sjette og sidste anbefaling, som handler om implementering af en eventuel reform ud fra kommissionens anbefalinger, forslag og modeller. Endelig gennemgås de økonomiske konsekvenser af de præsenterede anbefalinger, forslag og modeller.

Kommissionens samlede afrapportering består foruden hovedrapporten af en baggrunds- og en bilagsrapport. Baggrundsrapporten indeholder beskrivelse og analyser af sygehusområdet, det kommunale sundheds- og ældreområde og områderne psykiatri, det almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæger, den øvrige praksissektor, styring af sektorernes samspil, data og digitalisering, regionernes øvrige opgaver og private sundhedsforsikringer. Bilagsrapporten indeholder de eksternt rekvirerede analyser og ekspertbidrag, som er omtalt i boks 1.4.

Centrale begreber

I det følgende beskrives betydningen af de centrale begreber, som bliver brugt i rapporten. Det omfatter begreber som "organisering", "forvaltningsmodeller", "anbefalinger og forslag", "sundhedsområdet", "sundhedsvæsenet", "ældreområdet" og flere begreber endnu.

Organisering

Organisering bruges som betegnelse for den struktur eller de styringsinstrumenter, som samlet set rammesætter opgaveløsningen i sundhedsvæsenet, indenfor en sektor eller en given opgave. Begrebet organisering dækker dermed over:

- Forvaltningsstrukturen i form af den forvaltningsmæssige inddeling, opgaveplacering og styreform
- Incitamentsstrukturen i form af finansieringsordninger
- Regulering i form af lovfastsat proces- og indholdsregulering
- Øvrig styring, fx i form af aftaler, benchmarking m.v.

Forvaltningsmodeller
Forvaltningsmodeller betegner modellerne for en ændret overordnet organisering af sundhedsvæsenet. De indebærer ændringer i forvaltningsstrukturen, bl.a. ændret inddeling og opgaveplacering. Forvaltningsmodellerne fremgår af rapportens del 4, hvor fordele og ulemper vurderes ud fra de opstillede hensyn til sundhedsvæsenets organisering.

Anbefalinger og forslag
Anbefalinger betegner kommissionens overordnede vurdering af om og hvilke ændringer, som skal ske i organiseringen på et givet område. Til anbefalingerne knytter sig desuden forslag og overvejelser til konkrete ændringer i organiseringen.

Sundhedsområdet og sundhedsvæsenet
Sundhedsområdet betegner sygehusindsatser, kommunale indsatser og indsatser i det almenmedicinske tilbud og praksissektoren, som ydes efter sundhedsloven. Hvor der i rapporten henvises til sundhedsvæsenet, vil der være tale om ydelser på sundhedsområdet, som ydes vederlagsfrit eller med offentligt tilskud.

Ældreområdet
Ældreområdet betegner indsatser, der leveres af kommunerne efter serviceloven og almenboligloven. Det er bl.a. indsatser, der i daglig tale betegnes hjemmepleje (praktisk hjælp og personlig pleje), plejehjem og hjælpemidler. Modtagerne af indsatserne er ofte ældre borgere, men indsatserne er i hovedreglen ikke afgrænset efter alder. De er typisk målrettet borgere med forskellige former for fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Ældreområdet er nærtliggende til sundhedsområdet, bl.a. fordi sygepleje efter sundhedsloven ofte gives til de samme borgere og leveres af de samme medarbejdere, som også yder personlig pleje efter serviceloven. Desuden har en stor andel af de samme borgere ofte behov for sygehusydelser (se også kapitel 14 for en nærmere afgrænsning af ældreområdet).

Socialområdet
Socialområdet betegner indsatser, der leveres af kommunerne efter serviceloven såsom socialpædagogisk støtte, botilbud, ledsagerordning m.v. Målgruppen er mennesker med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser. Dele af socialområdet er nærtliggende til sundhedsområdet, bl.a. fordi mennesker med psykiske lidelser i nogen udstrækning både har behov for behandling for deres psykiske sygdom på sygehuset og samtidig behov for en socialpsykiatrisk indsats, som kommunerne leverer.

Det primære sundhedsvæsen
Det primære sundhedsvæsen betegner indsatser i kommuner, det almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor (speciallægetilbud undtaget) efter sundhedsloven. Med undtagelse af alvorlig og akut sygdom eller tilskadekomst udgør det primære sundhedsvæsen i dag typisk den første kontakt mellem borger og sundhedsvæsen og den løbende og kontinuerlige indsats.

Det sekundære sundhedsvæsen
Det sekundære sundhedsvæsen betegner indsatser forankret på sygehuse og indsatser i speciallægetilbud (praktiserende speciallæger), som tilbydes stationært, ambulant eller som fremskudte indsatser efter sundhedsloven.

Det almenmedicinske tilbud
Det almenmedicinske tilbud betegner det tilbud, som regionen skal stille vederlagsfrit til rådighed ved alment praktiserende læge og – hvor det ikke er muligt – ved egne klinikker eller gennem udbud, jf. sundhedsloven. Betegnelsen almenmedicinsk tilbud bruges dermed som betegnelse for de offentlige eller private klinikker, der på vegne af regionen tilbyder almenmedicinsk lægehjælp. Hvor begrebet "alment praktiserende læger" anvendes, bruges det af omtale af klinikker, som drives i henhold til Overenskomst om almen praksis mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Omstilling af sundhedsvæsenet

Omstilling af sundhedsvæsenet betegner en ændring eller styrkelse af opgavevaretagelsen i det primære sundhedsvæsen for at opnå mere sundhed for pengene i det samlede sundhedsvæsen og bedre sammenhæng og kvalitet for patienterne. Det indebærer definitorisk:

1. En relativt set mindsket aktivitet i det sekundære sundhedsvæsen, som er afledt af en styrket opgavevaretagelse i det primære sundhedsvæsen og/eller ved øget egenomsorg og selvmonitorering.
2. En samlet gevinst i form af øget sundhedsgevinst for de investerede ressourcer.
3. En bedre kvalitet, livskvalitet og/eller oplevelse af mestring, når behandling flyttes tættere på eller ind i eget hjem.

Kapitel 2: Sammenfatning

Danmark har et godt og på mange måder velfungerende sundhedsvæsen. Set over tid og i international sammenligning er det danske sundhedsvæsen stærkt. Sundhedsydelserne er generelt af høj kvalitet, både indenfor det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Rygraden i sundhedsvæsenet er et veluddannet sundhedspersonale, som på forskellig vis bidrager til at give borgere og patienter den bedst mulige behandling, træning, pleje og omsorg indenfor de mål og rammer, der er fastsat af folkevalgte politikere. Når det danske sundhedsvæsen står stærkt, skyldes det bl.a. de tilpasninger og reformer af sundhedsvæsenet, som er blevet gennemført i årenes løb.

Tilsvarende en række andre vestlige lande står det danske sundhedsvæsen nu og i de kommende år imidlertid overfor markante udfordringer. Først og fremmest vil et stigende antal ældre betyde, at flere får alders- og livsstilsbetingede sygdomme, og flere borgere lever med en eller flere kroniske sygdomme. Det skyldes bl.a. den positive udvikling, hvor mange borgere lever længere, bl.a. som følge af sundhedsvæsenets samlede indsats. Samtidig ses en udvikling, hvor flere børn og unge bliver diagnosticeret med psykiske lidelser. Derudover vil manglen på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere tiltage i de kommende år. Det gælder særligt social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter.

Det er en del af baggrunden for, at regeringen den 28. marts 2023 nedsatte Sundhedsstrukturkommissionen. Hensigten med at nedsætte en kommission blev tilkendegivet i regeringsgrundlaget fra december 2022, hvor det fremgår, at regeringen vil tage initiativ til de beslutninger og grundlæggende forandringer, som er nødvendige for at skabe fremtidens sundhedsvæsen.[4]

På den baggrund fik kommissionen til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller forskellige modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen. Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Modellerne skal samtidig tage højde for, at der på tværs af landet er forskellige forudsætninger for at levere sundheds- og behandlingstilbud, og de skal bidrage til en markant omstilling af sundhedsvæsenet, så det primære sundhedsvæsen bliver styrket og tager større ansvar for flere patienter.[5]

Sundhedsstrukturkommissionen præsenterer i alt tre modeller for forvaltningsstrukturen og opgaveplacering i sundhedsvæsenet og seks generelle anbefalinger til den fremtidige organisering, som er uafhængige af valget af forvaltningsmodel. Til anbefalingerne knytter sig en række konkrete forslag.

Boks 2.1
Hvad betyder organisering?

I kommissionens rapport bruges begrebet "organisering" som betegnelse for den struktur eller de styringsinstrumenter, som samlet set rammesætter opgaveløsningen i sundhedsvæsenet, indenfor en sektor eller en given opgave. Begrebet dækker dermed over:

- Forvaltningsstrukturen i form af den forvaltningsmæssige inddeling, opgaveplacering og styreform
- Incitamentsstrukturen i form af finansieringsordninger
- Regulering i form af lovfastsat proces- og indholdsregulering
- Øvrig styring, fx i form af aftaler, benchmarking m.v.

4 Regeringen, "Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering", 2022.

5 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen", 2023.

1. Status, udfordringer og pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet

I rapportens første del kortlægges beslutninger og udviklingstræk, som har været med til at forme sundhedsvæsenet gennem årene. Herudover beskrives status og udfordringer for sundhedsvæsenet i dag og de pejlemærker, som Sundhedsstrukturkommissionen har valgt at fokusere på i fremtidssikringen af sundhedsvæsenet (se kapitlerne 3-5).

Udviklingslinjer i organiseringen af sundhedsvæsenet

Den nuværende organisering af det danske sundhedsvæsen er et resultat af en lang række tidligere reformer og løbende ændringer. Senest blev de politisk-administrative enheder med strukturreformen i 2007 reduceret fra 271 til 98 kommuner og fra 14 amter til fem regioner.

Gennem årene er der sket en øget specialisering og centralisering af det sekundære sundhedsvæsen, som har løftet kvaliteten i de sundhedstilbud, borgerne modtager. I psykiatrien er der gennemført en afinstitutionalisering, hvor ambulant behandling i høj grad har erstattet langtidsindlæggelse. Organiseringen af det almenmedicinske tilbud og samspillet med det øvrige sundhedsvæsen har været diskuteret længe. Det samme har balancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, hvor der er blevet fremlagt argumenter for, at flere opgaver burde løses i praksissektoren fremfor på sygehusene. Samtidig er kommunerne efter strukturreformen blevet tildelt flere og mere komplekse sundhedsopgaver, og den digitale udvikling har gjort det muligt at dække flere sundhedsbehov end tidligere. Det er nogle af de beslutninger og udviklingstræk, som har formet organiseringen af det danske sundhedsvæsen (se kapitel 3).

Status og udfordringer

Sundhedsstrukturkommissionen har identificeret tre væsentlige tendenser, der ændrer forudsætningerne for opgaveløsningen i fremtiden, og tre væsentlige udfordringer for sundhedsvæsenet. De tre tendenser vedrører 1) det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede, 2) mangel på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere og 3) befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet. De tre væsentlige udfordringer er 1) usammenhængende patientforløb, 2) ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen og 3) geografisk og social ulighed i sundhed (se kapitel 4).

Ændrede forudsætninger for det danske sundhedsvæsen

For det første har sygdomsbilledet ændret sig, både for unge og ældre. Den andel af befolkningen, der er 80 år eller ældre, vil stige med 14 pct. frem mod 2035. I 2050 vil andelen være fordoblet sammenlignet med 2023. Dertil kommer, at andelen af ældre varierer på tværs af landet, og derfor vil de geografiske forskelle i behovet for sundhedsydelser blive forstærket i de kommende år. Med en aldrende befolkning følger, at flere udvikler alders- og livsstilsbetingede sygdomme, og flere lever længere med sygdommene. Derudover diagnosticeres flere børn og unge med psykiske lidelser. Siden 2013 er antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser steget med 25 pct.

For det andet er manglen på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere tiltagende. I de kommende år vil et generationsskifte medføre stor medarbejderafgang og en forværret rekrutteringssituation. Det gælder særligt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, som udgør en stor andel af medarbejderne på det kommunale sundheds- og ældreområde. Tendensen skal ses i lyset af, at Danmark i forvejen er blandt de lande i OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), hvor den højeste andel af den samlede arbejdsstyrke er beskæftiget på sundheds- og ældreområdet.

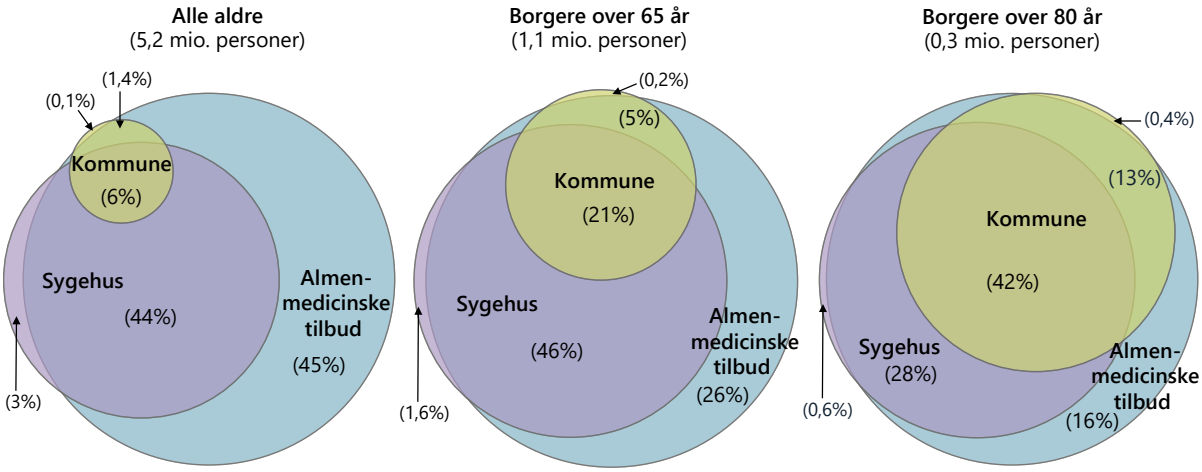
Den tredje og sidste tendens, som ændrer forudsætningerne for sundhedsvæsenet, er, at borgernes samlede forventninger til, hvad sundhedsvæsenet kan levere, stiger. Årsagen til de stigende forventninger er en kombination af generelt øget velstand og et stigende behov for sundhedsydelser som følge af ændringer i demografien.

Udfordringer for sundhedsvæsenet

Det er ikke kun forudsætningerne for det danske sundhedsvæsen, der er under forandring. Sundhedsvæsenet står også overfor tre væsentlige udfordringer, som allerede nu påvirker borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet.

Den første udfordring er usammenhængende patientforløb. Mange borgere har kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet. I 2022 havde mere end halvdelen af dem, som havde kontakt til sundhedsvæsenet, kontakt med mindst to af de tre hovedsektorer. Jo ældre en person bliver, desto større er kontakten på tværs af sektorerne, jf. figur 2.1. En aldrende befolkning indebærer derfor, at stadig flere borgere vil få behov for forløb i sundhedsvæsenet, som både involverer alment praktiserende læger, sygehuse og kommunen. De tværgående forløb medfører risiko for et uklart ansvar for borgerens forløb og stiller samtidig store krav til koordinering og vidensdeling på tværs af sundhedsvæsenet, så borgerne oplever sammenhæng og kvalitet.

Figur 2.1
Borgere med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer, 2022



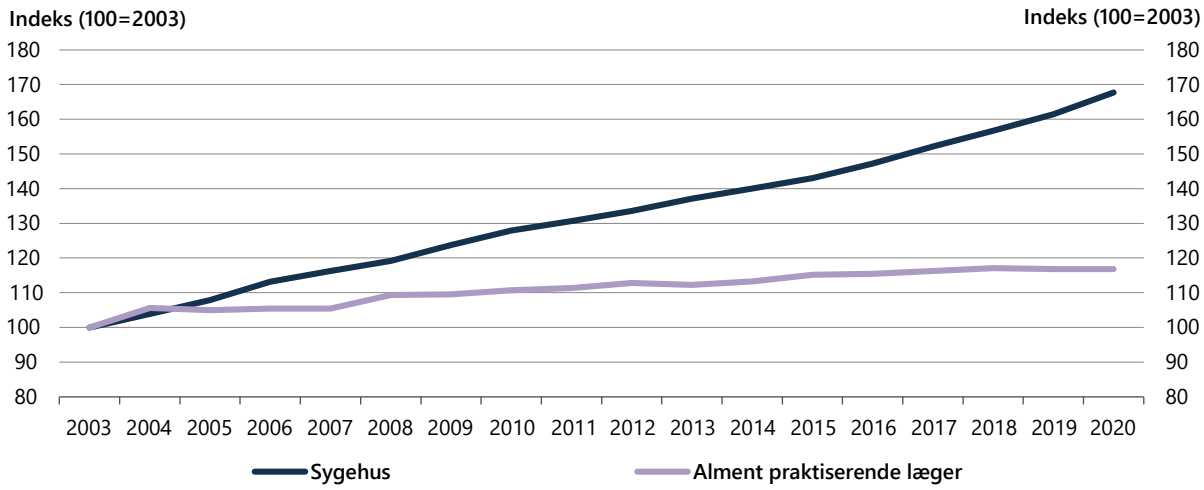
Anm.: Figuren viser andelen af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet i 2022, fordelt på de tre sektorer (alment praktiserende læger, kommune og sygehus). Det er ikke muligt at vise en nøjagtig proportional fordeling af overlap i kontakter mellem sektorer, og diagrammet er derfor en approksimation. Derfor kan overlappet mellem sygehuse og kommuner ikke vises grafisk i diagrammet. Overlappet mellem sygehuse og kommuner udgør hhv. 0,1 pct. for alle aldre, 0,2 pct. for borgere over 65 år og 0,3 pct. for borgere over 80 år.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret, Sygeforsikringsregisteret, Plejehjemsdata, Elektroniske omsorgsjournaler og Det Centrale Personregister).

Den anden udfordring er ubalancen mellem det primære sundhedsvæsen (kommuner, det almenmedicinske tilbud og øvrige praktiserende sundhedspersoner) og det sekundære sundhedsvæsen (sygehuse og praktiserende speciallæger). Der er sket en udvikling og investering i sundhedsvæsenet, som har medført øget specialisering. Specialiseringen har bidraget til betydelige kvalitetsforbedringer, bl.a. i behandlingen af kræft og hjertesygdomme. Der er imidlertid også områder, hvor den høje grad af specialisering medfører ulemper, især for patienter med flere samtidige sygdomme. Herudover har især det primære sundhedsvæsen svært ved at følge med behovet for sundhedsydelser.

Siden 2003 er antallet af alment praktiserende læger steget med 20 pct., mens antallet af læger, der er ansat på sygehusene, er steget med 70 pct., jf. figur 2.2. Forskellen er særligt vokset frem i årene efter oprettelsen af regionerne. Figuren skal ses i lyset af, at den relative vækst i offentlige udgifter til de to sektorer har været omtrent den samme, og der har derfor bl.a. været mulighed for at ansætte mere ikke-lægeligt sundhedspersonale i det almenmedicinske tilbud.

Figur 2.2
Udvikling i antal læger ansat på sygehusene og alment praktiserende læger, indeks (2003=100)

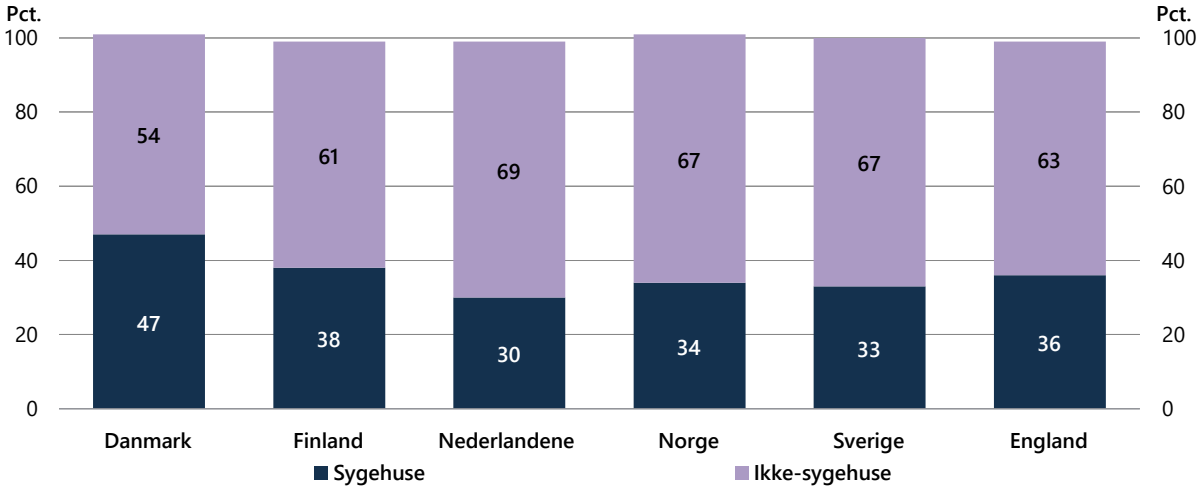


Anm.: Indeks = 2003. Bemærk, at figuren er opgjort i antal personer beskæftiget i den pågældende sektor og ikke i fuldtidsbeskæftigede/lægekapaciteter. Afgrænsningen af læger ansat ved sygehuse er "Physicians employed in hospitals" og alment praktiserende læger er "General medical practitioners".

Kilde: OECD Health Statistics, Healthcare Resources.

Danmark bruger omkring 10 pct. af BNP på sundhed og er dermed på niveau med mange af de lande, som Danmark normalt sammenligner sig med. Det er altid svært at sammenligne tal på tværs af landegrænser, alene fordi der er forskel på, hvordan lande organiserer sig, og hvordan de indsamler data. Men set i international sammenhæng vejer sundhedsudgifterne til at drive sygehuse i Danmark tungt sammenlignet med de udgifter, der dækker det øvrige sundheds- og ældreområde. I sammenligning med andre relevante lande er det dermed en større andel af sundhedsudgifterne, som går til den mest specialiserede del af sundhedsvæsenet, fremfor fx de alment praktiserende læger, ældrepleje og forebyggelse, jf. figur 2.3.

Figur 2.3
Sundhedsudgifter fordelt på funktion, udvalgte lande, 2019



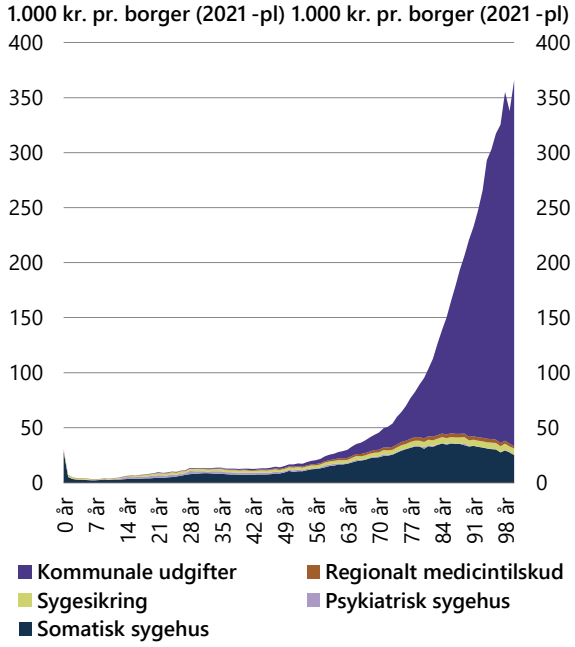
Anm: På grund af afrundinger summer tallene ikke til 100. Fordelingen tager afsæt i OECDs Health Care Functions. Hvor en yderligere segmentering er gjort ved hjælp af OECDs Heath Care Providers er det anført nedenfor; Sygehuse er afgrænset til: "Current expenditures on health, inpatient curative and rehabilitative care, all providers", "Outpatient curative and rehabilitative care, hospitals"; Ikke-sygehuse er afgrænset til: "Current expenditures on health, outpatient curative and rehabilitative care, providers of ambulatory health care", "Residential long-term care facilities", og inkluderer bl.a. "medical goods", "preventive care" og "anciallary services"; Alle tal er købekraftsjusteret og omregnet med valutakurs 1,0 EUR = 7,45 DKK. Tal for Storbritannien er brugt som proxy for England. Sammenlignes med en OECD "hospitals" provider-opgørelse undervurderer den anvendte metode sygehusforbruget i bl.a. Norge, Sverige og England, da de præhospitale udgifter fra indlæggelser og ambulante besøg i højere grad indgår som sygehusudgifter i de danske opgørelser. Uanset opgørelsesmetode er andelen af udgifter, der bruges på sygehuse, størst i Danmark.

Kilde: BCG, 2023, Sundhedsvæsenets organisering m.v. i udvalgte lande.

Den demografiske udvikling skaber et øget behov for sundheds- og omsorgsydelser indenfor det kommunale sundheds- og ældreområde. Fra borgeren fylder 65 år, stiger det gennemsnitlige behov for sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp. De kommunale udgifter på sundheds- og ældreområdet til personer, som er fyldt 85 år, er ca. 11 gange højere end til personer, der er fyldt 65 år, jf. figur 2.4.

En del af forklaringen på udviklingen er, at jo tættere en person er på livets afslutning, desto mere hjælp og pleje har personen brug for. Udgifterne til de kommunale sundheds- og plejeindsatser, som en borger modtager, stiger derfor i gennemsnit ganske markant i de sidste tre år inden et dødsfald, jf. figur 2.5. Det kommer bl.a. til udtryk i udgifterne til plejehjemsophold.

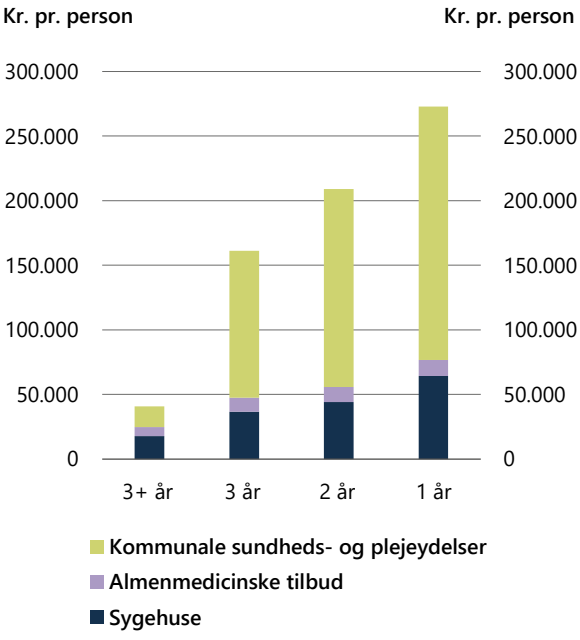
Figur 2.4
Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person, fordelt på alder, 2022



Anm.: I datagrundlaget for de kommunale udgifter indgår 85 kommuner, da datagrundlaget kun er tilstrækkeligt for de kommuner. Opgørelserne for 2021 er påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af covid-19 og sygeplejerskestrejken. Udgifterne er angivet i pris- og lønniveau for 2021 (2021-PL).

Kilde: Robusthedskommissionen, 2023, Robusthedskommissionens anbefalinger.

Figur 2.5
Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år, fordelt på afstand til død, 2019



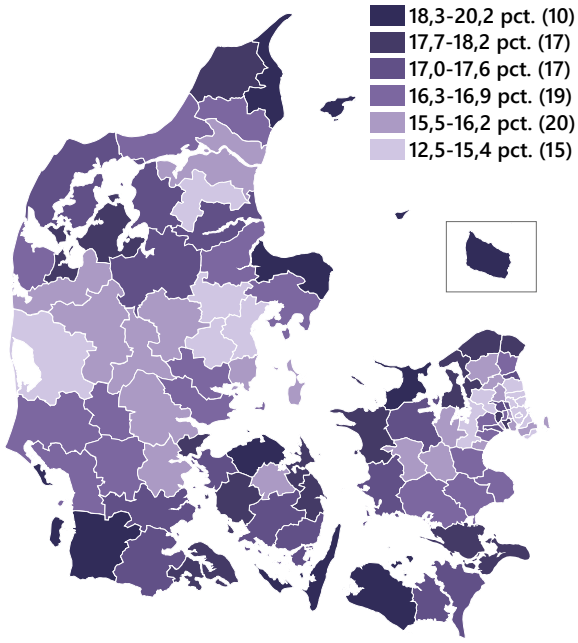
Anm: Udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 95 kommuner. Udgifter til praksissektror omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter sygepleje, hjemmepleje og plejebolig. Ældre på 100 år og derover er samlet i samme alderskategori. Afstand til død er baseret på 2019-data.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023, Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Endelig er der geografisk og social ulighed i sundhed. Der er væsentlige forskelle i sundhedsbehov og adgang til sundhedstilbud på tværs af landet. Adgangen til sundhedstilbud er oftest udfordret i de dele af landet, hvor sundhedsbehovet er størst. Det gælder fx adgangen til alment praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger og kommunale sundhedstilbud. Omvendt er adgangen til sundhedstilbud bedst i områder, hvor befolkningen som helhed er sundest.

Landkommuner har en markant højere andel af borgere med kroniske sygdomme end bykommunerne. Fx har over 20 pct. af borgerne på Langeland en kronisk sygdom mod 12 pct. af borgerne i København, jf. figur 2.6. Landkommunerne har også en markant højere andel af ældre og multisyge end øvrige kommuner. Tilsvarende er de områder, som er betegnet som lægedækningstrudede, fordi der er vanskeligheder med at tiltrække alment praktiserende læger, typisk at finde i landkommunerne, jf. figur 2.7. Indenfor de store byer kan der også findes områder med ubalancer mellem sundhedsfaglige behov og ressourcer.

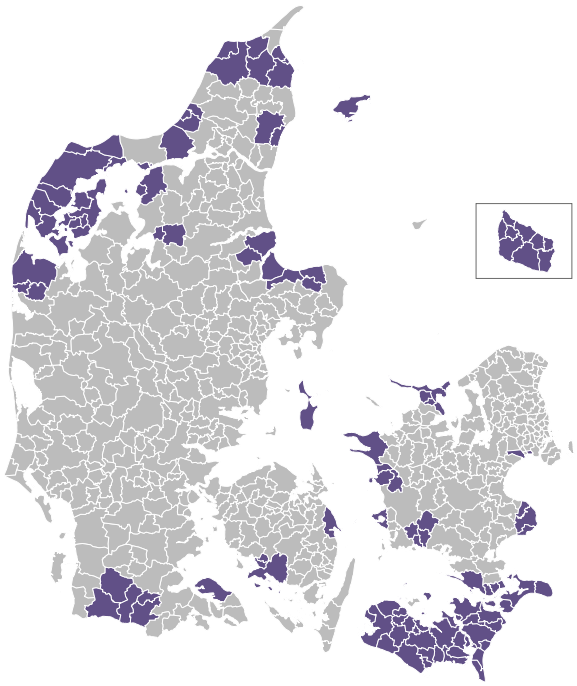
Figur 2.6
Andel borgere med kronisk sygdom pr. 1.000 borgere i befolkningen, 2022



Anm.: De udvalgte kroniske sygdomme: astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, type 1-diabetes og type 2-diabetes.

Kilde: Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 2.7
Lægedækningstruede områder, 2021-2024



Anm.: Lægedækningstruede områder er fastlagt for hele den indeværende overenskomstperiode 2021-2024. De er kendetegnet ved at have en stor andel borgere tilknyttet, fx udbuds- og regionsklinikker, patientgrundlag med relativt store sundhedsbehov, vanskeligheder ved at sælge en lægepraksis, og de nuværende læger nærmer sig pensionsalderen.

Kilde: PLO, landsdækkende lægedækningstruede områder.

Pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet

Med afsæt i de tendenser og udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor nu og i fremtiden, vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at der særligt er behov for at fokusere på flere forhold i fremtidssikringen af det danske sundhedsvæsen (se kapitel 5).

Sammenhæng, kvalitet og ressourceudnyttelse i patientforløb kan forbedres markant ved at styrke de indsatser, som leveres i det primære sundhedsvæsen. Det kræver, at opgaveløsningen i sundhedsvæsenet gentænkes, og en større andel af ressourcer investeres i at styrke det primære sundhedsvæsen. Ansvaret for patienter med længerevarende sygdom skal i langt højere grad varetages af det almenmedicinske tilbud, mens sygehusene i højere grad skal understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen. Det vil også medføre, at færre får behov for en sygehusindsats. Samtidig er der behov for at fastholde og udvikle kvaliteten på sygehusene, så sygehusindsatsen vil være af højeste kvalitet til at behandle borgere, som fx bliver ramt af akut og alvorlig sygdom. Fremtidssikring af sundhedsvæsenet indebærer derfor, at udviklingen særligt fokuserer på tre pejlemærker: 1) sundhed for de mange, 2) lige adgang til sundhed og 3) differentierede indsatser.

Sundhed for de mange handler om, at udviklingen i sundhedsvæsenet skal afspejle, at der kommer flere borgere med almene problemstillinger. Derfor er der behov for et ændret fokus i den ledelsesmæssige og politiske opmærksomhed og i fordelingen af ressourcer mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Samtidig skal opgaveløsningen og rollerne i sundhedsvæsenet løbende omlægges, så mere løses i det primære sundhedsvæsen med fokus på at forebygge forværring af sygdom og understøtte egenomsorg, vel at mærke med opbakning fra specialisterne på sygehuset eller i speciallægepraksis.

Lige adgang til sundhed handler om, at udviklingen i sundhedsvæsenet skal adressere en betydelig og voksende geografisk og social ulighed i sundhed. I fremtidens sundhedsvæsen skal der være lige adgang til stærke sundhedstilbud i hele landet. Det kræver en fordeling af ressourcer i det primære og i det sekundære sundhedsvæsen, som afspejler befolkningssammensætningen og befolkningens behov i alle dele af landet.

Differentierede indsatser handler om at målrette indsatsen til den enkelte borgers behov. På den måde bliver ressourcerne også brugt så effektivt som muligt. Det betyder, at flere skal understøttes i hjælp til selvhjælp, mens andre har behov for mere kontakt med sundhedsprofessionelle. Fx vil borgere med høj sundhedskompetence blive tilbudt digitalt understøttede indsatser og færre kontroller, mens borgere med færre sundhedskompetencer og skrøbelighed tilbydes en mere håndholdt indsats.

2. Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

I rapportens anden del beskrives og vurderes styrker og svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet. I den sammenhæng opstilles først seks hensyn, som organiseringen af sundhedsvæsenet bør understøtte. Dernæst beskrives den nuværende organisering, og til sidst præsenteres en vurdering af væsentlige svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet set i lyset af de udfordringer og muligheder, sundhedsvæsenet står overfor (se kapitel 6-8).

Centrale hensyn

Sundhedsstrukturkommissionen opstiller seks hensyn, som er centrale for at vurdere (ændringer af) den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet. De seks hensyn bruges til at vurdere svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet og til at vurdere fordele og ulemper ved de præsenterede anbefalinger, forslag og modeller til en ændret organisering af sundhedsvæsenet i rapportdel 3 og 4.

Det kræver organisatoriske forandringer at realisere de præsenterede pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet. Ændringer i sundhedsvæsenets organisering bør ske i respekt for de hensyn og målsætninger for sundhedsvæsenet, som traditionelt har haft bred politisk tilslutning. Nogle af hensynene hænger tæt sammen med pejlemærkerne, men der er også andre hensyn, som er vigtige i en samlet vurdering af styrker og svagheder ved sundhedsvæsenets organisering.

Ingen organisatorisk indretning af sundhedsvæsenet vil kunne tilgodese alle hensyn i samme grad. Det vil derfor være nødvendigt at afveje hensynene op mod hinanden. Vægtningen af de enkelte hensyn vil i sidste instans være et politisk valg (se kapitel 6).

Sundhedsstrukturkommissionens seks centrale hensyn for organiseringen af sundhedsvæsenet er:



Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet
Hensynet indebærer, at organiseringen understøtter faglig bæredygtighed i opgaveløsningen og social og geografisk lighed.



Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud
Let adgang til relevante sundhedstilbud er bl.a. betinget af graden af fri adgang til sundhedstilbud, tilbuddenes geografiske nærhed og muligheder for frit valg mellem leverandører. Behandling i hjemmet er i stigende grad relevant og muligt i takt med udviklingen af det primære sundhedsvæsen, nye teknologiske muligheder og borgernes stigende ønsker om digital kontakt med sundhedsvæsenet.



Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb
Høj kvalitet i sundhedstilbud forudsætter, at borgerne oplever en høj grad af sammenhæng i hele forløbet, fx mellem undersøgelse, udredning og behandling og efterfølgende genoptræning, pleje og rehabilitering. Derfor er det et væsentligt hensyn, at organiseringen af sundhedsvæsenet understøtter en stærk sammenhæng i borgernes forløb.



Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer
Hensynet om at give borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer indebærer, at organiseringen understøtter omkostningseffektivitet og økonomisk robusthed, en stærk sammenhæng mellem opgave- og budgetansvar og effektiv brug af knappe personaleressourcer i sundhedsvæsenet.



Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol
Hensynet om effektiv politisk styring og demokratisk kontrol indebærer, at organiseringen giver et klart politisk ansvar for leveringen af sundhedstilbud, understøtter politisk opmærksomhed på væsentlige udfordringer og bidrager til politisk handlekraft og styring.



Hensyn 6: Implementeringsomkostninger
Implementering af større organisatoriske forandringer indebærer både potentialer, risici og omkostninger. Det er derfor vigtigt, at de organisatoriske og strukturelle løsninger for fremtidens sundhedsvæsen også vurderes i et implementeringsperspektiv.

Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

Det danske sundhedsvæsen er i høj grad decentralt organiseret. I dag er der tre forvaltningsled med ansvar på sundhedsområdet: Stat, regioner og kommuner. Staten udstikker de overordnede rammer for at varetage sundhedsopgaverne via lovgivning, årlige økonomiaftaler, retningslinjer og anden statslig styring indenfor området. Det økonomiske og driftsmæssige ansvar er derimod placeret i regioner og kommuner.

Det danske sundhedsvæsen har en række væsentlige styrker. Sundhedsydelserne er generelt af høj kvalitet og leveres af et veluddannet sundhedspersonale i et overvejende offentligt finansieret sundhedsvæsen med universel adgang til ydelserne. Sygehusstrukturen har over de senere år gennemgået en nødvendig tilpasning, og der er i dag 21 akutsygehuse. Samling af behandlinger på færre sygehusmatrikler har været med til at sikre en højere kvalitet i sygehusbehandlingen, og mange behandlinger er blevet omlagt fra indlæggelser til ambulante behandlinger. På trods af den seneste tids udfordringer med ventetider til sygehusbehandling har ventetiden generelt været faldende over en lang årrække.

Kommunerne har fået en markant større rolle på sundhedsområdet end tidligere. Det gælder fx genoptræning efter indlæggelse, men også indenfor områder, der er opstået som konsekvens af udviklingen i sygehusenes opgavevaretagelse, fx akutfunktioner i den kommunale sygepleje. I praksissektoren er det almenmedicinske tilbud til stede i hele landet, og der er generelt høj tilfredshed hos borgerne med det almenmedicinske tilbud, som også varetager en central rolle som gatekeeper for indsatser i det sekundære sundhedsvæsen (se kapitel 7).

Svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

Set over tid og i international sammenligning er det danske sundhedsvæsen veludbygget, tilgængeligt, og det leverer sundhedsydelser af høj kvalitet til hele befolkningen. Men i lyset af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor, vurderer kommissionen, at der er en række væsentlige svagheder ved sundhedsvæsenets nuværende organisering. Det gælder især den overordnede opgave- og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet, styring og regulering indenfor de enkelte sektorer og organiseringen af arbejdet med digitalisering og data (se kapitel 8).

Opgave- og ansvarsfordelingen i sundhedsvæsenet

Den nuværende opgave- og ansvarsfordeling er medvirkende til utilstrækkelig sammenhæng i patientforløb, manglende investeringer i de almene sundhedstilbud og udfordringer med faglig bæredygtighed i dele af kommunernes opgaveløsning.

Udviklingen indenfor sundhedsvæsenet vil give flere forløb på tværs af sektorer. Det samme vil den demografiske udvikling og et ændret sygdomsbillede. Det understreger behovet for en organisering, som understøtter sammenhængende patientforløb. Gennem tiden er der blevet iværksat mange gode projekter og initiativer til at styrke sammenhængen. Dog vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at der er behov for markant stærkere tiltag for at skabe sammenhæng, især i de forløb, der går på tværs af det almenmedicinske tilbud, kommuner og sygehuse. Den nuværende konstruktion af sundhedsklyngerne imødekommer ikke i tilfredsstillende grad sundhedsvæsenets udfordringer med at samarbejde på tværs af sektoropdelingen.

Hvad angår investeringerne i de almene sundhedstilbud, medfører opgave- og ansvarsfordelingen, at regionerne har en begrænset økonomisk tilskyndelse til at investere i en udbygning af det primære sundhedsvæsen ved at stille ressourcer til rådighed for den del af sundhedsvæsenet, som kommunerne har ansvaret for. Der er samtidig en risiko for, at kommunerne vil underinvestere i indsatser til at forebygge egne borgeres brug af sygehusene og det øvrige sundhedsvæsen, da dele af gevinsterne tilfalder regionerne. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der er behov for en organisering, som gør det muligt, at der løbende følger ressourcer med fra det det sekundære til det primære sundhedsvæsen, når opgaveløsningen omstilles og udvikles på en måde, som kræver opbygning af nye kompetencer og kapacitet.

Endelig betyder den nuværende opgave- og ansvarsfordeling, at kommunerne har ansvar for en række sundhedsopgaver, hvor nogle kræver et vist borgergrundlag for, at opgaveløsningen er fagligt og økonomisk bæredygtig. Det kan flere kommuner have vanskeligt ved at etablere. Som udgangspunkt understøtter sundhedsvæsenets decentrale organisering tilgængelighed af sundhedstilbud i hele landet og er med til at danne grundlag for indsatser tæt på borgeren. Kommunerne løser imidlertid sundhedsopgaverne under meget forskellige vilkår på grund af forskellene i deres geografiske størrelse, befolkningsantal og geografiske placering. Genoptræning og rehabilitering af små patientgrupper, som kræver særlige kompetencer, er eksempler på opgaver, som er udfordrende at varetage fagligt bæredygtigt i alle kommuner. Derudover kan små kommuner fx vanskeligt etablere og opretholde kommunale akutfunktioner med tilstrækkelig volumen til at fastholde et døgndækket, fagligt bæredygtigt tilbud.

Væsentlige regulerings- og styringsudfordringer

Ifølge Sundhedsstrukturkommissionen er der behov for at ændre den nuværende regulering og styring indenfor de enkelte sektorer i sundhedsvæsenet.

Der er bl.a. brug for at forandre den måde, som de almenmedicinske tilbud reguleres i lovgivningen for at understøtte, at det almenmedicinske tilbud også fremover kan udgøre den primære indgang til udredning og behandling i hele landet. Derudover sikrer den nuværende overenskomstmæssige regulering af de almenmedicinske tilbud ikke en geografisk fordeling af ressourcer, som afspejler den geografiske variation i sundhedsbehovet.

Samtidig vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at den nuværende udformning af overenskomstmodellen for de almenmedicinske tilbud er en væsentlig barriere for den videre omstilling af sundhedsvæsenet. Regionernes grundlag for at indgå i og følge op på forpligtende aftaler i det almenmedicinske tilbud er for begrænset. Kommissionen vurderer dog også, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud er sket for langsomt set i forhold til behovet og de muligheder, som er indenfor den eksisterende organisering.

Reguleringen af sygehusene, bl.a. den nationale styring af placeringen af funktioner, har medført en øget specialisering og en samling af specialiseret behandling på færre sygehuse. Det har været med til at løfte kvaliteten for patienterne, men har også medvirket til en organisatorisk fragmentering, hvor ansvaret for patientforløb er fordelt på flere afdelinger, hvor der er større geografisk afstand for nogle patienter, og hvor der er rekrutteringsudfordringer på nogle sygehuse udenfor de store byer.

Derudover har sygehusene svært ved at rekruttere læger i nogle dele af landet og indenfor visse specialer. Allerede igangsatte initiativer har ikke været tilstrækkelige til at sikre en bedre fordeling af speciallæger.

Strukturelle barrierer for omstilling mod et mere digitalt sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den eksisterende organisering og styring af arbejdet med digitalisering, data og andre teknologiske løsninger ikke er tilstrækkelig til at sikre, at løsninger udvikles og udbredes tilstrækkeligt hurtigt til, at de potentielle gevinster kan blive indfriet.

Den nuværende organisering og styring bærer præg af, at der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering. Flere af aktørerne har ikke de rette forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift af teknologiske løsninger. Der mangler strukturer for og incitamenter til udbredelse af nye digitale løsninger og datadrevne teknologier. Desuden udfordres sammenhæng, implementeringstempo og omkostningsniveau af stor leverandørafhængighed og en fragmenteret IT-arkitektur.

Kommissionen vurderer, at en vigtig betingelse for den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet er en stærkere organisering og styring af datadelings- og digitaliseringsindsatsen. Digitale løsninger og øget nyttiggørelse af data rummer potentiale for at effektivisere driften af sundhedsvæsenet, øge kvaliteten af sundhedstilbud og skabe bedre forløb for borgerne og bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

3. Tværgående anbefalinger og forslag

På baggrund af de ændrede forudsætninger og udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor, og på baggrund af vurderingen af styrker og svagheder ved sundhedsvæsenets nuværende organisering, opstiller Sundhedsstrukturkommissionen seks anbefalinger med tilhørende forslag og tre forvaltningsmodeller til den fremtididge organisering af sundhedsvæsenet.

I rapportens tredje del præsenterer kommissionen fem ud af de seks anbefalinger og tilknyttede forslag til en ændret organisering. De fem anbefalinger er tværgående i den forstand, at de er uafhængige af valget af forvaltningsmodel. Det er kommissionens vurdering, af de fem anbefalinger kan gennemføres uanset hvilken forvaltningsmodel, der kommer til at udgøre sundhedsvæsenets fremtidige struktur.

De fem anbefalinger og tilhørende forslag vedrører det almenmedicinske tilbud, digitaliserings- og dataområdet, fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, psykiatri og private aktører indenfor sundhedsvæsenet (se kapitlerne 9-13).

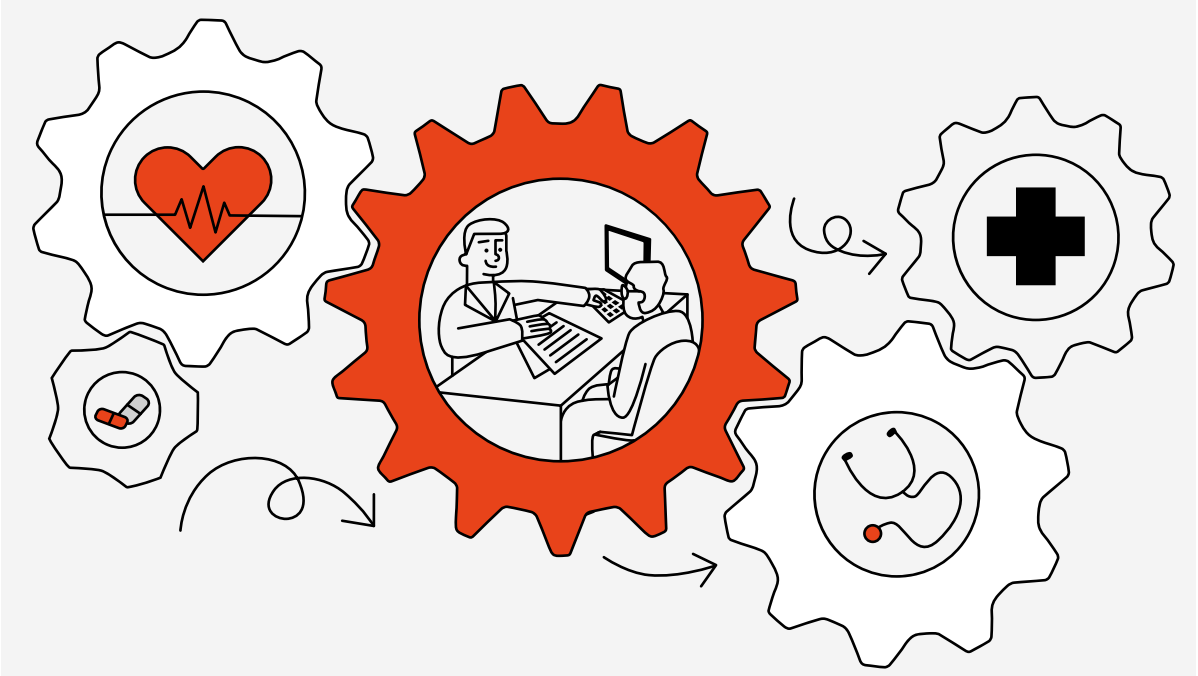
Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Det almenmedicinske tilbud, som overvejende består af alment praktiserende læger, har en nøglefunktion i sundhedsvæsenet og løfter en stor og væsentlig opgave i forhold til at varetage diagnosticering og behandling og i forhold til at afklare, om borgerne skal henvises videre til det øvrige sundhedsvæsen.

Blandt borgerne er der generelt tilfredshed med det almenmedicinske tilbud. Udviklingen i patientsammensætningen, bl.a. med flere ældre og flere mennesker med kroniske sygdomme udfordrer dog allerede i dag det almenmedicinske tilbud. For at imødekomme borgernes behov skal det almenmedicinske tilbud understøtte høj tilgængelighed, varetage flere og mere komplekse opgaver og i højere grad indgå som en integreret og sammenhængende del af det samlede sundhedsvæsen.

Det almenmedicinske tilbud skal styrkes og udvikles og varetage flere opgaver, der i dag løses på sygehusene. Det betyder, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter skal anvendes i det almenmedicinske tilbud. Omstillingen af opgavevaretagelsen skal ske i takt med, at kapaciteten og kompetencerne i det almenmedicinske tilbud udvides, og den nødvendige faglige støtte fra det specialiserede sundhedsvæsen bliver stillet til rådighed. Samtidig skal omstillingen ske i takt med, at målsætningen om at uddanne flere speciallæger i almen medicin bliver indfriet.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende organisering, herunder styring og ledelse, af det almenmedicinske tilbud ikke er tilstrækkelig til at understøtte den udvikling og tilpasning, som er nødvendig for, at det almenmedicinske tilbud kan varetage den nøglerolle, det er tiltænkt i fremtidens sundhedsvæsen (se kapitel 9).



Boks 2.2
Anbefaling 1

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering. Formålet er, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelser og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen. Derfor skal de ansvarlige myndigheders kompetence til at påvirke udviklingen styrkes.

Boks 2.3
Forslag

1. Kapacitet og kompetencer i det primære sundhedsvæsen skal udbygges. Det kræver, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter anvendes i det almenmedicinske tilbud.
2. De ansvarlige myndigheder skal have kompetence til at benytte forskellige klinikformer, bl.a. alment praktiserende læger, offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker, hvor det skønnes relevant ud fra lokale forhold og behov. Dermed fjernes de eksisterende lovgivningsmæssige begrænsninger for, at det almenmedicinske tilbud kan udvikles til i fremtiden at bestå af en kombination af alment praktiserende læger og øvrige klinikformer, bl.a. klinikker med ansatte læger.
3. Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges af nationale myndigheder med inddragelse af relevante faglige selskaber og skal ses i tæt sammenhæng med en styrket sundhedsplanlægning og styret opgaveudvikling og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet. Samtidig skal beskrivelsen fastlægge, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud. Ændringen betyder, at fastlæggelsen af opgaveporteføljen i det almenmedicinske tilbud adskilles fra forhandlinger om de økonomiske vilkår, som de alment praktiserende læger og øvrige klinikker virker under.
4. Differentierede patienttal og honorarer skal fastlægges på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik. Effekten vil være, at klinikker med en stor andel af ressourcestærke og raske patienter skal varetage flere patienter indenfor den nuværende honorering, mens klinikker med en stor andel af sårbare borgere og borgere med multisygdom får reduceret patientantallet, så der sikres en omfordeling af ressourcer efter sundhedsbehov.

5. De ansvarlige myndigheders lovmæssige grundlag for at tilrettelægge samarbejdet og følge op på efterlevelsen af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal styrkes.
6. En central rammeaftale skal fastsætte økonomi, vilkår og honorarstruktur for de alment praktiserende læger, men centrale elementer i form af opgavebeskrivelsen, grundlaget for fordeling af lægeressourcer og tvistløsning reguleres fremover udenfor aftalesystemet.
7. Honorarstrukturen skal revideres med fokus på forenkling, sammenhæng mellem patienternes sundhedsbehov og honorering, styrket samarbejde med andre aktører og realisering af løbende produktivitetsgevinster til gavn for det samlede sundhedsvæsen. Det vil bl.a. betyde, at hver enkelt, ny opgave ikke forudsætter forhandlinger om økonomi, da en forsimplet honorarstruktur kan rumme nye opgaver.
8. En dansk model for netværksorganisering skal udvikles og udbredes med det formål, at det almenmedicinske tilbud kan møde skærpede krav til opgaver og funktioner indenfor en organisering med relativt mange mindre klinikker, bl.a. ved tværfagligt samarbejde.
9. Databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant. Det gælder bl.a. i det almenmedicinske tilbud.

Ny organisering af digitalisering og data

Borgerne i Danmark er blandt de mest digitale i verden. En stor del af befolkningen bruger digitale tjenester som en naturlig del af hverdagen. Det gælder også i sundhedsvæsenet, hvor mange – især under og efter covid-19-pandemien – har taget de digitale sundhedstilbud til sig. En digital transformation er derfor en naturlig og central forudsætning for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Samtidig kan endnu bedre brug af digitale løsninger og data være med til at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen for borgere og medarbejdere. Den teknologiske udvikling muliggør den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet fra at levere ydelser på sundhedsvæsenets fysiske matrikler til i højere grad at levere ydelser, som helt eller delvist møder borgeren, hvor vedkommende er, med samme høje kvalitet uafhængig af geografi.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende organisering af sundhedsvæsenets digitaliserings- og dataindsats ikke kan realisere den nødvendige digitale transformation (se kapitel 10).



Boks 2.4
Anbefaling 2

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed. En ny organisering skal derfor også ses som et middel til at skabe bedre forudsætning for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne.

Boks 2.5
Forslag

1. Der skal udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Mandatet til udarbejdelsen af strategien ligger i staten, men det skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører, som varetager arbejdet med de digitale løsninger i sundhedsvæsenet, og de ansvarlige for driften af hele sundhedsvæsenet. Strategien skal forpligte alle parter i sundhedsvæsenet til at arbejde mod fælles mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet. Strategien skal være tæt koblet til sundhedsvæsenets behov og målsætninger for den samlede omstilling, så digitalisering ikke bliver et mål i sig selv men et stærkt redskab til at løse sundhedsvæsenets udfordringer.
2. Der skal etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Den nationale planlægningskompetence er baseret på en lovhjemmel, så det bindende kan fastsættes, hvilke digitale løsninger der udvikles og udbredes nationalt, og hvilke løsninger der kan udvikles lokalt. En tydelig planlægningskompetence skal bidrage til at styrke den samlede beslutnings- og eksekveringskraft og understøtte en mere koordineret udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer på digitaliserings- og dataområdet.

3. Der skal etableres en fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet. Organisationen får ansvar for fælles digitale løsninger, som er rettet mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse, og for en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Organisationen skal samtidig understøtte innovation og samle drift af større IT-fagsystemer, bl.a. elektroniske patientjournal- og omsorgsjournalsystemer (EPJ- og EOJ-systemer), og digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen. Kommissionen fremlægger ikke forslag til den konkrete organisering af service- og leveranceorganisationen, men lægger vægt på, at den nye organisation etableres med en tæt kobling til driften og med mulighed for, at staten kan sikre, at organisationens arbejde udføres i sammenhæng med den overordnede nationale retning for sundhedsvæsenet. Digital Sundhed Danmark bør implementeres trinvist med mulighed for at udvide organisationens opgaveportefølje over tid.
4. Finansiering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet skal understøtte realiseringen af kommissionens øvrige tre forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data, bl.a. for at skabe forpligtelse blandt de decentrale aktører til de fælles strategiske mål og de fælles digitale løsninger.

I forlængelse af forslaget om en strategi for digitalisering og data (forslag 1 i boks 2.4) foreslår kommissionen fem strategiske mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet: 1) Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne; 2) borgerne skal let og overskueligt kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt; 3) en national dataplatform og den digitale infrastruktur skal understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet; 4) en sammenhængende og forpligtende digital arkitektur på sundhedsområdet skal skabe rammer for udvikling og fleksibel tilpasning til den lokale opgavehåndtering; 5) styrket koordination og samarbejde om optag og udbredelse af innovative løsninger skal understøtte, at teknologiens potentiale til at frigøre arbejdskraft og løfte kvalitet kan komme flere medarbejdere og borgere til gavn.

Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Fordelingen af ressourcer mellem det primære sundhedsvæsen og det sekundære sundhedsvæsen skal afspejle befolkningens behov for sundhedsydelser. Mange flere borgere vil i fremtiden have gavn af at blive behandlet i det primære sundhedsvæsen. Det kræver en tilpasset ressourcefordeling, hvor en større andel af ressourcerne skal målrettes det primære sundhedsvæsen. Samtidig er der behov for en omstilling af sygehusene, hvor væksten skal reduceres, og sygehusene skal have et stærkere fokus på at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.

Det indebærer, at de sygehusansvarlige myndigheder har et stærkt fokus på kun at tilbyde sygehusindsatser, som har en reel sundhedsfaglig værdi for patienter. Sundhedsstyrelsen har i et notat til Sundhedsstrukturkommissionen peget på, at flere undersøgelser viser, at 20 pct. eller mere af sygehusaktiviteten vurderes at være unødvendig.

Den geografiske fordeling af ressourcer og sundhedsfagligt personale skal afspejle befolkningens sundhedsbehov forskellige steder i landet. I de områder, hvor borgerne har et relativt stort behov for sundhedsydelser som følge af høj sygelighed, bør der også være relativt flere ressourcer til rådighed. Det er ikke tilfældet i dag. Adgangen til sundhedstilbud er generelt bedre i de områder af landet, hvor befolkningen som helhed er sundest, mens den er dårligere i de områder, hvor behovet for sundhedsydelser er størst. Der er geografiske forskelle i adgangen til almenmedicinske tilbud, og der er udfordringer med at sikre læger på sygehusene udenfor de store byer. Tiltagene til bedre fordeling af sundhedsfagligt personale på tværs af landet og den forventede udvikling i de geografiske forskelle i sundhed og sygdomsbyrde kan ændre på udgiftsbehovet på tværs af landet. Derfor vil der potentielt være konsekvenser for, hvordan økonomien på sundhedsområdet skal fordeles.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende fordeling af ressourcer bidrager til en geografisk og social ulighed i sundhed. Det er en ulighed, der risikerer at blive forstærket i de kommende år, bl.a. som følge af udviklingen i demografien (se kapitel 11).



Boks 2.6
Anbefaling 3

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Formålet med anbefalingen er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

Boks 2.7
Forslag

1. Ressourcefordelingen mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusene skal tilpasses. Forslaget indebærer en styrket prioritering af det primære sundhedsvæsen, som ledsages af en tilsvarende reduceret vækst for sygehusene. Sygehusene skal samtidig have en stærkere rolle i at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.
2. Fordeling af læger geografisk og på tværs af sygehuse og det primære sundhedsvæsen skal tilpasses. Forslaget indebærer en incitamentsmodel i form af et vækstloft for sygehuslæger indenfor udvalgte geografiske områder og eventuelt specialer, som skal understøtte, at flere læger søger mod sygehuse udenfor de store byer.
3. Kvalitetsstandarder skal udvikles mod at kunne gå på tværs af sektorer, stille krav til samarbejde i det primære sundhedsvæsen og styrke monitorering og eventuelt kombinere kravene med økonomiske incitamenter.

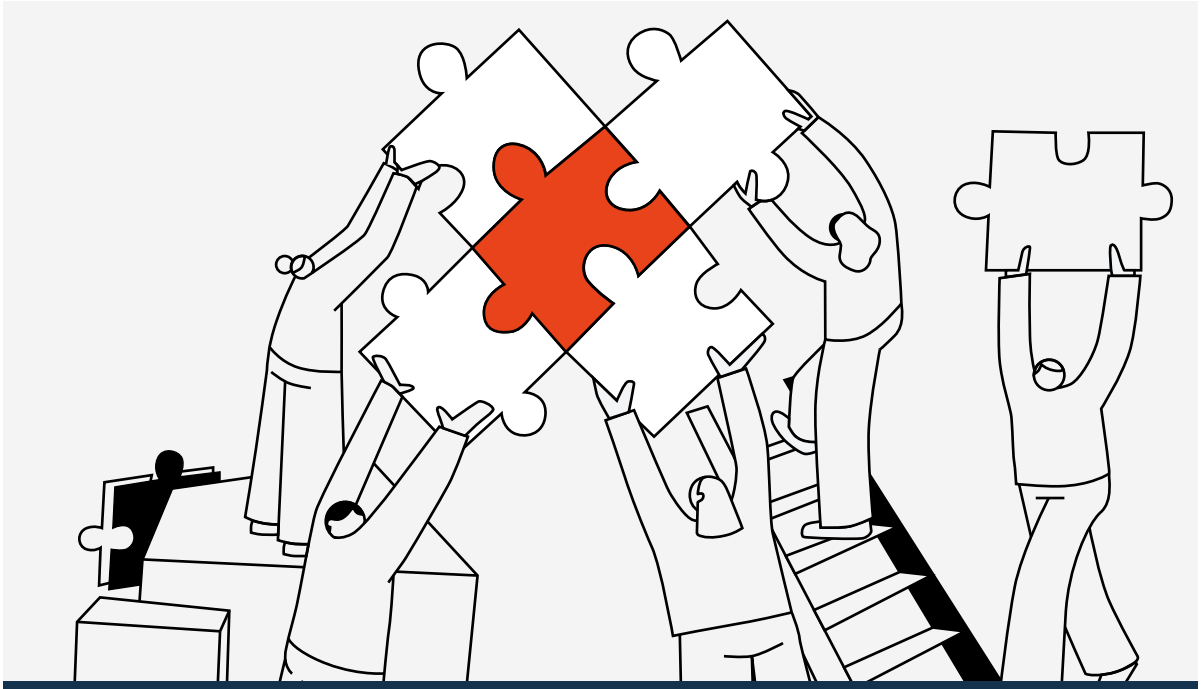
4. Styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses. Forslaget indebærer bl.a., at uddannelseslæger skal bruge en større del af deres uddannelsesforløb udenfor universitetshospitalerne i de større byer, og der skal være et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer i speciallægeuddannelsen. Dimensioneringen af medicinuddannelsen skal understøtte en hensigtsmæssig vækst af læger fremover, og der skal på uddannelsen være et større fokus på de almene sundhedsindsatser.
5. Sundhedsfaglig forskning skal i højere grad målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad specialiserede indsatser på sygehusene. Ph.d.-forløb skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger.
6. Styring af det højt specialiserede sygehusområde skal ændres, så de sygehusansvarlige myndigheder får redskaber til at sikre et balanceret ressourceforbrug på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde.
7. Sundhedscentre i form af fleksible og innovative tilbud skal styrke det primære sundhedsvæsen, særligt de almenmedicinske tilbud, og skabe rammer for bedre sammenhæng og samarbejde lokalt. Forslaget har særlig relevans i områder med langt til sygehuset.

Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Psykiatrien er en væsentligt del af det samlede sundhedsvæsen. Flere af de udfordringer, som patienter oplever i det øvrige sundhedsvæsen, gælder i høj grad også i psykiatrien. Når Sundhedsstruktur-kommissionen har valgt at præsentere en særskilt anbefaling og forslag for psykiatrien, skyldes det, at kommissionen ser det som en helt afgørende opgave for sundhedsvæsenet at skabe bedre rammer for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Der er behov for, at kvaliteten af behandlingen løftes, og sammenhængen i indsatsen på tværs af sektorerne styrkes. Samtidig er kapaciteten i både behandlingspsykiatrien, og i de kommunale indsatser udfordret. Stadig flere efterspørger udredning og behandling for psykiske lidelser, ligesom det stigende antal ældre vil medføre, at stadig flere udvikler demenssygdomme, som kræver samtidig behandling, pleje og hjælp i forhold til at håndtere både somatiske og psykiske udfordringer. Herudover står den psykiske lidelse sjældent alene, idet den ofte følges af samtidige somatiske udfordringer.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at tiltag, der kan styrke sammenhæng og kvalitet i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser, har et betydeligt potentiale for at løfte sundheden og livskvaliteten for borgere med psykiske lidelser. Samtidig vurderer kommissionen, at der er et betydeligt potentiale i tidlige og forebyggende indsatser, som kan hjælpe borgere, inden en psykisk mistrivsel bliver til en egentlig psykisk lidelse (se kapitel 12).



Boks 2.8
Anbefaling 4

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Boks 2.9
Forslag

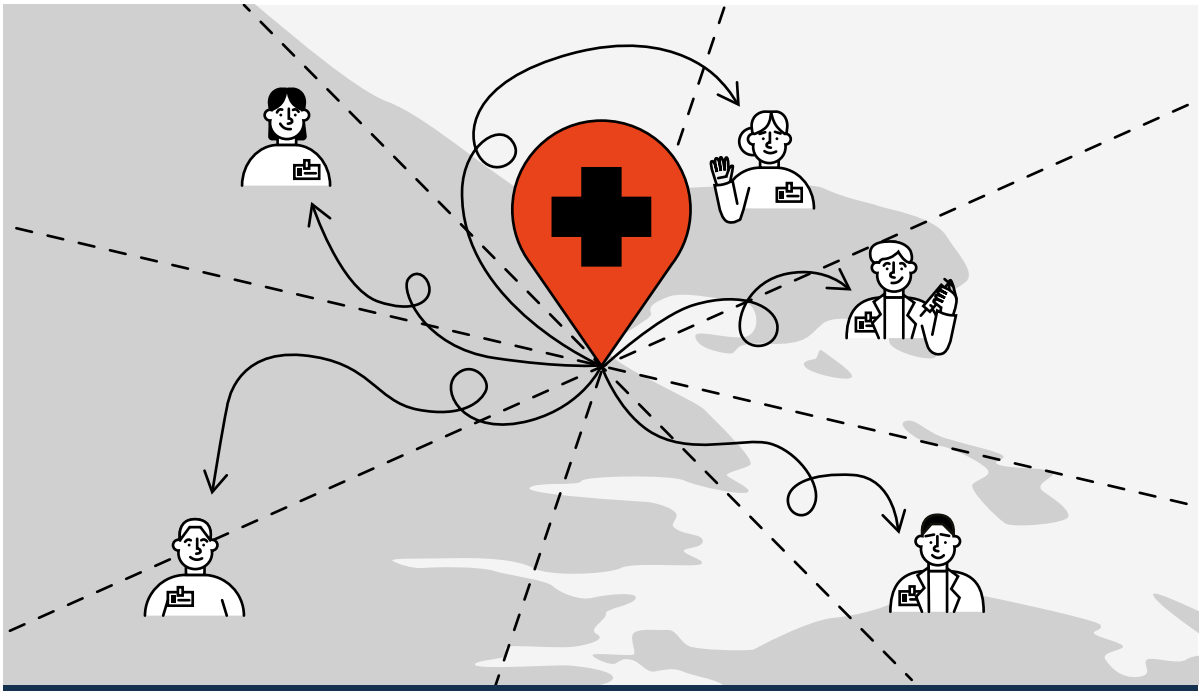
1. Psykiatrien skal integreres organisatorisk i det samlede sygehusvæsen. Formålet er at sikre bedre sammenhæng for patienter med psykiske lidelser, styrke muligheden for at somatiske lidelser opdages og behandles mere effektivt hos mennesker med psykiske lidelser, sikre nemmere adgang til psykiatriske kompetencer for somatiske patienter og bidrage til et styrket ledelsesmæssigt fokus og tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning.
2. Det tværsektorielle samarbejde om borgere med psykiske lidelser skal styrkes. Forslaget involverer krav om fasttilknyttede læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien og overvejelser om tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet. Tiltagene skal bl.a. sikre en langt stærkere forebyggende indsats på de sociale botilbud og løfte og ensarte kvaliteten i de sundhedsfaglige indsatser for borgere, som modtager samtidige indsatser indenfor sundheds- og socialområdet. Samtidig skal tiltagene understøtte den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet, hvor flere forløb varetages i det primære sundhedsvæsen og bidrage til bedre sammenhæng for borgeren ved at tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen mellem relevante aktører.
3. Udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien skal styrkes. Formålet er at sikre hurtigere udbredelse og bedre udnyttelse af digitale løsninger, som kan skabe bedre tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp på rette niveau. Det gælder generelt for sundhedsvæsenet. Udvikling af digitale løsninger har dog et særligt potentiale indenfor psykiatrien, hvor de kan være med til at afhjælpe, at en psykisk lidelse udvikler sig eller forværres og kræver mere specialiseret behandling.

Forslagene skal også ses i lyset af og gennemføres i sammenhæng med igangværende og kommende initiativer. Det omfatter bl.a. 10-årsplanen for psykiatrien og anbefalingerne i det faglige oplæg til 10-årsplanen om løbende kapacitetsopbygning, hvor både indsatsen i kommuner, på sygehusene og i det almenmedicinske tilbud prioriteres.

Private aktører og rettigheder

I Danmark er der en lang tradition for at bruge private aktører som leverandører i dele af det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Sundhedsstrukturkommissionen har – i tillæg til private leverandører i det almenmedicinske tilbud, som behandles i kapitel 9 – fokuseret på to yderligere kategorier af private aktører, nemlig praktiserende speciallæger og private kommercielle sygehuse. Derudover har kommissionen drøftet brugen af patientrettigheder og private sundhedsforsikringer (se kapitel 13).

Sundhedsstrukturkommissionen har diskuteret de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger i lyset af den udvikling, som sundhedsvæsenet står overfor. Den samlede efterspørgsel på sundhedsydelser er stigende som følge af, at antallet af borgere med en eller flere sygdomme stiger. Samtidig har en større andel af patienterne behov for behandlingsforløb, som er forankrede i det almenmedicinske tilbud med støtte fra det sekundære sundhedsvæsen. Kommissionen bemærker, at aftalesystemet for de praktiserende speciallæger generelt set fremstår velfungerende. Det er dog Sundhedsstrukturkommissionens overordnede vurdering, at den nuværende organisering af de praktiserende speciallæger ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter en optimal udnyttelse af de praktiserende speciallægers samlede ressourcer.



Boks 2.10
Anbefaling 5

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses for at understøtte en effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Boks 2.11
Forslag

1. Planlægning af det praktiserende speciallægetilbud skal ske indenfor en styrket national ramme, som understøtter en ændret geografisk fordeling og effektiv brug af speciallægetilbuddet i det samlede sundhedsvæsen.
2. Det lovmæssige grundlag for ledelse af samarbejde med speciallægepraksis skal styrkes, og der skal ske en skærpelse af den ansvarlige myndigheds organisatoriske fokus på ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling.
3. Der skal skabes bedre grundlag for, fx via en fælles indgang, at patienter med størst behov prioriteres først, og der opnås en samlet set mere effektiv anvendelse af ressourcerne.

Kommissionen har gjort sig en række overvejelser om brugen af private sygehuse, sundhedsforsikringer og patientrettigheder, men har ikke fundet anledning til at komme med anbefalinger om organisatoriske ændringer indenfor områderne.

I drøftelsen af brugen af private sygehuse lægger kommissionen vægt på, at de sygehusansvarlige myndigheder fortsat skal anvende den private sygehuskapacitet strategisk, bl.a. for at understøtte sammenhæng i patienternes forløb. Hos de sygehusansvarlige myndigheder bør der også være opmærksomhed på, at brug af privat kapacitet ikke må medføre en sårbarhed for det offentlige sundhedsvæsen på de områder, hvor private sygehuse varetager en forholdsvis stor del af den offentligt finansierede aktivitet.

Sundhedsstrukturkommissionen har desuden drøftet, om forsikringsselskaberne selv bør ansætte egne læger til at visitere patienter til indsatser, der kræver lægeerklæring. Det er dog kommissionens vurdering, at det almenmedicinske tilbud fortsat bør varetage rollen som gatekeeper, også for patienter med en sundhedsforsikring, med henblik på at henvisning til og træk på sundhedsfaglige ressourcer sker på sundhedsfaglig indikation. På den måde mindskes risikoen for et uhensigtsmæssigt træk på knappe personaleressourcer i sundhedsvæsenet. Det vil dog være hensigtsmæssigt, hvis der er en dialog og et løbende samarbejde mellem det offentlige sundhedsvæsen og forsikringsselskaberne om brugen af sundhedsforsikringer.

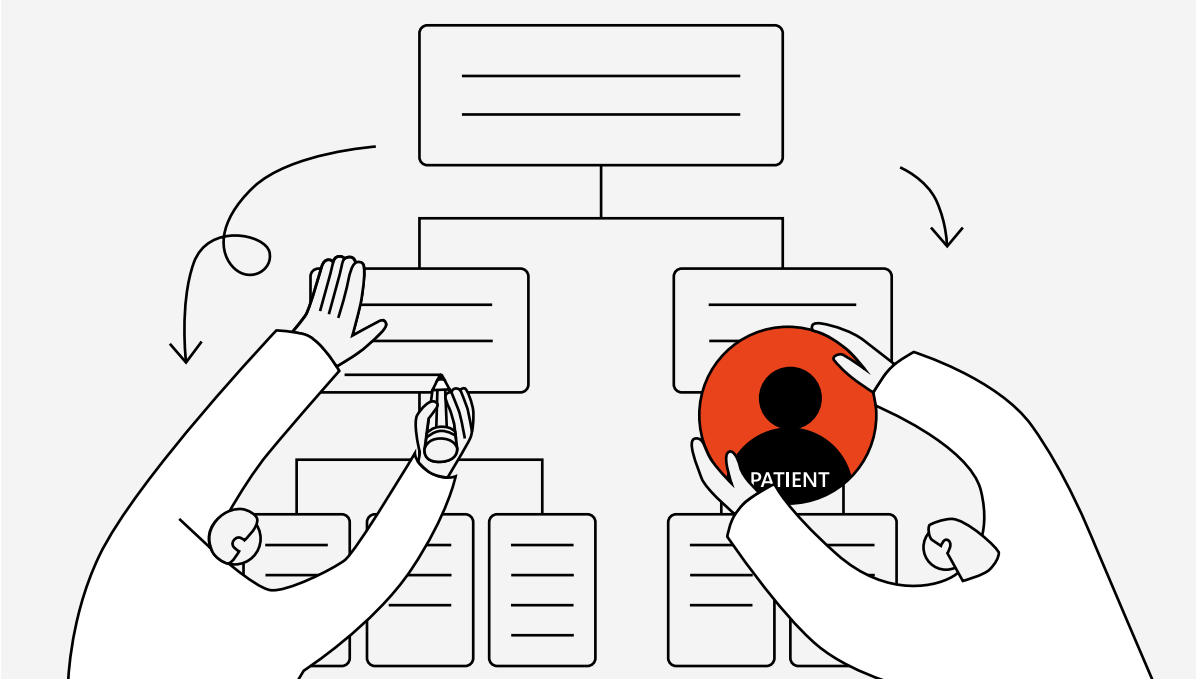
Endelig vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at patientrettigheder om frit valg og hurtig udredning, behandling og genoptræning generelt udgør en positiv drivkraft i sundhedsvæsenet, som er med til at løfte kvaliteten og forbedre patienternes oplevelser i sundhedsvæsenet. Kommissionen er dog opmærksom på, at patientrettigheder også kan have uhensigtsmæssige konsekvenser for sundhedsvæsenet. Robustheds-kommissionen har bl.a. peget på, at patientrettigheder kan vanskeliggøre mulighederne for at foretage faglige skøn og prioriteringer i sundhedsvæsenet. Ved overvejelser om eventuel indførelse af nye rettigheder eller ved tilpasninger af eksisterende patientrettigheder bør et væsentligt hensyn være, at rettighederne ikke fører til en øget prioritering af sygehussektoren på bekostning af det primære sundhedsvæsen (se også kapitel 13).

4. Opgavesamling, forvaltningsmodeller, implementering og økonomi

I rapportens fjerde del opstiller og vurderer kommissionen tre modeller for den fremtidige forvaltningsstruktur i sundhedsvæsenet, som i varierende grad også berører områder, der er nærtliggende til sundhedsområdet. Desuden præsenteres kommissionens anbefaling om at understøtte implementering af en reform og en række overvejelser om de ledelsesmæssige udfordringer, som omstillingen af sundhedsvæsenet indebærer. I rapportens fjerde del gives der også en vurdering af de økonomiske og finansieringsmæssige konsekvenser af kommissionens samlede anbefalinger, forslag og modeller (se kapitelerne 14-17).

Forvaltningsmodeller

Sundhedsstrukturkommissionen har fået til opgave at opstille og vurdere modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen, som understøtter et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen, præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Sundhedsstrukturkommissionen opstiller tre forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet. Kommissionen anbefaler ikke én konkret forvaltningsmodel, men i overensstemmelse med kommissoriet afvejer kommissionen for hver af modellerne fordele og ulemper (se kapitel 14-15).



De tre modeller adskiller sig indbyrdes i forhold til, om sundhedsvæsenet har en decentral eller en national politisk ledelse, og i forhold til, om der sker en større samling af opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet eller en mindre eller ingen opgavesamling.

To af de tre forvaltningsmodeller indebærer en større samling af ansvaret for opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet under én myndighed. Det er opgaver, hvor ansvaret i dag er fordelt på regioner og kommuner. I den ene af de to modeller, model 1, er det politiske ansvar forankret decentralt med etablering af sundheds- og omsorgsregioner, der ledes af regionsråd med direkte valgt politisk ledelse. I den anden model, model 2, ligger det politiske ansvar på det nationale niveau, og der er i den model ingen decentral politisk ledelse af sundhedsvæsenet. Rationalet i de to forvaltningsmodeller er at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet ved at samle det politiske ansvar for sygehuse, det almenmedicinske tilbud, den øvrige praksissektor og en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne.

I den tredje forvaltningsmodel, model 3, sker en mindre – eller ingen – samling af de opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet, som i dag er henholdsvis kommunernes og regionernes ansvar. Udgangspunktet for model 3 er at styrke nærhed, bæredygtighed, lighed og sammenhæng i sundhedsvæsenet uden en større samling af opgaver under én myndighed. Det skal ses i lyset af, at der også vil være ulemper forbundet med at flytte mange og tunge opgaver ud af kommunerne. Model 3 fastholder et decentralt politisk ansvar for sundhedsvæsenet, men indebærer ændringer i regionernes politiske styreform, tiltag til at udbygge det primære sundhedsvæsen og styrkede krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet.

Kommissionen har ved opstillingen af forvaltningsmodeller lagt til grund, at der ikke bør være flere myndighedsniveauer end de tre, der eksisterer i dag (kommuner, regioner og stat). Opstillingen af modeller er desuden afgrænset af, at det ligger udenfor kommissoriet at forholde sig til kommunernes styreform og geografiske afgrænsning (se kapitel 15).

I kapitel 14 opstiller og vurderer kommissionen tre niveauer af opgavesamling, der beskrives som henholdsvis en stor opgavesamling, en mellemstor opgavesamling og en mindre opgavesamling. Som det fremgår af anbefalingerne, ser kommissionen ikke samling af opgaveansvaret under én myndighed som den eneste måde, hvor der kan skabes stærkere sammenhæng og omstilling i sundhedsvæsenet. Sammenhæng ved opgavesamling har dog nogle klare fordele, som gør det vigtigt at afsøge de potentialer, der knytter sig til en reform af opgaveansvaret. For det første giver det reel mulighed for at skabe sammenhængende patientforløb, hvis hele patientforløbet ligger under én myndigheds ansvar, fremfor hvis det er delt mellem to eller flere myndigheder. For det andet styrker det muligheden for at bruge ressourcerne mere effektivt – både økonomiske, teknologiske og personalemæssige ressourcer – hvis det er samme myndighed, der har ansvaret for sammenhængende opgaver.

Den store og den mellemstore opgavesamling knytter sig til forvaltningsmodel 1 og 2. I hovedtræk indebærer den store opgavesamling, at størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed. I den mellemstore opgavesamling bevarer kommunerne ansvaret for plejehjem og plejeboliger.

I kapitel 14 beskrives tilsvarende en mindre opgavesamling, som knytter sig til den tredje forvaltningsmodel, model 3. Den opgavesamling indebærer bl.a., at dele af den kommunale sygepleje, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsindsatsen og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed. Derudover indgår overvejelser om, hvordan ændret regulering af hjælpemidler/behandlingsredskaber og midlertidige pladser/akutpladser bl.a. kan understøtte bedre sammenhæng for borgerne i et sektoropdelt sundhedsvæsen.

Sundhedsstrukturkommissionen anser den store opgavesamling for at have det største potentiale for at understøtte sammenhæng og omstilling. Alle niveauer af opgavesamling vil dog i forskellig grad medføre ulemper, da der samtidig skabes nye snitflader til andre dele af det kommunale område, fx indsatser på social- og beskæftigelsesområderne, ved ændret ansvarsplacering.

Ingen model for organiseringen af sundhedsvæsenet vil fuldt ud leve op til alle væsentlige hensyn. Alle modeller vil have indbyggede svagheder, som må afvejes i forhold til de styrker, der knytter sig til den pågældende model. Vurderingen af modellernes fordele og ulemper sker på baggrund af de hensyn, kommissionen opstiller i kapitel 6, og som også dækker de sigtelinjer, der er formuleret i kommissoriet.

Model 1 – Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

I forvaltningsmodel 1 nedlægges de nuværende regioner, og der etableres et nyt forvaltningsled i form af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner. Antallet af sundheds- og omsorgsregioner afspejler en samlet afvejning af hensynet til nærhed til de opgaver, som sundheds- og omsorgsregionerne overtager fra kommunerne, og hensynet til bæredygtighed i opgaveløsningen på tværs af de opgaver, som sundheds- og omsorgsregionerne får ansvaret for. Hver sundheds- og omsorgsregion ledes af 21-25 direkte valgte politikere, og det foreslås, at der oprettes nærudvalg, som skal understøtte politisk og administrativ opmærksomhed på omstilling til og udvikling af det primære sundhedsvæsen og på de lokale problemer og behov indenfor sundheds- og omsorgsregionerne.

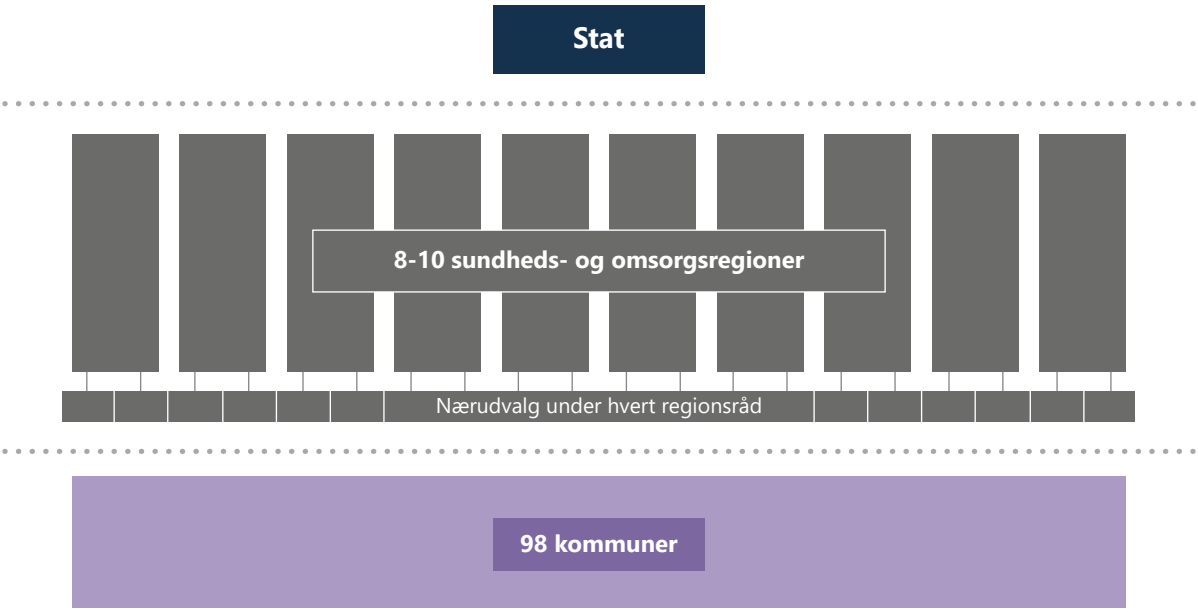
De nye sundheds- og omsorgsregioner får det samlede ansvar for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor. Samtidig får de ansvaret for en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne. De nuværende regioner nedlægges, og deres sundhedsopgaver overgår til de nye sundheds- og omsorgsregioner sammen med de opgaver, der overdrages fra kommunerne. De nye sundheds- og omsorgsregioner får dermed et bredt ansvar for sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag er delt mellem regioner og kommuner.

De eksisterende sundhedsklynger nedlægges, da de ikke er relevante i en model, der samler opgaver på sundheds- og ældreområdet under samme myndighed.

Sundhedsstrukturkommissionen har i forhold til model 1 overvejet en variant (model 1a), hvor medlemmerne af regionsrådene ikke vælges ved direkte valg, men i stedet udpeges af kommunalbestyrelserne i de kommuner, som ligger i de enkelte sundheds- og omsorgsregioner. Varianten af model 1 opstilles og vurderes selvstændigt i kapitel 15.

Model 1

Enhedssundhedsvæsen med 8-10 sundheds- og omsorgsregioner



Boks 2.12

Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

Fordele sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Modellen tilvejebringer en reel og markant styrkelse af et entydigt politisk ansvar for en række sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i den nuværende struktur er underlagt delt politisk ansvar.
- Samlingen af en række sammenhængende opgaver i de nye sundheds- og omsorgsregioner skaber øget klarhed om ansvarsfordelingen, bedre rammer for at skabe sammenhængende patientforløb og stærkere tilskyndelser til at investere i omkostningseffektive og forebyggende indsatser udenfor sygehusmatriklerne.
- Modellen vil øge regionernes prioriteringsrum og dermed understøtte effektiv brug af de tilgængelige ressourcer.
- Modellen styrker den faglige bæredygtighed i det primære sundhedsvæsen, især i de områder af landet, hvor opgaverne i dag varetages af mindre kommuner.
- Etableringen af et samlet politisk ansvar for sundhedsvæsenet reducerer behovet for kompenserende statslige styringstiltag.
- Modellen fastholder en stærk demokratisk kontrol med sundhedsvæsenet, og det hensyn får større vægt, desto flere og tungere opgaver den pågældende myndighed får ansvaret for.

Ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Afstanden mellem den politiske ledelse og borgerne vil blive større for så vidt angår de opgaver, der overtages fra kommunerne.
- Modellen vil reducere kommunernes prioriteringsrum på tværs af velfærdsområder, fordi en væsentlig del af de kommunale opgaver flyttes til sundheds- og omsorgsregionerne.
- En opdeling af de nuværende fem regioner i 8-10 nye sundheds- og omsorgsregioner kan medføre mindre faglig bæredygtighed i varetagelsen af sygehusopgaver og risiko for tab af de senere års opnåede centraliserings- og specialiseringsgevinster i sygehussektoren.
- Etableringen af flere regionale enheder end i dag kan isoleret betragtet medføre øgede geografiske forskelle, og der vil som følge af flere patientstrømme på tværs af de nye regioner være risiko for suboptimering i brugen af de samlede ressourcer.
- Der vil være tale om en markant reform, som flytter et stort antal medarbejdere og mange ressourcer fra kommunal ledelse til en regional ledelse med deraf afledte omstillings- og implementerings-omkostninger.

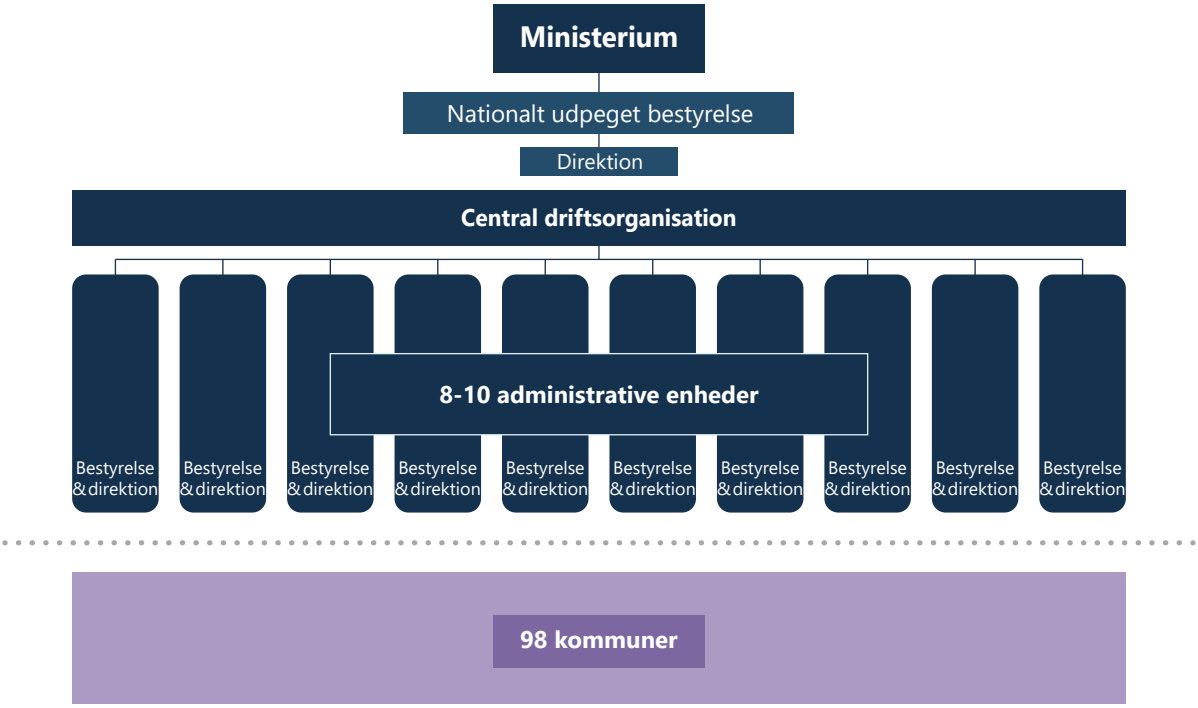
Model 2 – Statsligt enhedssundhedsvæsen

I kommissionens anden model nedlægges regionerne, og staten overtager myndigheds- og driftsansvaret for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor. Derudover får staten ansvaret for en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne.

"Sundhed og Omsorg Danmark" er en fællesbetegnelse for det opgaveområde, som staten overtager ansvaret for. Det politiske ansvar er placeret hos ministeren for området, som fastsætter den overordnede strategi og udviklingsplan for sundhedsvæsenet. Der etableres en central bestyrelse og driftsorganisation under det ansvarlige ministerium, som har det overordnede driftsansvar med ansvar for den samlede økonomi (drift og anlæg) og centrale HR-funktion. Den daglige drift varetages af 8-10 decentrale, administrative enheder med en decentral bestyrelse for hver enhed.

Model 2

Statsligt enhedssundhedsvæsen med 8-10 administrative enheder



Boks 2.13

Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

Fordele sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Modellen tilvejebringer en reel og markant styrkelse af et entydigt politisk ansvar for en række sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i den nuværende struktur er underlagt delt politisk ansvar.
- Samlingen af en række beslægtede opgaver under samme myndighed skaber øget klarhed om ansvarsfordelingen, bedre rammer for at skabe sammenhængende patientforløb og stærkere incitamenter til at investere i omkostningseffektive og forebyggende indsatser udenfor sygehusenes matrikler.
- Modellen styrker den faglige bæredygtighed i det primære sundhedsvæsen, især i de områder af landet, hvor opgaverne i dag varetages af mindre kommuner.
- Modellen understøtter den samlede kvalitet i opgaveløsningen i kraft af en tættere integration af det primære og det sekundære sundhedsvæsen.
- Modellen skaber potentiale for øget geografisk lighed, fordi staten gennem et samlet arbejdsgiver-ansvar i princippet har bedre mulighed for at flytte ressourcer derhen, hvor behovet er størst.
- Modellen skaber grundlag for en styrket national beslutnings- og eksekveringskraft, fx indenfor data og digitalisering.

Ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Modellen indebærer en markant centralisering af det politiske ansvar for sygehuse og en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag er kommunernes eller regionernes ansvar.
- Modellen indebærer etablering af et statsligt driftsområde, som i udgifter, kompleksitet og antal medarbejdere klart overstiger alle andre statslige driftsområder. Det kan give væsentlige styrings-udfordringer.
- Der er betydelig risiko for manglende politisk kapacitet til stillingtagen til løbende prioriteringer, reformer og tilpasninger på sundhedsområdet. Risikoen forstærkes af, at mange enkeltsager vil ende hos den ansvarlige minister.
- Modellen svækker borgernes mulighed for lokalt eller regionalt at øve indflydelse på opgavevare-tagelsen på sundheds- og ældreområdet, og modellen forringer mulighederne for at tilpasse opgave-løsningen til lokale forskelle i borgernes ønsker og behov.
- En stor statslig sundhedsforvaltning giver risiko for interne forvaltningsmæssige barrierer, der kan minde om de nuværende sektorgrænser, og risiko for stor ledelseskompleksitet og lange beslutnings-veje og en deraf afledt svækket politisk kontrol med forvaltningen.
- Det er en udfordring for det nuværende sundhedsvæsen, at fem regioner skal koordinere med i alt 98 kommuner. Udfordringen bliver ikke mindre, hvis én statslig myndighed skal koordinere med 98 kommuner.

Model 3 – Sundhedsregioner

I kommissionens tredje model tages der udgangspunkt i den nuværende opgavefordeling indenfor sundheds- og ældreområdet. Det vil sige, at regionerne fortsat har ansvaret for sygehuse og praksissektoren, og kommunerne har fortsat ansvaret for deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet.

I modellen kan der ske en mindre samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet, men modellen bygger på et rationale om en væsentlig mindre opgavesamling sammenlignet med model 1 og 2. Modellen indeholder til gengæld en række andre forslag, som skal understøtte bedre sammenhæng for borgerne og styrke en omstilling af sundhedsvæsenet.

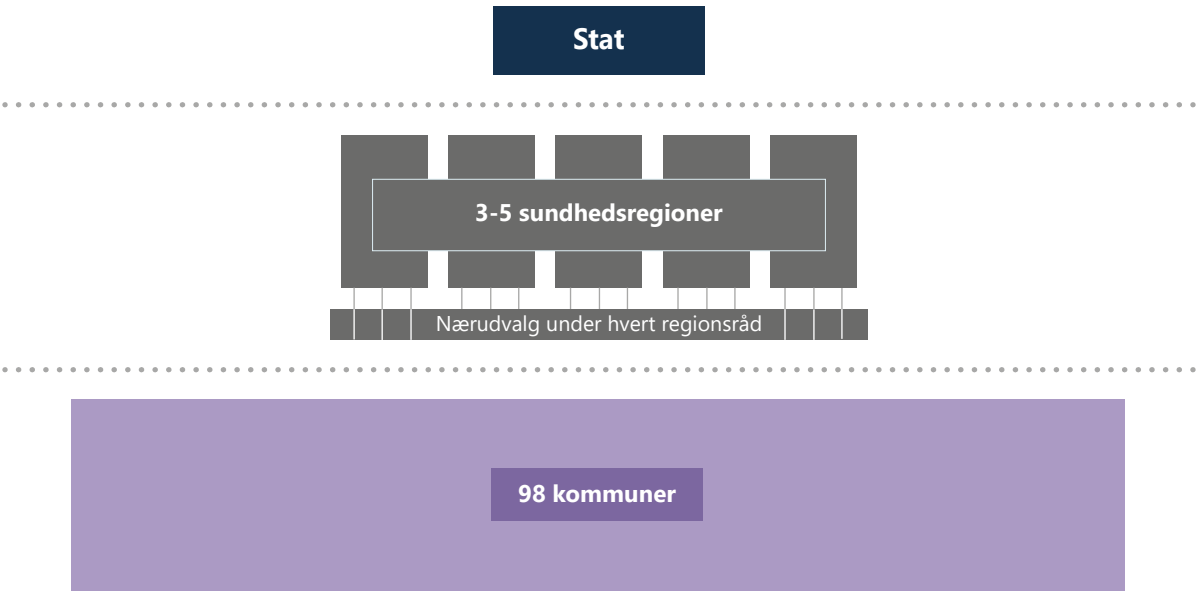
Modellen indebærer bl.a., at en del af regionernes økonomi målrettes indsatser i det primære sundhedsvæsen. Formålet er at sikre et øget regionalt fokus på en ændret opgaveløsning, hvor en større del af opgaveløsningen sker i det primære sundhedsvæsen fremfor på sygehusene. Modellen indeholder også et forslag, der skal styrke kommunernes incitament til at prioritere effektive forebyggelses- og plejeindsatser til gavn for borgerne.

Herudover indeholder modellen forslag om styrkede statslige krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Desuden indebærer modellen en grundlæggende forandring af de nuværende sundhedsklynger og forslag til ændringer af regionernes politiske styreform med bl.a. oprettelse af geografisk forankrede nærudvalg.

Hvad angår antallet af sundhedsregioner, indeholder modellen to varianter: En variant, hvor antallet af regioner reduceres fra de nuværende fem til tre regioner, og en variant, hvor de nuværende fem regioner bevares. Der er både hensyn, der taler for en variant med tre regioner, og hensyn, der taler for en variant med de nuværende fem regioner.

Modellen skal desuden ses i sammenhæng med de af kommissionens anbefalinger, som er uafhængige af forvaltningsstrukturen (se kapitlerne 9-13).

Model 3
Sundhedsregioner



Boks 2.14

Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

Fordele sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Modellen indeholder en række nye styringstiltag, som understøtter opbygning og udvikling af det primære sundhedsvæsen.
- Den nationale målretning af midler til det primære sundhedsvæsen udgør et betydeligt økonomisk løft i form af varige midler, som skal udmøntes årligt. Sammenlignet med i dag vil regionerne få et stærkere incitament til at prioritere indsatser i det primære sundhedsvæsen, som kan reducere behovet for sygehusaktivitet.
- Styrkede statslige krav til den kommunale opgavevaretagelse, bl.a. med indførelse af et resultatafhængigt tilskud for kommunerne, vurderes at kunne medvirke til øget politisk opmærksomhed på sundheds- og ældreområdet i kommunerne og generelt større og mere ensartet kvalitet på tværs af landet.
- Oprettelsen af nærudvalg i de nye sundhedsregioner vurderes at styrke grundlaget for tværsektorielt samarbejde, fx om sammenhængende indsatser for borgere.
- Modellen sigter på at udvikle sundhedsvæsenet uden at ændre grundlæggende ved den nuværende opgave- og ansvarsfordeling, og den indebærer derfor begrænsede omstillings- og implementeringsomkostninger.
- Varianten med tre regioner giver øget faglig bæredygtighed i forhold til sygehusdrift.

Ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Det foreslåede styringstiltag om målretning af midler til det primære sundhedsvæsen indebærer en risiko for, at kommunerne sammenlignet med i dag har svagere tilskyndelse til at prioritere indsatser på sundheds- og ældreområdet. Risikoen forsøges imødegået ved at indføre et særskilt resultatafhængigt tilskud for kommunerne og ved en udvidet kvalitetsplan og forpligtende kvalitetsstandarder.
- Sammenlignet med den nuværende styring og organisering forudsætter det foreslåede styringstiltag om målretning af midler til det primære sundhedsvæsen et øget behov for løbende at forhandle og indgå aftaler på tværs af myndigheder.
- Modellen indebærer en stærkere statslig styring af særligt den kommunale opgavevaretagelse på sundheds- og ældreområdet og dermed i udgangspunktet et reduceret prioriteringsrum for kommunerne.
- I modellen vil der fortsat være behov for en række kompenserende statslige styringstiltag for at sikre det nødvendige tempo og den nødvendige fremdrift i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Boks 2.15

Sammenligning af de tre modeller ud fra de centrale hensyn

Model 1 – Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

Model 1 har den væsentlige fordel, at den skaber et enhedssundhedsvæsen, hvor der er en klar politisk ansvarsfordeling, og hvor der skabes gode betingelser for at give patienten et sammenhængende behandlingsforløb. Det er også den model, der indeholder de stærkeste tilskyndelser til at investere i de primære sundhedsopgaver, som ligger udenfor sygehusene, og som vil kunne understøtte, at der kan ske en løbende udvikling og tilpasning af opgaveløsningen mellem faggrupper, som i dag er adskilte på tværs af sektorer. Det er dermed også den model, der på sigt vurderes at have størst potentiale for at realisere den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet og dermed gavne de patienter, som bør håndteres udenfor sygehusene.

Sammenlignet med de øvrige modeller indebærer model 1 en ulempe i styringen af det specialiserede sygehusvæsen, da sygehusdriften skal forvaltes af flere, mindre regionale enheder end i dag. Det kan reducere den faglige bæredygtighed på sygehusområdet. Ved direkte valg til de nye sundheds- og omsorgsregioner vil den demokratiske kontrol være høj i modellen, imens den politiske nærhed til de opgaver, der tidligere blev løst i kommunerne, vil blive svækket. Model 1 indebærer betydelige omstillings- og implementeringsomkostninger, fordi der skal oprettes nye regionale enheder og et stort antal medarbejdere, både på tværs af regioner og på tværs af regioner og kommuner, vil skifte ledelse og flytte arbejdssted. Dertil kommer afledte konsekvenser for kommunernes økonomi og prioriteringsrum.

Model 2 – Statsligt enhedssundhedsvæsen

Model 2 skaber ligesom model 1 et enhedssundhedsvæsen. I model 2 forankres det øverste politiske ansvar for driften af sundhedsvæsenet hos den ansvarlige minister. Det vil på den ene side skabe en klar ansvarsfordeling, incitamenter til sammenhæng i patientforløb og tilskyndelser til at investere i indsatser udenfor sygehusene, som særligt vil gavne de patienter, der bør håndteres udenfor sygehusene. Det er dog kommissionens vurdering, at potentialet for sammenhængende patientforløb og omstilling reelt er svagere i model 2 end i model 1, da der i et statsligt sundhedsvæsen vil være større politisk afstand til de indsatser, som skal investeres og udbygges lokalt. På digitaliseringsområdet og i forhold til den geografiske omfordeling af ressourcer, bl.a. fordeling af lægeressourcer til de områder af landet, hvor der er størst behov, er det kommissionens vurdering, at det entydige arbejdsgiveransvar i model 2 gør, at modellen på de dimensioner fremstår stærkest af de tre modeller. Omvendt vurderes modellen at have væsentlige svagheder, når det gælder udgiftsstyring og løbende tilpasninger og reformer af sundhedsvæsenet. Her kan det entydige driftsansvar hos den ansvarlige minister svække det nationale politiske niveaus evne og vilje til at gennemføre svære men nødvendige reformer og omstillinger.

Modellen vurderes at stå svagere end model 1 og 3 i forhold til at sikre nærhed og demokratisk forankring i opgaveløsningen, fordi model 2 vil indebære, at det på grund af kapacitetsproblemer og flaskehalse på det nationale politiske niveau reelt vil være udpegede bestyrelser, som varetager ledelsen af den store og vigtige velfærdsopgave, som sundhedsvæsenet udgør.

Model 3 – Sundhedsregioner

Model 3 står stærkt i forhold til styring af sygehusvæsenet, hvor både en variant med tre eller fem regioner vil omfatte enheder med en høj selvforsyningsgrad. Varianten med tre regioner vurderes at være den, der har det bedste potentiale i forhold til sygehusdrift og fordeling af ressourcer til de områder, hvor der i dag er færrest lægelige ressourcer. Det vil gavne de patienter, der i dag har lang afstand til lægen. Dog kan varianten med tre regioner samtidig svække den relative demokratiske repræsentation for de nuværende mindre regioner. Varianten med fem regioner vil skulle sikre en bedre ressourcefordeling i kraft af de tværgående anbefalinger om tilpasset fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet (se kapitel 11).

Den væsentlige ulempe ved model 3, uanset variant, er, at den på trods af en eventuel mindre opgavesamling er den model, hvor ansvaret for opgaver på sundheds- og ældreområdet stadig vil være mest delt på tværs af regioner og kommuner. Derfor vurderes modellen, i sammenligning med model 1 og 2, at have svagere tilskyndelser til at sikre sammenhæng i patientforløb og til at sikre en investering og omstilling til det primære sundhedsvæsen. Et fortsat sektoropdelt sundhedsvæsen vurderes også at udgøre en barriere for en løbende nødvendig tilpasning af opgavefordelingen mellem faggrupper, bl.a. mellem læger og sygeplejersker. En række styringstiltag i model 3 skal kompensere for det og understøtte sammenhæng, men modellen forudsætter under alle omstændigheder et betydeligt fokus i sundhedsregionerne på at omstille sygehusene og prioritere en udvikling af det primære sundhedsvæsen, herunder det almenmedicinske tilbud.

Derudover vurderes model 3 at give gode muligheder for en effektiv styring af udgifterne til sundhedsvæsenet, og den indebærer, sammenlignet med model 1 og 2, langt færre omstillings- og implementeringsomkostninger. Ses der bort fra en mindre opgavesamling og en eventuel reduktion fra fem til tre regioner, kan de nye styringstiltag iværksættes umiddelbart.

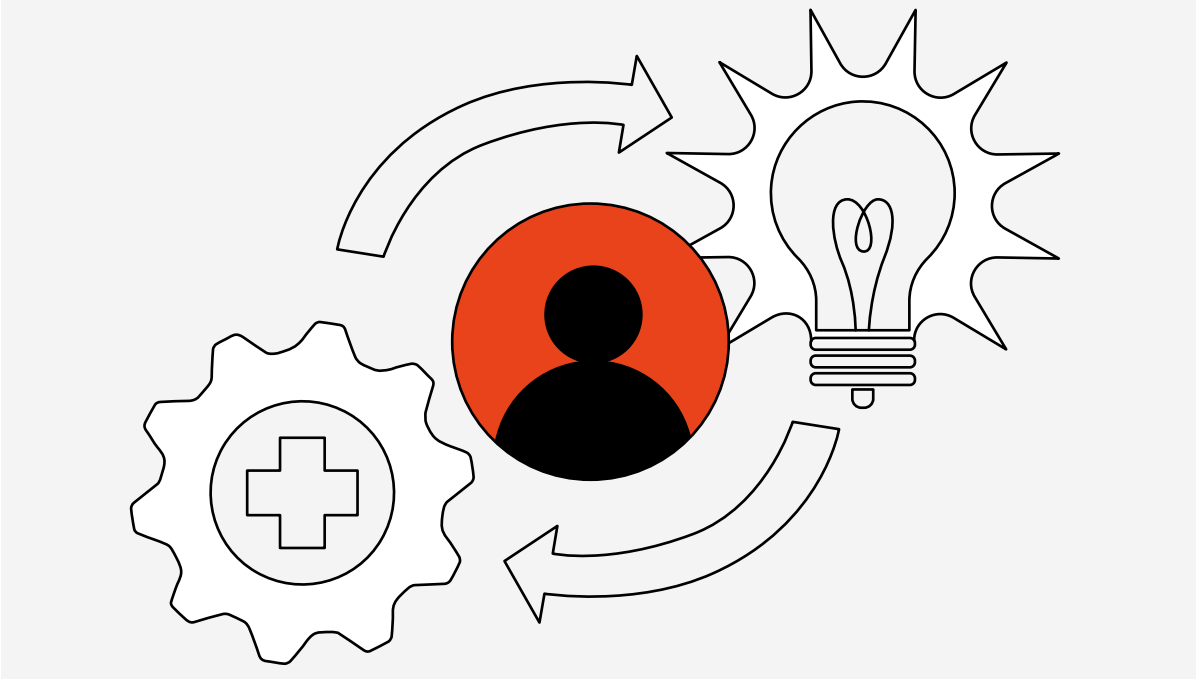
Sundhedsstrukturkommissionen har indenfor model 3 overvejet alternative modeller med ingen eller mindre opgavesamling. Kommissionen har overvejet en model med national politisk ledelse i et sundhedsvæsen, hvor der ikke sker en væsentlig opgavesamling. En sådan model vil i hovedtræk indebære, at de nuværende regioner bliver nedlagt, og deres opgaver flyttes til staten. Det betyder, at staten får ansvaret for sygehus- og praksissektoren, imens kommunerne fastholder deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet. Det er kommissionens vurdering, at en sådan model, sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, ikke vil understøtte et mere nært, sammenhængende og forebyggende sundhedsvæsen. Derfor har kommissionen ikke medtaget den model.

Desuden har Sundhedsstrukturkommissionen overvejet en model, hvor medlemmerne af regionsrådet udpeges af kommunalbestyrelserne i det scenarie, hvor kommunerne fastholder deres nuværende opgaver. Dog vurderer kommissionen, at den variant vil indebære en betydelig risiko for, at de kommunalt udpegede repræsentanter vil søge at tilgodese deres egen kommunes interesse, og kommunerne vil underinvestere i de opgaver, der er nært beslægtede med de opgaver, som er under regionernes ansvar, og derfor vil varianten ikke styrke nærhed og sammenhæng sammenlignet med den organisering, der gælder i dag. Derfor har kommissionen ikke medtaget modellen.

Ledelse og implementering af omstillingen af sundhedsvæsenet

Der er en stor ledelsesopgave forbundet med at omstille og fremtidssikre sundhedsvæsenet. Ledelser på alle niveauer skal sikre prioritering af det primære sundhedsvæsen og sætte skub i den digitale omstilling. Tre tværgående ledelsesopgaver er afgørende i omstillingsprocessen. For det første skal politisk lederskab mobilisere tilslutning til en reform og bakke ledere og medarbejdere op i at gennemføre reformen og bidrage til reformens bæredygtighed. For det andet kræver det enorm ledelseskraft at bevare et vedvarende fokus på omstillingen og styrkelsen af det primære sundhedsvæsen. For det tredje er der en strategisk ledelsesopgave i at balancere og prioritere mellem udfordringer på kort og lang sigt i en periode, hvor der er kortsigtede omkostninger udløst af omstillingen, samtidig med at der skal arbejdes for de langsigtede mål for sundhedsvæsenet.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller vil indebære ændrede rammer for lederne i sundhedsvæsenet som følge af de organisatoriske forandringer. De organisatoriske forandringer er ikke tilstrækkelige til at sikre den nødvendige udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Hvis de organisatoriske forandringer skal føre til reelle forbedringer i de sundhedstilbud, som gives til borgerne, skal de føre til forandringer i den måde, der arbejdes og samarbejdes på i sundhedsvæsenet, og det kræver dedikeret ledelse på alle niveauer af ledelseskæden (se kapitel 16).



Boks 2.16
Anbefaling 6

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der på baggrund af de politiske beslutninger om den fremtidige struktur for sundhedsområdet oprettes et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer og understøtter den decentrale implementering. En national implementeringsplan skal indeholde ambitiøse mål, tydeliggøre implementeringsansvaret hos relevante aktører og opstille tidsrammer for implementeringen af de forskellige dele af reformen af sundhedsvæsenet.

Økonomi og finansiering

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller har alle som sigte, at de skal understøtte en bedre brug af de ressourcer, der prioriteres til sundhedsområdet, både økonomiske ressourcer og personaleressourcer.

Kommissionen har i sine overvejelser lagt vægt på, at den ønskede udbygning af det primære sundhedsvæsen skal ske gennem en modsvarende mindre vækst på sygehusområdet. Det fordrer en tæt integration af ansvaret for udbygning af det primære sundhedsvæsen med ansvaret for tilpasning af sygehusvæksten. Samtidig bør tiltag til en mere hensigtsmæssig fordeling af ressourcer medvirke til, at der flyttes ressourcer fra større byområder til de områder, der mangler ressourcer, så den ændrede fordeling realiseres inden for de samlede forudsatte økonomiske rammer for sundhedsvæsenet i de kommende år.

Kommissionen vurderer, at der på kort sigt kan være grund til at prioritere konkrete investeringer i opbygningen af det primære sundhedsvæsen i form af en styrket udbredelse af nye digitale løsninger, etablering af en national dataplatform, og etableringen af lokale "sundhedscentre", der danner en sundhedsfaglig ramme om lokale sundheds- og plejeindsatser. Kommissionen peger på de prioriteter i forbindelse med en prioritering af de tidligere afsatte midler til nærhospitaler (3,5 mia. kr. frem til 2030). Derudover har kommissionen noteret, at den nuværende regering har varslet en ny sundhedsfond. Foruden fokus på vedligeholdelse og modernisering af sygehuse, omfatter fondens fokus også teknologi og digitalisering, som reducerer arbejdskraftsudfordringen, og nem og lige adgang til forebyggelse og sygdomsbehandling, vel at mærke i sammenhæng med udfasningen af de nuværende kvalitetsfondsinvesteringer i nye sygehuse.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller er fremlagt indenfor kommissoriets forudsætning om samlet udgiftsneutralitet og indebærer dermed ikke varige merudgifter samlet set for sundhedsområdet og de nærliggende opgaver (se kapitel 17).


1
SET
M
SYS
DIA
PUL

1

Del 1

Status, udfordringer og pejlemærker for sundhedsvæsenet

I rapportens første del kortlægges beslutninger og udviklingstræk, som har været med til at forme sundhedsvæsenet gennem årene. Herudover beskrives status og udfordringer for sundhedsvæsenet i dag og de pejlemærker, som Sundhedsstrukturkommissionen har valgt at fokusere på i fremtidssikringen af sundhedsvæsenet.

I kapitel 3 præsenteres udviklingslinjer, som har haft betydning for den organisatoriske udvikling af det danske sundhedsvæsen. Kapitlet belyser baggrunden for det nuværende sundhedsvæsen.

I kapitel 4 præsenteres status og udfordringer for sundhedsvæsenet i dag. Kapitlet belyser de rammevilkår og udfordringer, der er for sundhedsvæsenet.

I kapitel 5 præsenteres tre pejlemærker, som kommissionen anser for særligt vigtige for udviklingen af det danske sundhedsvæsen.

Kapitel 3: Udviklingslinjer i organiseringen af det danske sundhedsvæsen

Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet er resultatet af en række tidligere reformer og løbende ændringer i organiseringen.

Strukturerne i sundhedsvæsenet er bl.a. blevet formet af kommunalreformen i 1970 og strukturreformen i 2007. Ved begge reformer blev de politisk-administrative enheder i sundhedsvæsenet reducerede ud fra et rationale om, at fagligt bæredygtige enheder hænger sammen med befolkningsgrundlaget – et rationale som forsat er gældende i sundhedsvæsenet i dag.

Kommunerne har gennem årene fået flere og mere komplekse opgaver, og balancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen har været en del af den sundhedspolitiske dagsorden siden 1970'erne. Herudover har integrationen af de alment praktiserende læger i det samlede sundhedsvæsen længe været diskuteret.

Det er nogle af de udviklingstræk, der har været med til at forme sundhedsvæsenet, og som vil blive beskrevet i det følgende.

Fra 25 amter og 1.098 kommuner til fem regioner og 98 kommuner

Grundstrukturen i dagens sundhedsvæsen er i særlig grad formet af kommunalreformen i 1970 og strukturreformen i 2007.

Omdrejningspunktet for begge reformer var spørgsmålet om antallet af politisk-administrative enheder og dermed også spørgsmålet om, hvor stort et befolkningsgrundlag, der skulle til for, at enhederne kunne varetage deres funktioner på en bæredygtig måde.

I forhold til sundhedsområdet blev vurderingen af befolkningsgrundlaget især baseret på princippet om "øvelse gør mester". Princippet betyder, at en læge eller et sundhedsprofessionelt team skal behandle et vist antal patienter pr. år for at give patienterne den bedste behandling og samtidig opnå den nødvendige erfaring og kvalitet. Det har medført færre enheder og dermed et stigende befolkningsgrundlag. På den måde er udviklingen gået mod større enheder i sundhedsvæsenet.

Boks 3.1

Tidslinje med nedslag: Fra 25 amter og 1.098 kommuner til fem regioner og 98 kommuner

- **1970:** Ved kommunalreformen bliver antallet af amter reduceret fra 25 til 14, og antallet af kommuner bliver reduceret fra 1.098 til 275.
- **2007:** Ved strukturreformen bliver de 14 amter erstattet af fem regioner, og antallet af kommuner bliver reduceret fra 271 til 98 kommuner.

Kommunalreformen i 1970

Med kommunalreformen i 1970 blev antallet af amter reduceret fra 25 til 14, og antallet af kommuner blev reduceret fra 1.098 til 275. Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune fik, ud over de almindelige kommunale opgaver, sundhedsopgaver svarende til amterne.

Vurderingen var, at amterne skulle have 250.000-300.000 indbyggere, før der blev et tilstrækkeligt grundlag for et fuldt udbygget centralsygehus. Et centralsygehus var et sygehus med en række specialafdelinger, som optog patienter fra et større område typisk et amt.

I forhold til kommunerne var vurderingen, at hvis en kommune skulle kunne levere en effektiv service til sine indbyggere, skulle den ikke have færre end 5.000-6.000 indbyggere. Dengang blev 5.000-6.000 indbyggere anset som et tilstrækkeligt grundlag for at kunne drive et alderdomshjem og en skole i kommunen.

Udover en række andre områder fik amterne hovedansvaret for sundhedsopgaven, det vil sige sygehuse og praksissektoren. Sygekassesystemet blev nedlagt i 1973, hvor kommunerne bl.a. overtog ansvaret for sundhedsplejen, hjemmesygepleje, skole- og ungdomstandpleje og ældreomsorg. I 1976 overtog amterne de statslige psykiatrihospitaler. Fra 1970 til 1980 blev ansvaret for de resterende stats- og statsfinansierede sygehuse overdraget til amterne med undtagelse af Rigshospitalet.

Strukturreformen i 2007

Med strukturreformen i 2007 blev der dannet fem regioner, og de 14 amter blev nedlagt. Argumentet var, at flere af de daværende amter isoleret set var for små til at sikre et tilstrækkeligt patientunderlag for de enkelte specialer og akutfunktioner. Hensynene understøttede et argument om, at der minimum skulle være 500.000 indbyggere i en region. Strukturkommissionen anbefalede mindst tre og højest otte regioner. Det afgørende kriterium var hensynet til sygehusvæsenet.

Strukturreformen havde også betydning for det kommunale landkort. Antallet af kommuner blev reduceret til 98 større kommuner med et befolkningsunderlag på minimum 20.000 med undtagelse af ø-kommuner og enkelte kommuner i hovedstadsområdet. Ændringen i antallet af kommuner var ikke primært drevet af hensynet til de kommunale sundhedsopgaver.

Foruden ændringer i den organisatoriske struktur medførte strukturreformen en ny fordeling af opgaverne mellem kommuner, regioner og staten ledsaget af en ny finansierings- og udligningsreform. I modsætning til amterne måtte regionerne ikke udskrive skat. I stedet skulle finansieringen ske via statslige bloktilskud. Kommunerne havde forsat ret til skatteudskrivning.

Med strukturreformen overtog regionerne hovedparten af sundhedsopgaverne fra de tidligere amter. Kommunerne overtog enkelte sundhedsopgaver fra de tidligere amter. Det var genoptræning efter udskrivelse fra sygehus, forebyggelse, hvor ansvaret for den patientrettede forebyggelse deles med regionerne, og misbrugsområdet. Kommunerne fik ansvaret for de opgaver ud fra en betragtning om, at disse sundhedsopgaver varetages mest hensigtsmæssigt i borgerens nærmiljø og i sammenhæng med andre områder såsom beskæftigelsesindsatsen.

"Øvelse gør mester" – sygehusopgaver samles og specialiseres

Hensynet til sygehusvæsenet har spillet en afgørende rolle for de to reformer i 1970 og 2007. Befolkningsunderlag og princippet om "øvelse gør mester" har over årene understøttet en stigende specialisering og centralisering til gavn for patienterne fx indenfor kræftbehandling.

I 1927 var der 167 sygehuse i Danmark. I 1978 var antallet af sygehuse reduceret til 104. Reduktionen fortsatte de følgende år, og i 2002 var der 52 sygehuse, og i 2022 var der 21 akutsygehuse og 15 specialsygehuse uden akutmodtagelse. Samtidig er sygehusene gradvist blevet bygningsmæssigt større og mere udstyrsmæssigt intensive. Sideløbende har der været faldende sengetal, vedvarende fald i liggetiden og udbygning af den ambulante aktivitet.

De underliggende drivkræfter har været den medicinske udvikling med stadig flere lægefaglige specialer. I 1950 var der 19 specialer. I 2023 var der 39 specialer. I nyere tid er der ikke sket større ændringer i antallet af lægefaglige specialer. I 2017 blev akutmedicin oprettet som et selvstændigt speciale, men der er også sket en sammenlægning af specialer, fx socialmedicin som nu hører under samfundsmedicin. Udviklingen med flere lægelige specialer og dermed specialiseringen i sundhedsvæsenet stiller krav til befolkningsunderlaget, hvis den faglige bæredygtighed og kvalitet skal opretholdes.

Boks 3.2
Tidslinje med nedslag: "Øvelse gør mester"– sygehusopgaver samles og specialiseres

- **1930-1970:** Centralsygehuse er omdrejningspunktet i sygehusvæsenet. Hvert amt har typisk ét centralsygehus.
- **1970:** Centralsygehuse erstattes af tanken om amtsligt hovedsygehus, hvor man samler specialer, der kun findes ét sted i amtet.
- **1996:** Funktionsbærende enheder introduceres og indebærer, at det kirurgiske område bliver opfattet som ét samlet område på tværs af sygehusene i et amt.
- **2005:** Sundhedsstyrelsen får beføjelser til at fastsætte specialfunktioner i sygehusvæsenet og godkende deres placering på sygehusene i landet.
- **2007:** Sundhedsstyrelsen udgiver rapporten "Styrket – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", der danner grundlag for den første specialeplanlægning og regionernes sygehusplaner og dermed får rammesættende betydning for nutidens sygehusstruktur.
- **2008:** Der afsættes knap 25 mia. kr. i en kvalitetsfond til sygehusbyggeri.
- **2010:** Sundhedsstyrelsen udgiver den første specialeplan.

Centralsygehuse og funktionsbærende enheder

I perioden fra 1930 til kommunalreformen i 1970 var omdrejningspunktet centralsygehuse. Hvert amt havde typisk et, måske to centralsygehuse, der også fungerede som lokalsygehus i det pågældende område. Centralsygehuse skulle være opdelt i mindst én medicinsk afdeling, én kirurgisk afdeling, én røntgenafdeling og have et laboratorium.

Med kommunalreformen i 1970 blev centralsygehuset erstattet af tanken om et amtsligt hovedsygehus, hvor man samlede de specialer, der kun var ét sted i amtet, fx pædiatri, øjne og øre-næse-hals. Igen var rationalet baseret på det nødvendige befolkningsunderlag for et nogenlunde selvbærende sygehusvæsen på såkaldt udvidet basis- eller normalsygehusniveau, hvor det forventedes, at man lokalt i amtet kunne behandle 90 til 95 pct. af de forekommende sygdomstilfælde.[6]

Den funktionsbærende enhed blev født i 1996. I en statusrapport fra Dansk Kirurgisk Selskab blev det anbefalet, at der burde etableres kirurgiske amtsenheder med et optageområde på 200.000-250.000 indbyggere for dermed at sikre det tilstrækkelige antal patienter til at kunne opretholde kompetencen i de kirurgiske indgreb. Det vil sige, at det kirurgiske område blev opfattet som ét område på tværs af sygehusene i et amt.

6 Pedersen, Kjeld Møller. "Dansk sundhedspolitik". 1. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard, 2018.

Etablering af funktionsbærende enheder blev et tema i økonomiaftalen for 2000 mellem den daværende regering og Amtsrådsforeningen. Det betød, at amterne skulle udarbejde nye sygehusplaner. Konstruktionen blev til ud fra et ønske om at sikre en ny arbejdsdeling mellem små og store sygehuse.

Akutsygehuse med fælles akutmodtagelse

De politiske partier bag sundhedsloven i 2005 var enige om, at hvis den faglige kvalitet og hensynet til nærhed stod i modstrid med hinanden, skulle faglig kvalitet vægtes højere end nærhed til indsatsen. Det kom også til udtryk i fire principper for sygehusplanlægning, som blev aftalt i 2006, og som supplerede lovgrundlaget.[7]

Med sundhedsloven fra 2005 fik Sundhedsstyrelsen beføjelser til at fastsætte specialfunktioner i sygehusvæsenet og godkende deres placering på sygehusene rundt om i landet og på den måde foretage national specialeplanlægning. Derudover blev regionerne forpligtede til at indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen om udarbejdning af sundhedsplaner, bl.a. akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mm.

Som grundlag for en gennemgang af specialerne og fastlæggelsen af den første specialeplan udgav Sundhedsstyrelsen i 2007 rapporten "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" ud fra en forventning om, at ændringer i tilrettelæggelsen af det akutte beredskab ville påvirke de fleste specialer og de fysiske rammer.

Anbefalingerne fik rammesættende betydning for hovedfunktionsniveauet i den nuværende sygehusstruktur. De blev grundlaget for, at de nye regioner udarbejdede nye sygehusplaner.[8,9] Sundhedsstyrelsen vurderede bl.a., at befolkningsunderlaget for en fælles akutmodtagelse var 200.000-400.000 indbyggere med forbehold for henholdsvis tæt befolkede og tyndt befolkede områder. Som konsekvens ville der maksimalt være plads til godt 25 akutsygehuse imod ca. 40 i 2007. Det endte med at blive 21.

Med anbefalingerne for et styrket akutberedskab i 2007 blev det også anbefalet, hvilke lægefaglige specialer der burde være repræsenterede i den fælles akutmodtagelse. Herudover vurderede Sundhedsstyrelsen, at en konsekvens af en reduktion i antallet af sygehuse med akutmodtagelser var en styrket præhospital indsats på grund af øgede afstande mellem akutmodtagelserne.[10]

Med Sundhedsstyrelsens rapport var den ene af hjørnestenene til nutidens sygehusvæsen lagt. En anden hjørnesten var de nye sygehusplaner, som regionerne udarbejdede, og hvor akutsygehusenes placering blev fastlagt. Sygehusplanerne blev udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger og indsendt til Sundhedsstyrelsen. Tilsvarende tog et ekspertpanel udgangspunkt i rapportens anbefalinger i deres vurdering af behovet for og placeringen af de nye større akutsygehuse. En tredje hjørnesten i udviklingen af nutidens sygehusvæsen var finansiering gennem kvalitetsfondsbyggerierne.

---

7 VIVE, Betina Højgaard, Jakob Kjellberg og Mickael Bech. "Den statslige styring af det regionale sundhedsområde: analyse af centrale instrumenter". VIVE – Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

8 Pedersen, Kjeld Møller. "Dansk sundhedspolitik". 1. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard, 2018.

9 Pedersen, Kjeld Møller. "Sundhedspolitik: beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet". Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2005.

10 Sundhedsstyrelsen. "Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen". 2007.

Kvalitetsfondsbyggerierne

Færre og større akutsygehuse krævede betydelige sygehusinvesteringer. I økonomiaftalen for 2008 mellem den daværende regering og Danske Regioner blev principperne for investeringer i fremtidens sygehusstruktur beskrevet, og efterfølgende blev knap 25 mia. kr. fra en kvalitetsfond reserveret til sygehusbyggerier og -renovering. Hertil kom egenfinansiering fra regionerne, som var delvist finansieret af forudsatte salg af sygehusmatrikler, der skulle nedlægges i forbindelse med etablering af den nye sygehusstruktur. Der var med andre ord planlagt investeringer for ca. 40 mia. kr. i 2009-priser svarende til ca. 59 mia. kr. i 2024-priser.

Der blev desuden nedsat et ekspertpanel med internationalt anerkendte eksperter med indsigt på sygehusområdet, bl.a. i forhold til sygehusdrift, logistik, større sygehusbyggerier og faglig bæredygtighed. Ekspertpanelet bestod af tre danske medlemmer og et medlem fra henholdsvis Norge og Sverige. Panelet skulle rådgive regeringen om anvendelsen af investeringsrammen, og det var nedsat fra efteråret 2007 til februar 2014, hvor det sidste projekt blev behandlet.

I alt blev 16 sygehusbyggerier støttet, heraf 14 somatiske projekter og to ny psykiatribyggerier. Seks af de 14 somatiske byggerier var "barmarksprojekter". De øvrige projekter omfattede tilbygninger til eksisterende sygehuse og renoveringer af eksisterende byggeri. De øvrige sygehusbyggerier, der er foregået i forbindelse med etablering af den nye sygehusstruktur, er finansierede af regionerne for egne anlægsmidler.

Regionerne er bygherrer på de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier, mens staten udbetaler støtte og fører overordnet tilsyn med de enkelte byggerier, der har til formål at sikre, at de enkelte projekter lever op til regeringens tilsagnsbetingelser, og at de er robuste og realisable inden for den økonomiske totalramme, der er bindende for det enkelte projekt.

National sygehusplanlægning

Med afsæt i den nye sundhedslov fra 2005 fik Sundhedsstyrelsen kompetencer til at fastslå, hvilke sygehuse der må udføre de konkrete specialfunktioner, som udgør ca. 10 pct. af alle sygehusbehandlinger. Formålet var at sikre høj faglig kvalitet i den særligt komplekse og specialiserede behandling og helhed i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse.

Med den første specialeplan i 2010 definerede og fordelte Sundhedsstyrelsen for første gang de specialiserede funktioner inden for 35 lægelige specialer og et enkelt tandlægespeciale på landets sygehuse. Efterfølgende er specialeplanen blevet revideret i 2017 og bliver løbende justeret.

Inden for sundhedsfaglige kredse er der generelt enighed om, at specialeplanlægningen har medvirket til at øge kvaliteten i den specialiserede del af sygehusvæsenet i Danmark. Der er dog også udtrykt bekymring for, at specialeplanen øger kvaliteten i specialiserede funktioner på bekostning af kvaliteten i ikke-specialiserede funktioner, og at centraliseringen af specialfunktioner kan medvirke til fragmenterede patientforløb (se også kapitel 8).

Psykiatriens udvikling – fra langtidsindlæggelse til ambulant behandling

Gennem årene har indsatsen til mennesker med psykiske lidelser ændret sig markant. Fra 1950'erne og frem bar udviklingen præg af en afinstitutionalisering. Fokus var rettet mod udviklingen af diagnostik og effektive behandlinger frem for at skærme patienterne fra det omgivende samfund. Parallelt har der over tid været et øget fokus på mulighederne for at leve et godt liv med sin sygdom eller eventuelt komme sig helt.

Boks 3.3

Tidslinje med nedslag: Psykiatriens udvikling – fra langtidsindlæggelse til ambulant behandling

- **1940'erne:** Muligheden for, at mennesker med lettere sindslidelser bliver behandlede på sygehus eller i eget hjem, diskuteres.
- **1950'erne:** Det bliver undersøgt, om behovet for sengepladser i psykiatrien er aftagende.
- **1950'erne-1960'erne:** Den ambulante behandling bliver mere udbredt som behandlingsform og videreudviklet som distriktspsykiatri.
- **1970'erne:** Ansvaret for statshospitalerne overgår til amterne efter knap 100 års statsligt ejerskab og drift. Den statslige særforsorg for mennesker med psykiske lidelser overgår også til amterne.
- **1980'erne:** Resten af den statslige særforsorg overgår til amterne. Perioden er kendetegnet ved øget fokus på at støtte mennesker med psykiske lidelser i at blive inkluderede i samfundet.
- **1980'erne-1990'erne:**: Psykiatrien bliver administrativ adskilt fra somatikken.
- **1990'erne:** Den ambulante psykiatri bliver udbygget over hele landet med etablering af ambulante, tværfaglige og lokalt placerede behandlingstilbud.
- **2007:** Regionerne får ansvaret for den behandlende psykiatri.
- **2009:** Sundhedsstyrelsen udgiver anbefalinger for psykiatrien.

Fra indlæggelse til ambulant behandling

Nye biologiske behandlingsmetoder betød, at flere syge patienter, hvor langvarige indlæggelser før var nødvendige, kunne behandles mere effektivt. Samtidig blev der basis for, at mennesker med lettere sindslidelser kunne få behandling gennem indlæggelse på psykiatrihospitalerne. Muligheden for, at mennesker med lettere sindslidelser blev behandlet på sygehus eller i eget hjem, blev allerede diskuteret i 1940'erne. I 1950 blev det undersøgt, om behovet for sengepladser i psykiatrien var aftagende.

Den ambulante behandling blev mere udbredt som behandlingsform i 1950'erne og 1960'erne og blev videreudviklet som distriktspsykiatri. Det kom til at spille en rolle, da amterne overtog ansvaret for hospitalspsykiatrien. Den psykiatriske behandling blev organiseret distriktspsykiatrisk, sådan at de enkelte sengeafdelinger med tilhørende udgående funktioner betjente afgrænsede geografiske områder, og ressourcemæssigt blev vægten lagt på ambulant behandling frem for på hospitalssenge.[11]

Efter knap 100 års statsligt ejerskab og drift overgik ansvaret for statshospitalerne i 1976 til amterne. Statshospitalerne havde drevet en række psykiatriske plejehjem, såkaldte H-plejehjem for langtidsanbragte psykisk syge. De blev også overført til amterne og blev derefter drevet under sygehusloven. H-plejehjemmene blev overført til administration under amtskommunernes social- og sundhedsudvalg i stedet for sygehusudvalgene. Ved overdragelsen i 1987 udgjorde H-plejehjem godt 70 pct. af det samlede antal pladser efter bistandslovens § 112, stk. 2, svarende til 2.395 pladser.

11 Kragh, Jesper Vaczy, red. "Psykiatriens historie i Danmark". 1. udgave, 1. oplag. København: Reitzel, 2008.

Herefter skete en reduktion af "plejesenge". I 1986 var der indlagt ca. 4.200 patienter med en indlæggelsesvarighed på mere end et år. En tilsvarende opgørelse fra 1994 viser, at antallet på det tidspunkt var faldet til 865 langtidsindlagte.[12] Overdragelsen af området til amterne fremmede udviklingen væk fra åre- eller livslange ophold på institutioner og hen til ophold på forskellige former for sociale botilbud, som frem til strukturreformen i 2007 blev drevet af amterne. Sideløbende kom der mere fokus på sociale indsatser og uddannelses- og beskæftigelsesindsatser.

Op gennem 1980'erne blev der i stigende grad fokus på at støtte mennesker med psykiske lidelser i at blive inkluderet i samfundet. I de efterfølgende årtier har den amtslige og regionale psykiatri gennemgået en omlægning fra stationær til ambulant behandling. I 1990'erne blev den ambulante psykiatri udbygget over hele landet med etablering af ambulante, tværfaglige og lokalt placerede behandlingstilbud.[13] Det har haft konsekvenser for den psykiatriske sengekapacitet. I 1990 var der 4.803 sengepladser i voksenpsykiatrien. Det tal var i 2013 faldet til 2.796. Der har løbende været debat om, hvor mange sengepladser der er behov for.

Sammenhæng med somatik

Amternes overtagelse af hospitalspsykiatrien var bl.a. motiveret af ønsket om en sammenlægning af somatik og psykiatri. Den medicinske udvikling betød, at der ikke længere var begrundelse for at opretholde skellet mellem et somatisk og et psykiatrisk sygehusvæsen, og der krævedes et tættere samarbejde mellem de medicinske specialer.

Inden da var størstedelen af den psykiatriske sygehusbehandling koncentreret på otte psykiatriske sygehuse, som var adskilte fra behandlingen af somatikken. Fra slutningen af 1980'erne og ind i 1990'erne blev psykiatrien imidlertid administrativt adskilt fra somatikken. En del af forklaringen var, at amterne oprettede sundhedsforvaltninger ved at slå sygehusforvaltningen sammen med sygesikringen, som havde været en del af socialforvaltningen. Det primære formål var at anskue sygehusene og praksissektoren som ét samlet sundhedsvæsen, der medvirkede til, at sygehus- og praksissektoren i højere grad blev set i sammenhæng. Til gengæld blev psykiatrien nogle steder flyttet til socialforvaltningen.

Psykiatrien var ikke en del af Sundhedsstyrelses udgivelse "Styrket akutberedskab" fra 2007, som fik afgørende betydning for organiseringen af sygehusene i Danmark. Det fik bl.a. som konsekvens, at den akutte indsats til mennesker med psykiske lidelser på et afgørende tidspunkt ikke blev tænkt med i organiseringen af den akutte indsats til somatiske patienter.

Anbefalinger for psykiatrien blev udgivet to år efter i 2009 og fik ikke en tilsvarende opmærksomhed og betydning for organisering og udvikling af området.[14]

Strukturreformen i 2007

Kommunerne havde før strukturreformen forskellige tilbud til borgere med sindslidelse. Med reformen overtog kommunerne det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på det sociale område. Det betød, at kommunerne overtog det samlede ansvar for den sociale indsats til mennesker med sindslidelser. Som konsekvens har kommunerne i dag det samlede ansvar for den sociale indsats, der bliver varetaget før, under og efter den regionale, psykiatriske behandling. Formålet med ændringen var at skabe en klar og entydig ansvarsfordeling med én indgang for borgeren i kommunen og samtidig sikre, at de sociale opgaver i højere grad blev løst i nærmiljøet og i tæt samspil med kommunens øvrige tilbud.

---

12 Socialministeriet, Justitsministeriet, Indenrigsministeriet, Undervisningsministeriet, og Sundhedsministeriet. "Indsatsen for sindslidende: status, vurdering og forslag til nye initiativer. Redegørelse fra en tværministeriel embedsmandsgruppe". 1996.

13 *Sundhedsstyrelsen. "Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser: fagligt oplæg til en 10-årsplan". Sundhedsstyrelsen, 2022.*

14 *Sundhedsstyrelsen. "Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser: fagligt oplæg til en 10-årsplan". Sundhedsstyrelsen, 2022.*

I forbindelse med reformen blev der indført årlige rammeaftaler mellem kommunerne og regionerne. Her fik regionerne, efter aftale med kommunerne, pligt til at levere en række sociale tilbud. Rammeaftalen var tænkt som et planlægnings- og udviklingsværktøj for de tilbud, som blev varetaget af de tidligere amter. Efter strukturreformen i 2007 overgik regionerne fra at have et myndighedsansvar til en forsynings- og udviklingspligt. Rammeaftalerne skulle dels sikre planlægning og udvikling af de regionale tilbud, dels regulere forholdet mellem kommunernes efterspørgsel og behov på den ene side og regionernes forsyningspligt over for kommunerne på den anden side.

Udviklingen viste dog, at kommunerne i langt højere grad end forventet overtog de regionale eller tidligere amtslige sociale tilbud. Fra 1. januar 2007 overtog kommunerne 80 pct. af de sociale tilbud, der før blev drevet af amterne. Derudover oprettede kommunerne i højere grad end forventet selv nye tilbud.

Foruden socialområdet fik kommunerne også ansvaret for andre opgaver, som fx misbrugsbehandling, specialundervisning, forsorgshjem og beskæftigelse, som hænger tæt sammen med de sociale indsatser på psykiatriområdet.[15]

De praktiserende lægers udvikling inden for rammerne af overenskomstsystemet

Det almenmedicinske tilbud består i dag overvejende af klinikker ejet af speciallæger i almen medicin, som er selvstændige erhvervsdrivende. Ifølge sundhedsloven er regionsrådet ansvarlig for at tilvejebringe tilbud om almenmedicinske ydelser til borgerne. Regionerne opfylder som hovedregel forpligtelsen via overenskomst om almen praksis, som indgås mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Boks 3.4

Tidslinje med nedslag: De praktiserende lægers udviklingen indenfor rammerne af overenskomstsystemet

- **2008:** Betænkningen "Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen" udkommer. Den peger på et styrket samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor.
- **2012-2013:** I perioden opstår uenighed mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation. Resultatet bliver, at regionerne får den endelige beslutningskompetence i praksisplanlægningen.
- **2013:** Der åbnes op for nye organisationsformer af det almenmedicinske tilbud med en ændring af sundhedsloven. Formålet er bl.a. at sikre lægedækning i alle egne af landet.
- **2013-2014:** Uenighed i forbindelse med Region Hovedstadens hjemtagelse og etablering af en ny lægevagtordning.
- **2014-2023:** Antallet af patienter, der er tilmeldt i enten udbuds- eller regionsklinikker, vokser.
- **2015-2016:** WebPatient bliver introduceret.

15 Underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen – Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud. "Afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen – socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud". Social- og Integrationsministeriet, 2012.

2017: Udvalg om Lægedækning i Hele Landet, som blev nedsat i 2016 af den daværende regering kommer med 18 forslag til, hvordan der kan skabes bedre lægedækning. Blandt forslagene er direkte køb og salg af ydernumre mellem læger for flere ydernumre, udvidede muligheder for at drive regionsklinikker, ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillinger m.v.

2019: Praktiserende Lægers Organisation lancerer Min Læge-appen i samarbejde med Sundhedsministeriet. Samme år indføres kronikerhonorar for patienter med type-2 diabetes og KOL.

2022: Aftale om akutplan fastslår, at regionerne skal arbejde på at udbrede ordningen om fasttilknyttede praktiserende læger til plejecentre. Med overenskomsten aftales, at alle klinikker ved udgangen af 2024 skal tilbyde videokonsultation.

2023: Honorarstrukturrådet foreslår en fastholdelse af blandingshonorering, men en markant forenkling af ydelseshonoreringen og en afskaffelse af kronikerhonoreringen. Rådet foreslår desuden, at det faste basishonorar skal differentieres efter relevante parametre i praksispopulationen, så den afspejler tyngden af behandlingsopgaven.

De praktiserende lægers rolle i sundhedsvæsenet

I 2008 kom betænkningen "Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen". Kommissoriet fremhævede, at der med strukturreformens nye struktur på sundhedsområdet var skabt grundlag for et styrket samarbejde mellem sygehusene, kommunerne og praksissektoren. Det fremgik, at med udviklingen af en sygehusstruktur, hvor funktioner skulle samles på færre og mere bæredygtige enheder, steg behovet for, at flere funktioner kunne løftes af et sundhedstilbud tæt på borgerne. Udvalget skulle bl.a. beskrive og analysere rammerne for et hensigtsmæssigt og forpligtende samspil mellem de alment praktiserende læger og sygehusvæsenet, kommunale sundhedstilbud og den øvrige del af praksissektoren. Samtidig skulle det beskrive og analysere rammerne for en hensigtsmæssig faglig og økonomisk styring og udvikling af de alment praktiserende læger.

Udvalget bag betænkningen konstaterede, at aftalesystemet ikke tilstrækkeligt effektivt sikrede, at alle de praktiserende læger indgik i et integreret sundhedsvæsen på forpligtende vis. Ifølge udvalget rummede aftalesystemet ikke strukturer og mekanismer, der i tilstrækkelig grad sikrede forankring og efterlevelse af aftaler om samarbejde og arbejdsdeling.[16] Udvalgets betænkning medførte ikke væsentlige organisatoriske og strukturelle ændringer.

Udvalget for evaluering af strukturreformen pegede på, at styrings- og finansieringsmodellerne i regionerne, på sygehusene og i praksissektoren, herunder hos alment praktiserende læger, burde understøtte en sammenhængende og effektiv patientbehandling. Udvalget foreslog at styrke integrationen af de praktiserende læger i både det regionale sygehusvæsen og i den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats. Ifølge udvalget indebar det bl.a. en styrkelse af det offentliges muligheder for at definere de alment praktiserende lægers opgaver. Samtidig var der behov for en styrkelse af regionernes planlægningskompetence, så regionerne kunne tilrettelægge lægedækningen og sikre dækning i yderområder.[17]

I 2012-2013 opstod der uenighed mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation. Det drejede sig især om regionernes ønske om at indskrænke Praktiserende Lægers Organisations paritetiske indflydelse på styringen og udviklingen af de alment praktiserende læger.

16 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. "Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen", 2008.

17 Underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen – Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud. "Afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen – socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud". Social- og Integrationsministeriet, 2012.

Konflikten endte med, at der blev vedtaget et nyt lovgrundlag, som bevirkede, at regionerne fik den endelige beslutningskompetence vedrørende praksisplanlægningen. Andre paritetiske bestemmelser blev ikke ændret.

I 2013-2014 opstod en uenighed i forbindelse med Region Hovedstadens hjemtagelse og etableringen af en ny lægevagtordning, 1813-ordningen. I alle regioner havde de praktiserende læger hidtil organiseret vagtdækningen uden for almindelig dagarbejdstid, det vil sige fra kl. 16:00-8:00 på hverdage, i weekender og på helligdage.

Etableringen af 1813-ordningen betød, at regionen overtog driften og tilbød ansættelse af læger og andet personale på hel- eller deltid. Som konsekvens var ikke alle i lægevagten ansatte speciallæger i almen medicin. Det betyder bl.a., at det er sygeplejersker, der modtager opkaldene fra borgerne. En anden ændring var, at børn via 1813 henvises til børnelægevagt på et sygehus.

Der er i de seneste år indført ændringer af vagtlægeordningen i de andre regioner med den konsekvens, at de alment praktiserende læger i mindre grad deltager i vagtlægeordningerne.

Regions- og udbudsklinikker

Antallet af alment praktiserende læger har været nogenlunde konstant over de seneste ti år. I visse geografiske områder er der lægemangel, hvor det er vanskeligt at fastholde og rekruttere alment praktiserende læger.

I 2013 blev der med en ændring af sundhedsloven åbnet op for nye organisationsformer. Formålet var bl.a. at sikre lægedækning i alle egne af landet. Her fik regionerne mulighed for at etablere midlertidige almenmedicinske tilbud i form af udbuds- eller regionsklinikker, hvis ikke det er muligt at afhænde et ydernummer til en alment praktiserende læge, som ønsker at drive almen praksis efter overenskomsten.

En region kan etablere og drive en regionsklinik uden tidsbegrænsning, men ønsker en praktiserende læge at overtage en regionsdrevet praksis, som har været etableret i mindst fire år, skal regionen dog indgå aftale om overdragelse inden for rimelig tid. Udbudsklinkkerne er baseret på tidsbegrænsede kontrakter.

En anden udløber af lovændringen er partnerskaber mellem praktiserende læger og private virksomheder. Partnerskabsklinikken er et samarbejde mellem en speciallæge i almen medicin, der ejer et ydernummer og virker efter overenskomst og en privat part. Den private part er involveret i driften ved en kontrakt med lægen, som ejer ydernummeret. Efter overenskomsten er det ikke muligt for lægen at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik.

Fra 2014 til 2023 voksede antallet af patienter, der er tilmeldt i enten udbuds- eller regionsklinikker, fra 29.904 patienter i 2014 til 92.420 patienter i juli 2023. På landsplan udgør klinikkerne samlet set ca. 2 pct.

Plejehjemslæger

Siden 2016 er der gradvist kommet flere fasttilknyttede praktiserende læger til plejecentre. Det er med til at understøtte samarbejdet om borgerne ved, at beboerne på et plejecenter tilbydes at tilmelde sig den fasttilknyttede læge. Ordningen, som har haft positiv effekt på nedbringelse af indlæggelser, blev indført i forlængelse af en forsøgsordning fra 2014.[18] Fra og med 2022 har ordningen været del af den ordinære overenskomst. I første omgang er det aftalt, at minimum 80 pct. af plejehjemmene skal være dækkede inden slutningen af 2024. Senest er det med aftalen om en akutplan fra februar 2022 aftalt, at regionerne skal

18 Christensen, Line Due, Claus Høstrup Vestergaard, Morten Bondo Christensen og Linda Huibers. "Health Care Utilization Related to the Introduction of Designated GPs at Care Homes in Denmark: A Register-Based Study". Scandinavian Journal of Primary Health Care 40, nr. 1 (2. januar 2022): 115–22.

arbejde på at udbrede ordningen. Danske Regioner vurderer, at ca. 90 pct. af alle plejehjembeboere er dækkede af en plejehjemslæge. Der er usikkerhed om tallene, da data fra Region Sjælland ikke er opgjort på antal beboere.[19]

Digitale værktøjer hos de alment praktiserende læger

Antallet af digitale konsultationer, det vil sige e-konsultationer og videokonsultationer, er steget fra i 2013 at udgøre 4,1 mio. ydelser til i 2022 at udgøre 9 mio. ydelser. Det svarer til en stigning på 121 pct. på ti år. I 2022 udgjorde digitale konsultationer ca. 25 pct. af samtlige konsultationer.

E-konsultationer har vundet frem siden årtusindeskiftet og udgør langt størstedelen af de digitale konsultationer. Videokonsultation er en ny kontaktform hos de praktiserende læger. Med overenskomsten fra 2022 er det aftalt, at alle klinikker ved udgangen af 2024 skal tilbyde videokonsultation.

I 2019 lancerede Praktiserende Lægers Organisation i samarbejde med Sundhedsministeriet Min Lægeappen. Appen er med til at skabe mere tilgængelighed for patienterne, fordi den bl.a. indeholder en indbakkefunktion til modtagelse af beskeder til og fra lægen, bookingfunktion og videoadgang. Appen er også med til at give patienten et overblik over kommende og tidligere aftaler med både egen læge, speciallæger og aftaler på sygehuset. Appen har over to millioner aktive brugere.

WebPatient er et andet digitalt redskab, som de praktiserende læger har fået i løbet af de seneste år. Det er en IT-løsning, der gør det muligt for patienterne elektronisk at indberette spørgeskemaer og målinger foretaget af patienten selv. WebPatient blev introduceret i 2015-2016. Systemet indeholder 18 forskellige skemaer, bl.a. til indrapportering af blodtryk, stress og hovedpine. Når patienten har indtastet sine målinger i WebPatient, sørger systemet automatisk for at beregne data og efterfølgende føre dem ind i patientens journal. I dag bruger over 90 pct. af alle klinikker WebPatient, og siden 2016 har antallet af bestilte skemaer været stigende. I 2022 blev der bestilt 800.000 skemaer, hvilket svarer til en stigning på 22 pct. sammenlignet med året før.[20]

Udviklingen af honorarstrukturen

Honorarstrukturen er et af de væsentligste elementer i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation. Den har afgørende betydning for den enkelte praksis' økonomi samt økonomiske incitamenter og økonomistyring i sundhedsvæsenet.

I dag honoreres alment praktiserende læger med en kombination af et beløb pr. tilmeldt patient (basishonorering) og honorering pr. ydelse (ydelseshonorering). Basishonoreringen udgør ca. 35 pct. af omsætningen hos de alment praktiserende læger, og de resterende 65 pct. kommer fra ydelseshonorering.

Indtil 1987 havde man to honoreringsordninger. Den såkaldte Københavneroverenskomst, som gjaldt for Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune og Amager-kommunerne, var alene baseret på et basishonorar pr. tilknyttet patient plus betaling for praksisudgifter. I resten af landet havde man "blandingshonorering". De praktiserende læger i København var ikke fulgt med indkomstudviklingen i resten af landet, og de overgik i 1987 til provinsoverenskomsten.

Balancen mellem basishonorering og ydelseshonorering har løbende været til debat, uden at balancen har ændret sig markant i mange år. I 2019 indførte man det såkaldte kronikerhonorar for patienter med type-2 diabetes og KOL. Honoraret er et fast beløb, og det skulle erstatte lægernes ydelseshonorarer for patienternes konsultationer, årskontroller, telefonkonsultationer og e-mailkonsultationer. Lægerne skulle dermed ikke længere afregne enkeltvist på disse ydelser for patienter, som er omfattet af kronikerhonoraret. Formålet er, at patienter med KOL og type 2-diabetes i højere grad følges og behandles i de almenmedicinske tilbud frem for på sygehusambulatorierne.

---

19 Danske Regioner. "Statusredegørelse for regionernes afvikling af efterslæb. Opfølgning på aftale om akutplanen 4. kvartal 2023". 2024.

20 Praktiserende Lægers Organisation. "De digitale klinikker". 2023.

I den nuværende honorarstuktur er der et stærkt fokus på sammenhængen mellem en given aktivitet og en tilhørende særskilt honorering af aktiviteten. Hermed er der en tendens til at fokusere på enkeltydelser samtidig med, at der er kommet flere ydelseshonoreringer, som løbende giver anledning til tolkningstvister. På den baggrund blev der i 2022 nedsat et Honorarstrukturråd, som skulle komme med forslag til en forenklet honorarstruktur, der bl.a. skulle understøtte tværsektorielt samarbejde og behandlingen af de patienter, som har størst behov.[21] Rådet aflagde rapport i 2023.

Honorarstrukturrådet foreslog en markant forenkling af ydelseshonoreringen og fastholdt modellen med blandings-honorering og en afskaffelse af kronikerhonoreringen. Rådet forslog desuden, at honoreringen skulle understøtte opgaver relateret til det tværsektorielle samarbejde og lægens koordinerende rolle, og at det faste honorar pr. sikret (basishonoraret) skulle differentieres efter relevante parametre i praksis-populationen, som afspejler tyngden af behandlingsopgaven, fx sygelighed, alder, socioøkonomi og vilkår for opgavevaretagelse hos de alment praktiserende læger.

Speciallægepraksis

I 1978 blev der indført ydernumre for praktiserende speciallæger. Dermed blev det muligt at regulere antallet af praktiserende speciallæger.

Inden sygekasserne blev afløst af den offentlige sygesikring i 1973, kunne enhver med lægelig autorisation slå sig ned som praktiserende speciallæge. Sygekasserne var ikke forpligtede til at yde deres medlemmer speciallægehjælp, selvom størstedelen af sygekasserne, især i København, ydede speciallægehjælp under forskellig former. Sidst i 1960'erne blev det et lovkrav at yde medlemmerne speciallægehjælp. Tilsvarende i dag var der også dengang store geografiske forskelle i dækningen af praktiserende speciallæger.

I 1980'erne og 1990'erne var amterne tilbageholdende med at give ydernumre til speciallægepraksis og forsøgte undertiden at inddrage ydrenumre, som blev ledige, fordi man mente, at de samme ydelser kunne leveres ambulant på sygehusene. Fra 2007-2022 faldt antallet af ydernumre inden for de fleste specialer. Samlet set har der været et fald fra 1.086 ydernumre i 2007 til 983 i 2022.

Fra sidst i 1970'erne kom der tretimersydernumre kaldet overlægeydernumre. Overlægeydernumrene blev dog gradvis afviklet over en årrække fra sidst i 1990'erne og helt afskaffet i overenskomsten fra 2017, hvorefter der ikke har været overlægeydernumre i nogen regioner. Det skyldes, at der blev stillet flere og flere krav til det at drive speciallægepraksis, og de krav kunne ikke honoreres af en tretimerspraksis. Det drejer sig fx om krav til klinikudstyr og instrumenter, krav til tilgængelighed, krav om deltagelse i ferieafløsningsordninger, krav om deltagelse i kvalitetsklynger og krav om, at man skal kunne levere bredden i specialets ydelsessortiment.

Der er i de senere år kommet en større interesse for speciallægepraksis bl.a. som følge af et styrket fokus på nære sundhedstilbud. Speciallægepraksis kan på nogle områder substituere sygehusbehandling, fordi der er tale om behandling på hovedfunktionsniveau. Fx vedtog Region Sjælland i 2023 en strategi for modernisering af speciallægepraksis, som bl.a. forholdt sig til behovene for en kapacitetsudvidelse på området og specialiserede kompetencer i den nære sundhedsindsats.

21 Honorarstrukturrådet for almen praksis. "Forenkling og faglighed med fokus på patienten: Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis". 2023.

Boks 3.5
Tidslinje med nedslag: Speciallægepraksis

- **1970'erne:** I 1978 indføres ydernumre for praktiserende speciallæger. Dermed bliver det muligt at styre antallet af praktiserende speciallæger. Sidst i 1970'erne kommer der tretimersydernumre, også kaldet overlægeydernumre.
- **1980'erne-1990'erne:** Amterne er tilbageholdende med at give ydernumre og forsøger undertiden at inddrage numre, som bliver ledige, da man mener, at samme ydelser kan leveres ambulant på sygehusene.
- **1990'erne:** Overlægeydernumre afvikles gradvist og afskaffes helt i overenskomsten fra 2017.
- **2007-2022:** Indenfor de fleste specialer falder antallet af ydernumre.
- **2024:** Interessen for speciallægepraksis har de seneste år været stigende, bl.a. på grund af interessen for nære sundhedstilbud.

Kommunerne får flere og mere komplekse opgaver

Efter strukturreformen i 2007 overtog kommunerne ansvaret for flere opgaver på sundhedsområdet. Med reformen fik kommunerne ansvaret for den forebyggelse, pleje og genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse. Kommunerne skulle kunne etablere nye løsninger især på forebyggelses- og genoptræningsområdet fx i form af sundhedscentre. Reformen indebar også, at kommuner og regioner skulle forpligtes i lovgivningen til at samarbejde om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje. Obligatoriske sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner skulle bl.a. indeholde aftaler om udskrivningsforløb for svage ældre patienter og aftaler om forebyggelse og genoptræning. Med reformen skulle kommunerne også betale et bidrag til finansiering af sundhedsvæsenet, som skulle give kommunerne en yderligere tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats. Kommunerne fik samtidig det samlede ansvar for socialområdet.

Herudover er kommunerne ansvarlige for bl.a. plejehjem og plejebolig, hjemmepleje og genoptræning efter serviceloven. Kommunernes indsatser til ældre og mennesker med kroniske sygdomme er i stigende grad blevet vigtige for at forebygge forværring af sygdom og indlæggelse. Derfor beskriver dette kapitel også udviklingen i udvalgte kommunale opgaver på ældreområdet. I de senere år har der været skærpet fokus på kvaliteten i kommunernes indsatser, som bl.a. kommer til udtryk ved, at der på nogle områder er indført kvalitetsstandarder.

Boks 3.6
Tidslinje med nedslag: Kommunerne får flere og mere komplekse opgaver

- **1949:** Husmoderafløsningsordningen indføres. Ordningen indebærer midlertidig praktisk bistand i hjemmet i forbindelse med sygdom, rekonvalescens eller efter fødsel.
- **1958:** Hjemmeplejeordningen etableres og erstatter husmoderafløsningsordningen.
- **1970'erne:** Med kommunalreformen i 1970 og Lov om hjemmesygepleje fra 1973 bliver både de institutionelle og lovgivningsmæssige rammer for hjemmesygeplejen ændret. Ændringerne danner grundlag for udviklingen af den nuværende kommunale sygepleje.
- **1970'erne-1980'erne:** Ældreplejen udbygges. Frem til midten af 1980'erne sker udviklingen primært ved at øge antallet af plejehjem og omfanget af hjælp til ældre i eget hjem.
- **1980'erne:** Det bliver en politisk prioritet, at ældre skal være længst muligt i eget hjem fremfor at komme på plejehjem. Det medfører en grundlæggende omstilling af ældreområdet.
- **1992:** Ved en lovændring bliver det muligt for kommunerne at overdrage beføjelserne efter hjemmesygeplejerskeloven til en selvejende institution, som har driftsoverenskomst med kommunen.
- **2002:** Der bliver indført mulighed for privat hjemmesygepleje.
- **2007:** Med strukturreformen får kommunerne nye opgaver. Reformen foreskriver også, at kommuner og regioner skal forpligtes på at samarbejde om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje.
- **2014:** Sundhedsstyrelsen udgiver anbefalinger til akutfunktioner i hjemmesygeplejen, som siden 2018 er blevet ændret til bindende kvalitetsstandarder.
- **2022:** Med Aftale om sundhedsreform fra 2022 bliver partierne enige om at afsætte midler til at indføre en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner og forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom udkommer i september 2023 og i starten af 2024.
- **2024:** En lov om forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker træder i kraft. Med loven får sygeplejersker mulighed for at udføre flere behandlinger på egen hånd.

Ældrepleje

I en planredegørelse for sygehusvæsenet fra 1983 blev plejepatienter opgjort til at udgøre omkring 7 pct. af den somatiske og psykiatriske sengekapacitet på sygehusene.[22] Der blev peget på behovet for at udbygge alderdomshjem og plejehjem.

22 Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen. "Sygehusvæsenet 1978-1992. Planredegørelse 1983". 1983.

Gennem 1970'erne og 1980'erne skete der generelt en udbygning af ældreplejen. Frem til midten af 1980'erne skete udviklingen primært ved at øge antallet af plejehjem og omfanget af hjælp til ældre i eget hjem.[23] I løbet af 1980'erne blev plejehjemmene kritiserede for at passivere, umyndig- og sygeliggøre ældre borgere.

Det medførte sidst i 1980'erne et skifte i tænkningen om plejehjem. Det blev en politisk prioritet, at de ældre skulle være længst muligt i eget hjem frem for at komme på plejehjem. I samme periode vandt tænkningen om egenomsorg indpas, hvilket indebar, at ældre skulle opmuntres og støttes i at gøre det, de selv kan for at styrke og vedligeholde egne kompetencer og ressourcer. Dette førte til en grundlæggende omstilling af ældreområdet.

Med ældreboligloven i 1987 blev opførelsen af plejehjem og beskyttede boliger bremset. Boliger til ældre kom under loven om almene boliger. Det førte til, at en række plejehjem blev nedlagt eller ombygget til ældreboliger. Parallelt blev hjemmeplejen udbygget.

I 2002 blev der vedtaget en lov om overførsel af tidssvarende plejehjem og beskyttede boliger til boliglovgivning. Kommunerne fik pligt til i løbet af et par år at omdanne plejehjem og beskyttede boliger til ældreboliger.

Hjemmepleje

Hjemmeplejeordningen blev etableret i 1958 og erstattede husmoderafløsningsordningen, der blev indført i 1949. Husmoderafløsningsordningen indebar midlertidig praktisk bistand i hjemmet i forbindelse med sygdom, rekonvalescens og efter fødsel. Hensigten med hjemmeplejen var et ønske om, at ældre kunne leve længst muligt i eget hjem.

Der skelnes mellem personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige, praktiske opgaver i hjemmet og madservice. Kommunerne er forpligtede til at sikre, at borgere, der ønsker det, frit kan vælge mellem mindst to leverandører af personlig pleje, praktisk hjælp og madservice, hvoraf den ene leverandør kan være kommunen.

I første omgang var det ikke et krav, at de, som varetog hjemmeplejen, var uddannede, men med Lov om social bistand fra 1974, blev besiddelse af relevant uddannelse gjort til et obligatorisk krav. I dag er de medarbejdere, der udfører hjemmepleje, oftest social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, plejehjemsassistenter, sygeplejersker og en mindre andel ikke-sundhedsfagligt personale.

Lovgivningsmæssigt hører hjemmeplejen under serviceloven, der udstikker rammerne for rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer og for at tilbyde ydelser til borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Første udgave af loven er fra 1998, hvor den sammen med Retssikkerhedsloven og Aktivloven afløste Bistandsloven.

Kommunal sygepleje

Med Lov om hjemmesygepleje fra 1957 blev det lovpligtigt for kommunerne at etablere hjemmesygeplejeordninger. Samtidig måtte der kun ansættes uddannede sygeplejersker til sygeplejeopgaverne. Hjemmesygeplejerskeordningen blev dengang finansieret via sygekasserne, hjemmesygeplejeforeninger og for ikke-medlemmer via egenbetaling eller kommunerne. Staten ydede refusion på 70 pct. af de kommunale udgifter til hjemmesygepleje.[24]

23 Vinge, Sidsel, Karen Kramhøft og Andreas Bøgh. "Hjemmesygeplejen i Danmark". DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2006.

24 Vinge, Sidsel, Karen Kramhøft og Andreas Bøgh. "Hjemmesygeplejen i Danmark". DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2006.

Med kommunalreformen i 1970 og lov om hjemmesygepleje fra 1973 blev både de institutionelle og lovgivningsmæssige rammer for hjemmesygeplejen ændret, og disse ændringer dannede grundlaget for udviklingen af den kommunale sygepleje, der kendes i dag.[25,26]

Som følge af kommunalreformen i 1970 blev sygekasserne nedlagt i 1973, og hjemmesygeplejen blev nu finansieret af kommunerne med 50 pct. statsrefusion. I 1985 blev finansieringsgrundlaget ændret, så kommunerne skulle betale alle udgifter til hjemmesygeplejen for personer over 66 år. For personer under 67 år betalte amter og kommuner hver 50 pct. af udgifterne.

I 1979 blev det muligt at ansætte sygehjælpere som en del af hjemmesygeplejerskeordningen. I 1989 blev det muligt at integrere plejehjem og hjemmesygepleje, og dermed blev det også muligt, at andre faggrupper end sygehjælpere kunne indgå i hjemmesygeplejen, fx plejehjemsassistenter. Med oprettelsen af de nye social-og sundhedsuddannelser i 1991 kunne de nye social-og sundhedsassistenter og social- og sundheds-hjælpere indgå i hjemmesygeplejen og integrerede ordninger.

Ved en lovændring i 1992 blev det muligt for kommunerne at overlade beføjelserne efter hjemmesyge-plejerskeloven til en selvejende institution, der har driftsoverenskomst med kommunen. I 2002 blev der indført mulighed for privat hjemmesygepleje.

Lovgivningsmæssigt hører sygeplejen under sundhedsloven, og den er dermed lovgivningsmæssigt adskilt fra hjemmeplejen. Den kommunale sygepleje og hjemmeplejen er dog typisk samorganiseret i kommunerne, det vil sige organiseret under samme politiske eller administrative ledelse. Samtidig er den kommunale sygepleje i nogen udstrækning den indsats, som bygger bro mellem sygehusindlæggelse og den kommunale efterfølgende indsats.

Med Aftale om sundhedsreform fra 2022 var partierne enige om at afsætte midler til at indføre en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, som skulle sikre indførelsen af kvalitetspakker med konkrete kvalitetskrav og anbefalinger til indsatsen i det nære sundhedsvæsen, bl.a. den kommunale sundheds-indsats. Formålet var at sikre mere ensartet kvalitet i den kommunale sundhedsindsats på tværs af landet. Den første kvalitetsstandard, som kom i 2023, var en opdatering af kvalitetstandarderne for de kommunale akutfunktioner.

Pr. 1. januar 2024 fik sygeplejersker et såkaldt forbeholdt virksomhedsområde. Det indebærer, at syge-plejersker på eget initiativ og ansvar kan beslutte og udføre en række behandlingstiltag, det vil sige uden delegation fra læge. Det gælder bl.a. visse typer blodprøver, anlæggelse af katetre og sonder m.v.

Akutpladser og midlertidige pladser

Området for kommunale pladser, hvor borgere med forskellige behov kan have midlertidige ophold, er blevet udviklet over tid og som svar på forskellige lokale udfordringer og behov, den enkelte kommunes geografiske og bygningsmæssige muligheder samt forskellige perspektiver på, hvad der er hensigtsmæssige løsninger.[27]

Kommunerne har forskellige typer af midlertidige pladser. Én type er akutpladser, der har hjemmel i sundhedsloven, jf. reglerne om kommunal sygepleje og akutfunktioner. Begrebet midlertidige pladser i kommunerne dækker derimod over et bredere spektrum af midlertidige ophold, som typisk har hjemmel i serviceloven.

I 2014 udgav Sundhedsstyrelsen et sæt af anbefalinger til akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Siden 2018 er anbefalingerne ændrede til bindende kvalitetsstandarder. De to mest hyppige former for organisering af akutfunktioner er akutteams og akutpladser. Nogle kommuner har haft akutfunktioner i mange år, men for

25 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Lov om hjemmesygeplejerskeordninger". LOV nr. 408 af 13/06/1973 (1973).

26 Danmark og Sundhedsstyrelsen, red. "Hjemmesygeplejen: betænkning II afg. af det af Sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg vedrørende revision af sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejeordningen". Betænkning 648. København, 1972.

27 VIVE, Sidsel Vinge, Martin Sandberg Buch og Pia Kürstein Kjellberg. "Det kommunale akutområde: erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner". VIVE – Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

andre har Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder været anledning til at etablere en ny akutfunktion.[28] Med de opdaterede kvalitetsstandarder fra 2023 er det nu obligatorisk, at alle kommuner har etableret en kommunal akutfunktion eller indgår i et formaliseret tværkommunalt samarbejde om en akutfunktion.

Indsats til mennesker med kroniske sygdomme

I en årrække har der været fokus på at styrke indsatsen og sammenhængen i sundhedsvæsenet for mennesker med kroniske sygdomme i sundhedsvæsenet. Siden 2008 har Sundhedsstyrelsen udarbejdet forløbsprogrammer til bl.a. målgrupper med forskellige kroniske sygdomme. Forløbsprogrammer dækker over en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats og opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem aktørerne.

De nationalt formulerede forløbsprogrammer omsættes til forløbsprogrammer på regionalt niveau som aftales i regi af sundhedsaftalerne og sundhedsklyngerne. Regioner, kommuner og de alment praktiserende læger er dog ikke lovgivningsmæssigt forpligtede til at implementere Sundhedsstyrelsens anbefalinger ifølge forløbsprogrammerne. Sundhedsstyrelsen har ført status over udbredelsen af forløbsprogrammerne. Den seneste status var i 2019.

Inspirationen til forløbsprogrammerne kommer fra den amerikanske model for behandling af mennesker med kronisk sygdom, "the Chronic Care Model", som omfatter indsatser, der styrker den sundhedsfaglige kvalitet, patientinvolvering og patienttilfredshed og mere effektiv ressourceudnyttelse.[29] Modellen og forløbsprogrammer er centrale hjørnesten i den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente, som er kendt for at levere sundhedsydelser af høj kvalitet til mennesker med kroniske sygdomme, bl.a. gennem et stærkt fokus på egenomsorg, patientuddannelse, kvalitetsarbejde, opsøgende indsatser og skræddersyet behandling gennem systematisk stratificering af patienterne ud fra deres behov.

Forløbsprogrammer tager udgangspunkt i specifikke sygdomme, og derfor egner de sig ikke nødvendigvis til mennesker, som lider af flere kroniske sygdomme. I 2023 udgav Sundhedsstyrelsen Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom.[30] Med Aftale om sundhedsreform fra 2022 blev der bl.a. afsat midler til kvalitetsstandarder målrettet patientrettet forebyggelse for borgere med kroniske sygdomme. Kvalitetsstandarderne udkom i starten af 2024, og de indeholder bl.a. krav om, at kommunerne skal tilbyde afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold, kan have gavn af forebyggelsestilbud.

Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Den udflytning af genoptræning fra sygehuse til kommuner, som skete med strukturreformen i 2007, er en af de mest gennemgribende ændringer på træningsområdet. Den skulle bl.a. skabe bedre og mere sammenhængende genoptræningsforløb efter udskrivelse fra sygehus.

Det betyder, at det i dag er sygehusene, som står for at visitere patienter til genoptræning efter udskrivelse fra sygehus og for at udarbejde en genoptræningsplan, som efterfølgende sendes til kommunerne, der skal tilbyde vederlagsfri genoptræning på grundlag af genoptræningsplanen.

Antallet af genoptræningsplaner fra sygehusene til kommunerne er steget markant siden 2007. I 2009 blev der samlet set afsendt ca. 108.000 genoptræningsplaner fra sygehusene til kommunerne, og i 2023 blev der udarbejdet ca. 217.000 genoptræningsplaner jf. data fra Sundhedsdatastyrelsen. En analyse viser, at den generelle udvikling i antallet af genoptræningsplaner fra 2007-2014 var steget med 90 pct. på nationalt

28 VIVE, Sidsel Vinge, Martin Sandberg Buch og Pia Kürstein Kjellberg. "Det kommunale akutområde: erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner". VIVE – Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

29 Sundhedsstyrelsen. "Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model". 2012.

30 Sundhedsstyrelsen. "Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom". Sundhedsstyrelsen, 2023.

niveau. Stigningen dækker over en meget stor stigning i antallet af genoptræningsplaner til genoptræning på alment niveau, hvor den samlede vækst i analyseperioden var på 175 pct., mens der fra 2007-2014 var et fald i antallet af specialiserede genoptræningsplaner på 33 pct.[31]

Udviklingen i samspillet mellem sektorerne

Balancen mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen har været diskuteret siden 1970'erne. Der har længe været fokus på primærsektorens muligheder for at overtage opgaver fra sygehusene, bl.a. ud fra et hensyn til at reducere udgifterne og presset på sygehusene. Det er kommet til udtryk i mere nutidige drøftelser og reformer af sundhedsvæsenet.

Med strukturreformen i 2007 og fordelingen af sundhedsopgaverne mellem kommuner, regioner og praksissektoren fulgte nye snitflader, som stillede nye krav til samarbejdet på tværs af myndigheds- og sektorgrænser. Regioner og kommuner skulle udarbejde sundhedsaftaler om de tværgående patienter og opgaver på sundhedsområdet. I 2022 blev sundhedsklynger omkring akutsygehusene formaliserede gennem en ændring af sundhedsloven.

Boks 3.7
Tidslinje med nedslag: Udviklingen i samspillet mellem sektorerne

- **1970'erne:** Balancen mellem det primære og specialiserede sundhedsvæsen diskuteres.
- **1980'erne:** Amterne begynder at etablere sundhedsforvaltninger, som samler sygesikringen og sygehusene.
- **2007:** Med strukturreformen i 2007 og fordelingen af sundhedsopgaverne mellem kommuner, regioner og praksissektoren følger nye snitflader, som stiller nye krav til samarbejdet på tværs af myndigheds- og sektorgrænser. Med strukturreformen i 2007 bliver det desuden lovpligtigt for regionsråd og kommunalbestyrelser at etablere et Sundhedskoordinationsudvalg. Der bliver tilsvarende indført et krav om, at regioner og hver enkelt kommune skal indgå politiske sundhedsaftaler om samarbejde og koordination af opgaver, som går på tværs af sektor- og myndighedsgrænser.
- **2014:** Det bliver indført ved en lovændring, at der skal udarbejdes én sundhedsaftale i hver region, det vil sige fem sundhedsaftaler mellem den enkelte region og kommunerne i regionen frem for 98 aftaler.
- **2016:** I forlængelse af økonomiaftalen for 2016 nedsætter den daværende regering et udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.
- **2017:** Udmøntning af pulje til modernisering og etablering af læge- og sundhedshuse i 2018 og 2019.
- **2019:** Sundhedscentre spiller en vigtig rolle i den daværende regerings sundhedsudspil, hvor idéen om det nære sundhedsvæsen bliver koblet sammen med tværsektorielle sundhedshuse.
- **2022:** Sundhedsklynger omkring akutsygehusene, kommuner og de almenmedicinske tilbud bliver formaliserede gennem en ændring af sundhedsloven.

31 KORA, Simon Feilberg. "Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner. Benchmark af genoptræningsplaner på nationalt, regionalt og kommunalt niveau fra 2007-2014". KORA - Det nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. 2016.

2022: Med Aftale om sundhedsreform afsættes op til 4 mia. kr. til nærhospitaler i områder, hvor der er langt til nærmeste akutsygehus.

Balancen mellem det primære og specialiserede sundhedsvæsen

Allerede i begyndelsen af 1970 blev der set med bekymring på væksten i sygehusbehandling og de tilhørende udgifter. Det var centrale temaer i de to rapporter om perspektivplanlægning (PPI og PPII) og i en betænkning fra sundhedsprioriteringsudvalget fra 1977.[32,33,34]

I PPI diskuterede man flytning af behandlingsopgave fra sygehusene til den primære sundhedstjeneste. Man noterede i 1971 en forskydning af behandlingsindsatsen fra praksis mod sygehusene og så muligheder for at ændre det ved at satse mere på de alment praktiserende læger. I PPII var diskussionerne om arbejdsdelingen mellem primær- og sekundærsektoren drevet af økonomiske overvejelser. PPII rejste spørgsmålet, om det ud fra almindelig økonomisk betragtning ikke med rette kunne antages, at sygdomsbehandling- og undersøgelse ambulant og på mindre specialiseret niveau er billigere end på det institutionelle og/eller specialiserede niveau, og derfor må foretrækkes i det omfang, den faglige kvalitet er tilfredsstillende.

I prioriteringsudvalgets betænkning fra 1977 blev det anbefalet, at der løbende skulle etableres en faglig og økonomisk vurdering af undersøgelses- og behandlingsrepertoiret, med henblik på en sanering af forældede og uegnede metoder, og hvis flere ligeværdige metoder skulle den billigste metode anvendes. Det ville ifølge udvalget være en væsentlig forudsætning for, at nye undersøgelses- og behandlingsmetoder kunne tages i brug. Udvalget havde en yderligere forklaring på, hvorfor sygehussektoren var vokset overproportionalt. Forklaringen var, at sygekasserne havde haft et økonomisk incitament til at fremme brugen af sygehuse, fordi det var stort set omkostningsfrit for sygekasserne, at borgerne brugte sygehusene.

I betænkningens kapitel om den politisk-administrative organisering er den gennemgående tanke, at sygesikringen og sygehusvæsenet skulle underlægges ét politisk udvalg for at sikre koordinering og sammenhæng, og udvalget anbefalede, at man samlede lægebetjeningen (praksissektoren) og sygehusbetjeningen, som var fordelt på Socialministeriet og Indenrigsministeriet. Det skete ti år senere med oprettelsen af Sundhedsministeriet. I midten af 1980'erne begyndte amterne at etablere sundhedsforvaltninger, som samlede sygesikringen og sygehusene.

Den skitserede udvikling førte sidst i 1980'erne til analyser af, om der skete en opgaveændring eller opgaveglidning mellem sygehuse og kommuner. Allerede i en betænkning fra samordningsudvalget i 1985 blev det anført, at flere genindlæggelser kunne være prisen for flere ældre i eget hjem, og en rapport fra AKF og DSI fra 1988 nævner, at ændringer i de ældres boligforhold kunne medføre et øget pres på sygehusvæsenet.[35,36] Spørgsmålet om opgaveglidning mellem sygehus og kommune har over årene givet anledning til mange debatter, ofte med fokus på de ressourcemæssige konsekvenser.

32 Perspektivplan I. "Perspektivplanlægning 1970-1985: Redegørelse fra den af regeringen i november 1968 nedsatte arbejdsgruppe". Schultz, 1971.

33 Perspektivplan II. "Perspektivplan-redegørelse, 1972-1987". København: Statens trykningskontor, 1973.

34 Sundhedsprioriteringsudvalget og Indenrigsministeriet. "Prioritering i sundhedsvæsenet: Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygehusbehandling og sygdomsforebyggelse. Statens Trykningskontor, 1977.

35 Indenrigsministeriet, red. "Samordning i sundhedsvæsenet: Betænkning fra det af indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet". Betænkning 1044. København, 1985.

36 Planinformationsudvalget om Videreudviklingen af de Statslig-Kommunale Plansystemer. "Al den planlægning: hvorfor og hvordan? Redegørelse fra planinformationsudvalget om videreudviklingen af de statslig-kommunale plansystemer". Finansministeriet, Budgetdepartementet, 1983.

Sundhedsaftaler

Med strukturreformen i 2007 og med sundhedsloven blev det lovpligtigt for regionsråd og kommunalbestyrelser at etablere et Sundhedskoordinationsudvalg i hver region bestående af repræsentanter fra den pågældende region, kommunerne i regionen og praksissektoren. Der blev også indført et krav om, at regioner og hver enkelt kommune skulle indgå politiske sundhedsaftaler om samarbejde og koordination af opgaver på sundhedsområdet, som går på tværs af sektor- og myndighedsgrænser.

Sundhedsaftalerne skulle som minimum omfatte seks obligatoriske indsatsområder: Indlæggelses- og udskrivningsforløb, træningsområdet, behandlingsredskaber og hjælpemidler, forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, indsatsen for mennesker med sindslidelser og opfølgning på utilsigtede hændelser. Formålet med sundhedskoordinationsudvalgene og sundhedsaftalerne var at styrke samarbejde og sammenhæng mellem sygehuse, de alment praktiserende læger og kommunerne.[37] Sundhedsstyrelsen skulle vurdere og godkende, om de politiske sundhedsaftaler levede op til formålet inden for de seks obligatoriske områder. De første sundhedsaftaler blev indgået mellem regionsråd og kommunalbestyrelser i 2007. Sundhedsstyrelsen kunne ikke godkende aftalerne, og de måtte derfor revideres.

I evalueringen af strukturreformen fra 2013 var der en vurdering af sundhedsaftalerne. Evalueringen pegede på, at der havde været en positiv udvikling i samarbejdet og i indholdet af de konkrete aftaler. Evalueringen pegede også på, at sundhedsaftalerne havde en række svagheder i forhold til at sikre tværgående samarbejde og koordination mellem kommuner, regioner og de alment praktiserende læger.

Udvalget anbefalede i evalueringen, at sundhedsaftalerne skulle styrkes for i højere grad at forpligte parterne til systematisk at samarbejde om den patientrettede forebyggelse, da man vurderede, at det var vanskeligt i tilstrækkelig grad at integrere de alment praktiserende læger i arbejdet med sundhedsaftaler, fx i forhold til forløbsprogrammer. Det skulle bl.a. ske ved, at der skulle udarbejdes én aftale i hver region, det vil sige fem sundhedsaftaler mellem den enkelte region og kommunerne i regionen og dermed i alt fem frem for 98 aftaler.[38] Det blev udmøntet gennem en lovændring, der trådte i kraft i 2014.

De fem regioner og kommunerne i den enkelte region skal fortsat indgå poliske sundhedsaftaler hvert fjerde år, som skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. Sundhedsaftalerne skal dog ikke længere omfatte de seks obligatoriske indsatsområder. Kravet udgik i 2018 som et led i opfølgningen på anbefalingerne fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen og blev erstattet af krav om fælles forpligtende målsætninger.

Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

I forlængelse af økonomiaftalen for 2016 nedsatte regeringen i 2016 et udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalgets forslag skulle understøtte, at behandlingen af patientgrupper med forløb på tværs af sektorer sker sammenhængende, borgernært, omkostningseffektivt og er af høj kvalitet med særlig fokus på ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og patienter med psykiske lidelser, herunder dobbeltbelastede.

Udvalget kom i 2017 med 20 anbefalinger, hvor KL dog havde mindretalsudtalelse til et par af forslagene. Den første anbefaling gik på, at kommuner og regioner og praksissektoren, skulle afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller fx fælles finansiering, ledelse og planlægning. Målsætningen for den ældre medicinske patient var, at forebyggende indsatser, behandling, pleje og rehabilitering i forhold til den veludredte ældre medicinske patient i 2025 skulle ske i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Målsætning for patienter med kroniske sygdomme var, at forebyggende indsatser, behandling og rehabilitering i forhold til borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme skulle ske i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025. Målsætning for mennesker med psykiske lidelser var, at mennesker med psykiske lidelser skulle opleve en sammenhængende indsats og understøttes i selv at tage aktiv del i indsatsen for at forbedre egen situation og eget helbred.

---

37 Pedersen, Kjeld Møller. "Dansk sundhedspolitik". 1. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard, 2018.

38 *Evaluering af kommunalreformen* (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013).

Den daværende regering fulgte op på anbefalingerne fra udvalget med udspillet "Sundhed, hvor du er" fra 2017, hvor der bl.a. blev afsat 200 mio. kr. til læge- og sundhedshuse.[39]

Sundhedsklynger

Idéen og konceptet om sundhedsklynger går tilbage til omkring 2017 og blev en del af sundhedsudspillene fra de daværende regeringer i henholdsvis 2019 og 2022. I 2021 indgik regeringen, KL og Danske Regioner i forbindelse med økonomiaftalerne en aftale om etablering af sundhedsklynger, som senere blev lovfæstet ved en ændring af sundhedsloven i 2022.[40,41]

En sundhedsklynge er et samarbejdsfællesskab mellem et akutsygehus, kommunerne og praktiserende læger omkring sygehuset. Med økonomiaftalen i 2021 fulgte 80 mio. kr. til etablering af sundhedsklynger. Klyngerne dækker typisk et område med 200.000-300.000 indbyggere.

Sundhedsklyngerne bygger på en allerede eksisterende struktur omkring de 21 akutsygehuse, og de kommuner som hører til sygehusets optageområde. Frem til 2017-2018 levede de et stille og i offentligheden stort set ukendt liv og igangsatte aktiviteter om opgaveflytning og sammenhængende patientforløb. Ledelsesstrukturen var relativ uformel og involverede ikke politikere, men lænede sig dog op ad de politisk godkendte sundhedsaftaler. Med ændringer af sundhedsloven i 2022 kom politikerne ind i ledelsen af sundhedsklyngerne.

Kommunale sundhedscentre, tværsektorielle sundhedshuse og nærhospitaler

I forbindelse med forarbejderne til strukturreformen i 2007, blev sundhedshuse set som en samlende ramme for hovedparten af de kommunale sundhedsaktiviteter, de alment praktiserende læger og andre praktiserende sundhedsprofessionelle. Sundhedscentre er mange steder en bygningsmæssig ramme for dele eller alle de kommunale sundhedstilbud.

Der kan skelnes mellem to faser i interessen for sundhedscentre og sundhedshuse. Første fase var i omkring 2003 og frem til 2007. Dengang talte man om sundhedscentre, og så dem bl.a. som en "mellemliggende" behandlingsmulighed med tilknyttede alment praktiserende læger. I anden fase, fra omkring 2009-2010 til i dag, har man talt om sundhedshuse dels som et samlet sundhedstilbud, hvor der er langt til sygehuset, dels som en måde at skabe attraktive rammer i form af faglige fællesskaber for alment praktiserende læger. I den fase lykkedes det flere steder regioner og kommuner at finde sammen om fælles sundhedshuse.

Idéen om sundhedscentre går overvejende tilbage til debatten omkring 2003 med rapporten fra regeringens rådgivende udvalg for sundhedsvæsenet. Rapporten havde en kortfattet omtale af de finske sundhedscentre. Det blev nævnt, at der på de finske sundhedscentre var kommunalt ansatte praktiserende læger og undertiden senge.

Sundhedscentre blev omtalt i Sundhedsministeriets sektorbidrag fra april 2003 til Strukturkommissionen og blev fremhævet som medvirkende til at tydeliggøre sammenhængen mellem forebyggelses-, behandlings- og plejeopgaverne i primær- og praksissektoren og dermed et samlet sundhedstilbud tæt på borgerne.

Sundhedscentre indgik også i forligsteksten om strukturreformen fra 2007, hvor det fremgik, at kommunerne skulle kunne etablere nye løsninger, fx sundhedscentre.

I 2017 etablerede den daværende regering en pulje til modernisering og etablering af læge- og sundhedshuse, og der blev samlet udmøntet ca. 400 mio. kr. i 2018 og 2019 med henblik på at understøtte, at praktiserende læger og andre aktører på sundhedsområdet kan arbejde sammen i større enheder.

---

39 Sundheds- og Ældreministeriet. "Sundhed, hvor er du: opfølgning på Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen". Sundheds- og Ældreministeriet, 2017.

40 Pedersen, Kjeld Møller, Frede Olesen og Leif Vestergaard Pedersen. "Eksperter: Sådan får vi styr på det danske sundhedsvæsen". 2018.

41 Regeringen, KL og Danske Regioner. "Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)". 2021.

I 2019 spillede sundhedscentre en vigtig rolle i den daværende regerings sundhedsudspil, hvor idéen om det nære sundhedsvæsen blev koblet sammen med tværsektorielle sundhedshuse. Der blev reserveret 4 mia. kr. til formålet. Det samme beløb indgik til såkaldte nærhospitaler i den daværende regerings sundhedsudspil fra 2022, og der blev senere indgået aftale med Folketingets partier, hvor en del af puljen blev afsat til IT, teknologi og udstyr.

Den digitale udvikling

Danmark fremhæves ofte som internationalt førende, hvad angår digitalisering af sundhedsvæsenet. Digitalisering i sundhedsvæsenet spænder bl.a. over elektroniske patientjournaler i sygehusvæsenet og det almenmedicinske tilbud, tværsektoriel kommunikation i sundhedsvæsenet, sundhed.dk og andre digitale indgange for borgere og sundhedsprofessionelle, flere fællesoffentlige løsninger herunder det Fælles Medicinkort, Den nationale serviceplatform, Et samlet patientoverblik og digitale løsninger til hjemmebehandling. Herudover findes der en lang række af IT-systemer, som løser forskellige behov, bl.a. bookingsystemer, kliniske og parakliniske systemer og andre administrative patientsystemer. Sundhedsdatastyrelsen bliver oprettet i 2015 og får til opgave at sikre bedre sundhed for borgerne ved at skabe digital sammenhæng i sundhedsvæsenet og gennem brug af data.

Boks 3.8
Tidslinje med nedslag: Den digitale udvikling

- **1980'erne:** De første elektroniske journalsystemer i de almenmedicinske tilbud bliver udviklet på lægers initiativ.
- **1990'erne:** De første telemedicinske initiativer i Danmark bliver igangsat i 1990'erne, hvor der bl.a. bliver etableret videokommunikation og kommunikationslinjer fra grønlandske og færøske sygehuse til københavnske sygehuse.
- **1994:** MedCom bliver etableret med det formål at standardisere og digitalisere de mest almindelige tekstbaserede, kliniske meddelelser, der udveksles mellem de offentlige sygehuse, de alment praktiserende læger og kommuner.
- **2003:** sundhed.dk bliver lanceret og har siden løbende fået nye funktioner og tjenester.
- **2004:** Praktiserende Lægers Organisation indgår en aftale med de daværende amter om, at lægerne skal anvende computer- og journalføringssystemer, der er forenelige med nationale standarder.
- **2008:** På finansloven for 2008 bliver der i alt afsat 3 mia. kr. i 2009-2015 til medfinansiering af afprøvning og udbredelse af ny teknologi og nye arbejds- og organisationsformer, der kan aflaste medarbejderne og give mere tid til opgaver, der direkte berører borgerne.
- **2012:** Den nationale handlingsplan for udbredelsen af Telemedicin udkommer.
- **2013:** Center for Digital Psykiatri ved Region Syddanmark bliver grundlagt, og det har siden udviklet sig til den fællesregionale onlineklinik Internetpsykiatrien.
- **2015:** Sundhedsdatastyrelsen bliver etableret og har til opgave at sikre bedre sundhed for borgerne ved at skabe digital sammenhæng i sundhedsvæsenet og gennem brug af data. Den elektroniske præhospitale patientjournal (PPJ) bliver udrullet på nationalt plan i ambulancer og akutlægebiler.
- **2018:** Staten, regioner og kommuner lancerer den fælles Strategi for digital sundhed 2018-2024.

2023: Staten, regioner og kommuner indgår politisk aftale om 500 mio. kr. til digital hjemmebehandling.

2024: Ny lovgivning træder i kraft, som skal bane vejen for at nedsætte et Nævn for Sundhedsapps.

Elektroniske patientjournaler

Da Sundhedsministeriet i 1996 udgav strategirapporten "Handlingsplan for Elektroniske Patientjournaler", blev digitaliseringen af patientjournaler for alvor et nationalt anliggende. Tre år senere fulgte en national strategi for IT i sygehusvæsenet, der skulle skabe et landsdækkende patientjournalsystem under overskriften "Grundstruktur for EPJ" forkortet G-EPJ.

Efter flere år med både tekniske udfordringer og professionel og politisk modstand blev projektet om én national løsning opgivet i 2007, bl.a. fordi Københavns Amt/Hovedstadens Sygehusfællesskab og Aarhus Amt ville udvikle hvert deres eget EPJ-system med en forskellig integrationsplatform til samling af adskilte IT-systemer.

I dag er der to forskellige EPJ-systemer. I Østdanmark har Region Sjælland og Region Hovedstaden siden 2016 benyttet Sundhedsplatformen fra den amerikanske IT-virksomhed Epic. Alle tre regioner i Vestdanmark har siden 2022 anvendt en EPJ-løsning fra den danske IT-virksomhed Systematic.

Regionerne anvender desuden en række andre systemer og løsninger i patientbehandlingen. Det er fx laboratoriesystemer, billeddiagnostiske systemer og specialespecifikke systemer. Det vedrører mere end 400 løsninger i hver region.

På nationalt plan blev den elektroniske præhospitale patientjournal (PPJ) i 2015 udrullet i ambulancer og akutlægebiler. PPJ'en er lokaliseret på en specielt designet tablet, hvorpå ambulancereddere og læger kan modtage oplysninger om patienten og indtaste informationer om den akutte behandling. De oplysninger sendes via journalen til det modtagende sygehuse, og PPJ giver også mulighed for at trække på journaldata i den præhospitale behandling.

De elektroniske journalsystemer har generelt givet bedre muligheder for mere automatisk at overføre data til de nationale registre fx Landspatientregisteret og de kliniske kvalitetsdatabaser.[42,43]

Elektroniske journalsystemer til de praktiserende læger

De første elektroniske journalsystemer til de praktiserende læger blev udviklet allerede i 1980'erne på individuelle lægers initiativ. I 2004 indgik Praktiserende Lægers Organisation en aftale med de daværende amter om, at lægerne skulle anvende computer- og journalføringssystemer, der var forenelige med nationale standarder, det vil sige MedCom-standarder. I dag benytter alle praktiserende læger elektroniske patientjournaler til at udveksle informationer, elektroniske recepter, se laboratoriesvar fra sygehuse og til at sende henvisninger til sygehuse, speciallæger og psykologer. For ti år siden var der ti systemhuse, der leverede journalsystemer til de alment praktiserende læger – i dag er der fire.

42 Gjødsbø, Iben Mundbjerg, Henriette Langstrup, Klaus Høyer, Lars Kayser, og Karsten Vrangbæk. "Digitalisering i det danske sundhedsvæsen". Samfundsøkonomen, nr. 1 (25. marts 2021): 26–38.

43 Nøhr, Christian, Pernille Bertelsen, Søren Vingtoft og Stig Kjær Andersen, red. "Digitalisering af det danske sundhedsvæsen: øjenvidneberetninger fra nøgleaktører". 2. udgave. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2020.

Digitale journaler i kommuner

Kommunernes brug af digitale journaler begyndte langt senere end for sygehuse og alment praktiserende læger. I dag bruges en elektronisk omsorgsjournal (EOJ) i den kommunale sektor til at registrere oplysninger om borgere fx i forbindelse med hjemmepleje. Som udgangspunkt er der ikke borgeradgang til EOJ, men en række kommuner indgår i projektet "Borgerjournal", der via sundhed.dk giver borgerne adgang til at følge med i de oplysninger, der registreres om dem i EOJ.

Fælles Sprog III (FSIII) er en fælleskommunal metode og standard for dokumentation af den kommunale opgaveløsning på sundheds- og ældreområdet. Fælles Sprog daterer sig tilbage til årtusindeskiftet. Fælles Sprog er de begreber og den metode, medarbejderne i en kommune anvender, når de skal beskrive og dokumentere en borgers situation og kommunens indsats, bevilliget inden for dele af sundheds-og serviceloven.

MedCom

Udviklingen af EPJ-systemer og nye muligheder for udveksling af information skabte et behov for standardisering og koordinering af den stigende mængde af digitale informationer. I 1994 blev MedCom etableret med det formål at standardisere og digitalisere de mest almindelige tekstbaserede, kliniske meddelelser, der udveksles mellem de offentlige sygehuse, de alment praktiserende læger og kommuner, fx korrespondancemeddelelser i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser.

MedCom udvikler og udbreder fortsat standarder og digitale løsninger, der går på tværs af og forbinder sektorerne i det danske sundhedsvæsen. I dag anvender samtlige sygehuse, laboratorier, apoteker, kommuner og praksisydere MedComs standarder for kommunikation, og hver måned sendes ca. 5,5 mio MedCom-dokumenter på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. I praksis udveksles alle dokumenter elektronisk mellem sundhedsvæsenets parter.

MedCom fungerer som rygraden i det digitale sundhedsvæsen ved at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger og er derfor en helt central organisation i forhold til at sikre sammenhængende patientforløb. MedCom har også driftsansvar for fælles IT-systemer og infrastrukturer, så som det sikrede Sundhedsdatanet der bruges til sikker dataudveksling i sundhedsvæsenet, og Videoknudepunktet der anvendes til en lang række forskellige former for videokonferencer i sundhedsvæsenet.

Sundhed.dk

I 2001 tog den daværende Amtsrådsforening initiativ til at etablere en fælles offentlig sundhedsportal for at samle information og kommunikation på sundhedsområdet i én samlet national indgang for borgere og sundhedsprofessionelle, det vil sige en slags digital fordør til sundhedsvæsenet.

I 2003 blev sundhed.dk lanceret og har siden løbende fået nye funktioner og tjenester. Sundhed.dk henter data fra mere end 120 datakilder. I 2023 var der hver måned 3,8 mio. besøg på sundhed.dk. I MinSundhed-appen er der 1,6 mio. besøg om måneden.

På sundhed.dk har borgere og patienter via Sundhedsjournalen adgang til deres personlige sundhedsdata, herunder EPJ-data fra sygehuset, medicinkort, vaccinationer, laboratoriesvar og en log over, hvem der har lavet opslag i deres oplysninger. Borgere har som nævnt endnu ikke digital adgang til journaloplysninger fra de alment praktiserende læger, ligesom mange private leverandører af sundhedstilbud heller ikke viser deres journalnotater i Sundhedsjournalen. Borgere kan ikke selv skrive i deres sundhedsjournal, men de kan føje oplysninger til det såkaldte stamkort og registrere valg om fx organdonation og livsforlængende behandling. Ud over egne sundhedsinformationer kan borgere via sundhed.dk tilgå en række funktioner fx fremsøgning af behandlere, behandlingssteder og patientrettigheder. Sundhedsprofessionelle kan via sundhed.dk få adgang til patientinformation, som ikke allerede er tilgængeligt i deres eget EPJ-system, fx information fra andre regioners EPJ-systemer.

Med den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2022-2025, som er aftalt mellem regeringen, Danske Regioner og KL, er det ambitionen, at Sundhedsjournalen og MinSundheds funktionalitet skal udbygges og videreudvikles, så borgerne bl.a. får adgang til flere sundhedsoplysninger på tværs af sektorer.

Digitale sundhedsydelser

I Danmark blev de første telemedicinske initiativer igangsat i 1990'erne, hvor der bl.a. blev etableret videokommunikation og kommunikationslinjer fra grønlandske og færøske sygehuse til københavnske sygehuse. En rapport fra 2010 viste, at på daværende tidspunkt var videokommunikation den mest anvende form for telemedicin.[44]

På finansloven for 2008 blev der afsat i alt 3 mia. kr. i 2009-2015 til medfinansiering af afprøvning og udbredelse af ny teknologi og nye arbejds- og organisationsformer, som kunne aflaste medarbejderne og give mere tid til opgaver, der direkte berører borgerne. Dette førte til oprettelsen af ABT-fonden (anvendt borgernær teknologi), der efter 2011 støttede telemedicinske demonstrationsprojekter, bl.a. indenfor sårpleje og KOL.

På trods af mange lokale og regionale projekter i 2010'erne blev en bred national udrulning af telemedicin ikke igangsat før etableringen af organisationen Fælles Udvikling af Telemedicin (FUT) i 2016. Den fælles udrulning tilbød en national infrastruktur til indsamling af patientdata. I første omgang er FUT rettet mod alle med svær kronisk obstruktiv lungesygdom, som bliver fulgt af kommunale sygeplejersker i samråd med sygehusafdelinger, men på sigt skal tilbuddet udvides til at dække flere sygdomme og skabe mulighed for deling af flere data på tværs af sektorerne. Meddelelsen om at påbegynde national udrulning af modellen kom dog først i efteråret 2023, og udrulningen er fortsat i gang.

I 2013 blev Center for Digital Psykiatri ved Region Syddanmark grundlagt i forbindelse med et projekt om internetbaseret kognitiv adfærdsterapi finansieret af ABT-fonden, som igennem årene har udviklet sig til den fællesregionale onlineklinik Internetpsykiatrien.[45] Internetpsykiatrien tilbyder behandling af angst og depression. Behandlingen foregår på en online behandlingsplatform. Under hele behandlingen får borgeren skriftlig støtte og feedback fra en psykolog. Center for Digital Psykiatri er i dag på Finansloven.

I 2023 indgik staten, regioner og kommuner en politisk aftale om at afsætte 500 mio. kr. til hjemmebehandling, bl.a. til udstyr til borgere med KOL og diabetes, digitale tilbud inden for psykiatri og genoptræning og skærmbesøg i den kommunal sygepleje. Den 1. januar 2024 trådte desuden en ny lov i kraft, som skal bane vejen for etablering af et nyt Nævn for Sundhedsapps, der skal gøre det lettere og mere trygt for borgerne at navigere i de mange sundhedsapps, som i dag er på markedet. Nævnet får dermed til opgave at vurdere, om sundhedsapps kan anbefales og vises på sundhed.dk.

Mellem ramme- og aktivitetsstyring

Rammestyring fra stat til amt/region har været anvendt siden sidst i 1970'erne. Under rammestyring fastsætter den overordnede myndighed budgetrammen for det underliggende niveau, fx staten for regionerne og regionerne for sygehusene og sygehusene for afdelingerne. Til rammen er der normalt knyttet forskellige aktivitets- og kvalitetsmål, som hovedregel i form af en ikke-juridisk bindende kontrakt, som i stat-region-relationen er økonomiaftalen. Brugen af mål- og rammestyring tog særlig fart i 1990'erne.

Rammestyring af sygehusene blev et centralt styringsredskab fra midten af 1980'erne og frem til begyndelsen af det nye årtusinde. I perioden fra 2002-2015 blev rammestyringen suppleret med takststyringsmodeller, hvor aktivitetsmål og produktivitetskrav var i fokus. Fra 2002 til 2019 var der et krav om øget produktivitet på 2 pct. om året, hvor amterne/regionerne beholdt gevinsten mod til gengæld at øge aktiviteten tilsvarende.

---

44 Toftgaard, Claus og Lars Hulbæk. "Telemedicin - danske erfaringer og projekter". 2010.

45 Danske Regioner. "Let og hurtig psykisk hjælp". 2023.

Takststyringen var baseret på DRG-systemet (diagnose relaterede grupper) med ca. 1.000 takster for stationær og ambulant behandling. DRG-systemet benyttes stadig, bl.a. til mellemregionale afregninger og takster for ambulant behandling, DAGS. Takststyringen i 2000'erne angives normalt som én af forklaringerne på, at det lykkedes at reducere ventetiderne, bl.a. fordi penge fra den særlige ventelistepulje blev udbetalt ved hjælp af takstsystemet.

Kommunal medfinansiering blev indført i forbindelse med strukturreformen i 2007 og havde til formål at udgøre et yderligere økonomisk incitament til at prioritere kommunale forebyggende indsatser. Modellen er indrettet, så de enkelte kommuner kan opnå en økonomisk fordel, hvis kommunens borgere har et træk på det regionale sundhedsvæsen, som ligger under det "gennemsnitlige" træk, kontrolleret for befolkningssammensætning og (fra staten) finansierede niveau.

Ordningen har været fastfrosset siden 2019 for at give kommunerne budgetsikkerhed, bl.a. som følge af, at kommunerne oplevede store udsving i betalingen i 2018. Efter fastlåsningen har ordningen ingen økonomiske incitamentsvirkninger.

Samtidig med indførslen af kommunal medfinansiering i 2007 blev ordningen om færdigbehandlingstaksten gjort obligatorisk. Indtil da var ordningen en mulighed. Færdigbehandlingstaksten indebærer, at kommunerne betaler en dagstakst til regionerne og fra 2016 også til staten i forbindelse med færdigbehandlingsdage på sygehuse. Det understøtter et økonomisk incitament for kommunerne til at hjemtage patienter, som er færdigbehandlede i sygehusregi, og hvor den videre behandling dermed ikke forudsætter fortsat sygehusindlæggelse. Det gennemsnitlige antal færdigbehandlingsdage er faldet betydeligt siden kommunalreformen i 2007.

I 2012 nedsatte den daværende regering Udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet, det såkaldte kulegravningsudvalg. Udvalget skulle se på afregningspriserne mellem regioner og private sygehuse og mellem sygehusene, hensigtsmæssig opgørelse af kvalitet for at kunne vurdere omkostningseffektivitet og vurdere fordele og ulemper ved udformningen af DRG-takstsystemet. Blandt udvalgets anbefalinger var:

- Et styrket fokus på kvalitet og synlighed om resultater, der tager afsæt i fælles mål og relevant dokumentation i hele sundhedsvæsenet.
- Et mere sammenhængende sundhedsvæsen med udgangspunkt i en styrket og målrettet forebyggelsesindsats understøttet af en ændring af den kommunale medfinansiering, så incitamenterne er større, hvor kommunerne har den største kontaktflade med borgerne.
- Et effektivt samarbejde mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet bl.a. ved at implementere evalueringen af kommunalreformens forslag om at gå fra 98 til fem sundhedsaftaler.
- Et mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen der baserer sig på en moderne aktivitetsstyring, med fortsat udgangspunkt i den statslige aktivitetsafhængige finansiering og den kommunale medfinansiering, hvor det i højere grad er den relevante aktivitet, der honoreres, og der ikke skabes et uhensigtsmæssigt aktivitetspres.[46]

Udvalgets anbefalinger medvirkede bl.a. til en ændring af den kommunale medfinansiering i 2016. Det indebar, at ordningen bl.a. skulle differentiere på alder, så betalingen afspejlede kommunernes muligheder for forebyggelse, der hvor kommunerne i forvejen har kontakt med borgerne.

Udvalgets rapport afspejler en tilgang til at vurdere effekten af sundhedsindsatser, som på det tidspunkt havde vundet indpas nemlig Triple Aim-tilgangen. Triple Aim blev udviklet af den amerikanske organisation Institute for Healthcare Improvement i 2007. Tilgangen er bygget op om tre parametre, der skal anvendes til at vurdere og optimere sundhedsindsatser, så det matcher befolkningens og samfundets behov. Indsatser skal samlet set forbedre sundhedstilstanden for en population, øge den kliniske og brugeroplevede kvalitet og fastholde eller reducere omkostninger pr. indbygger.

46 Danske Regioner m.fl., "Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet", 2013

En anden men lignende styringsfilosofi er værdibaseret styring, som blev introduceret omkring 2015. Ligesom Triple Aim bygger værdibaseret styring, at fokus skal rettes væk fra aktivitetsfinansiering og i retning af større fokus på data om sundhedsmæssig effekt og patientens oplevelse af den sundhedsmæssige effekt. Samtidig fokuserer værdibaseret styring på de samlede omkostninger for hele patientforløbet på tværs af sektorer.[47]

Den nuværende finansiering af regionerne indeholder et resultatafhængigt element i form ordningen for Nærhedsfinansiering. Nærhedsfinansiering blev aftalt mellem den daværende regering og Danske Regioner i forbindelse med økonomiaftalen for 2019, men der er endnu ikke gennemført efterregulering på baggrund af regionernes resultater. Resultatkriterierne i nærhedsfinansiering omhandler omstilling og sammenhæng. Ordningen har bl.a. til hensigt at tilskynde til indsatser som prioritering eller flytning af ambulante kontroller til det primære sundhedsvæsen og øget samarbejde mellem sygehus og kommune om patienternes behov og pleje efter udskrivelse fra sygehus.

Resultatfinansiering dækker udvalgte målsætninger, som det er vurderet, at der er behov for at understøtte i det nuværende sundhedsvæsen. Det gælder reduktion i antal sygehusforløb pr. borger, reduktion i somatiske genindlæggelser og øget brug af virtuelle forløb.

Boks 3.9

Tidslinje med nedslag: Mellem ramme- og aktivitetsstyring

- **1970'erne:** Rammestyring fra stat til amt/region har været benyttet siden sidst i 1970'erne.
- **1980'erne:** Rammestyring af sygehusene kommer i fokus fra midten af 1980'erne.
- **1990'erne:** Mål og rammestyring tager særlig fart i 1990'erne.
- **2002-2015:** I perioden bliver rammestyringen suppleret med takststyringsmodeller, hvor aktivitetsmål og produktivitetskrav var i fokus.
- **2007:** Kommunal medfinansiering bliver indført i forbindelse med strukturreformen i 2007 og har til formål at udgøre et yderligere økonomisk incitament til at prioritere kommunale forebyggende indsatser. Samtidig med indførslen af kommunal medfinansiering i 2007 bliver ordning om færdigbehandlingstaksten gjort obligatorisk.
- **2018:** Ordning om nærhedsfinansiering bliver aftalt mellem den daværende regering og Danske Regioner.

Fra frivillig kvalitetsudvikling til nationalt kvalitetsprogram

I slutningen af 1980'erne kom der fokus på kvalitetssikring i sundhedsvæsenet og konkrete initiativer tog form i 1990'erne.[48] Der kan skelnes mellem tre faser i processen: Frivillighed og opblomstring af mange initiativer efterfulgt af obligatorisk akkreditering og afskaffelse af akkreditering og kvalitetsarbejde funderet i otte nationale mål for kvalitet, kvalitetsklynger for de alment praktiserende læger og de mere end 80 kliniske kvalitetsdatabaser.

47 VIVE, Betina Højgaard, Jakob Kjellberg og Mickael Bech. "Den statslige styring af det regionale sundhedsområde: analyse af centrale instrumenter". VIVE – Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

48 Pedersen, Kjeld Møller. "Dansk sundhedspolitik". 1. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard, 2018.

Boks 3.10
Tidslinje med nedslag: Fra frivillig kvalitetsudvikling til nationalt kvalitetsprogram

- **1980'erne-1990'erne:** Fokus på kvalitetssikring i sundhedsvæsenet, og konkrete initiativer tager form.
- **1993:** Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen udgiver en national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.
- **1999:** For at fremme kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet og styrke den overordnede koordinering bliver der etableret et Nationalt råd for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet.
- **2002:** En ny national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet for årene 2002-2006 udkommer. Der er fortsat tale om en frivillighedsmodel.
- **2002:** Med økonomiaftalen for 2003 mellem regeringen og amterne ses et kursskifte i retning af en mere målrettet og forpligtende indsats. Der er enighed om at udvikle en fælles dansk akkrediteringsmodel, Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).
- **2004:** En ny lov om patientsikkerhed træder i kraft. Det betyder, at en række utilsigtede hændelser skal registreres og for manges vedkommende gøres til genstand for kerneårsagsanalyser.
- **2015:** Den daværende regering lancerer et nyt nationalt kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet, som indebærer udfasning af akkrediteringen af de offentlige sygehuse. Omlægningen kommer til udtryk ved otte nationale mål for sundhedsvæsenet, som regioner og kommuner måles på.
- **2016:** Akkreditering af alment praktiserende læger i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel, som få år senere i 2019 bliver afløst af kvalitetsklynger.

Frivillig kvalitetsudvikling

I 1993 udgav Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen en national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Tanken var, at den skulle fungere som en fælles ramme for indsatsen, som var baseret på frivillighedsprincippet. I 2002 udkom en ny national strategi for årene 2002-2006. Der var fortsat tale om en frivillighedsmodel, hvor man overlod til amterne og de enkelte sygehuse at beslutte, om og hvornår mere systematisk kvalitetssikring skulle indføres.

For at fremme kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet og styrke den overordnede koordinering blev der i 1999 etableret et Nationalt råd for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet. Rådet havde bl.a. til opgave at revidere og videreudvikle strategien fra 1993. Rådet stod også for den reviderede version fra 2002.

Den Danske Kvalitetsmodel

Med økonomiaftalen for 2003 mellem regeringen og amterne skete der et kursskifte i retning af en mere målrettet og forpligtende indsats, da der var enighed om at udvikle en fælles dansk akkrediteringsmodel – Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Udviklingen af modellen skulle ske i et samarbejde med dansk ekspertise og en anerkendt international sundhedsakkrediteringsorganisation og sigtet var, at den over en årrække skulle dække hele sundhedsvæsenet.

Institut for Akkreditering og Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, IKAS, blev etableret i midten af 2005 af parterne bag Den Danske Kvalitetsmodel. IKAS blev oprettet for at udvikle og drive modellen. DDKM var et aftalebaseret kvalitetssystem, der skulle være med til at sikre kvaliteten i de helt eller delvist offentligt finansierede sundhedsydelser. Idéen bag DDKM var, at der skulle indsamles kvantitative data, som skulle belyse, om en lang række processer blev gennemført i overensstemmelse med bedste praksis. Hvis data viste, er der var et gab mellem det ønskede og det faktisk fundne, ville det, at data blev præsenteret for klinikere og ledere og offentliggjort, drive forandringer i retning af at lukke gabet.

Der var dog allerede to tilfælde af akkreditering i gang. Hovedstadens Sygehusfællesskab valgte i 1999 som den første sygehusejer i Danmark at få sygehusene i Hovedstadens Sygehusfællesskab akkrediteret via the Joint Commission International. Sønderjyllands Amt fulgte efter i 2001 med det såkaldte Kiss-projekt (Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen), men valgte at bruge et engelsk akkrediteringsfirma og kun lade akkrediteringen omfatte udvalgte kommuner og lægepraksis. Eksemplet med Hovedstadens Sygehusfællesskab og Sønderjyllands Amt illustrerer et dilemma, fordi man lokalt ønskede at finde løsningerne, men samtidig var tilslutning til en fælles løsning fra alle aktører afgørende for relevante og sammenlignelige resultater. Gennemførelsen af to samtidige akkrediteringer på nogle sygehuse førte til "akkrediteringsfattigue" hos medarbejderne.

De første akkrediteringer i 2008-2009 var på apoteker, fordi sygplejekonflikten i 2008 forsinkede færdigudviklingen for sygehuse. På sygehusene kom man først i gang 2010-2011 (Sygehus Sønderjylland). Det første præhospital-survey startede i 2012 i Region Hovedstaden, og det første kommune-survey var hos tandplejen i Odense 2012.

Ifølge overenskomsten for almen praksis, blev de praktiserende læger fra januar 2016 akkrediterede i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel, som få år senere i 2019 blev afløst af kvalitetsklynger,[49] der er et fagligt, professionelt fællesskab af praktiserende læger, som jævnligt mødes på tværs af lægeklinikker og arbejder med kvalitetsudvikling i behandlingen af patienter. Klyngerne er også en mulighed for at opnå kollegial sparring og sammenhold, særligt for mindre lægeklinikker.

Den danske kvalitetsmodel blev udrullet samtidig med en række andre kvalitetsinitiativer. Med virkning fra 2004 trådte en ny lov om patientsikkerhed i kraft. Det betød, at en række utilsigtede hændelser skulle registreres og for manges vedkommende gøres til genstand for kerneårsagsanalyse. I 2000 gennemførte man første gang en landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse, der afdækker forhold omkring den patientoplevede kvalitet. Undersøgelsen er siden blevet gentaget.

Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet

I april 2015 lancerede den daværende regering et nyt nationalt kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet,[50] som indebar udfasning af akkrediteringen af de offentlige sygehuse. Det blev bekræftet i økonomiaftalen for 2016 mellem den daværende regering og henholdsvis Danske Regioner og KL. Man fuldførte den igangværende akkrediteringsrunde, men sidste survey på et offentligt sygehus blev gennemført i 2015 på Glostrup Hospital.

Kvalitetsprogrammet indebar en nytænkning af den måde, sundhedsvæsenet blev styret på. Der blev lagt op til et skifte fra et ensidigt fokus på aktivitet og produktivitet til nye styringsinstrumenter med et balanceret fokus på aktivitet, kvalitet, resultater og omkostninger. Der skulle fastlægges få, ambitiøse, nationale kvalitetsmål, der skulle bruges til en ny tilgang til kvalitetsstyring – fra proceskrav, som i akkrediteringsmodellen, til udvikling af en forbedringskultur – og der skulle være større synlighed om resultater og kvalitet og mere systematisk brug af data. Betydningen af ledelse og incitamenter og finansiering, der understøtter kvalitet for patienten, var også vigtige punkter i den nye retning for kvalitetsarbejdet.

---

49 VIVE, Marie Henriette Madsen, Morten Bonde Klausen, Marius Brostrøm Kousgaard, Maria Bundgaard, Thorbjørn Hougaard Mikkelsen, Mads Toft Kristensen, Pia Kürstein Kjellberg, og Jens Søndergaard. "Kvalitetsklynger i almen praksis: en kvalitativ undersøgelse af klyngernes første år". VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2020.

50 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. "Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018". 2015.

Den skitserede omlægning er bl.a. kommet til udtryk ved otte nationale mål for sundhedsvæsenet, som regioner og kommuner måles på. De otte nationale mål er:

- Bedre sammenhængende patientforløb
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
- Behandling af høj kvalitet
- Hurtig udredning og behandling
- Øget patientinddragelse
- Flere sunde leveår
- Mere effektivt sundhedsvæsen

Under hvert mål er der en række indikatorer, som udskiftes løbende.

Det datadrevne kvalitetsarbejde understøttes af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). RKKP står for drift og udvikling af omkring 80 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Databaserne har til formål at belyse kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater. Derudover leverer RKKP bl.a. data til de årlige opdateringer af status for de otte nationale kvalitetsmål.

Kapitel 4: Status og udfordringer for sundhedsvæsenet

Forudsætningerne for det danske sundhedsvæsen er under forandring. Sygdomsbilledet er ved at ændre sig, der er tiltagende mangel på vigtige sundhedsfaglige kompetencer, og forventningerne til, hvad sundhedsvæsenet kan levere, stiger. De ændrede forudsætninger medvirker bl.a. til, at sundhedsvæsenet kan opleves usammenhængende, og der ikke altid er balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Derudover er der sociale og geografiske forskelle i adgang til og brug af sundhedsydelser.

I det følgende vil forudsætningerne og udfordringerne for sundhedsvæsenet blive beskrevet. Til sammen danner de en væsentlig del af grundlaget for Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og forslag.

Kapitlet afdækker tre vigtige tendenser, som ændrer forudsætningerne for det danske sundhedsvæsen:

1. Sygdomsbilledet ændrer sig, både for unge og ældre. Andelen af befolkningen, der er 80 år eller ældre, vil stige med 14 pct. frem mod 2035. I 2050 vil andelen være fordoblet. Med den aldrende befolkning følger også, at flere udvikler alders- og livstilsbetingede sygdomme, ligesom flere kommer til at leve længere med kroniske sygdomme. Stadig flere børn og unge berøres af psykiske lidelser, varige og forbigående. Siden 2013 er antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser steget med 25 pct.
2. Manglen på vigtige sundhedsuddannede faggrupper tiltager. I de kommende år vil et generationsskifte medføre stor medarbejderafgang og en forværret rekrutteringssituation. Det gælder særligt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Udfordringen skal ses i lyset af, at Danmark i forvejen er blandt de lande i OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) med den højeste andel af beskæftigede ansat i sundhedssektoren.
3. Højere forventninger fra en befolkning, der gerne vil leve et godt og langt liv. Den teknologiske udvikling gør det muligt at diagnosticere og behandle flere sygdomme end tidligere. Med højere velstand efterspørges generelt mere velfærd. Det gælder også sundhedsydelser.

Derudover fremhæver kapitlet tre væsentlige udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor:

1. Usammenhængende patientforløb. Den aldrende befolkning indebærer, at stadig flere borgere får forløb i sundhedsvæsenet, der både involverer alment praktiserende læger, sygehuse og kommunen, men også ofte flere specialer og afdelinger på sygehuset og i kommunen. Det er netop den gruppe patienter, der oplever, at deres forløb ikke altid hænger sammen. Det stiller flere krav til ansvar, koordinering og vidensdeling på tværs af sundhedsvæsenet og ældreområdet, så patienterne oplever sammenhæng og kvalitet.
2. Ubalance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen. De seneste 20 års investeringer i og udvikling af sundhedsvæsenet har medført en øget specialisering og en mere omfattende arbejdsdeling mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet og ældreområdet. Specialiseringen har medført betydelige kvalitetsforbedringer, men der er også områder, hvor den høje specialisering kan medføre ulemper, især for patienter med flere sygdomme. Herudover har særligt det primære sundhedsvæsen svært ved at følge med behovet for behandling, forebyggelse, rehabilitering, omsorg og pleje.
3. Geografisk og social ulighed i sundhed. Der er væsentlige forskelle i sundhed og adgang til sundhedstilbud på tværs af landet. Adgangen til sundhedstilbud er oftest udfordret i de dele af landet, hvor behandlingsbehovet er størst. Det gælder fx adgangen til alment praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger. Omvendt er adgangen bedst i områder, hvor befolkningen som helhed er sundest.

Ændrede forudsætninger for det danske sundheds- og ældreområde

De næste årtier bliver forudsætningerne for det danske sundheds- og ældreområde påvirket af særligt tre tendenser, der har stor betydning for de udfordringer, som sundhedsvæsenet og ældreområdet står overfor. De tre tendenser vedrører det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede, mangel på vigtige sundheds-uddannede faggrupper og befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet.

Sygdomsbilledet forandrer sig for unge og ældre

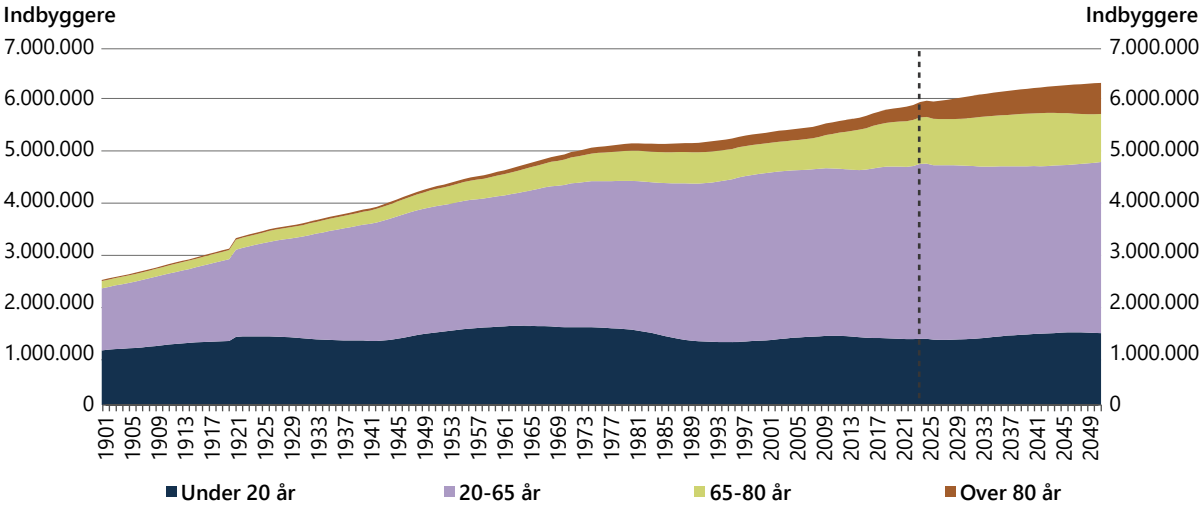
Den demografiske udvikling betyder, at befolkningen i gennemsnit bliver ældre. Frem mod 2035 vil andelen af ældre, der er fyldt 80 år, stige med 14 pct. Med en aldrende befolkning bliver flere berørt af alders-betingede sygdomme og kroniske sygdomme. Samtidig har der de seneste år været en markant stigning i antallet af psykiske diagnoser, både varige og forbigående. En stor del af stigningen ses blandt den unge del af befolkningen. Samlet set øger det presset på alle dele af sundhedsvæsenet, der som helhed kommer til at skulle levere sundhedsydelser til langt flere mennesker end i dag.

Den ældre befolkning vokser markant frem mod 2035

Den ældre befolkning i Danmark vokser, og det vil fortsætte de næste årtier. I 2035 vil der være 250.000 flere borgere, der er 65 år eller derover, jf. figur 4.1. Frem mod 2050 øges den ældre befolkning med yderligere 340.000 personer, og andelen af de ældste danskere, dem der er fyldt 80 år, fordobles.

Der er to årsager til, at befolkningen som helhed bliver ældre. Den første årsag er, at de historisk store generationer er ved at blive gamle. Det gælder fx årgangene fra 1940'erne og 1960'erne. Den anden årsag er, at befolkningen lever længere. Større generationer med længere levetid betyder, at behovet for omsorg, pleje, behandling og rehabilitering alt andet lige vokser i årene, der kommer. De store generationer har især betydning for befolkningssammensætningen i de kommende årtier, mens den længere levetid må forventes at være et mere varigt udviklingstræk. Samtidig forventes det ikke at arbejdsstyrken vil vokse tilsvarende, hvilket, som også præsenteres senere, også lægger pres på de mennesker, der skal levere sundhedsydelser.

Figur 4.1
Befolkningen fordelt på alder, 1901-2050



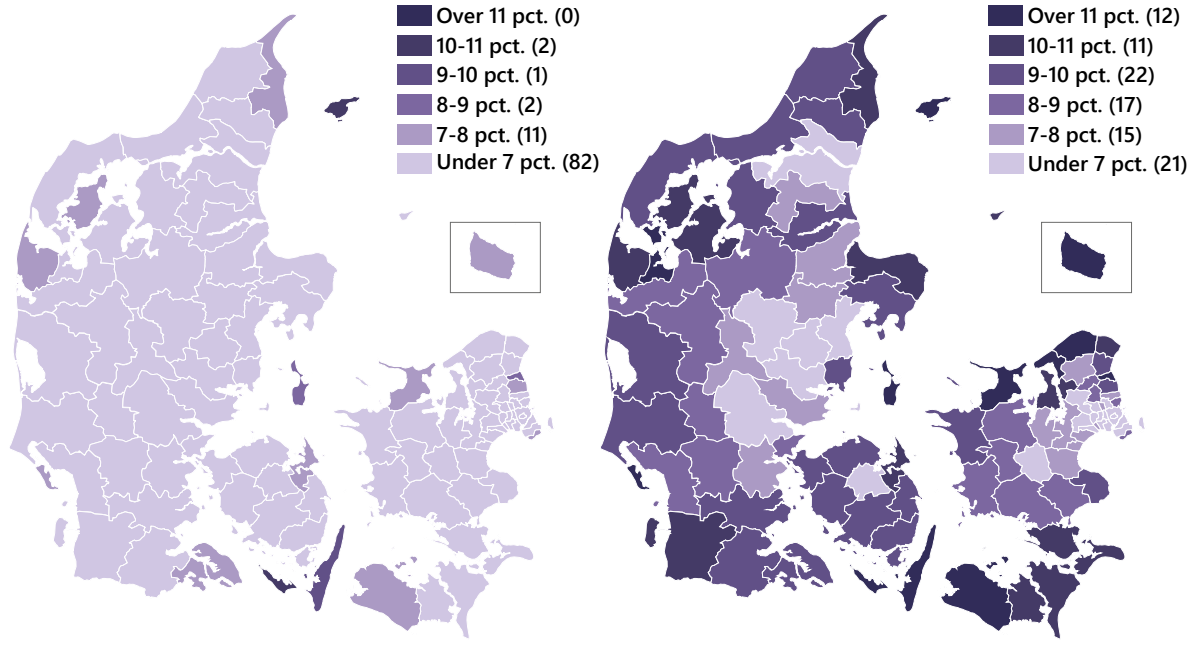
Anm: Stiplet linje indikerer hvor fremskrivning starter (2024).

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, tabel BEFOLK1 og FRDK122.

Aldersfordelingen i befolkningen er ikke ens på tværs af landet, jf. figur 4.2. At det forholder sig sådan skyldes bl.a. en tendens til, at særligt yngre aldersgrupper bevæger sig mod byerne. Det medfører, at befolkningen omkring de større byer som helhed bliver yngre. Omvendt indebærer flyttemønstrene, at de kommuner, som de yngre aldersgrupper flytter fra, får en relativt stor andel af ældre borgere, som har et større behov for sundhedsydelser.

Den ulige geografiske alderssammensætning kan allerede ses i dag, men i fremtiden vil uligheden blive endnu mere udtalt. I 2023 var der kun to kommuner, hvor borgere, der er fyldt 80 år eller mere, udgjorde mere end ti pct. af indbyggerne. I 2035 vil det gøre sig gældende i 23 kommuner, heraf mange mindre kommuner målt på indbyggertal.

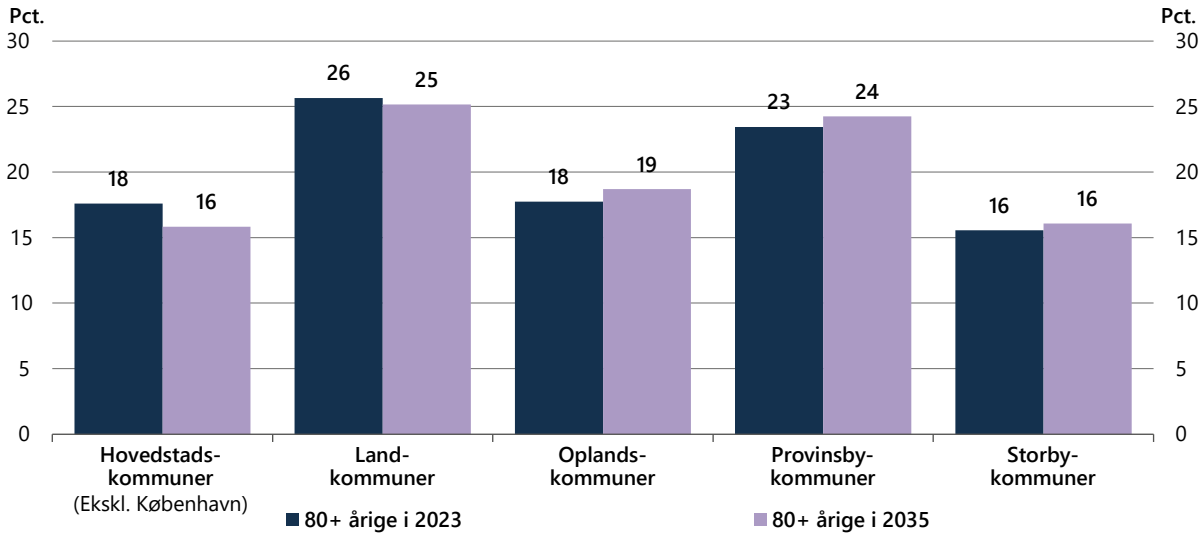
Figur 4.2
Andelen af personer over 80 år i kommunen, 2023 og 2035



Anm.: Antal kommuner i hver kategori i parentes.
Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, tabel FRKM123.

Ser man på fordelingen af dem, der er fyldt 80 år, bor de både nu og i fremtiden primært udenfor de store byer, jf. figur 4.3.

Figur 4.3
Befolkning over 80 år, fordelt på kommunetyper



Anm.: Opgørelsen er baseret på Danmarks Statistiks kommuneopdeling. Hovedstadskommuner: Frederiksberg, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Herlev, Albertslund, Hvidovre, Høje-Taastrup, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Ishøj, Tårnby, Vallensbæk, Furesø, Allerød, Hørsholm, Rudersdal, Egedal, Greve og Solrød. Storbykommuner: København, Odense, Aarhus og Aalborg. Provinsbykommuner: Helsingør, Hillerød, Køge, Roskilde, Slagelse, Næstved, Esbjerg, Fredericia, Horsens, Kolding, Vejle, Herning, Holstebro, Randers, Silkeborg og Viborg. Oplandskommuner: Fredensborg, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Holbæk, Faxe, Ringsted, Stevns, Sorø, Lejre, Middelfart, Assens, Faaborg-Midtfyn, Kerteminde, Nyborg, Nordfyns, Vejen, Syddjurs, Favrskov, Odder, Skanderborg, Ikast-Brande, Hedensted og Rebild. Landkommuner: Odsherred, Kalundborg, Lolland, Guldborgsund, Vordingborg, Bornholm, Svendborg, Langeland, Ærø, Haderslev, Billund, Sønderborg, Tønder, Fanø, Varde, Aabenraa, Lemvig, Struer, Norddjurs, Samsø, Ringkøbing-Skjern, Morsø, Skive, Thisted, Brønderslev, Frederikshavn, Vesthimmerlands, Læsø, Mariagerfjord, Jammerbugt og Hjørring.

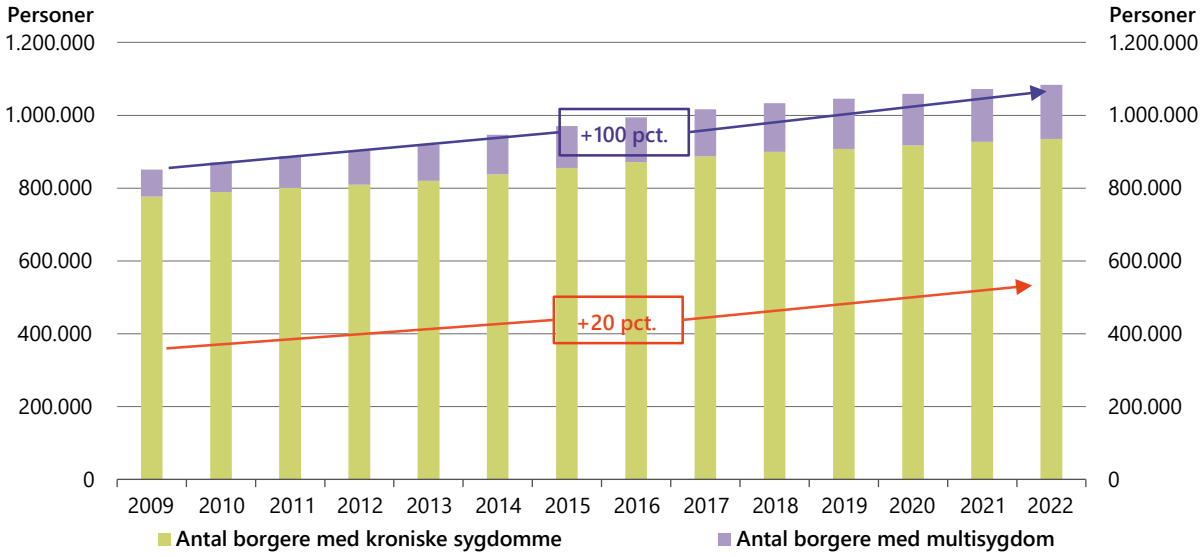
Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, tabel FOLK1A og FRDK123.

Flere mennesker med multisygdom og kroniske sygdomme

Med en ældre befolkning følger, at flere udvikler alders- og livsstilsbetingede sygdomme. I takt med at befolkningen lever længere, får flere brug for behandling for én eller flere kroniske sygdomme over en længere periode.

I dag lever én ud af fem danskere med mindst én kronisk sygdom. På godt ti år er gruppen af patienter med kroniske sygdomme vokset med 160.000 borgere, jf. figur 4.4. Det svarer til en stigning på 20 pct. Samtidig er antallet af mennesker, der lever med multisygdom, det vil sige personer med flere samtidige kroniske sygdomme, blevet fordoblet.

Figur 4.4
Antal borgere med kroniske sygdomme og multisygdom, 2009-2022

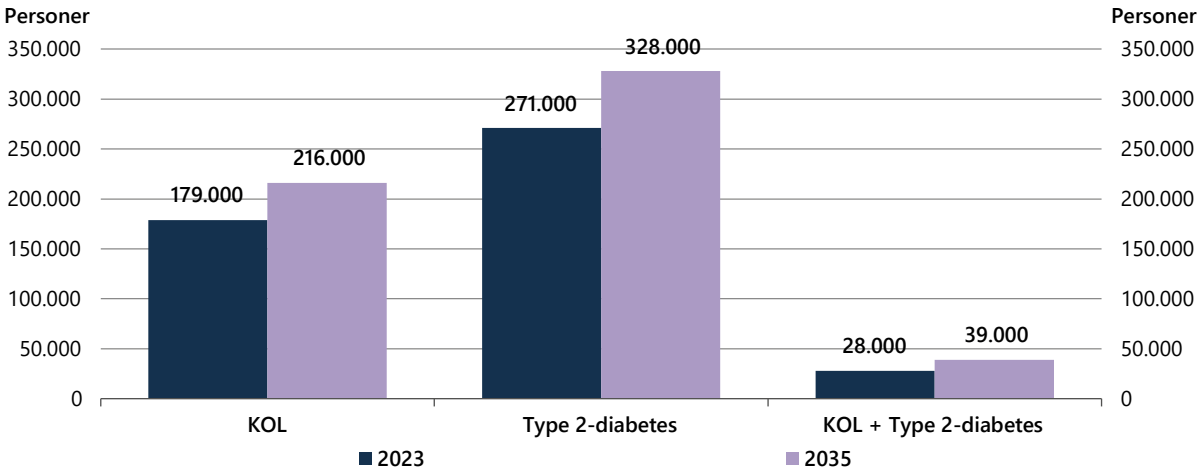


Anm: De udvalgte kroniske sygdomme: astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, type 1-diabetes og type 2-diabetes. Borgere som har astma og KOL uden andre af de udvalgte kroniske sygdomme vil ikke indgå i gruppen af borgere med mere end én kronisk sygdom.

Kilde: Egne beregninger, baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen (Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)).

Fremskrivninger viser, at gruppen af mennesker med KOL og type 2-diabetes kan stige med ca. 25 pct. frem mod 2035, jf. figur 4.5. I samme periode forventes antallet af borgere, som har både KOL og type 2-diabetes, at stige med ca. 45 pct. Fremskrivningerne er udarbejdet af DREAM-gruppen og tager udgangspunkt i befolkningsudviklingen og i nogen grad tendenser i udviklingen for de to sygdomme. Der tages dermed ikke højde for markante ændringer i adfærd, fx i forhold til rygevaner. Der tages heller ikke højde for nye medicinske landvindinger, som har betydning for udbredelsen af sygdomme, såsom diabetesmedicin, eller for eventuel udbredelse af andre sygdomme.

Figur 4.5
Fremskrivning af borgere med KOL og type 2-diabetes, 2022 og 2035



Anm: Personer, hvis kroniske sygdomme vurderes som inaktive (baseret på variablen "uddato") er fjernet fra opgørelsen. Sundhedstilstand er opgjort i starten af året. startåret for fremskrivningen er 2018. Tal er afrundet til nærmeste tusinder.

Kilde: DREAM-gruppen, 2023.

Flere med psykiske udfordringer og lidelser, særligt blandt den yngre befolkning

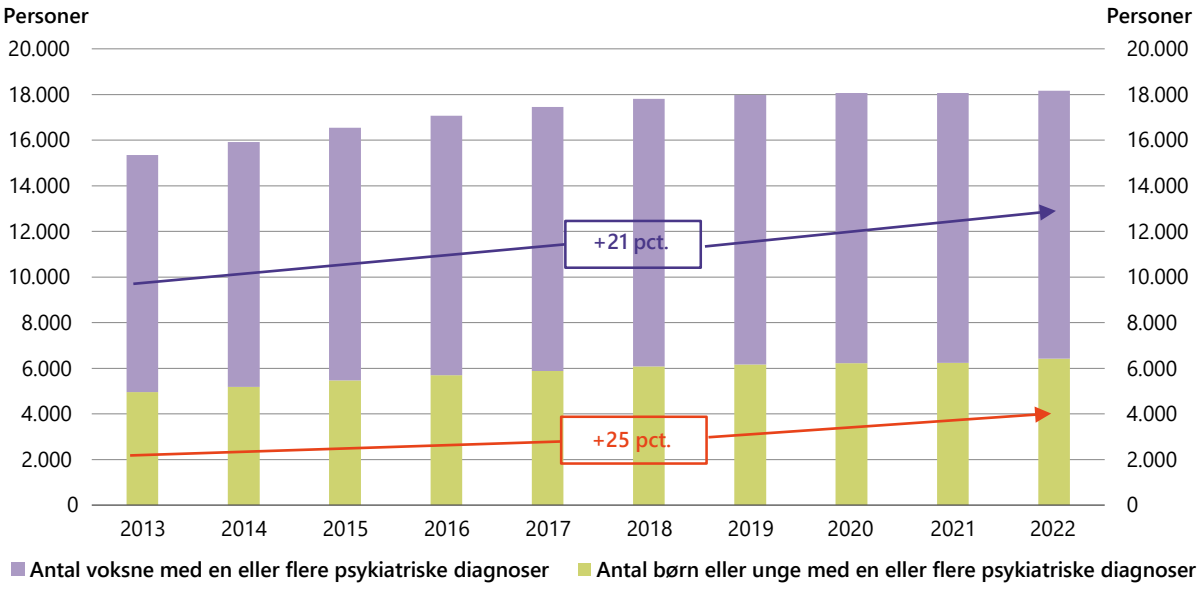
Sygdomsbilledet blandt børn og unge er også i forandring. Flere og flere får stillet psykiatriske diagnoser. Det er særligt forekomsten af udviklingsforstyrrelser, angst og stressrelaterede tilstande, der er med til at drive udviklingen.

Omkring 74.000 børn og unge i alderen 0 til 17 år har fået stillet en psykiatrisk diagnose i regionspsykiatrien, jf. figur 4.6. Det svarer til 6,4 pct. af aldersgruppen. Gruppen er vokset med 25 pct. på kun ni år, og den forventes at vokse yderligere i de kommende år. En fremskrivning af udviklingen viser, at der i 2035 vil være 78.000 børn og unge med en psykiatrisk diagnose.[51] Væksten sker særligt indenfor de affektive lidelser og i mindre grad de tunge psykiatriske lidelser. Udviklingen skal bl.a. ses i lyset af, at sundhedsvæsenet er blevet dygtigere til at genkende og diagnosticere psykiske lidelser. En del af de stillede diagnoser kan være forbigående eller uden behandlingsbehov, men en generel høj forekomst af psykiske lidelser blandt yngre generationer vil formodentlig også betyde, at flere vil være berørt af psykiske lidelser som voksne.

Borgere med psykiske lidelser er en uens gruppe i forhold til funktionsevne og sociale vilkår. I gennemsnit oplever borgere med psykiske lidelser en større somatisk sygdomsbyrde end borgere uden psykiske diagnoser. Det vil sige, at de har hyppigere kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet og med andre dele af den offentlige sektor. For patienter med mere alvorlige psykiske diagnoser vil de somatiske forløb ofte være mere komplekse og ressourcekrævende.

51 Boston Consulting Group, "Udviklingen i Sundhedsvæsenet - et perspektiv til omstilling", 2024.

Figur 4.6
Antal unikke personer med mindst én psykiatrisk diagnose pr. 100.000 personer



Anm: "Børn og unge" defineres som 0-17-årige og "voksne" som 18+-årige. Opgørelsen er en prævalensopgørelse med ti år lag/latens. Data omfatter unikke personer, der har haft kontakt til den regionale psykiatri en eller flere gange indenfor de seneste ti år pr. 1. januar i opgørelsesåret med en diagnose, som falder indenfor den valgte diagnosegruppe. Alder er opgjort pr. 1. januar i opgørelsesåret. Opgørelsen omfatter både aktionsdiagnoser (årsagen til kontakten) og bidiagnoser (andre samtidige diagnoser), opgjort via ICD-10 koden DF*. Opgørelsen omfatter udelukkende kontakter til den regionale psykiatri. Personer, der har haft kontakt til alment praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger, er ikke omfattet af opgørelsen. Opgørelsen må derfor antages at være en underestimering af antallet af børn, unge og voksne, der har en psykiatrisk diagnose, da det kun er de svære tilfælde, som henvises til den regionale psykiatri.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregistret og Det Centrale Personregister).

Mangel på arbejdskraft

Over en længere årrække har det været muligt at øge aktiviteten indenfor sundhed, behandling og pleje gennem udvidelse af ressourcer og ansat personale i sundhedssektoren. Med en generelt aldrende arbejdsstyrke er det imidlertid langtfra givet, at sundhedssektoren kan opretholde det nuværende antal ansatte i fremtiden. Fremskrivninger viser, at der på landsplan kan mangle ca. 11.100 social- og sundhedshjælpere og ca. 3.400 social- og sundhedsassistenter i 2035, mens der vil være flere læger og sygeplejersker, end hvad der er behov for. Udviklingen afspejler på én gang et kommende generationsskifte i plejepersonalet og et stigende behov for pleje i takt med den demografiske udvikling og det ændrede sygdomsbillede.

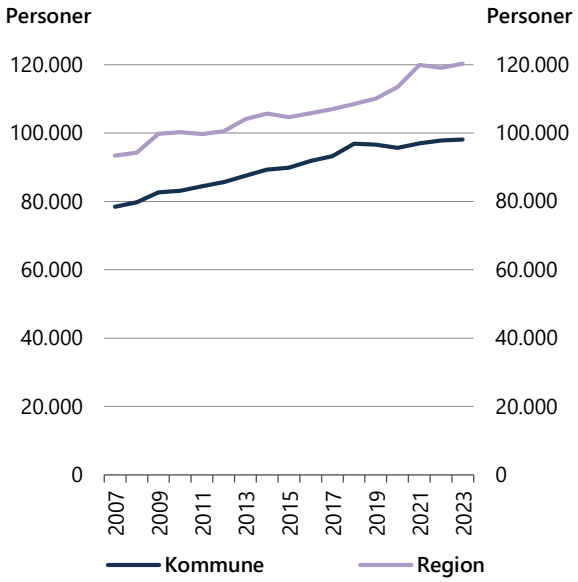
Sundhedsvæsenet har aldrig haft mere personale

Danmark er blandt de lande i OECD, der har flest ansatte i sundhedsvæsenet i forhold til den samlede beskæftigelse. I dag er ca. 290.000 personer beskæftiget i det danske sundhedsvæsen, hvis ældreområdet medregnes, jf. figur 4.7. Det svarer til ca. hver tiende beskæftigede i Danmark. Til sammen ligning var 3. pct. af den samlede beskæftigelse ansat i sundhedssektoren i 1966.[52]

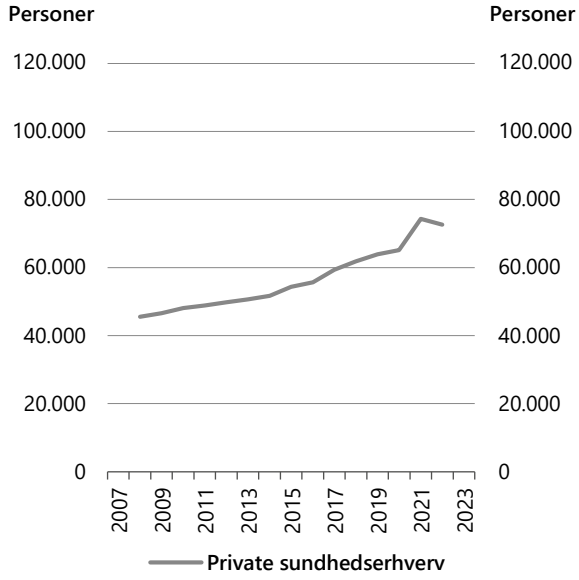
Siden 2007 er beskæftigelsen indenfor det kommunale og regionale sundheds- og ældreområde vokset med 27 pct., jf. figur 4.7. I den private sektor, som dog følger en anden opgørelsesmetode, har stigningen været 60 pct., jf. figur 4.8. Der har aldrig tidligere været så mange ansatte til behandling, pleje, rehabilitering, administration og tilsvarende, end der er i dag. Udviklingen er både drevet af investeringer i sundhedsvæsenet og ældreområdet, og af arbejdsstyrken, som er større end nogensinde før.

52 Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, "Robusthedskommissionens anbefalinger", 2023.

Figur 4.7
Udvikling i sundheds- og ældrepersonale ansat i kommuner og regioner, årsværk



Figur 4.8
Udvikling i sundheds- og ældrepersonale med primær ansættelse i privat sundhedserhverv, årsværk



Anm: For kommuner: Antal fuldtidspersoner er antal ansatte omregnet som 37-timers ækvivalenter pr. september i det respektive år. Opgørelsen er eksklusive elever, fleksjob og ekstraordinært ansatte. Området er afgrænset til sundhedsområdet, hvilket vil sige alle indsatser under sundhedsloven, og ældreområdet. Specifikt afgrænses der til hovedkonto 4 Sundhedsområdet, hovedfunktion 5.30 Tilbud til ældre og dele af hovedfunktion 5.38 Tilbud til voksne med særlige behov (specifikt funktionerne 5.38.38, 5.38.41, 5.38.44 og 5.38.45). Ansatte i den centrale administration inkl. dem, der visiterer, er ikke inkluderet i opgørelsen. Området omfatter derved ansatte, der arbejder med genoptræning, fysioterapi, kommunal tandpleje, borger- og patientrettet forebyggelse, kommunal sundhedstjeneste, kommunal sygepleje, personlig og praktisk hjælp i eget hjem, plejehjem og plejeboliger m.v., midlertidige pladser, forebyggende indsatser målrettet ældre, hjælpemidler og misbrugsbehandling.

For private: Definitionen tager udgangspunkt i Danmarks Statistiks brancheklassifikation (DB07) og omfatter personer med primær beskæftigelse i følgende brancher (på gruppeniveau): hospitaler, praktiserende læger og tandlæger, sundhedsvæsen i øvrigt (bl.a. hjemmesygepleje, jordemødre og psykologisk rådgivning), plejehjem, institutionsophold med sygepleje i.a.n., hjemmehjælp.

For regioner: Der er afgrænset på kontoplan til "1 Sundhed" og "4 Fællesformål og administration". Opgørelsen er ekskl. elever, fleksjob og ekstraordinært ansatte.

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL), RAS og egne beregninger.

Der er stor forskel på sammensætningen af faggrupper på tværs af sektorer. Kommunerne ansætter i høj grad social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, mens regionerne hovedsageligt ansætter sygeplejersker og læger. Det private sundhedserhverv er kendetegnet ved, at der er mange forskellige faggrupper repræsenteret. Personalesammensætningen gennemgås nærmere i kapitel 7 om den nuværende organisering af sundhedsvæsenet og i baggrundsrapporten.[53]

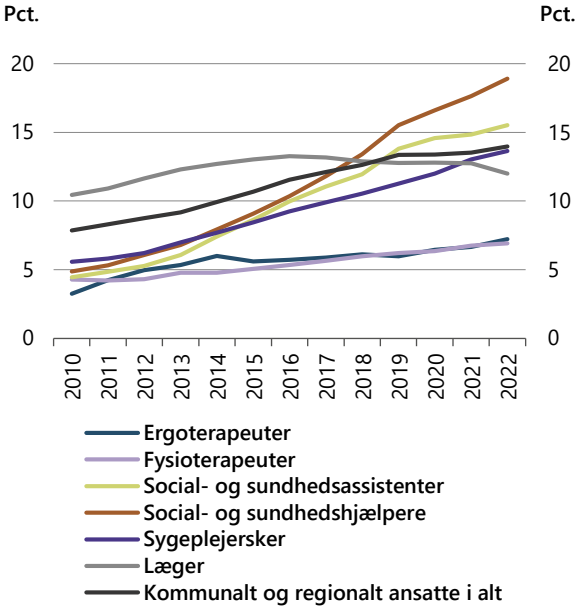
Et generationsskifte i plejepersonalet er på vej

Sundheds- og ældreområdet står overfor et generationsskifte blandt personalet. Store årgange forlader sektoren, mens mindre årgange kommer til. Fx er andelen af social- og sundhedsassistenter ansat i kommuner og regioner, som er over 60 år, steget fra 2,3 pct. til 15,5 pct. fra 2007 til 2022, jf. figur 4.9.

53 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

På den ene side giver en høj gennemsnitsalder hos sundheds- og ældrepersonalet erfaring og et højt kompetenceniveau. På den anden side betyder det, at en del sundhedspersonale forlader arbejdsmarkedet i årene, der kommer, og manglen på kvalificeret personale i kommunerne forværres. Det gælder særligt i forhold til social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, som tilsammen udgør to tredjedele af medarbejderne på det kommunale ældreområde. Det bemærkes i øvrigt, at andre sundhedsfaglige personalegrupper i gennemsnit er yngre. Det gælder bl.a. fysio- og ergoterapeuter, sygeplejersker, jf. figur 4.10, og læger (ikke vist i figur).

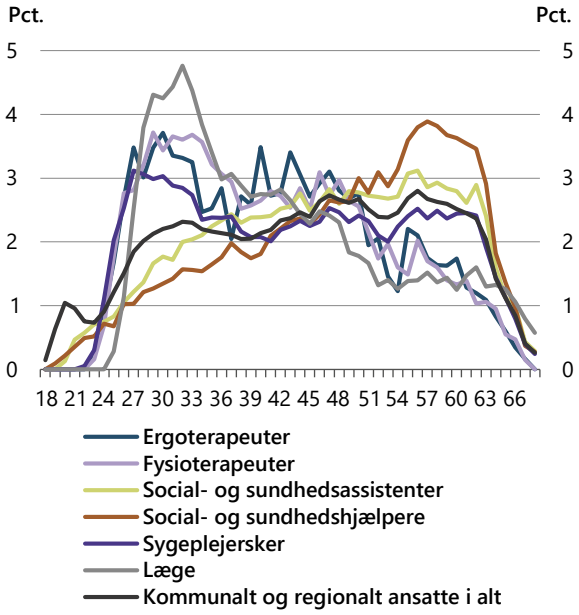
Figur 4.9
Andel af kommunalt og regionalt ansatte over 60 år, fordelt på udvalgte personalegrupper, 2010-2022



Anm: Antal fuldtidspersoner er antal ansatte omregnet som 37-timers ækvivalenter pr. september i 2022. Opgørelsen er eksklusive elever, fleksjob og ekstraordinært ansatte.

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL).

Figur 4.10
Aldersfordeling blandt kommunalt og regionalt ansatte, fordelt på udvalgte personalegrupper, 2022

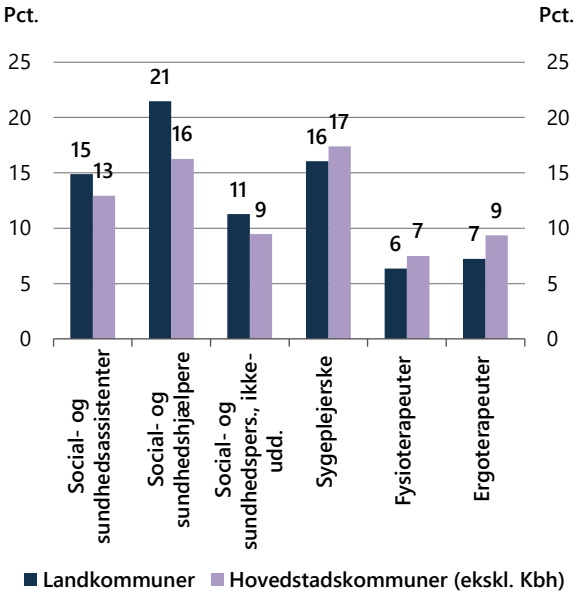


Anm: Antal fuldtidspersoner er antal ansatte omregnet som 37-timers ækvivalenter pr. september i 2022. Opgørelsen er eksklusive elever, fleksjob og ekstraordinært ansatte.

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL).

Udfordringen med et aldrende plejepersonale har forskelligt omfang på tværs af landet. Særligt landkommunerne kommer til at mærke de kommende års tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet blandt social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Det skyldes, at medarbejderne i de to faggrupper er ældre i landkommunerne end i resten af landet, jf. figur 4.11 og 4.12. Samtidig er det også i landkommunerne, der er flest offentligt ansatte social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter pr. borger.

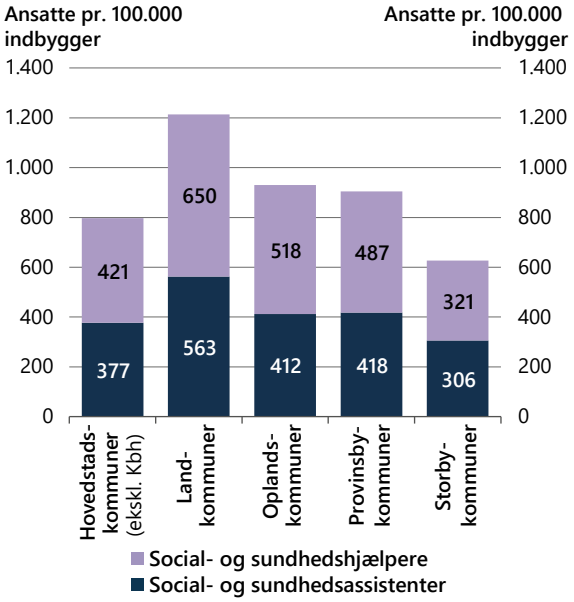
Figur 4.11
Andel af fuldtidsstillinger besat af personer over 60 år i udvalgte kommunale sundheds-stillinger, fordelt på land- og hovedstads-kommuner, 2023



Anm: Nævneren i hver søjle er det samlede antal ansatte i hver stillingskategori i den respektive kommunekategori. Fx er 15 pct. af alle social- og sundhedsassistenter i landkommuner over 60 år. Opdelingen i kommunetyper er baseret på Danmarks Statistiks opgørelsesmetode og er specificeret i anmærkningen til figur 4.3. Københavns kommune indgår som "Storbykommune".

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL).

Figur 4.12
Antal social- og sundhedshjælpere og social– og sundhedsassistenter i kommuner og regioner pr. 100.000 indbyggere, fordelt på kommunetype, 2023



Anm.: Opgørelsen indeholder ikke privatansatte. Opdelingen i kommunetyper er baseret på Danmarks Statistiks opgørelses-metode, og er specificeret i anmærkningen til figur 4.3. Københavns kommune indgår som "Storbykommune".

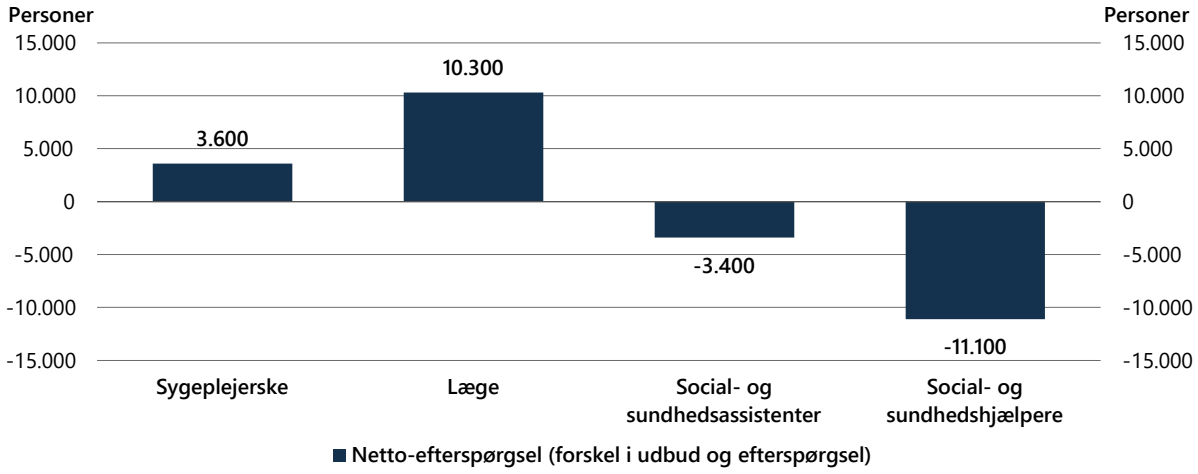
Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL).

Mangel på plejepersonale i fremtiden

Finansministeriets fremskrivninger peger på, at i fravær af ændringer i arbejdsstyrken og optaget på sundhedsuddannelser vil der mangle 11.100 social- og sundhedshjælpere og 3.400 social- og sundheds-assistenter i 2035 sammenlignet med 2021, jf. figur 4.13. Det svarer til ca. hver ottende social- og sundheds-medarbejder ansat i det offentlige i dag.

Modsat peger fremskrivningen på, at der frem mod 2035 vil mangle færre læger og sygeplejersker. Dog er læger og sygeplejersker ulige fordelt på tværs af landet, og der vil derfor kunne opleves mangel på fag-grupper nogle steder, mens rekrutteringssituationen vil være bedre i andre dele af landet.

Figur 4.13
Ændring i efterspørgsel på udvalgte grupper af sundhedspersonale i 2035, målt i forhold til 2021



Anm: Fremskrivningerne kan ikke tolkes som prognoser, men alene mekaniske fremskrivninger, der bygger på nuværende adfærd, personalesammensætning og en række antagelser. Den fremtidige udvikling er forbundet med stor usikkerhed og vil afhænge af en række faktorer, som ikke nødvendigvis er medtaget. Resultaterne er angivet i antal personer, ikke årsværk, og der antages en konstant arbejdstidsfordeling i fremskrivningsårene.

Kilde: Finansministeriet, 2023, Økonomisk Analyse: Rekruttering af Velfærdsmedarbejdere nu og i fremtiden.

Samlet set stiller et stigende behov for sundheds- og plejepersonale og en stadig mindre arbejdsstyrke større krav til en mere effektiv anvendelse af medarbejderressourcerne. Det peger både i retning af øget teknologianvendelse og bedre brug af den arbejdstid, der er til rådighed.

Robusthedskommissionen, som netop havde fokus på medarbejderne i sundhedsvæsenet, vurderede, at der er potentiale for at øge arbejdsudbuddet ved at nedbringe sygefraværet, inddrage flere faggrupper i vagtarbejdet og øge arbejdstiden blandt deltidsansatte. Hvis *arbejdstiden* fx blev øget med én time om ugen, udgør potentialet ca. 700 årsværk for social- og sundhedshjælpere, ca. 600 årsværk for social- og sundhedsassistenter og ca. 600 årsværk for sygeplejersker.

Forventningerne stiger

Borgernes forventninger til, hvad sundhedsvæsenet kan levere, stiger. Baggrunden for de høje forventninger er en kombination af øget velstand og ændrede behov for sundhed. Når et samfund bliver rigere, er der en tendens til, at der efterspørges mere velfærd, og det gælder også sundhedsydelser. Samtidig stiger omkostningerne til plejeintensive ydelser på sundheds- og ældreområdet i takt med, at produktiviteten og velstanden i samfundet øges generelt. Konsekvensen er, at det kan blive dyrere at levere samme niveau af sundhedsydelser som i dag, samtidig med at borgerne forventer, at kvaliteten af sundhedsydelser forbedres med samme hastighed som serviceforbedringer i andre sektorer, ikke mindst i de private serviceerhverv.

Velstand øger efterspørgslen efter sundhedsydelser

Forventningerne til offentlige ydelser stiger med den generelle velstandsfremgang i samfundet, jf. boks 4.1. Sammenhængen er et velkendt fænomen og gælder også indenfor sundheds- og ældreområdet. I takt med at befolkningen bliver rigere, øges efterspørgslen efter sundhedsydelser, og der købes flere private, sundhedsrelaterede ydelser.

Boks 4.1
Wagners lov

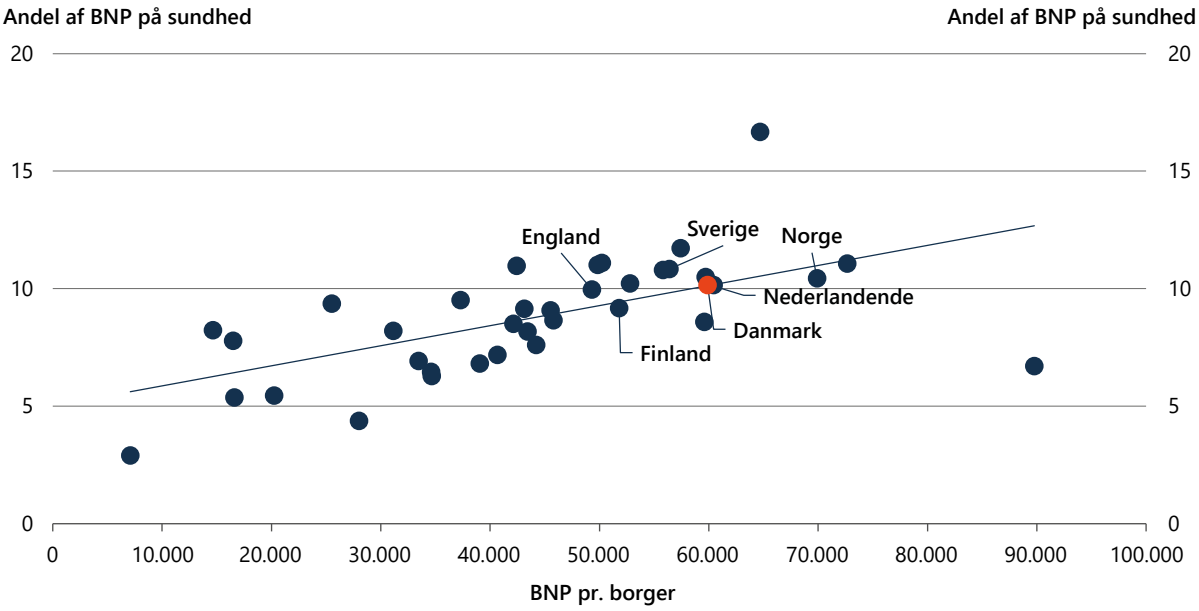
Wagners lov beskriver sammenhængen mellem samfundets velstand og det offentlige forbrug. Den bygger på en observation af, at industrialiserede lande bruger en større andel af deres velstand på offentlige services i takt med, at landene bliver rigere. Årsagerne er, fx:

- Regulering og administration, fordi et rigere land er mere komplekst at administrere
- Negative eksternaliteter, fordi en voksende økonomi genererer uhensigtsmæssigheder, som staten forventes at handle på (fx online kriminalitet)
- Offentlige velfærdsydelser, fordi efterspørgslen efter velfærdsydelser stiger hurtigere end væksten i velstand

Det er særligt den sidste årsag, som er relevant i forhold til sundhedsvæsenet.

Sammenhængen mellem velstand og efterspørgsel efter sundhedsydelser viser sig bl.a. ved, at der på tværs af OECD-landene er en tendens til, at jo rigere et land er, desto flere ressourcer anvendes der på sundhed, jf. figur 4.14.

Figur 4.14
Forbrug på sundhed som andel af BNP og BNP pr. indbygger, OECD-lande, 2019



Anm.: Afgrænsningen af sundhedsudgifter er "Current expenditure on health (all functions), All financing schemes, All providers, Share of domestic product. BNP opgjort I US dollars.

Kilde: OECD Health Statistics, Health expenditure and financing og OECD National Accounts Statistics, Annual National Accounts.

Den nye sundhedsforbruger

I nogle sammenhænge taler man om, at den stigende velstand skaber en ny sundhedsforbruger. I en rapport fra 2017 beskriver VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, tidligere KORA) den nye sundhedsforbruger som en borger, der forventer bedre behandling, mere information og større inddragelse.[54]

Det betyder først og fremmest, at flere borgere har en forventning om at leve et sundt og aktivt liv. Det gælder også den ældre befolkning. Samtidig medfører den digitale udvikling, at det bliver lettere at finde information om sygdomme og behandling, bl.a. med afsæt i egne sundhedsdata. Konsekvensen vil være, at flere borgere, især yngre generationer, forventes at være mere velforberedte i mødet med sundhedsvæsenet, og de vil i højere grad end tidligere forvente en ligeværdig dialog med sundhedspersonalet. Det medfører også, at borgernes forventninger er påvirket af sundhedsinformation fra mange andre kanaler end de officielle.

Den mere digitaliseringsparate befolkning rummer både udfordringer og muligheder. Udvidelsen af digitale services og kanaler i samfundet øger befolkningens forventninger til fleksibel og let adgang til sundhedsvæsenet. Befolkningens digitaliseringsparathed giver også mulighed for at levere sundhedsydelser af høj kvalitet tættere på borgeren, til fordel for borgerne såvel som sundhedsvæsenet. Fx kan stadig flere borgere behandle og undersøge sig selv i eget hjem under vejledning af sundhedspersonale.

Mindre sundhed for pengene

Øget velstand lægger pres på ressourcerne i det offentlige sundhedsvæsen og på ældreområdet. Det gælder særligt, når alle skal have lige adgang til stadig flere og bedre sundhedsydelser, som efterspørges af befolkningen.

Men større velstand bidrager også til højere omkostninger til almindelige sundhedsydelser. Det skyldes det, som økonomer kalder "Baumol-effekten": Når samfundet som helhed bliver mere produktivt, bliver det også dyrere at levere produkter eller services, jf. boks 4.2. Det skyldes, at højere produktivitet også hæver lønningerne. Det gælder først og fremmest indenfor de brancher, som oplever produktivitetsstigninger, men over tid vil lønnen også stige andre steder, fordi der er konkurrence om arbejdskraften.

I sidste ende betyder det, at det bliver dyrere at levere den samme service. Det gælder særligt i fag, som er arbejdskraftintensive, det vil sige fag, hvor medarbejderne betyder meget for udførelsen af en opgave. Mange opgaver på sundheds- og ældreområdet, særligt indenfor plejeområdet, er netop arbejdskraftintensive, og der er derfor en risiko for, at det over tid vil blive dyrere at levere de samme sundhedsydelser.

Boks 4.2
Baumol-effekt

Baumols omkostningssyge handler om, at lønstigninger i brancher med meget produktivitetsvækst tiltrækker arbejdskraft og derfor er med til at presse lønnen op indenfor brancher med mindre produktivitetsvækst. Typisk er det sværere at gennemføre produktivitetsstigninger indenfor mere arbejdskraftintensive områder, fx indenfor servicefag, mens det er lettere indenfor områder, hvor automatisering kan spille en stor rolle, såsom i produktionen.

På sundheds- og ældreområdet har det været muligt at effektivisere nogle opgaver med hjælp fra den teknologiske udvikling. Det gælder fx ny medicin, scannere eller hjælpemidler til at løfte og flytte patienter. På nogle områder er sundheds- og ældreområdet dog stadig meget afhængig af manuel arbejdskraft, fx indenfor omsorg og pleje. Af den årsag spiller Baumols omkostningssyge en vis rolle for fremtidens sundhedsudgifter.

54 KORA, Betina Højgaard, og Jakob Kjellberg. "Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen". KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, 2017.

Udfordringer for det danske sundhedsvæsen

Oven på de ændrede forudsætninger, står sundhedsvæsenet også over for en række udfordringer, som allerede nu påvirker borgernes oplevelse af sundheds- og ældreområdet. Sundhedsstrukturkommissionen har identificeret tre centrale udfordringer: usammenhængende patientforløb, ubalance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen og geografisk og social ulighed i sundhed.

De tre udfordringer forstærkes af de ændrede forudsætninger, som sundhedsvæsenet står overfor, og det forstærkes yderligere hos borgere med færre sundhedskompetencer, som fx evnen til at tilgå, forstå og handle på informationer om sundhed og at navigere i sundhedsvæsenet. I det følgende beskrives de tre udfordringer.

Usammenhængende patientforløb

Et stigende antal borgere har behandlingsforløb, der involverer både kommunale sundheds- og plejetilbud, alment praktiserende læger og sygehuse. Det ændrede sygdomsbillede med flere ældre og flere med kroniske sygdomme og multisygdom indebærer, at endnu flere borgere vil have behandlingsforløb på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen i fremtiden. I 2035 forventes der at være 80.000 flere borgere der i løbet af et år både har kontakt til sygehus, kommune og almenmedicinske tilbud. Det stiller store krav til samarbejde og vidensdeling på tværs af sundhedsvæsenets aktører.

Mange patienter oplever allerede i dag, at deres forløb ikke hænger sammen, eller at de bliver indlagt på sygehuset, hvor det kunne være undgået. Samtidig er det en udfordring, at de digitale løsninger ikke understøtter kommunikationen mellem almenmedicinske tilbud, sygehuse, kommunernes sundheds- og ældrepleje og andre sundhedsaktører. Det kan derfor være svært at koordinere behandlingsforløb. Samlet set er der tegn på, at borgernes forløb på sundheds- og ældreområdet ikke er tænkt sammen i tilstrækkeligt omfang.

Et stigende antal borgere har behandlingsforløb på tværs af det primære og sekundære sundhedsvæsen

De fleste borgere er i kontakt med mindst én af de tre sektorer på sundheds- og ældreområdet i løbet af et år. De tre sektorer er de almenmedicinske tilbud, kommunernes sundheds- og ældrepleje og sygehusene.

Det kan være svært for borgerne at navigere mellem de forskellige sektorer, forskellige behandlinger og den information, som bliver givet undervejs. Især tre grupper af borgere er i risiko for komplicerede og fragmenterede behandlingsforløb: den ældre medicinske patient, borgere med multisygdom og borgere med samtidig somatisk og psykiatrisk sygdom, jf. boks 4.3. Fælles for de tre grupper er, at de er meget heterogene, og hver patient har sin egen unikke livssituation.

Boks 4.3

Især tre patientgrupper oplever udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet



Den ældre medicinske patient

Det stigende antal ældre betyder, at stadig flere udvikler aldersbetingede sygdomme. Samtidig kan flere leve længere med sygdommene som følge af den medicinske udvikling. De ældre medicinske patienter bliver særligt udfordret, når deres sygdomme medfører et nedsat funktionsniveau, fysisk eller kognitivt, og derfor får behov for hjælp og støtte til hverdagens gøremål og behandling.



Borgere med multisygdom

Borgere med flere kroniske sygdomme er en meget heterogen gruppe, og der kan være store forskelle i sygdoms- og behandlingsbyrden hos den enkelte. Der er fx stor forskel på, om en borger har konstateret forhøjet blodtryk og kolesterol, eller om man lider af både Parkinsons sygdom og type 2-diabetes. Diagnosernes forskellighed understreger kompleksiteten den enkelte borger oplever, fx i forhold til livskvalitet og ulighed i sundhed. Det er en gruppe, som særligt bliver ramt af, at behandlinger og konsultationer ligger spredt forskellige steder i sundhedsvæsenet.



Borgere med samtidig somatisk og psykiatrisk sygdom

Borgere med alvorlige psykiske lidelser har en forventet levetid, som er mellem 10-20 år kortere sammenlignet med befolkningen uden psykiske lidelser. Det skyldes flere ting, men den vigtigste årsag er ubehandlet somatisk sygdom, særligt hjertekarsygdomme. Borgerne oplever, at symptomer på fysisk sygdom i stedet tolkes som udtryk for den psykiske diagnose. Borgerne kan også opleve, at de inddrages mindre i planlægningen af somatisk behandling. Det gælder uanset, om deres psykiske sygdom er velbehandlet eller ej.

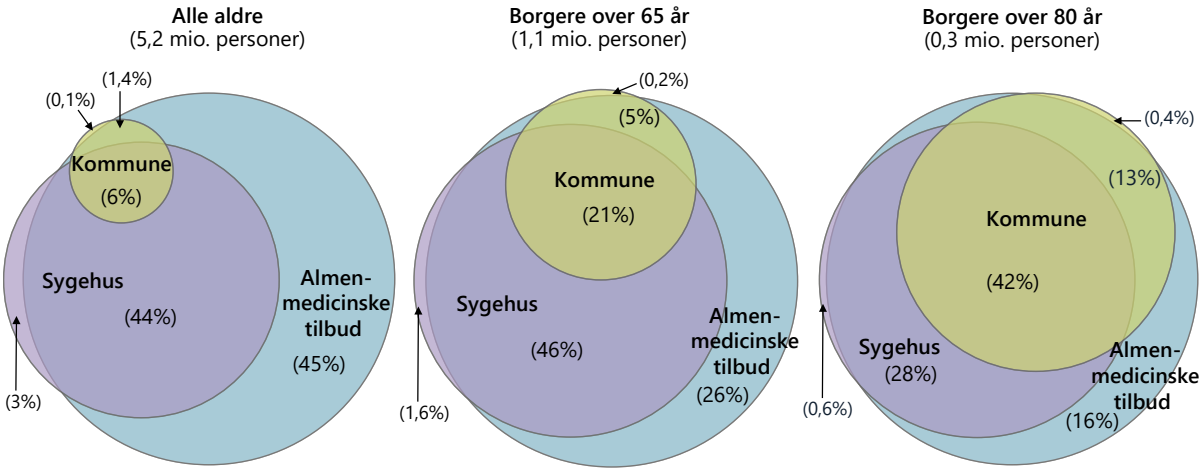
Kilde: Jønsson, Alexandra Brandt Ryborg. "Borgere og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer". 2024.

Borgere indenfor de tre grupper har typisk behandlingsforløb på tværs af det primære og sekundære sundhedsvæsen, men de er ikke de eneste, der har kontakt til flere dele af sundheds- og ældreområdet. Der kan også være tale om borgere, der indgår i mindre komplekse forløb. Det er fx tilfældet for de borgere, der modtager personlig pleje eller sygepleje, og som henvises til behandling på et sygehus af deres alment praktiserende læge. Det samme gælder borgere, som efter en sygehusbehandling får rehabiliterende eller genoptrænende behandling i et kommunalt sundhedstilbud.

De alment praktiserende læger er generelt borgernes indgang til sundhedsvæsenet. I alt besøger ca. 85 pct. af befolkningen deres læge i løbet af et kalenderår. Blandt dem, der var i berøring med sundhedsvæsenet i 2022, var kun 3 pct. ikke i kontakt med deres alment praktiserende læge. Det er med andre ord sjældent, at en borger bliver indlagt uden først at have været i kontakt med den alment praktiserende læge.

Mange borgere har kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet. I 2022 havde mere end halvdelen af dem, som havde kontakt til sundhedsvæsenet, kontakt med mindst to af de tre hovedsektorer. Jo ældre man bliver, des større er kontakten på tværs af sektorerne, jf. figur 4.15.

Figur 4.15
Borgere med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på de tre sektorer, 2022



Anm.: Figuren viser andelen af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet i 2022, fordelt på de tre sektorer (alment praktiserende læger, kommune og sygehus). Det er ikke muligt at vise en nøjagtig proportional fordeling af overlap i kontakter mellem sektorer, og diagrammet er derfor en approksimation. Derfor kan overlappet mellem sygehuse og kommuner ikke vises grafisk i diagrammet. Overlappet mellem sygehuse og kommuner udgør hhv. 0,1 pct. for alle aldre, 0,2 pct. for borgere over 65 år og 0,3 pct. for borgerer over 80 år.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Plejehjemsdata, Elektroniske omsorgsjournaler og Det Centrale Personregister)

De borgere, der trækker mest på sundheds- og ældreområdet, er netop kendetegnet ved at være ældre borgere med hyppig kontakt til både alment praktiserende læger, sygehuse og den kommunale sundheds- og ældrepleje. Omkring 325.000 af de ældre, svarende til knap 5 pct. af hele befolkningen, står for over halvdelen af det samlede træk på sundheds- og plejeydelser i det primære og sekundære sundhedsvæsen, jf. boks 4.4.

Boks 4.4
Fire profiler af ældre borgere med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser

Profil 1: "Plejehjemsbeboeren"

Plejehjemsbeboeren dækker over 37.700 personer, svarende til ca. 0,6 pct. af hele befolkningen. Borgerne i denne gruppe står for ca. 19 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser i Danmark. Den enkelte plejehjemsbeboer har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på ca. 719.400 kr. om året.

Der er i overvejende grad tale om forbrug i den kommunale sektor, mens forbruget af regionale ydelser er begrænset. Profilen "plejehjemsbeboeren" står for 50 pct. af det samlede kommunale forbrug, men for blot 2 pct. af det samlede sygehusforbrug og 3 pct. af det samlede praksissektorforbrug. En nærmere undersøgelse af forbrugssammensætningen viser, at det er plejeboligforbruget, som også indeholder de andre kommunale plejetjenester, når de foregår på plejehjemmet, der udgør det meste af gruppens kommunale forbrug. Sammenlignet med de øvrige profiler har plejehjemsbeboeren også det højeste forbrug af almenmedicinske tilbud og fysioterapiydelser.

Profil 2: "Modtageren af pleje i eget hjem"

Borgeren, der modtager pleje i eget hjem, dækker over 40.000 personer, svarerende til ca. 0,7 pct. af hele befolkningen. Profilen står for ca. 9 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser i Danmark. Den enkelte modtager af pleje i eget hjem har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på 325.600 kr. om året.

Profilen har et forholdsvis lavt sygehusforbrug og forholdsvist højt kommunalt forbrug. Profilen står for 3 pct. af det samlede forbrug i sygehussektoren, for 3 pct. af forbruget af praksissektorydelser og for 20 pct. af forbruget i den kommunale sektor. Det er særligt forbruget af personlig pleje og sygepleje, der fylder for profilen. Sammenlignet med de andre profiler har profilen det højeste forbrug af praktisk hjælp i hjemmet og et højt forbrug af receptpligtigt medicin.

Profil 3: "Borgeren med meget akut sygehusaktivitet"

Borgeren med meget akut sygehusaktivitet dækker over 29.600 personer, svarende til 0,5 pct. af hele befolkningen. Det er borgere, der står for 6 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Den enkelte borger med meget akut sygehusaktivitet har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på 279.600 kr. om året.

Forbruget er nogenlunde lige fordelt mellem regionale og kommunale ydelser. Profilen står for 5 pct. af det samlede sygehusforbrug, for 2 pct. af det samlede praksissektorforbrug og for 9 pct. af det samlede kommunale forbrug. Det er særligt forbruget af akutte indlæggelser, der gør sig gældende. Her er forbruget næsten dobbelt så højt som for profilen med det næsthøjeste forbrug af akutte indlæggelser. Sammenlignet med de øvrige profiler har borgeren med meget akut sygehusaktivitet også et højt forbrug af akut ambulante ophold.

Profil 4: "Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet"

Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet dækker over 219.000 personer, svarende til 3,8 pct. af hele befolkningen. Det er derfor også den klart største gruppe af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser. Borgerne står for 22 pct. af det samlede forbrug af ydelserne. Den enkelte borger med meget planlagt sygehusaktivitet har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på ca. 142.700 kr. om året.

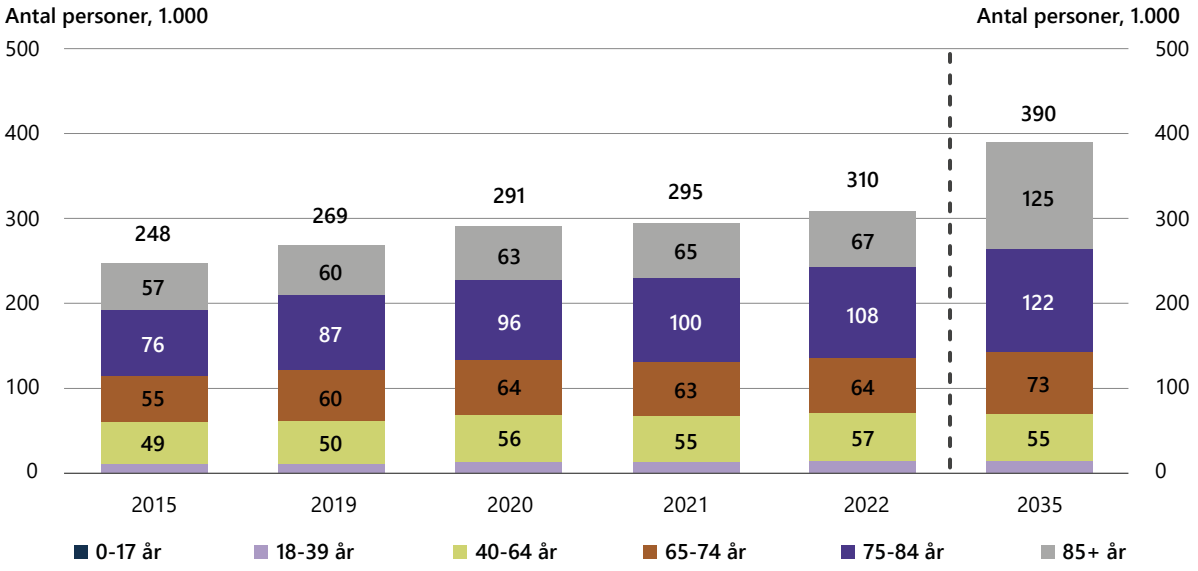
I langt overvejende grad er der tale om et forbrug i den regionale sektor, mens forbruget af kommunale ydelser er begrænset. Profilen står for 33 pct. af det samlede sygehusforbrug, for 12 pct. af det samlede praksissektorforbrug og for 10 pct. af det samlede kommunale forbrug. Det er særligt forbruget af planlagte sygehusophold, der fylder for den profil, både planlagte indlæggelser og planlagte ambulante ophold. Sammenlignet med de andre profiler har borgeren her også det højeste forbrug af ydelser fra praktiserende speciallæger.

Anm.: Tallene i denne boks stammer fra den bagvedliggende databaserede opdeling af profiler, som baserer sig på flere statistiske parametre. Derfor er profilen "Plejehjemsbeboeren" ikke nødvendigvis alle der bor på plejehjem, og størrelsen på målgruppen vil afvige fra antallet af plejehjemsbeboere i Danmark.

Kilde: Benchmarkingenheden, 2024, Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Frem mod 2035 forventes antallet af borgere med kontakt til alle dele af sundheds- og ældreområdet at vokse med 26 pct., svarende til 80.000 flere personer, jf. figur 4.16. Her er langt størstedelen over 65 år. For borgere med komplekse sygdomsforløb eller borgere, som er mindre ressourcestærke, udgør sektor-overgange en risiko for tabt information, manglende sammenhæng, unødvendige undersøgelser og utilsigtede hændelser. Det er en gruppe, som har stor gavn af helhedsorienteret behandling.

Figur 4.16
Aktuel og fremtidig udvikling i antal personer i kontakt med både sygehuse, alment praktiserende læger og kommunale sundheds- og plejeindsatser



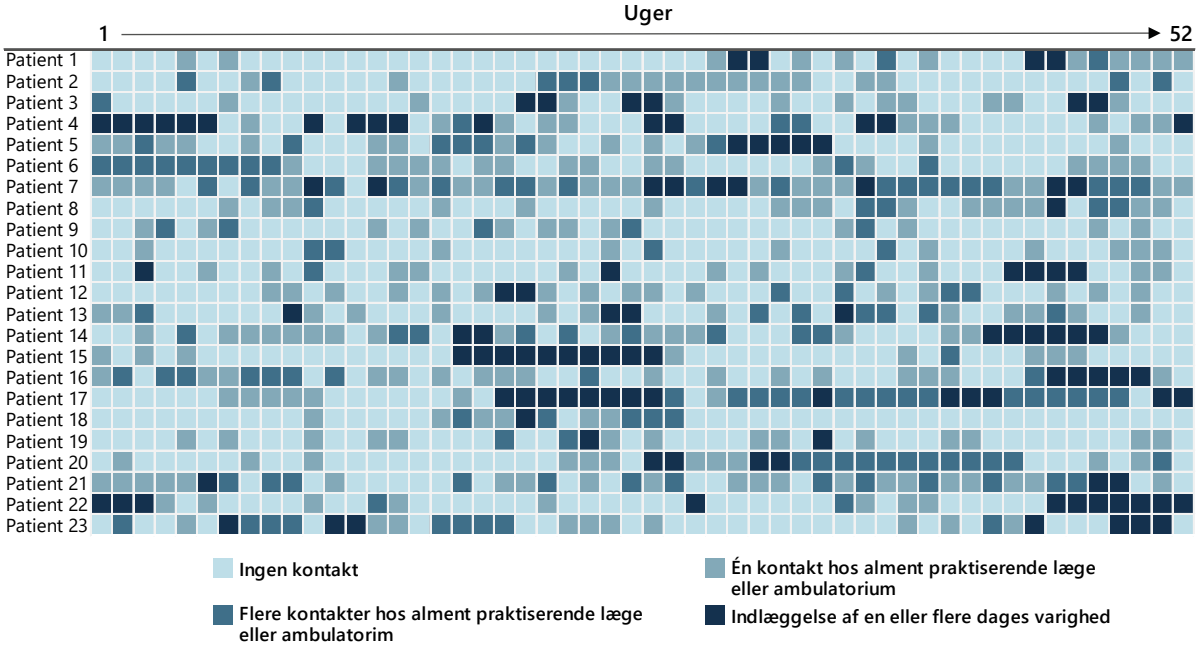
Anm.: Opgørelsen inkluderer personer der er i live og bosat i Danmark pr. 1. januar i opgørelsesåret. Aldersgruppe er pr. 1. januar i afregningsåret. Alle offentligt finansierede sygehuskontakter indgår. Alment praktiserende læger er afgrænset til dagstid. Kommunale indsats.: plejehjem, hjemmepleje, kommunal sygepleje, genoptræning, vedligeholdelsestræning eller rehabilitering. Kun godkendte kommuner i forhold til datagrundlag indgår. Derfor
kan tal på kommunen være underestimeret. 97 kommuner indgår i opgørelsen.

Kilde: BCG, 2023, Udviklingen I Sundhedsvæsenet – Et perspektiv til omstilling. Beregninger er baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret; Elektroniske omsorgsjournaler (EOJ), Plejehjemsdata (PLH) CPR-registeret).

Når så mange flere borgere får kontakter på tværs af sektorer stiller det store krav til samarbejde og vidensdeling på tværs af sektorerne, hvis borgerne skal opleve sammenhæng og fremdrift i deres behandlingsforløb.

De komplekse forløb er oftest forbundet med kontakt til forskelligt personale og forskellige afdelinger. Det er en konsekvens af bl.a. drevet af udviklingen i behandlingsmuligheder og den øgede specialisering, som på mange områder er et kvalitetsløft, men som også kan betyde, at borgeren skal forholde sig til forskelligt sundhedspersonale. Figur 4.17 illustrerer et eksempel på 23 borgere med multisygdom (flere kroniske sygdomme) og deres kontakt til alment praktiserende læger og sygehuse i løbet af et år. Figuren viser, at der er stor variation i intensiteten af sygdomsforløb, både på tværs af borgere, men også i løbet af et kalenderår. Den viser også, at nogle borgere har meget intense forløb med hyppig kontakt til sundhedsvæsenet.

Figur 4.17
Eksempler på kontaktforløb til alment praktiserende læger og sygehuse for personer med multisygdom



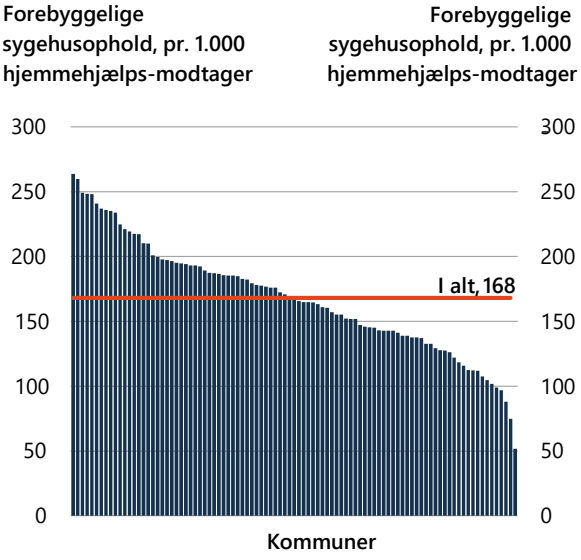
Anm.: Figuren viser kontakter for 23 borgere med multisygdom i løbet af 52 uger. Jo mørkere farven er, desto mere intens er kontakten med sundhedsvæsenet i den pågældende uge.

Kilde: Figuren er baseret på baggrundsdata fra Schiøtz M, Høst D, Stockmarr A, Frølich A, 2017, Quality of care for people with multimorbidity – a case series.

To indikatorer, som ofte bliver brugt til at vurdere unødige overgange i sundhedsvæsenet, er forebyggelige sygehusophold og genindlæggelser. Forebyggelige sygehusophold er en betegnelse for sygehusophold, som skyldes en række diagnoser, der vurderes at kunne forebygges. I 2022 var der 168 forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 hjemmehjælpsmodtager i Danmark, jf. figur 4.18. Variationen på tværs af kommunerne er betydelig, som bl.a. indikerer, at nogle kommuner lykkes bedre end andre med forebyggelsesindsatsen og dermed undgår unødvendigt træk på sygehusene.

I perioden 2014-2022 har andelen af genindlæggelser indenfor 30 dage været omtrent uændret på 11 pct., jf. figur 4.19. Genindlæggelser er akutte indlæggelser, som ikke er en del af et planlagt forløb. Genindlæggelser kan have mange forskellige årsager, og de kan fx opstå, hvis behandlingen på sygehuset eller opfølgningen i kommunen ikke har været tilstrækkelig. Derfor kan de også ses som en indikation på, at noget kan gøres bedre i behandlingen eller i samarbejdet mellem sektorer.

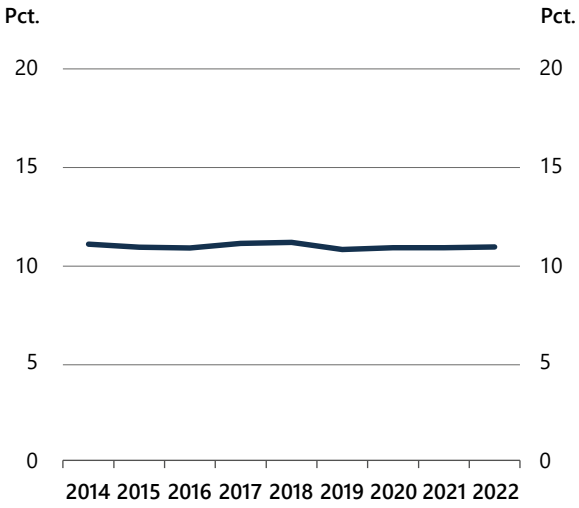
Figur 4.18
Forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 hjemmehjælpsmodtager over 65 år, fordelt på kommuner, 2022



Anm.: Forebyggelige sygehusophold er en betegnelse for sygehusophold forårsaget af en række specifikke diagnoser, som vurderes i et vist omfang at kunne forebygges. Følgende sygdomme og tilstande er inkluderet: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdomme, blærebetændelse, gastroenteritis (mave/tarm lidelser), brud, ernæringsbetinget anæmi, sociale og plejemæssige forhold og tryksår. Opgørelsen er afgrænset til ældre borgere på 65 år eller derover, som har modtaget hjemmehjælp indenfor 10 dage før sygehusopholdet. Enkelte kommuner indgår ikke i opgørelsen grundet manglende registreringer. Opgørelsen er køns- og alderskorrigeret.

Kilde: Landspatientregisteret.

Figur 4.19
Andel somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage, køns- og aldersstandardiseret, 2014-2022



Anm.: Indlæggelser defineres som et sygehusophold med en varighed på mindst 12 timer, hvor varigheden af et ophold beregnes fra tidligste indskrivningstidspunkt til seneste udskrivningstidspunkt. Andelen af genindlæggelser er andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivelse.

Kilde: Landspatientregisteret.

Patienter har svært ved at overskue sammensatte forløb

Generelt er der stor tilfredshed med det danske sundhedsvæsen. Det viser flere patientundersøgelser. Der er dog også indikationer på, at patienter i nogle sammenhænge oplever overgange mellem sundhedsvæsenets forskellige dele som vanskelige.

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) viser, at patienterne generelt er tilfredse med deres oplevelse af sygehusene, men der er også områder, som patienterne er mindre tilfredse med. Blandt de spørgsmål, hvor patienterne er mindst tilfredse, er der to spørgsmål, som er relateret til sammenhæng i sygdomsforløb, jf. figur 4.20. Spørgsmålene handler om, hvorvidt sygehusafdelingen og den kommunale pleje samarbejder om udskrivelse, og om patienten oplever, at én læge har ansvar for det samlede forløb af indlæggelser og besøg.

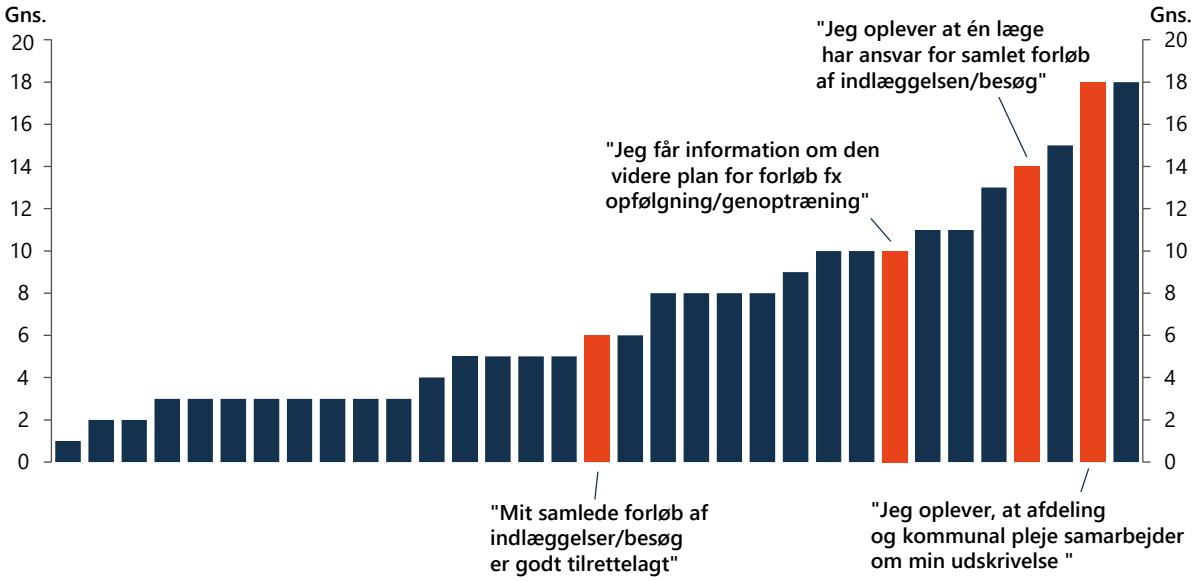
For patienter i psykiatrien ses et tilsvarende mønster.[55] I en anden undersøgelse fra 2016, foretaget af Mandag Morgen og Trygfonden, vurderer 66 pct. af danskerne, at der mangler sammenhæng mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer.[56]

55 Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - Somatik. "LUP Somatik. Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (2021)". 2021.

56 Mandag Morgen, og TrygFonden. "Sundhedsvæsenet - ifølge danskerne". Mandag Morgen og TrygFonden, 2016.

Figur 4.20

Svarfordeling for andelen af planlagt indlagte patienter (somatisk), der svarer "Slet ikke" eller "I ringe grad" på spørgsmål om deres indlæggelse, udvalgte spørgsmål med relation til sammenhæng er fremhævet, 2021



Anm.: Figuren afspejler kun tilfredsheden blandt planlagt, indlagte patienter (somatisk), da det i høj grad er dem, der oplever længerevarende behandlingsforløb og en eventuelt manglende sammenhæng. De fem udvalgte spørgsmål, er udvalgt, da de relaterer sig til sammenhængen i sygdomsforløb. De øvrige spørgsmål kan findes i afrapporteringen for LUP 2021.

Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), 2021.

Borgere med et større behov for sundhedsydelser kan have en oplevelse af, at sundhedsvæsenet står i vejen for hverdagen. Det kan hænge sammen med, at sygehusbesøg på tværs af diagnoser ikke er koordinerede, og patienten derfor skal besøge sygehuset flere gange på kort tid, fremfor at undersøgelser bliver samlet på enkelte sygehusbesøg.[57]

Over for Sundhedsstrukturkommissionen har patienter, pårørende og patientrepræsentanter givet udtryk for, at det er svært at overskue et sygdomsforløb, jf. boks 4.5. Det er i nogen grad overladt til patienten selv at medbringe den nødvendige information, reagere ved manglende indkaldelser eller gøre opmærksom på, at de har flere sygdomme. Det kan betyde, at patienten risikerer at miste behandling, komme bag i behandlingskøen eller at gensidigt afhængige behandlinger ikke koordineres.[58] Som sundheds- og ældre-området er indrettet i dag, er det de mest syge patienter, der skal navigere i den størst mulige kompleksitet og specialisering i sundhedsvæsenet.

57 Jønsson, Alexandra Brandt Ryborg. "Borgere og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer". 2024.

58 Jønsson, Alexandra Brandt Ryborg. "Borgere og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer". 2024.

Boks 4.5

Citater fra patienter, pårørende og patientforeninger

Patient med diabetes

"Hvis jeg skulle have ét ønske til Strukturkommissionen, så er det første, som slår mig, at IT-systemerne taler sammen, så der er sammenhæng. Når man går hos sin praktiserende læge, at de så også ved, hvad det er for et forløb, jeg har haft på sygehuset (...)."

Patient med multisygdom

"Det, der irriterer mig mest, er al den tid, man bruger på hospitalet: Så skal der gives en injektion, der skal tages en blodprøve, man skal have en scanning. Og det er aldrig lagt samtidigt. Det tager lang tid for hver læge, og man kan nemt regne med at skulle vente en time. Når man så ved, at man skal have målt sit kalcium i morgen, hvorfor ikke bare gøre det med det samme, så man ikke behøver at komme ind igen? Hjemmekalenderen skal også passes, ikke?"

Patient med kræftsygdom

"Mit ønske til Strukturkommissionen: Et stort shoppingcenter for alle patienter, hvor de kan komme ind, og så er der alle dem fra kommunen, der er den praktiserende læge, så du ikke bliver kastet rundt i systemet, og så har du en shopper, der kan støtte og hjælpe dig."

Patient med multisygdom

"Jeg skal selv gøre opmærksom på alt, skal selv orientere sundhedspersonalet og skal selv koordinere. Ingenting sker, hvis man ikke selv gør opmærksom på det."

Tidligere patient i psykiatrien

"Jeg forstår godt, at specialisering er med til at gøre, at vi får højt kvalificeret behandling, men det er et problem, når det er sådan, at operationen lykkedes, men patienten døde, og det var fordi, det var en anden afdeling, der skulle have taget sig af tingene (...)."

Repræsentant fra Hjerteforeningen

"Jeg har en fortid som sygeplejerske, og dengang, når der blev indlagt en patient, der fejlede flere sygdomme, kaldte vi efter relevante specialister, der kom og tilså patienten. Det gør man ikke i dag. Der får man pænt at vide, at du kan gå hjem til din praktiserende læge, og så kan du få en henvisning til den pågældende afdeling. (...). Så ulejliger man ikke kun patienten, som jo har et vældigt problem og skal være ressourcestærk for at kunne gøre noget ved det. Det koster også ekstra, fordi så skal man forbi den praktiserende læge og så igen ind på sygehuset."

Anm: Citaterne stammer fra borgermøder med deltagelse fra patient- og pårørenderepræsentanter i juni 2023 og fra et forskerbidrag til kommissionens arbejde. Borgermøderne var arrangeret i forbindelse med arbejdet i Sundhedsstrukturkommissionen. Der deltog samlet set 22 patient- og pårørenderepræsentanter. Deltagerne blev udvalgt gennem Danske Patienters medlemsforeninger og via rekrutteringskriterier, så gruppen som helhed dækkede et bredt sygdomsbillede.

Kilde: ViBIS, 2023, Patienter og pårørendes oplevelser med, og ønsker til, sundhedsvæsenet og Alexandra Brandt Ryborg Jønson, 2024, Borgerne og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: Udfordringer samt ønsker til forandringer.

Ubalance mellem det primære og specialiserede sundhedstilbud

Siden 1990'erne er der investeret betydeligt i det danske sundhedsvæsen. Nye behandlingsformer har medført øget specialisering og en mere omfattende arbejdsdeling mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet. Det har givet et kvalitetsløft indenfor mange områder, men indenfor nogle områder foranlediger den høje specialisering også ulemper, som ikke kommer de patienter, der har brug for en helhedsorienteret behandling, til gode.

Specialiseringen medfører, at flere og flere kompetencer er samlet omkring sygehusene, og flere derfor behandles på sygehuset. Samtidig medvirker specialiseringen til, at overbehandling forekommer hyppigere, fx hvis der ikke koordineres på tværs af specialer.

Herudover betyder den aldrende befolkning og den øgede specialisering og effektivisering af sygehusene, at både kommunerne og de alment praktiserende læger i dag står med en større og mere kompleks opgave end tidligere. Borgernes behov for omsorg, pleje og rehabilitering vil stige betydeligt i takt med, at der bliver flere ældre. Det lægger pres på det primære sundhedsvæsen. Hvis det primære sundhedsvæsen ikke er klædt på til opgaven, vil udfordringen glide videre over på sygehusene. Sidst, men ikke mindst, ses der tegn på, at de almenmedicinske tilbud ikke har udviklet sig i takt med de ændrede behov. Det gælder bl.a. i forhold til tilgængelighed.

Væsentlige investeringer og aktivitetsfremgang i det offentlige sundhedsvæsen siden 1990'erne

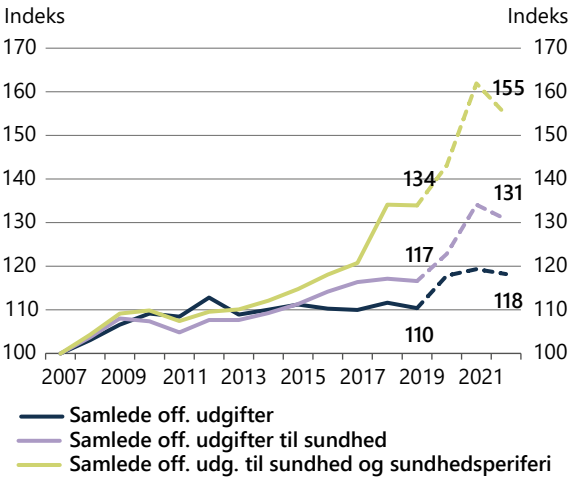
De seneste 15 år er det offentlige forbrug på sundhed pr. indbygger steget med 31 pct. og dermed mere end det samlede offentlige forbrug pr. indbygger (18 pct.), jf. figur 4.21. Medregnes sundhedsaktivitet indenfor social- og ældreområdet, er udgifterne vokset med 55 pct. fra 2007 til 2022.

Stigningen afspejler en kombination af investeringer i kvalitet og en ændring i befolkningssammensætningen, det såkaldte demografiske træk, hvor aldring af befolkningen øger det offentlige forbrug på sundhed pr. indbygger.

Det stigende forbrug er i et vist omfang blevet mødt af produktivitetsstigninger på sundhedsområdet, forstået som forholdet mellem en beregnet produktionsværdi og faktiske driftsudgifter. Over de seneste 20 år er produktiviteten i det regionale sundhedsvæsen steget med omkring 2 pct. årligt, jf. figur 4.22.

Figur 4.21

Vækst i offentligt forbrug på sundhedsområdet i faste priser, 2007-2022



Anm: Stiplet linje indikerer COVID-19.

De offentlige udgifter til sundhed er defineret med udgangspunkt i kontoplanen.

Udgifterne i regionerne er afgrænset til sygehuse (fkt. 1.10.01), praksissektoren (fkt. 1.20.10-1.20.15), briller (1.20.16), rejsesygeforsikring (1.20.17), fodterapeuter (1.20.18), psykologbehandling (1.20.19), øvrige sygesikringsudgifter (1.20.20), ernæringspræparater (1.20.21), profylaktiske svangerundersøgelser (1.20.22), lægeundersøgelser af børn (1.20.23), vaccinationer (1.20.24), høreapparater (1.20.25), specialiseret tandplejetilbud (1.20.30, central regionale administration (1.60.40). Efter 2019 er følgende funktioner tilføjet grundet ændringer til den regionale kontoplan: 1.10.02 og 1.50.33-1.50.35.

Udgifterne i kommunen er afgrænset til kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning (fkt. 4.62.82), vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut (fkt. 4.62.84), kommunal tandpleje (fkt. 4.62.85), sundhedsfremme og forebyggelse (fkt. 4.62.88), kommunal sundhedstjeneste (fkt. 4.62.89), andre sundhedsudgifter (fkt. 4.62.90), hjemmesygepleje (fkt. 5.32.004), alkoholbehandling (fkt. 5.38.44), stofmisbrugsbehandling (fkt. 5.38.45), særlige pladser på psykiatrisk afdeling (fkt. 5.38.54), hjælpemidler (fkt. 5.30.31). Før 2018 er følgende funktioner tilføjet grundet ændringer til den regionale kontoplan: 5.30.28, 5.32.33, 5.32.34 og 5.32.35.

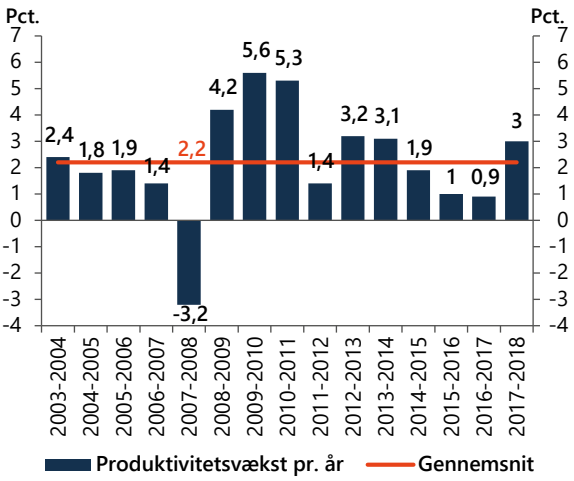
Udgifterne i staten er afgrænset til fællesudgifter under Sundhedsministeriet (funktionerne: 16.11.01, 16.11.11, 16.11.12, 16.11.16, 16.11.17, 16.11.26, 16.11.40, 16.11.52, 16.11.61).

Sundhedsperiferi er i kommunerne afgrænset til personlige tillæg m.v. (fkt. 5.48.67 grp. 001-014), pleje og omsorg af primært ældre (fkt. 5.30.27), forebyggende indsats samt aflastningstilbud målrettet mod primært ældre (fkt. 5.30.29), botilbud til længerevarende ophold (5.38.50 grp. 003). Det store spring i sundhedsperiferi fra 2017 til 2018 er grundet en ændring i kontoplanen.

Kilde: "Hvordan opgør man de danske sundhedsudgifter" af Kjeld Møller Pedersen, tabel 10 samt Danmarks Statistisk (REGR31, REGK100, OFF29) og Statsregnskabet (regnskabsdatabasen).

Figur 4.22

Produktivitetsudvikling fra år til år, 2003-2018



Anm: I foråret 2008 var sundhedsområdet ramt af otte ugers konflikt. Det betød bl.a., at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud på grund af aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang.

Kilde: Produktivitet i sygehussektoren 2017-2018, 2021, Sundhedsdatastyrelsen.

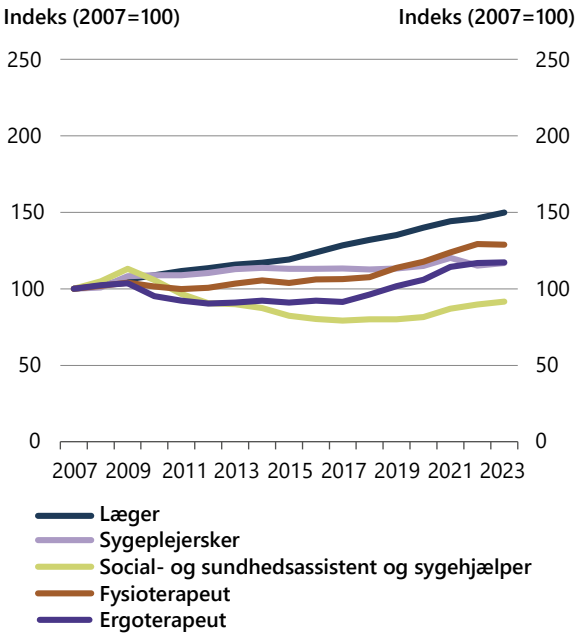
Mere specialisering og øget arbejdsdeling i det danske sundhedsvæsen

Investeringerne i sundhedsvæsenet har bl.a. medført en høj grad af specialisering og arbejdsdeling mellem sygehuse, alment praktiserende læger og kommunale sundhedstilbud.

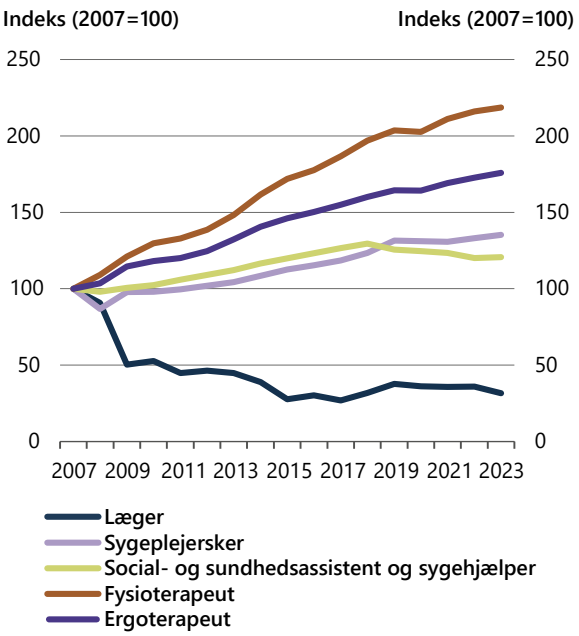
Særligt har specialiseringen på sygehusene, drevet af nye behandlingsmetoder, teknologi og medicin, ledt til nye og ofte mindre indgribende behandlingsformer, bl.a. indenfor det kirurgiske område. Det har muliggjort et skifte fra behandling med indlæggelser til ambulante forløb. Samtidig har det betydet, at den gennemsnitlige liggetid i somatikken er faldet med 24 pct. siden 2005.

Specialiseringen og arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet afspejles i udviklingen i medarbejdersammensætningen. På sygehusene er antallet af læger steget med 50 pct. siden 2007, jf. figur 4.23. Antallet af sygeplejersker er i samme periode steget med 17 pct. Til gengæld er antallet af social- og sundhedsassistenter på sygehusene faldet med 8 pct. i samme periode. Omvendt har kommunerne siden 2007 fået en relativt større plejeopgave. Det ses ved, at antallet af kommunalt ansatte sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere er steget med henholdsvis 70 og 104 pct. fra 2007 til 2023, jf. figur 4.24.

Figur 4.23
Udvalgt sundhedspersonale i regionerne, fuldtidspersoner



Figur 4.24
Udvalgt sundhedspersonale i kommunerne, fuldtidspersoner



Anm: Sygeplejersker omfatter også ledende sygeplejersker. Læger inkluder overlæger, lægelige chefer, kommunallæger, sygehuslæger og reservelæger. Antal fuldtidspersoner er antal ansatte omregnet som 37-timers ækvivalenter pr. september i 2022. Opgørelsen er eksklusive elever, fleksjob og ekstraordinært ansatte.

Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL).

Den øgede specialisering af sundhedsvæsenet har generelt medført en højere kvalitet i behandlingen. Udover fald i ventetider kommer det også til udtryk i lavere dødelighed, fx blandt hjerte- og kræftpatienter.

Indenfor visse områder overgås fordelene ved specialisering imidlertid af ulemperne. Hvis kompetencerne og ydelserne bliver for snævre og målrettet en lille specifik patientgruppe, kan det medføre ineffektivitet. Organisationen kan blive for kompleks, og der vil være aftagende gevinster for befolkningen som helhed. Det kan også have uhensigtsmæssige konsekvenser for det samlede sundhedsvæsen, fordi der er et større behov for specialiseret personale, særligt udstyr m.v.[59]

Specialisering medfører desuden en organisatorisk fragmentering, hvor specialiseret behandling bliver varetaget i særlige afsnit, teams eller projekter, som ikke nødvendigvis ser på tværs af patienter med flere sygdomme. Specialiserede funktioner kan også være sårbare, fordi der er for få medarbejdere til at stå for driften, kvalitetssikringen og forskningen.[60]

Mennesker med multisygdom er en patientgruppe, som ofte har brug for flere samtidige indsatser, og hvor den specialiserede opdeling, fx af sygehusaktiviteten, resulterer i en betydelig kompleksitet i forløb. Forløbene strækker sig ofte over tid med henvisning imellem forskellige aktører, både tværfagligt og tværsektorielt. Dertil kommer en øget risiko for tabt information og uklarhed om ansvar.

Der er også områder i det primære sundhedsvæsen, som ikke er tilstrækkeligt specialiserede i dag. Det gælder bl.a. genoptræning og rehabilitering, som i udgangspunktet foretages af kommunerne, hvor opgavevolumen på nuværende tidspunkt er for lille til, at der kan opbygges tilstrækkelige medarbejder-kompetencer, rutine og faglige miljøer i hver enkelt kommune.[61]

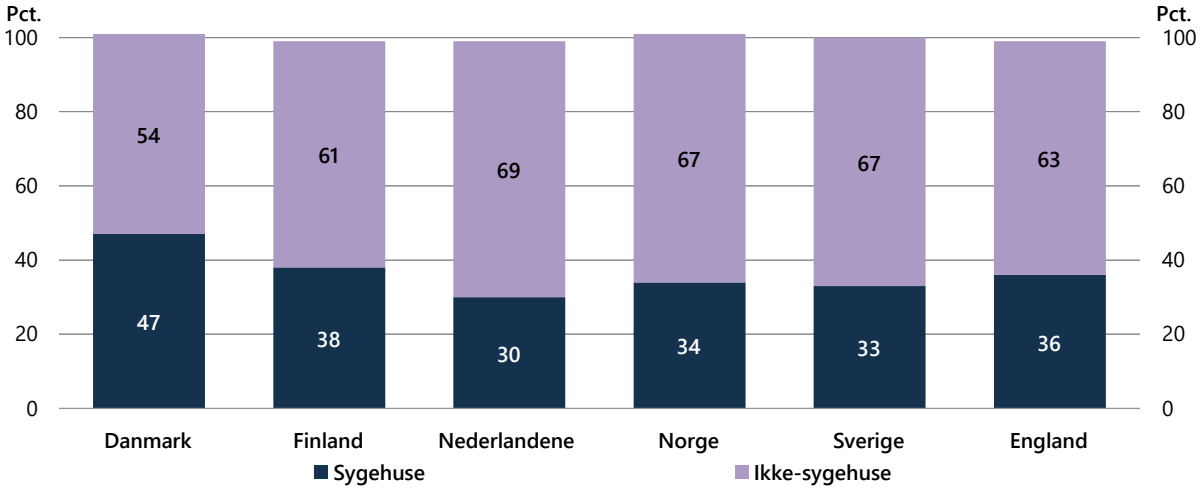
Set i international sammenhæng vejer sundhedsudgifterne til at drive sygehuse tungt sammenlignet med de anvendte sundhedsudgifter indenfor det øvrige sundhedsvæsen i Danmark. I sammenligning med andre relevante lande er det dermed en større andel af sundhedsudgifterne, der går til den mest specialiserede del af sundhedsvæsenet, fx fremfor de alment praktiserende læger, ældrepleje og forebyggelse, jf. figur 4.25.

59 Sundhedsstyrelsen, "Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning", 2024.

60 Sundhedsstyrelsen, "Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning", 2024.

61 Sundhedsstyrelsen, "Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning", 2024.

Figur 4.25
Sundhedsudgifter fordelt på funktion, udvalgte lande, 2019



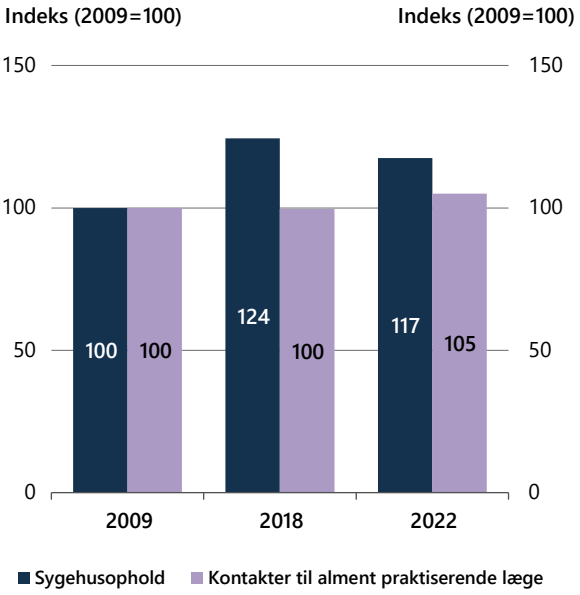
Anm: På grund af afrundinger summer tallene ikke til 100. Fordelingen tager afsæt i OECDs Health Care Functions. Hvor en yderligere segmentering er gjort ved hjælp af OECDs Heath Care Providers er det anført nedenfor; Sygehuse er afgrænset til: "Current expenditures on health, inpatient curative and rehabilitative care, all providers", "Outpatient curative and rehabilitative care, hospitals"; Ikke-sygehuse er afgrænset til: "Current expenditures on health, outpatient curative and rehabilitative care, providers of ambulatory health care", "Residential long-term care facilities", og inkluderer bl.a. "medical goods", "preventive care" og "anciallary services"; Alle tal er købekraftsjusteret og omregnet med valutakurs 1,0 EUR = 7,45 DKK. Tal for Storbritannien er brugt som proxy for England. Sammenlignes med en OECD "hospitals" provider-opgørelse undervurderer den anvendte metode sygehusforbruget i bl.a. Norge, Sverige og England, da de præhospitale udgifter fra indlæggelser og ambulante besøg i højere grad indgår som sygehusudgifter i de danske opgørelser. Uanset opgørelsesmetode er andelen af udgifter, der bruges på sygehuse, størst i Danmark.

Kilde: BCG, 2023, Sundhedsvæsenets organisering mv. i udvalgte lande.

Sygehusene har svært ved at følge med efterspørgslen

Sygehusene er den mest specialiserede del af sundhedsvæsenet, og det er her, borgerne bliver henvist til, hvis de ikke kan behandles i det primære sundhedsvæsen. Siden 2009 er antallet af kontakter til sygehusene steget mere end kontakterne til de alment praktiserende læger, jf. figur 4.26. Der er også en større andel af borgere, som er i kontakt med sygehusene i løbet af et år, jf. figur 4.27. Det er særligt kontaktmønstret blandt borgere over 65 år, der bidrager til en stigende aktivitet på sygehusene. Uden ændringer vil udviklingen med al sandsynlighed fortsætte.

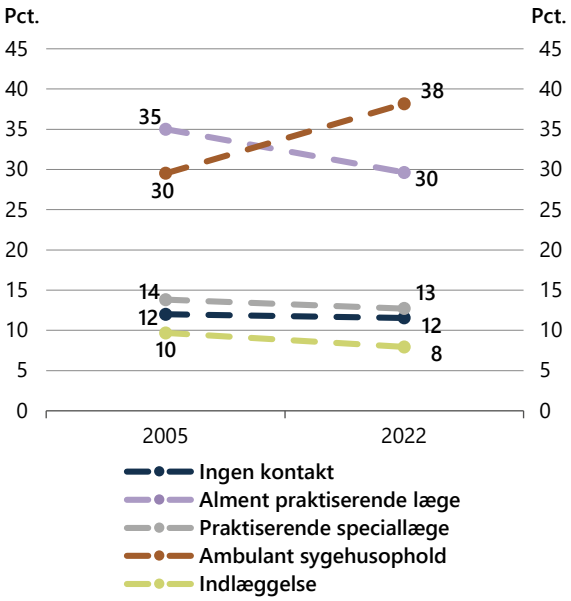
Figur 4.26
Udvikling i antal sygehusophold og kontakter til den alment praktiserende læge pr. 1.000 borgere, fordelt på sygehuse og alment praktiserende læger, indeks (2009=100)



Anm.: Der indgår både kontakter til almenmedicinske tilbud i dagstid, kontakter til almenmedicinske tilbud udenfor dagstid og kontakter til vagtlæge. Kontakt til sygehuset er defineret ved hjælp af sygehusophold, der både omfatter indlæggelser og ambulante besøg. Indlæggelser defineres som et sygehusophold med en varighed på over 12 timer, mens en ambulante ophold defineres som et sygehusophold med en varighed på under eller lig 12 timer. I 2019 er der databrud på grund af overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3), primo 2019.

Kilde: Egne beregninger baseret på Landspatientregisteret (LPR) opgjort, Sygesikringsregisteret, CPR-registeret fra Sundhedsdata-styrelsen.

Figur 4.27
Befolkningen fordelt på mest specialiserede kontakt til sundhedsvæsenet, 2005 og 2022



Anm: Der indgår både kontakter til almenmedicinske tilbud i dagstid, kontakter til almenmedicinske tilbud udenfor dagstid og kontakter til vagtlæge. Kontakt til sygehuset er defineret ved hjælp af sygehusophold, der både omfatter indlæggelser og ambulante besøg. Indlæggelser defineres som et sygehusophold med en varighed på over 12 timer, mens en ambulante ophold defineres som et sygehusophold med en varighed på under eller lig 12 timer. I 2019 er der databrud på grund af overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3), primo 2019.

Kilde: Egne beregninger baseret på Landspatientregisteret (LPR) Sygesikringsregisteret, CPR-registeret fra Sundhedsdatastyrelsen.

Der er flere indikatorer på, at sygehusene oplever kapacitetspres. Antallet af sygehusophold pr. medarbejder er steget med 20 pct. i perioden 2009 til 2018, jf. figur 4.28. Det er en udvikling, som også hænger sammen med omlægningen til mere ambulant behandling.

Ganske vist har ventetiderne på behandling i mange år været faldende, og Danmark har generelt korte ventelister i forhold til de lande, vi normalt sammenligner os med. Fx blev ventetiderne til operation afkortet med to uger eller mere end en fjerdedel i perioden 2005 til 2017, jf. figur 4.29. Efter 2018 har ventetiderne for opererede patienter været stigende. En del af forklaringen er puklen af udskudte operationer, som fulgte med covid-19 epidemien i perioden 2019 til 2021 og sygeplejerskekonflikten i 2021.

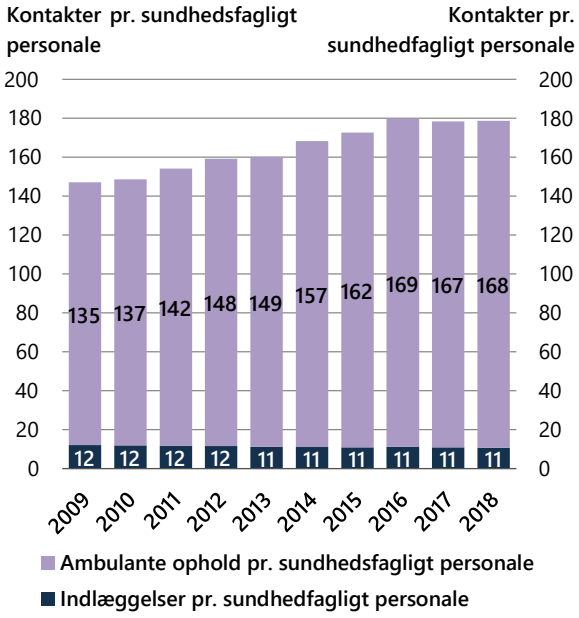
Udfordringerne med kapacitetspres skal også ses i lyset af, at sundhedsvæsenet havde en høj udnyttelse af den afsatte kapacitet ved indgangen til covid-19 epidemien. Et eksempel er kræftområdet, hvor mangel på specialiseret personale sætter en begrænsning på kapaciteten. Nogle steder er kapaciteten så skrøbelig, at det i en periode kan have betydning for efterlevelsen af reglerne. Det kan fx være, når personale bliver

sygemeldt, skifter job eller går på orlov eller pension. Kapacitetsudfordringerne kan være periodevise og begrænsede til enkelte kræftområder, sygehuse eller regioner, men der er også kapacitetsudfordringer, som er mere tværgående.[62]

Generelt indebærer høj udnyttelse af den afsatte kapacitet, at selv små forskydninger i tilgængeligheden af personale eller borgernes behov for behandling hurtigt forplanter sig som længere ventelister. Det gælder på tværs af hele sundhedsvæsenet.

Psykiatrien er et område, som de seneste år har været særligt ramt af kapacitetsudfordringer. I 4. kvartal 2024 blev udredningstiden overskredet i 60 pct. af forløbene i børne- og ungepsykiatrien og i 17 pct. af forløbene for voksne.

Figur 4.28
Antal årlige sygehusophold (indlæggelser og ambulante ophold) på sygehusene pr. sundhedsfaglig fuldtidsmedarbejder



Anm: I figuren indgår ikke oplysninger for 2019, 2020 og 2021, da oplysningerne vil være påvirket af databrud som følge af overgang til LPR3 og covid-19. Det er derfor vanskeligt at sammenligne med årene før 2019. Ambulante ophold er defineret som ophold på under 12 timer. Opgørelsen er foretaget som antal kontakter pr. fuldtidsårsværk med en sundhedsfaglig uddannelse.

Kilde: Egne beregninger på opgørelser fra eSundhed.dk samt Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 4.29
Erfarede ventetider for alle opererede patienter, 2005 - 2023



Anm: De to tidslinjer kan ikke sammenlignes. I perioden 2005 til 2018 opgøres ventetid til operation. Ventetiden er opgjort som ventetid fra henvisning til udredning start og ventetid fra henvisning til behandling (operationsdato). Hvis der alene er tale om et udredningsforløb inkluderes det, hvis det indeholder en invasiv procedure (fx en KAG). Implementering af Sundheds-platformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra ultimo november 2017 kan have indflydelse på de opgjorte ventetider. Fra 2020 og frem defineres ventetid som antal dage fra endeligt udredt/henvist til behandling til behandling start. I denne periode opgøres ventetider pr. kvartal, og de viste ventetider er gennemsnit på tværs af kalenderåret.

Kilde: Landspatientregisteret (LPR) og Det Centrale Personregister (CPR), Sundhedsdatastyrelsen.

62 Sundhedsstyrelsen, "Notat: Resultat af faglig gennemgang af kræftområdet", 2023.

Uhensigtsmæssig behandling øger presset

En udfordring, som øger presset alle steder i sundhedsvæsenet, er uhensigtsmæssig aktivitet. Udfordringen kommer bl.a. til udtryk i overbehandling, overdiagnosticering og unødvendig dokumentation. Uhensigtsmæssig aktivitet kan føre til lavere medarbejdermotivation og –trivsel, fejl, kapacitetsproblemer, økonomisk pres og uhensigtsmæssigt tidsforbrug.[63]

I 2017 har OECD, på tværs af medlemslandene, estimeret, at ca. en femtedel af alle sundhedsudgifter kan bruges bedre. I forbindelse med Robusthedskommissionens arbejde har konsulenthuset Implement estimeret, at 15-30 pct. af aktiviteten i det danske sundhedsvæsen er uhensigtsmæssig.

VIVE har i analyser til Robusthedskommissionen opdelt uhensigtsmæssig behandling i tre kategorier: 1) overbehandling, 2) behandlinger med lav værdi og 3) opgaver, der løses på et for højt specialiseringsniveau. En række faktorer er med til at øge mængden af uhensigtsmæssig behandling. Det gælder fx forventningerne fra samfundet og de økonomiske incitamenter, bl.a. hos private sundhedsaktører. Der kan også være regulering, rammebetingelser og organisering i sundhedsvæsenet, som stiller krav til stor koordination for bl.a. at undgå gentagne undersøgelser, eller en høj specialiseringsgrad, der kan føre til, at der leveres behandling på et for højt specialiseringsniveau, fx at der gennemføres en operation frem for genoptræning.

Robusthedskommissionen anbefaler en stærkere og mere systematisk prioritering af, hvilke opgaver der skal løses i sundhedsvæsenet. Det handler fx om at nedbringe overbehandling og uhensigtsmæssig dokumentation. Boks 4.7 samler op på nogle af Robusthedskommissionens konklusioner om uhensigtsmæssig behandling.

Boks 4.7

Robusthedskommissionens pointer om uhensigtsmæssig behandling

En betydelig andel af sundhedsvæsenets udgifter går til at håndtere spild, skader og fejl. Derudover modtager mange patienter unødvendig behandling eller behandling med lav værdi. I analysen af kompetencemangel i sundhedsvæsenet, som Implement har udført for Robusthedskommissionen, skønnes det, at i omegnen af 15-30 pct. af aktiviteten i det danske sundhedsvæsen er uhensigtsmæssig eller irrelevant.

Diagnostik og behandling anvendes for meget og forkert

Der bliver taget for mange unødvendige prøver. Gennem tiden ses flere eksempler på overforbrug af prøver. I 22 til 38 pct. af almindelige MR- eller CT-undersøgelser fremgår tilfældige fund, som ikke er relateret til undersøgelsens formål. Hvad angår overbehandling, modtager 39 pct. af patienter, der besøger et akut sundhedstilbud, antibiotika, og patienter med en iltmætning på over 94 pct. modtager iltbehandling, selvom der ikke er behov for det.

Forskellige drivkræfter for overbehandling kan stå i vejen for kvaliteten i behandling

Overforbrug af ineffektiv behandling og underforbrug af effektive behandlinger er to centrale kvalitetsudfordringer, som sundhedsvæsener står overfor. Drivkræfter bag overbehandling kan inddeles i tre grupper:

- Økonomi, incitamenter og integrationen af sundhedsydelser
- Manglende viden, misvisende psykologiske faktorer og fejlagtige overbevisninger
- Magtasymmetri mellem patienter og udbydere af sundhedsydelser, der hæmmer, at patienters mål og præferencer inddrages ordentligt

63 VIVE, Martin Sandberg Buch, Thorben Peter Høj Simonsen, Sarah Wadmann, og Rikke Aarhus. "Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet". VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

Overforbrug af diagnostiske prøver bidrager til sundhedsudgifter og kan udsætte patienter for unødvendig skade

Diagnostiske prøver overforbruges, og graden af overforbrug varierer betydeligt. Præoperative tests og billeddiagnostik for uspecifikke lænderygsmerter er de typer af undersøgelser, som oftest har lav værdi. Omfanget af overforbrug af diagnostik, og data stammer ikke fra Danmark, men fra USA, Canada og en række europæiske lande.

Patienter oplever at få gentaget undersøgelser, som fx blodprøver og billeddiagnostik

Vælg Klogt har gennemført en spørgeskemaundersøgelse, som viser, at patienter oplever at få gentaget undersøgelser, såsom blodprøver eller billeddiagnostik, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Det gælder især prøver taget i forbindelse med sektorovergange og for patienter, der følges på flere afdelinger.

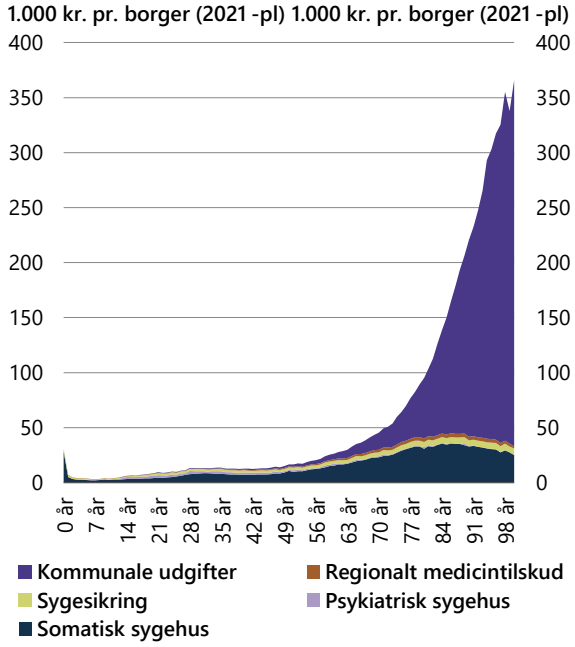
Kilde: Robusthedskommissionens anbefalinger, 2023.

Øget efterspørgsel efter pleje, omsorg og rehabilitering i det primære sundhedsvæsen

Presset på sundhedsvæsenet handler langt fra kun om uhensigtsmæssig behandling. Presset handler også om den demografiske udvikling, om opgavefordelingen mellem det sekundære og primære sundhedsvæsen, og hvor godt det primære sundhedsvæsen og kommunernes ældreområde er rustet til at løse de nye udfordringer. Fra borgeren fylder 65 år stiger fx behovet for sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp, og derfor er den aldrende befolkning en betydelig udfordring for fx kommunernes sundheds- og ældreindsatser. De kommunale sundheds- og plejeudgifter til personer, som er fyldt 85 år, er ca. 11 gange højere end sundheds- og plejeudgifterne til personer fyldt 65 år, jf. figur 4.30. Særligt udgifterne til ældreboliger fylder meget i de kommunale sundhedsudgifter.

Jo tættere borgeren er på livets afslutning, desto mere sundhed og pleje har den enkelte borger behov for. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at forbruget af sundheds- og ældreydelser er fem gange højere blandt ældre helt tæt på livets afslutning end ældre med tre år eller mere tilbage af livet, jf. figur 4.31. I takt med at de store årgange nærmer sig den sidste tid, øges kommunernes udgifter til sundheds- og ældrepleje tilsvarende.

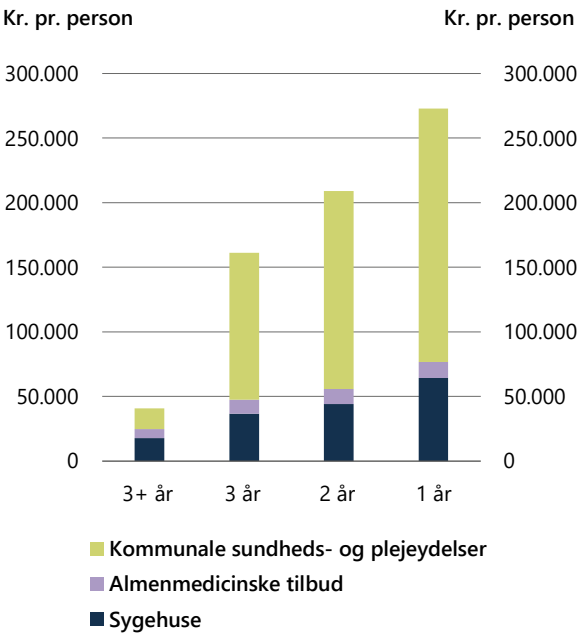
Figur 4.30
Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person fordelt på alder, 2022



Anm.: I datagrundlaget for de kommunale udgifter indgår 85 kommuner, idet datagrundlaget kun er tilstrækkeligt for disse. Opgørelserne for 2021 er påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af covid-19 og sygeplejerskestrejken. Udgifterne er angivet i pris- og lønniveau for 2021 (2021-PL).

Kilde: Robusthedskommissionen, 2023, Robusthedskommissionens anbefalinger.

Figur 4.31
Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år fordelt på afstand til død, 2019

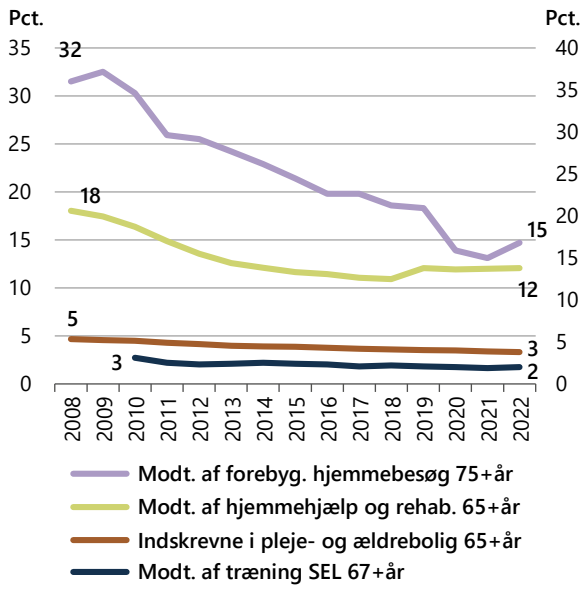


Anm: Udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 95 kommuner. Udgifter til praksissektror omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter sygepleje, hjemmepleje og plejebolig. Ældre på 100 år og derover er samlet i samme alderskategori. Afstand til død er baseret på 2019-data.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023, Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser.

I kommunerne er der, ligesom på sygehusene, tegn på udfordringer med at imødekomme borgernes efterspørgsel. Fx er andelen af ældre, der er fyldt 67 år og modtager personlig og praktisk hjælp, mere end halveret siden 2008, jf. figur 4.32. Faldet er sket indenfor alle aldersgrupper. Tilsvarende er antallet af visiterede timer pr. modtager faldet,
jf. figur 4.33.

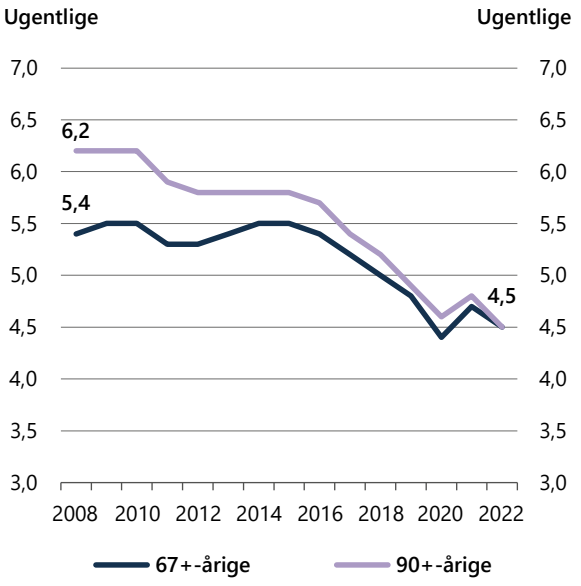
Figur 4.32
Modtagere af kommunale ældreydelser som procent af befolkningen, 2008-2022



Anm: Nogle kommuner indberetter betydelige udsving mellem boligkategorier fra år til år og opgørelsen er derfor forbundet med en vis usikkerhed. Træning indbefatter genoptræning og vedligeholdelsestræning. Ved modtagere af hjemmepleje i eget hjem og rehabilitering efter §83, er data for rehabilitering kun tilgængeligt efter 2019. Ved manglende kommunale indberetninger for hjemmepleje benyttes Danmarks Statistiks metode for at opgøre landsplanstal. Ved rehabilitering er manglende indberetninger erstattet af hvor der for de kommuner, der mangler data i de enkelte år, er brugt data for det tidligste af de efterfølgende år, hvor kommunen har data. Det gælder for tre kommuner i 2019 og for 0 kommuner i 2022. Plejehjem- og boligpladser inkluderer både permanente og midlertidige.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, tabel AED21, RESI01 og BEFOLK1A.

Figur 4.33
Gennemsnitligt antal timer visiteret til personlig pleje, 2008-2022



Anm: Grundlaget for opgørelsen er månedlige digitale indberetninger fra kommunerne. Der er varierende dækning af månederne kommunerne imellem. Antal modtagere er derfor opgjort som et gennemsnit for de måneder som den enkelte kommune har indsendt.

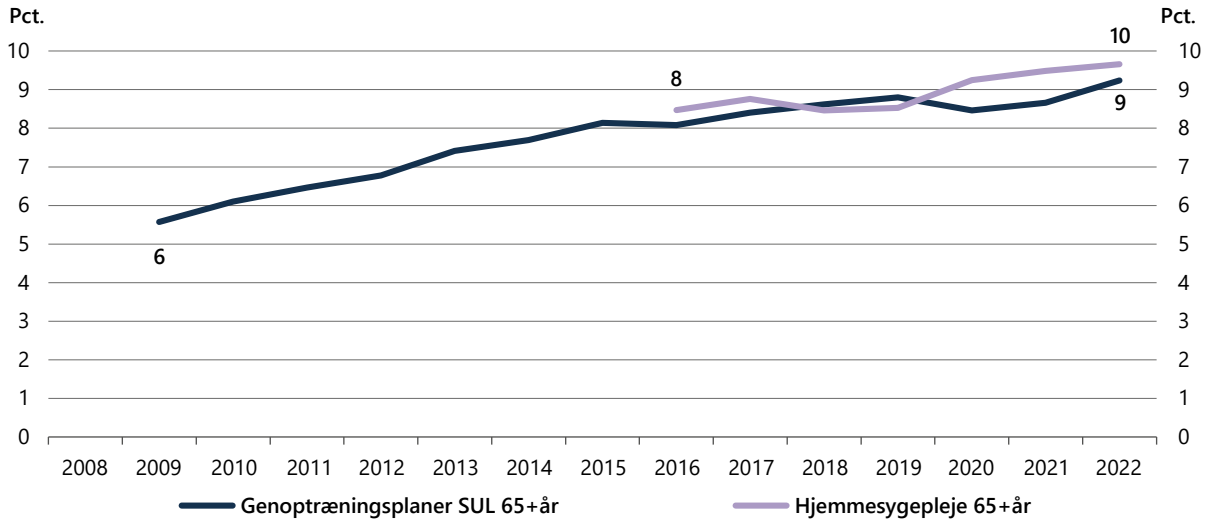
Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, tabel HJEMSYG og FOLK1A, samt eSundhed.

At det forholder sig sådan kan hænge sammen med sund aldring, hvor den enkelte i gennemsnit har mindre brug for ydelser, eller at kommunerne ændrer praksis og fx tilbyder andre ydelser fremfor hjemmepleje, som fx rehabilitering. Det kan dog også afspejle, at kommunerne skal dele økonomi og personale mellem flere opgaver, fordi stadig flere borgere har brug for sundheds- og ældreydelser.

I den sammenhæng skal det bemærkes, at kommunernes sundhedsopgave er blevet større de senere år. Antallet af borgere fyldt 65 år, der udskrives fra sygehuse med en genoptræningsplan til kommunen, er mere end fordoblet i perioden 2008-2023. Det afspejler både, at der bliver flere ældre i befolkningen, og at genoptræningsplaner bruges hyppigere.

Aktiviteten indenfor hjemmesygeplejen er også steget. I 2022 var 10 pct. af befolkningen fyldt 65 år og derover i kontakt med hjemmesygeplejen mod 8 pct. af aldersgruppen i 2016, jf. figur 4.34. Det betyder bl.a., at kommunerne i højere grad skal være til rådighed med pleje og rehabilitering til borgere, som bliver udskrevet fra sygehuset.

Figur 4.34
Modtagere af kommunale sundhedsydelser som procent af befolkningen, 2008-2022

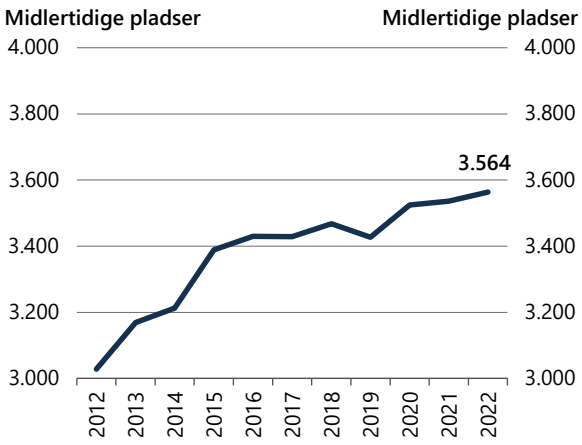


Anm: For hjemmesygepleje, indberetter nogle kommuner betydelige udsving mellem boligkategorier fra år til år og opgørelsen er derfor forbundet med en vis usikkerhed. Befolkningen udgør borgere over 65 år i de kommuner der har indberettet data for hjemmesygepleje. I 2016 er der 40 kommuner med i opgørelsen, i 2019 er der 90 kommuner og i 2022 er samtlige 98 kommuner inkluderet.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, tabel HJEMSYG og FOLK1A.

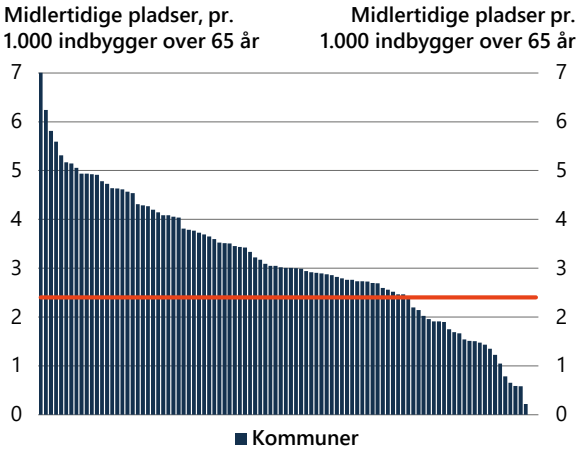
Tilsvarende er antallet af midlertidige pladser i kommunerne steget, jf. figur 4.35. De midlertidige pladser bruges bl.a. til borgere, der er udskrevet fra sygehusene, men de dækker også en række andre formål. Konsoliderede opgørelser fra kommunerne viser, at der i 2022 var ca. 3.600 midlertidige pladser, eksklusive København. Det bemærkes i øvrigt, at kapaciteten på midlertidige pladser varierer på tværs af kommuner, jf. figur 4.36. Det afspejler bl.a., at midlertidige pladser og pleje i hjemmet er substituerbare ydelser, som kommunerne anvender forskelligt.

Figur 4.35
Udviklingen i antal midlertidige pladser i kommunerne, 2012-2022



Anm: Opgørelsen er eksklusive København, og KL estimere, at der derfor mangler 100-150 pladser i opgørelsen.
Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, tabel RESP01 og KL.

Figur 4.36
Midlertidige pladser pr. borger over 65 år fordelt på kommuner, 2023



Anm.: Den røde linje indikerer gennemsnittet på 2,4.
Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, tabel RESP01 og KL.

Baseret på den demografiske udvikling forventes antallet af borgere over 65 år, der modtager mindst én kommunal sundheds- og plejeindsats, at stige fra ca. 290.000 i 2022 til omkring 350.000 i 2035.64 Ændringen af befolkningens sammensætning vil øge presset på den kommunale sundheds- og plejeindsats.

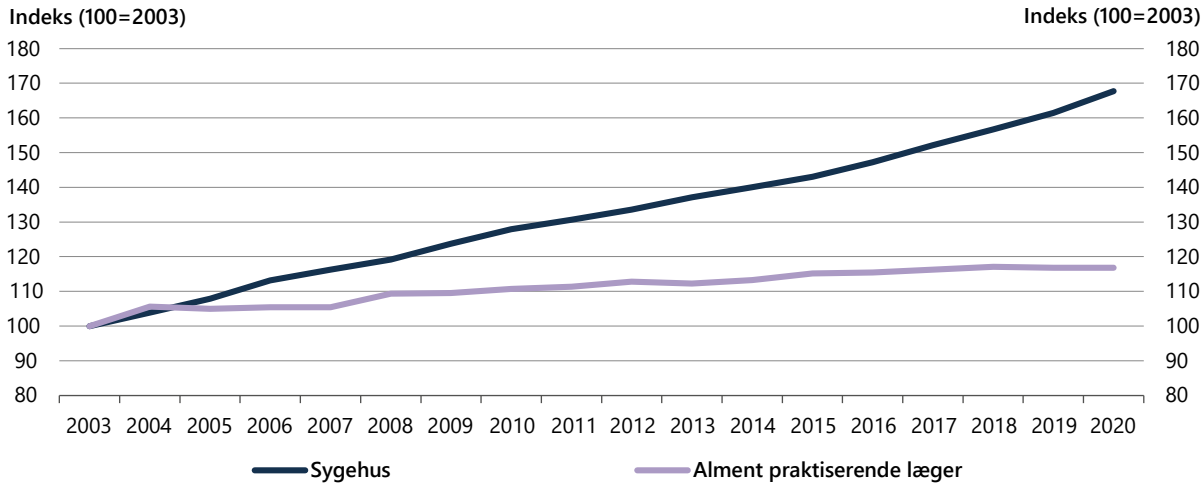
Almenmedicinske tilbud har ikke udviklet sig i takt med borgernes behov

Siden 2003 er antallet af alment praktiserende læger steget med 20 pct., mens antallet af læger, der er ansat på sygehusene, er steget med 70 pct., jf. figur 3.37. Forskellen er særligt vokset frem i årene efter oprettelsen af regionerne, og forskellen skal ses i lyset af, at væksten i offentlige udgifter til de to sektorer har været omtrent den samme. Når udviklingen i antal læger i almenmedicinske tilbud og på sygehusene sammenlignes, er det tydeligt, at de almenmedicinske tilbud ikke har udviklet sig med samme hastighed som sygehusene. En del af årsagen er overgangen til mere ambulant aktivitet på sygehusene, som har medført en generel stigning i aktiviteten og dermed et øget behov for læger på sygehusene.

Kortere behandlingstider på sygehusene påvirker også de alment praktiserende læger. Kortere behandlinger på sygehusene stiller højere krav til lægernes rolle som koordinator mellem sundhedstilbud, og der er også flere opgaver, som sygehuset tidligere tog sig af, som skal håndteres af den alment praktiserende læge. I fremtiden forventes der at være et endnu større behov for alment praktiserende læger. Fx viser en fremskrivning, at der vil være 250.000 flere kontakter til alment praktiserende læger i 2035, hvis udviklingen i demografi og adfærd fortsætter som hidtil.[65]

64 Boston Consulting Group, "Udviklingen i Sundhedsvæsenet - et perspektiv til omstilling", 2024.
65 Boston Consulting Group, "Udviklingen i Sundhedsvæsenet - et perspektiv til omstilling", 2024.

Figur 4.37
Udvikling i antal læger ansat på sygehusene og alment praktiserende læger, indeks (2003=100)



Anm.: Indeks = 2003. Bemærk, at figuren er opgjort i antal personer beskæftiget i den pågældende sektor og ikke i fuldtidsbeskæftigede/lægekapaciteter. Afgrænsningen af læger ansat ved sygehuse er "Physicians employed in hospitals" og alment praktiserende læger er "General medical practitioners".

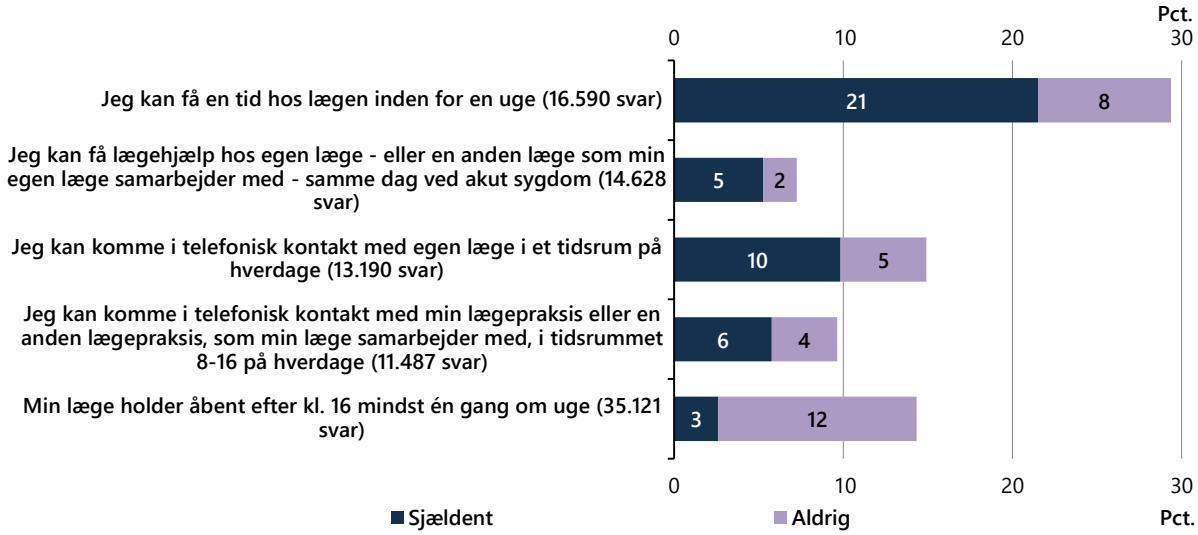
Kilde: OECD Health Statistics, Healthcare Resources.

I en analyse, som Implement har udarbejdet for kommissionen, beskrives en række indsatser, som har til formål at kompensere for, at der nogle steder i sundhedsvæsenet mangler almenmedicinske kompetencer. Indsatserne er fx en lægebil, der har mulighed for at køre ud til borgere, særligt plejehjemsbeboere, hvor der er behov. Lægebilen har, ved at være til stede fysisk, bedre forudsætninger for at igangsætte relevant behandling, end lægerne i akuttelefonen. En anden indsats er tværsektorielle sparringsmøder, på tværs af den regionale og kommunale sundhedsindsats. Møderne skal fremme kendskab og forståelse, og etablere direkte kontakt og relation mellem sektorerne. I alt har Implement indsamlet informationer om 35 udgående funktioner, 26 rådgivende funktioner og 25 brobyggende funktioner. Indsatserne kan til en vis grad betragtes som reaktioner på et udækket behov i det eksisterende sektorsamarbejde.[66]

I modsætning til sygehusene, der har åbent i alle døgnets timer, er de praktiserende læger ved overenskomst kun forpligtet til at være tilgængelige i dagtimerne. Der er indikationer på, at borgerne oplever tilgængeligheden af almenmedicinske tilbud som en udfordring. Fx er der 29 pct., der oplever, at de sjældent eller aldrig kan få tid hos lægen indenfor en uge, jf. figur 4.38. Tilgængeligheden af de almenmedicinske tilbud er bl.a. vigtig, fordi borgerne potentielt kontakter lægevagten, hvis de ikke kan få tid hos lægen.

66 Implement Consulting Group, "Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb", 2024.

Figur 4.38
Borgernes oplevelse af udvalgte overenskomstbestemte aftaler for alment praktiserende læger, 2023



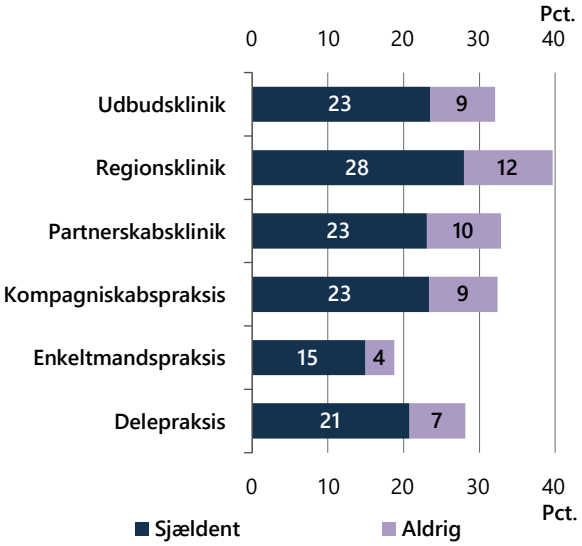
Anm. Spørgsmål: Hvordan passer følgende udsagn ifølge dig? Figuren viser to af i alt seks svarkategorier: altid, for det meste, sjældent, aldrig, ikke relevant, ved ikke. Udsagnene er baseret på bestemmelser om tilrettelæggelse af lægebetjeningen i dagtiden i Overenskomst om almen praksis 2022. På tværs af udsagnene er der mellem 6 og 57 pct., der har svaret "ved ikke". 57 pct. har svaret "ved ikke" til udsagnet "min læge holder åbent efter kl. 16 mindst én gang om ugen". "Ved ikke"-svar indgår i hovedtotalen, som andelen er beregnet ud fra.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023, Brugertilfredshedsundersøgelse for alment praktiserende læger.

Der er indikation på, at borgernes oplevelse af kvaliteten i almenmedicinske tilbud varierer på tværs af praksistyper. Fx viser en national brugertilfredshedsundersøgelse, at det er lettest at få tid hos lægen hos enkeltmandspraksisser, ligesom kompagniskabs-, dele- og enkeltmandspraksisser alle vurderes til i højere grad at have overblik over borgerens behandlingsforløb sammenlignet med de øvrige praksistyper, jf. figur 4.39.

Fordi de alment praktiserende læger spiller en central rolle i sundhedsvæsenet, har de afgørende indflydelse på, om borgeren oplever et sammenhængende sundhedsvæsen. Det har fx betydning, om borgeren er tilknyttet én fast læge. Den negative vurdering af udbuds- og regionsklinikker, jf. figur 4.40, skal derfor også ses i lyset af, at eksistensen af udbuds- og regionsklinikker afspejler fraværet af praktiserende læger og dermed også en svær rekrutteringssituation. Det gælder fx i områder, som er vanskeligt stillede på grund af sociale- eller sundhedsmæssige forhold.

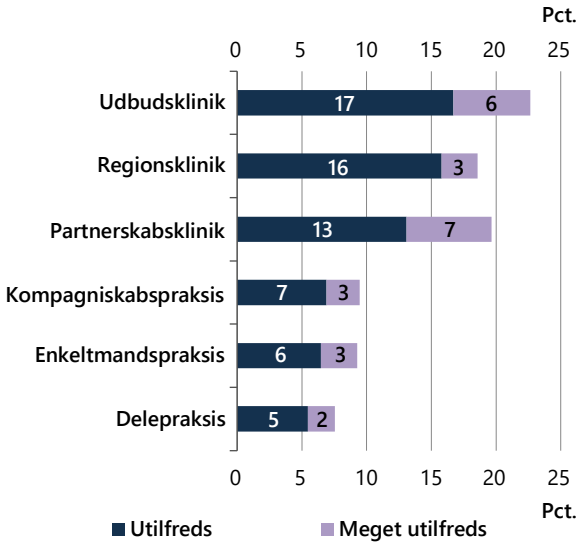
Figur 4.39
Borgerenes oplevelse af om de kan få tid til lægen indenfor en uge, 2023



Anm.: Spørgsmål: Hvordan passer dette udsagn ifølge dig: Jeg kan få en tid hos lægen indenfor en uge. 48.704 besvarelser

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023, Brugertilfredsheds-undersøgelse for alment praktiserende læger.

Figur 4.40
Borgerens oplevelse af lægens evne til at skabe overblik over behandlingsforløbet, 2023



Anm.: Spørgsmål: Hvor tilfreds eller utilfreds er du med din læges evne til at skabe overblik over dit behandlingsforløb? Spørgsmålet er kun stillet til respondenter, der har angivet, at deres seneste kontakt indgik som led i et længerevarende behandlingsforløb eller skyldtes kronisk sygdom. 12.2012 besvarelser.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023, Brugertilfredsheds-undersøgelse for alment praktiserende læger.

Geografisk og social ulighed i sundhed

Den tredje centrale udfordring, som Sundhedsstrukturkommissionen peger på, er, at der er social og geografisk ulighed i sundhed. Mindre ressourcestærke og ældre borgere har generelt et større behov for sundhedstilbud sammenlignet med yngre og mere ressourcestærke borgere. Det er imidlertid de mest ressourcestærke borgere, der bruger de almenmedicinske tilbud oftest, og de har i højere grad planlagte kontakter med sygehuse end mindre ressourcestærke borgere.

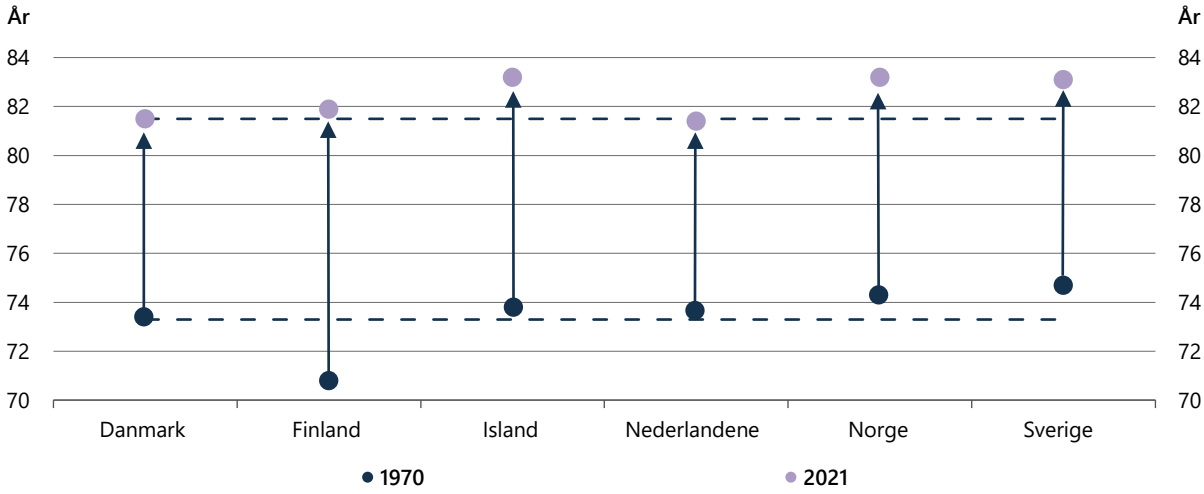
Samtidig er fordelingen af både sundhedsbehov og sundhedstilbud geografisk skæv. Adgangen til sundheds-tilbud er bedst i områder, hvor befolkningen som helhed er sundest, mens den er dårligere i områder, hvor sundhedsbehovet er størst. Det afspejles bl.a. i den nuværende fordeling af almenmedicinsk kapacitet.

Ulige adgang til sundhed indebærer geografiske forskelle i konsekvenserne af sygdom, ligesom dårligere adgang til almenmedicinske tilbud medfører flere komplekse sygdomsforløb for borgere på tværs af det primære og sekundære sundhedsvæsen og dyrere behandling på sygehuse.

Social ulighed i sundhed

Målt på middellevetid er danskernes sundhed forbedret markant de seneste 50 år, selvom Danmark fortsat halter efter de øvrige nordiske lande. Den forventede middellevetid er steget fra ca. 73 år for børn født i 1970 til 81,5 år for børn født i 2021, jf. figur 4.41.

Figur 4.41
Forventet levealder for personer født i 1970 og 2021

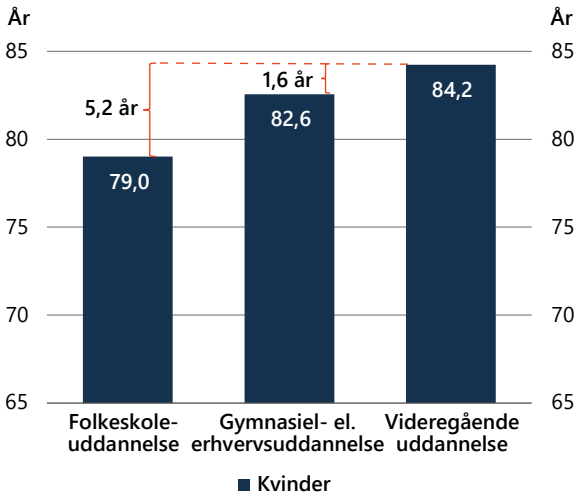


Anm: Stiplet linje indikerer de danske værdier. Forventet levealder ved fødslen dækker over, hvor længe en nyfødt i gennemsnit kan forvente at leve, hvis de nuværende dødsrater ikke ændrer sig.

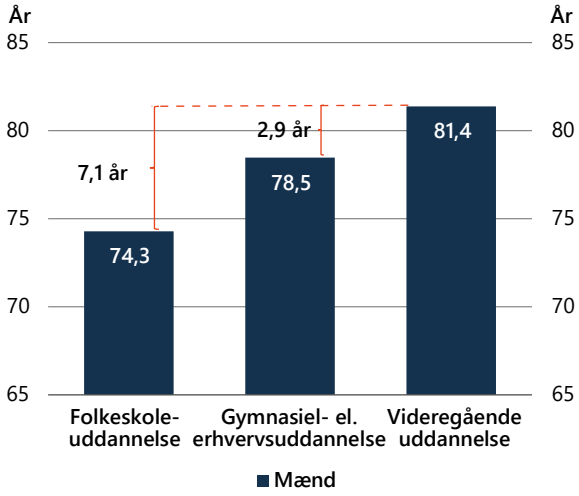
Kilde: OECD Health statistics, Health Status.

Men befolkningens middellevetid på tværs af køn, uddannelseslængde og indkomst varierer betydeligt, jf. figur 4.42 og 4.43. Fx kan en mand med en videregående uddannelse forvente at leve ca. syv år længere end en mand, som har folkeskolen som den længste fuldførte uddannelse. En kvinde med en videregående uddannelse kan tilsvarende forvente at leve ca. fem år længere end en kvinde, som har folkeskolen som eneste fuldførte uddannelse.

Figur 4.42
Forventet levetid (år) for kvinder, fordelt på højest fuldførte uddannelse, 2019:2020



Figur 4.43
Forventet levetid (år) for mænd, fordelt på højest fuldførte uddannelse, 2019:2020

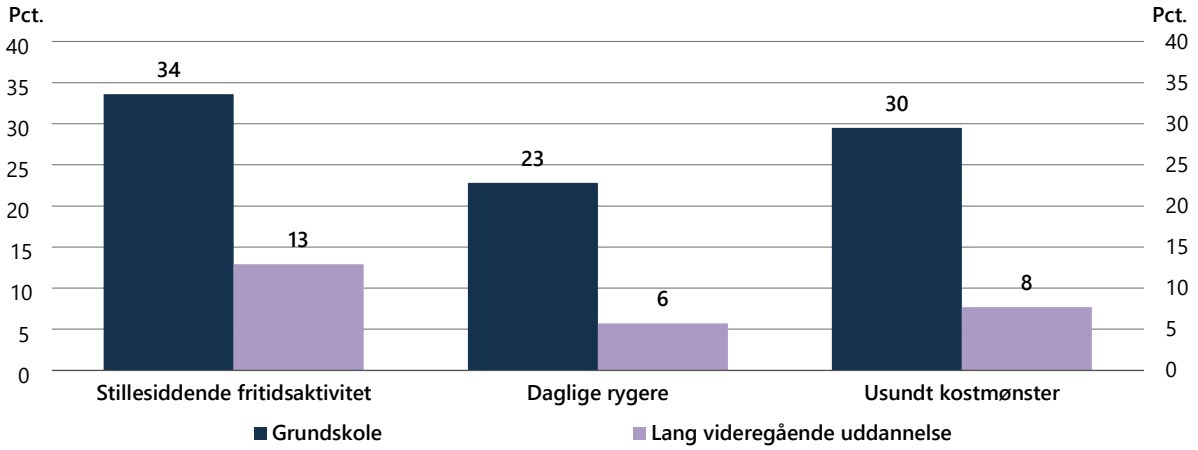


Anm: Den forventede levetid er beregnet som middellevetiden for 0-årige, baseret på befolkningens karakteristika i 2019 og 2020. For personer over 30 år registreres personens egen højest fuldførte uddannelse, for personer under 30 år registreres forældrenes højest fuldførte uddannelse.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistiks Forskningsservice.

Forskellene i middellevetid og sygdomsbillede afspejler bl.a. forskelle i livsvilkår og livsstil. Fx er der ca. fire gange så mange daglige rygere blandt personer med en grundskoleuddannelse, end blandt personer som har fuldført en lang videregående uddannelse, jf. figur 4.44. Tilsvarende forskelle ses for usunde kostmønstre og stillesiddende fritidsaktiviteter. Forskelle i livsstil og vaner kan ikke forklare forskellene i middellevetid, men er symptomer på nogle af de sociale forskelle, der er på tværs af fx uddannelsesniveau.

Figur 4.44
Forekomst af udvalgte risikofaktorer, fordelt på højest fuldførte uddannelse (+25 år), 2021

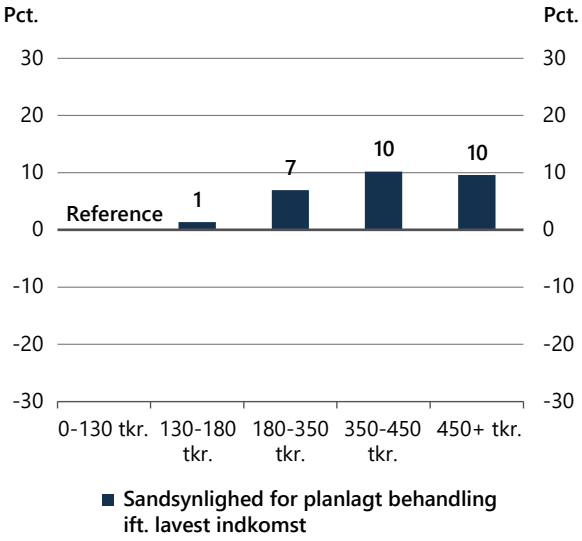


Anm: Andelene er køns- og aldersjusterede.

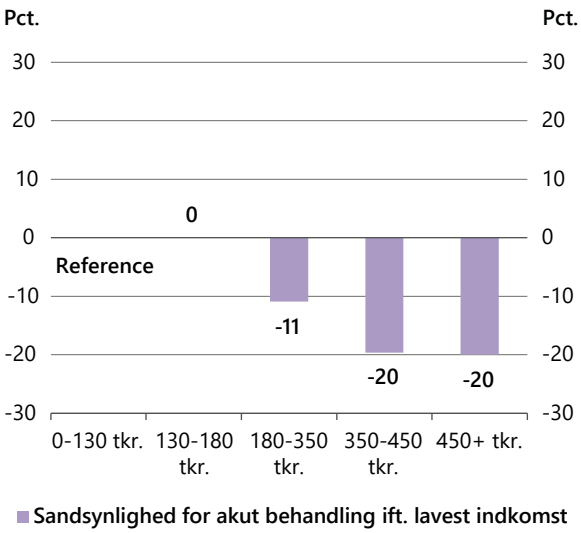
Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2021, Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil.

Uddannelse og indkomst har også betydning for, hvordan sundhedsvæsenet benyttes. Fx har borgere med højere indkomst flere planlagte sygehuskontakter sammenlignet med borgere med lavere indkomst. Omvendt har borgere med lavere indkomst hyppigere akut kontakt med sygehusene end borgere med højere indkomst, jf. figur 4.45 og 4.46.

Figur 4.45
Oversandsynlighed for planlagt sygehusbehandling, fordelt på årsindkomst (0-130.000 kr. som referencegruppe), 2018



Figur 4.46
Oversandsynlighed for akut sygehusbehandling, fordelt på årsindkomst (0-130.000 kr. som referencegruppe), 2018



Anm: Der er anvendt en logistisk regressionsmodel med 3.621.619 observationer i 2018. 36 pct. af referencegruppen (indkomst 0-130 tkr.) har haft en planlagt sygehusbehandling i 2018. Der er også 14 pct. af referencegruppen, som har haft en akut sygehusbehandling. Det er muligt at have både en planlagt og akut sygehuskontakt, det gælder for 9 pct. af referencegruppen. I populationen indgår kun individer på 30 år eller derover. Der er benyttet ækvivaleret indkomst, som beskriver en familieindkomst korrigeret for størrelse og sammensætning. Der er gjort brug af variablen "c_indm" i Landspatientregistret som indikator for, om borgeren har haft en akut og/eller planlagt behandling i 2018. I beregninger er der korrigeret for: uddannelsesniveau, køn, alder, herkomst og sygelighed (målt ved Charlsons komorbiditetsindeks). Alle indkomstkategorier, bortset fra indkomst 130.000-179.999 kr., er statistisk signifikante med p-værdi 0,01. Indkomst 130.000-179.999 kr. er insignifikant i modellen for akut sygehusbehandling og signifikant med p-værdi 0,02 i model med planlagt sygehusbehandling.

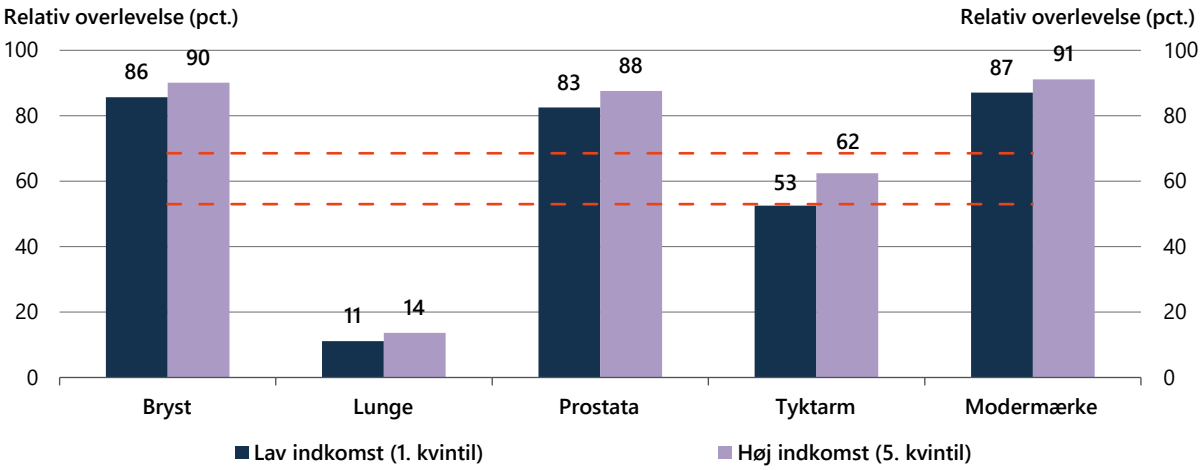
Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistiks Forskningsservice (BEF, IND, UDDF, LPR og RUKS)

Akutte kontakter kan være afgørende for, om borgerne får behandling i tide. De indkomstrelaterede forskelle i brugen af planlagte og akutte sundhedsydelser indikerer , at forskelle i ressourcer har betydning for, om borgere opsøger sundhedsvæsenet tidligt i deres sygdomsforløb eller på et tidspunkt, hvor sygdommen er fremskreden og alvorlig.

Forskellene i brugen af sundhedsvæsenet afspejles også i chancen for at overleve alvorlig sygdom. Fx er chancen for at overleve et kræftforløb forskellig på tværs af indkomstniveau. Det gælder uanset kræftformen. Den relative overlevelse for folk med en høj indkomst er ca. 69 pct., mens den relative overlevelse for folk med lav indkomst er ca. 53 pct., jf. figur 4.47. Det samme er tilfældet, når personer med omtrent identisk livsstil sammenlignes.[67]

67 Indenrigs- og Boligministeriet. "Flyttemønstres og nærmiljøets betydning for den sociale sammensætning og beskæftigelse". 2021.

Figur 4.47
Femårs relativ overlevelse for de hyppigste kræftformer i Danmark diagnosticeret i 2005-2009, for højeste og laveste indkomstkvintil



Anm: De stiplede linjer indikerer den relative overlevelse på tværs af alle kræftformer (68,5 for 1. kvintil og 52,9 for 5. kvintil). Indkomstkvintil er i forhold til personer med samme køns- og alderssammensætning. "Relativ overlevelse" betegner sandsynligheden for at overleve en kræftsygdom set i forhold til samme aldersgruppe uden kræft.

Kilde: Kræftens Bekæmpelse, 2019, Social Ulighed i Kræft i Danmark.

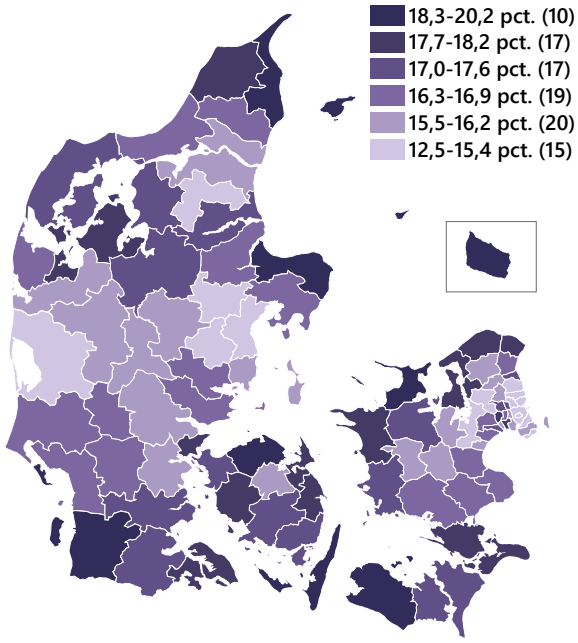
Den socioøkonomiske ulighed i sundhed stiller store krav til alle dele af sundhedsvæsenet. Udover at håndtere alle borgere med både simple og komplicerede sundhedsmæssige behov skal medarbejdere på tværs af sektorer også kunne samarbejde og skabe sammenhængende behandlingsforløb.

Ulighed i sundhed har et geografisk mønster

De uddannelses- og indkomstbetingede forskelle i sundhed har et geografisk mønster. Mønsteret hænger sammen med forskelle i den demografiske udvikling, sygdomsbilledet og de sociale strukturer, såsom social arv, ressourcer og livsstil.

Landkommuner har en markant højere andel af borgere med kroniske sygdomme end bykommunerne. Fx har over 20 pct. af borgerne på Langeland en kronisk sygdom mod 12 pct. af borgerne i København, jf. figur 4.48. Tilsvarende gælder det, at landkommunerne har en markant højere andel af ældre og multisyge end øvrige kommuner. De geografiske forskelle i sygdomsbilledet er sammenfaldende med forskelle på tværs af kommunerne i befolkningens sammensætning efter alder, uddannelsesniveau, indkomst m.v. jf. figur 4.49, som viser uddannelsesniveauet fordelt på kommuner.

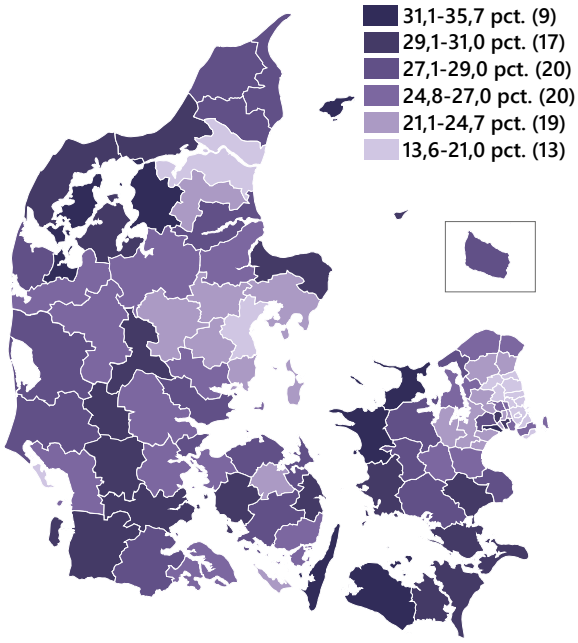
Figur 4.48
Andel borgere med kronisk sygdom pr. 1.000 borgere i befolkningen, 2022



Anm.: De udvalgte kroniske sygdomme: astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, type 1-diabetes og type 2-diabetes.

Kilde: Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 4.49
Andel 15-69-årige med folkeskoleuddannelse som højeste fuldførte uddannelse, 2022



Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, tabel HFUDD11 og FOLK1A.

Flyttemønstre forstærker de geografiske forskelle i sundhed og befolkningssammensætning. Tilflytningen til de større byer ændrer befolkningssammensætningen i byerne i retning af flere husstande med personer i den arbejdsdygtige alder, højere indkomster og flere uddannelsessøgende unge. Det medfører en forbedret sundhedsprofil i de større byer.

For landkommuner er der omvendt en tendens til, at erhvervsaktive borgere med relativ god sundhed i højere grad fraflytter. Det indebærer, at befolkningssammensætningen ændrer sig i retning af færre borgere i den erhvervsaktive alder og relativt flere ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme, som har et større behov for sundhedsydelser.[68]

Mindst offentligt sundhedspersonale i områder med flest syge og ældre

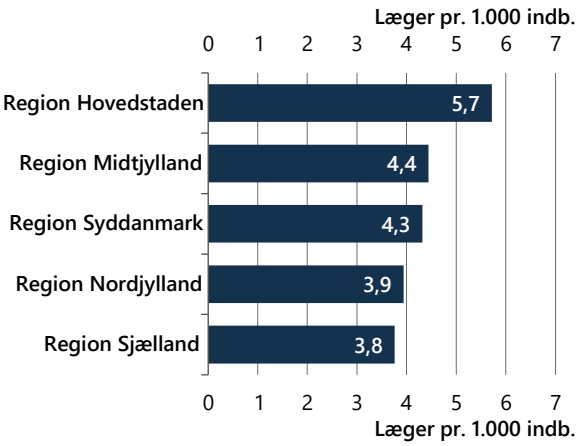
Fordelingen af det offentligt ansatte sundhedsfaglige personale på tværs af landet afspejler ikke de geografiske forskelle i sundhed og sygdomsbyrde.

Fx er der færre læger, speciallæger og sygeplejersker pr. borger i Region Sjælland, som ellers har mange borgere med større behov for sundhedsydelser, jf. figur 4.50-4.53. Det forholder sig omvendt i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, som har flere borgere med en generelt bedre sundhed.

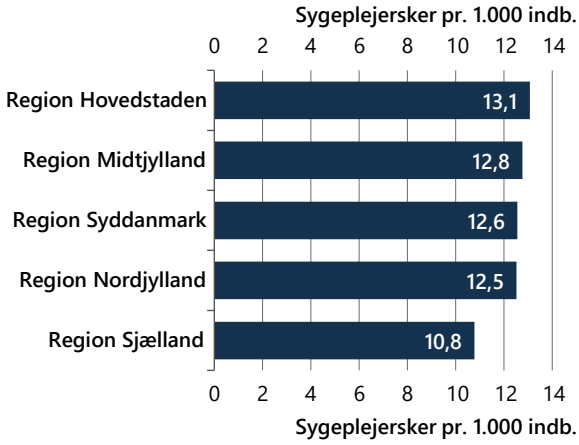
68 Indenrigs- og Boligministeriet, *Flyttemønstres og nærmiljøets betydning for den sociale sammensætning og beskæftigelse*, 2021.

De regionale forskelle i antallet af læger og sygeplejersker hænger bl.a. sammen med fordelingen af højt-specialiserede funktioner og forskningsmiljøer mellem sygehusene, det vil sige den arbejdsdeling, der er aftalt mellem regionerne, som skal understøtte bæredygtige faglige miljøer. Arbejdsdelingen bidrager til, at borgere kan få højt specialiseret behandling, men den gør også, at 5-10 pct. af borgerne må passere regionsgrænsen under et sygdomsforløb.

Figur 4.50
Antal læger pr. region, 2020



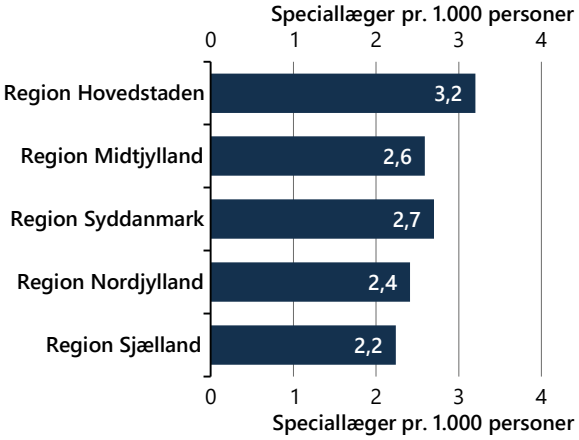
Figur 4.51
Antal sygeplejersker pr. region, 2020



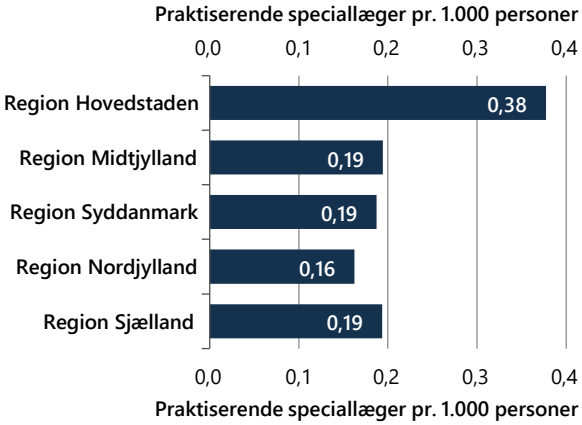
Anm: Antallet af borgere vedrører bopælsregion, mens antal sundhedspersonale vedrører arbejdsstedsregionen. Bemærk, at der ikke er tale om regionalt ansatte, men om det samlede personale på sundhedsområdet med arbejdssted i regionen.

Kilde: eSundhed baseret på Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, og Danmarks Statistiks statistikbank, tabel FOLK1A.

Figur 4.52
Antal speciallæger pr. region, 2019



Figur 4.53
Antal praktiserende speciallæger pr. region, 2019

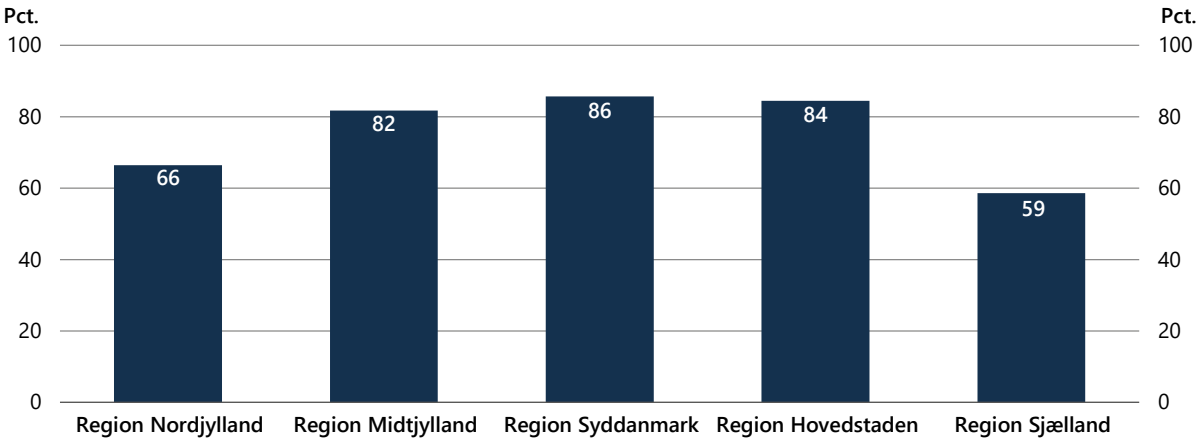


Anm: Antallet af borgere vedrører bopælsregion, mens antal sundhedspersonale vedrører arbejdsstedsregionen. Opgørelsen tager udgangspunkt i lægernes arbejdssted. Branchen speciallæger er defineret ud fra den virksomhed, lægen er beskæftiget i. Branchen praktiserende speciallæger omfatter konsultation og behandling på speciallægeområdet, hvad enten det foregår i individuel praksis, lægecentre eller ambulatorier. Røntgen- og fertilitetsklinikker samt alkoholambulatorier er også omfattet af branchen praktiserende speciallæger.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, 2019, Lægeprognose 2021-2045: Udbuddet af læger og speciallæger, og bevægelsesregistret.

Ud over specialeplanlægning og arbejdsdeling mellem regioner og sygehuse afspejler den skæve fordelingen af sundhedspersonale formentlig også løn- og arbejdsvilkår, karrieremuligheder i bred forstand og præferencer for ansættelsessteder. Ligesom andre højtuddannede bosætter sundhedsuddannede sig typisk i nærheden af de store byer. Et eksempel er speciallægernes jobmobilitet efter endt speciallægeuddannelse. Mens 84 til 86 pct. af de uddannede speciallæger i Region Syddanmark og Region Hovedstaden forbliver i regionerne efter endt uddannelse, gælder det kun 59 pct. af de uddannede speciallæger fra Region Sjælland og 66 pct. i Region Nordjylland, jf. figur 4.54. Speciallægerne, som uddannes i Region Sjælland, flytter hovedsageligt til Region Hovedstaden, som hører til den samme videreuddannelsesregion. I alt arbejder 33 pct. af de læger, der uddanner sig i Region Sjælland, i Hovedstaden indenfor to år efter uddannelsen til speciallæge. Der er i øvrigt begrænset mobilitet mellem Øst- og Vestdanmark.

Figur 4.54
Andel, der to år efter uddannelsen til speciallæge arbejder i samme region, som de blev uddannet i



Anm.: Speciallægerne uddannes indenfor de tre uddannelsesregioner, Øst (Region Hovedstaden og Region Sjælland), Syd (Region Syddanmark) og Nord (Region Midtjylland og Region Nordjylland)

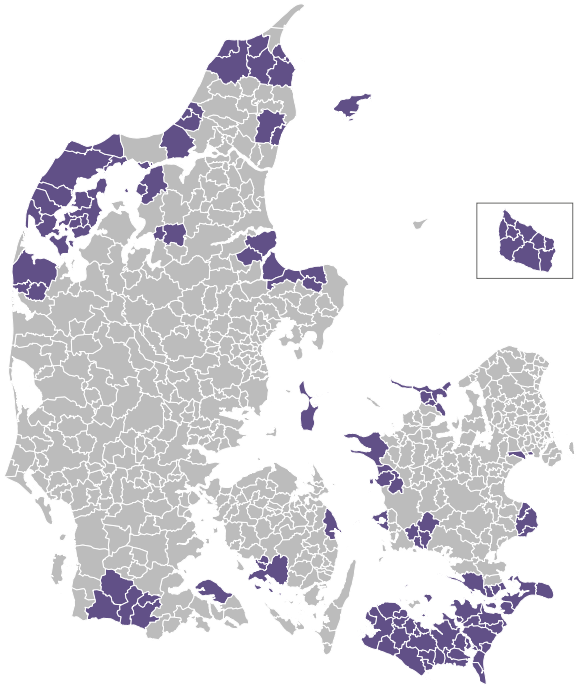
Kilde: Styrelsen for arbejdsmarked og rekrutterings forløbsdata, DREAM, Det statistiske Autorisationsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Geografisk ulighed i borgernes adgang til almenmedicinske tilbud

Adgangen til alment praktiserende læger er forskellig på tværs af landet. I hovedtræk er dækningen af alment praktiserende læger højest i og omkring de større byer. Det er også her befolkningens sundhedstilstand i gennemsnit er bedst. Omvendt er lægedækningen udfordret i flere yderområder og udsatte boligområder, jf. figur 4.55, hvor sundhedstilstanden ud fra en gennemsnitsbetragtning er dårligere end for befolkningen under ét.

Når lægedækningen kombineres med forskellene i sygdomsmønsteret, bliver det tydeligt, at nogle alment praktiserende læger står med en markant større opgave end andre. Alment praktiserende læger i de kommuner, som har flest personer med kroniske sygdomme, har dobbelt så mange personer med kronisk sygdom pr. lægekapacitet, som alment praktiserende læger i kommuner med færrest personer med kronisk sygdom, jf. figur 4.56. Den ulige fordeling af mere komplekse og behandlingskrævende patienter indenfor praksis medfører en ulige adgang til almenmedicinske tilbud.

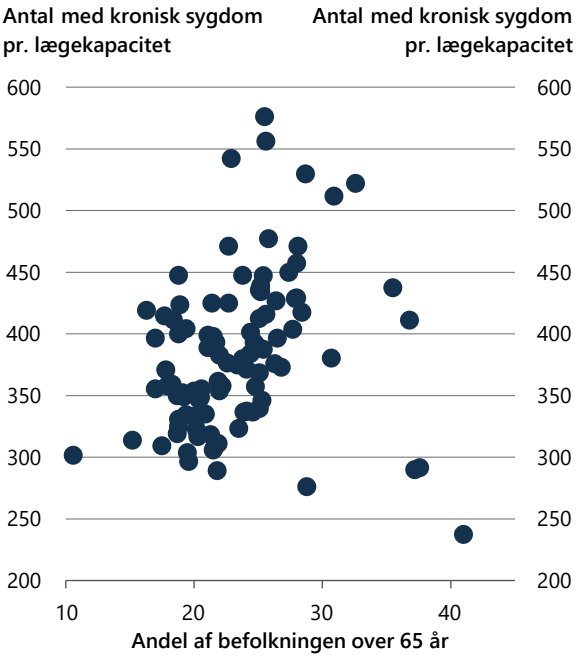
Figur 4.55
Lægedækningstruede områder, 2021-2024



Anm.: Lægedækningstruede områder er fastlagt for hele den indeværende overenskomstperiode 2021-2024. De er kendetegnet ved at have en stor andel borgere tilknyttet fx udbuds- og regionsklinikker, et patientgrundlag med relativt store sundhedsbehov, vanskeligheder ved at sælge en lægepraksis, og de nuværende læger nærmer sig pensionsalderen.

Kilde: PLO, landsdækkende lægedækningstruede områder.

Figur 4.56
Antal med kronisk sygdom pr. lægekapacitet og andelen af befolkningen over 65 år pr. kommune, 2022.



Anm: Kroniske sygdomme er her opgjort som astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose (knogleskørhed), skizofreni og type 1- og 2-diabetes.

Kilde: Esundhed (RUKS, Yderregisteret), egne beregninger.

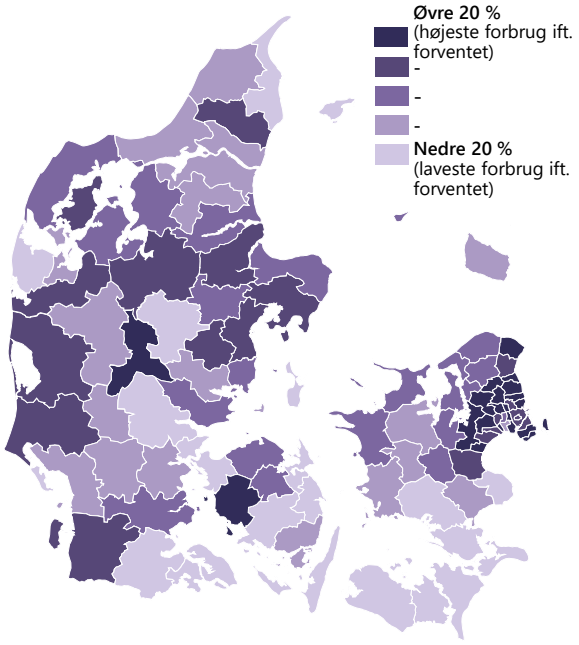
Ulighed i adgang til sundhed skaber uhensigtsmæssigt træk på sundhedstilbud

Geografisk forskel i adgangen til almenmedicinske tilbud og sammensætningen af befolkningen bidrager til, at sundhedsydelserne bliver brugt forskelligt på tværs af landet.

Fx er forbruget af almenmedicinske tilbud i hovedstadsområdet, hvor der er relativt mange alment praktiserende læger, væsentlig højere, end hvad der kan forventes ud fra befolkningens sammensætning og sundhedsbehov, jf. figur 4.57. Tilsvarende er forbruget af almenmedicinske tilbud i Sydsjælland og Sønderjylland, hvor der er relativt færre alment praktiserende læger, væsentligt mindre end befolkningssammensætningen tilsiger.

Region Sjælland er den region, hvor det er sværest at besætte speciallægeuddannelsen i almen medicin. I 2022 var det hver fjerde uddannelsesforløb i almen medicin, der blev besat i Region Sjælland, mens det i Region Hovedstaden og Region Midtjylland var næsten alle, jf. figur 4.58.

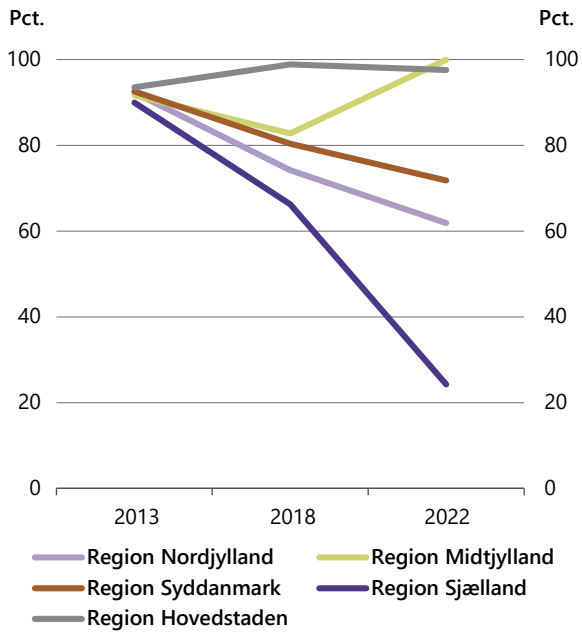
Figur 4.57
Benchmarkingindikator for samlet forbrug af ydelser i praksissektoren pr. person over 65 år, fordelt på borgere i kommuner, 2022



Anm: 1. kvintil dækker over den femtedel af kommunerne, hvor borgerne havde det laveste forbrug i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af borgernes ældresammensætning. 5. kvintil dækker omvendt over den femtedel af kommunerne, hvor borgerne havde det højeste forbrug i forhold til forventet. Borgerne i Frederikshavn Kommune er ikke med i analysen på grund af manglende data.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023, Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser

Figur 4.58
Besatte hoveduddannelsesforløb i almen medicin pr. region i pct., 2013-2022

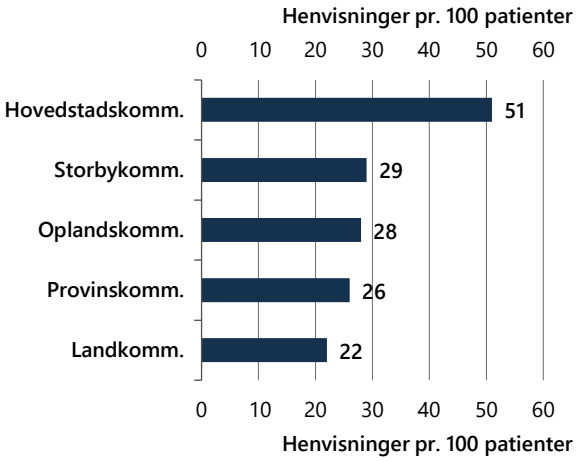


Anm.: Grafen viser andelen af dimensionerede hoveduddannelses-forløb, som besættes.

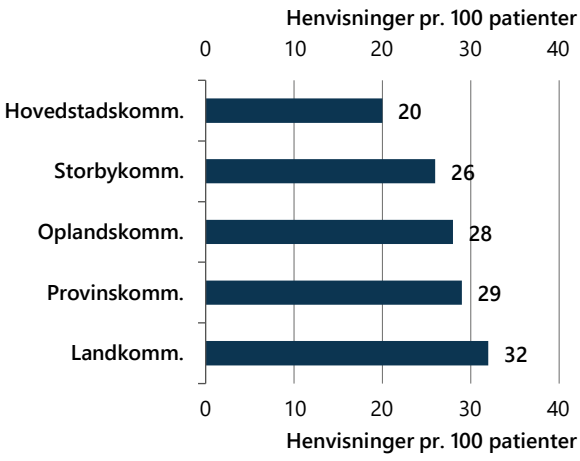
Kilde: VIVE, 2023, Speciallæger i almen medicin.

De geografiske forskelle i adgangen til almenmedicinske tilbud og privatpraktiserende speciallæger hænger sammen med den måde og det omfang, sygehusene anvendes på. Fx henviser alment praktiserende læger langt mere til privatpraktiserende speciallæger i Region Hovedstaden, hvor speciallægekapaciteten er høj, mens henvisninger til sygehuse bruges mindre, jf. figur 4.59 og 4.60. I områder med relativt få speciallæger forekommer henvisninger til sygehuse langt hyppigere. Opgørelsen er ikke korrigeret for befolknings-sammensætning.

Figur 4.59
Speciallægehenvisninger pr. 100 tilmeldte patienter, fordelt på kommunetype, 2022



Figur 4.60
Sygehushenvisninger pr. 100 tilmeldte patienter, fordelt på kommunetype, 2022



Anm: N= 5.163.301 henvisninger. Øfeldt-henvisninger (fysioterapi) indgår ikke. Henvisninger pr. patient er beregnet som vægtet gennemsnit. Kommuneinddelingen følger Danmarks Statistiks opgørelsesmetode.

Kilde: BDO, 2023, Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis.

Samlet set indebærer ulige adgang til sundhedsvæsenet geografiske forskelle i konsekvenserne af sygdom. Tilsvarende medfører ringere adgang til almenmedicinske tilbud flere komplekse sygdomsforløb for borgere på tværs af det primære og sekundære sundhedsvæsen og dyrere behandling på sygehusene.

Kapitel 5: Pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet står overfor nye opgaver og en stor udfordring i takt med, at demografien og sygdomsudviklingen ændrer sig.

Der er et stort potentiale for bedre sammenhæng og kvalitet i mange patienters behandlingsforløb ved at styrke de indsatser, som leveres i det primære sundhedsvæsen. Det kræver imidlertid en ny prioritering, hvor opgaver og ressourcer flyttes til at styrke de almene indsatser i det primære sundhedsvæsen.

Fremtidssikring af sundhedsvæsenet indebærer, at udviklingen særligt fokuserer på tre pejlemærker: 1) sundhed for de mange 2) lige adgang til sundhed og 3) differentierede indsatser. Det er den bevægelse, som skal understøttes af kommissionens anbefalinger og forslag til ændret organisering.

En ny organisering skal medføre, at både ansatte og patienter oplever, at rammerne for at samarbejde om borgernes forløb i sundhedsvæsenet er forbedrede, og den enkelte patient kan tilbydes en indsats, som er både differentieret og let tilgængelig.

Fremtidssikring af sundhedsvæsenet

Danmark har et godt og i international sammenligning velfungerende sundhedsvæsen, hvor rygraden er et velkvalificeret og veluddannet personale, som alle bidrager til at give patienterne den bedst mulige behandling, pleje og omsorg indenfor de rammer, som er politisk fastsatte.

Udviklingen i de seneste årtier med øget specialisering og centralisering i sygehusvæsenet har haft til formål at optimere diagnostik og behandling af mennesker med veldefinerede helbredsproblemer. Det har bidraget til store forbedringer af behandlingskvaliteten.

Sundhedsvæsenet står nu overfor nye udfordringer i takt med, at demografien og sygdomsudviklingen ændrer sig. Med alderen øges risikoen for skrøbelighed, funktionsnedsættelse og for at udvikle sygdomme, som tidligere var livstruende, men som man i dag lever med.

Det betyder, at mange flere borgere får behov for en længerevarende indsats, som i dag ofte vil involvere både det almenmedicinske tilbud, kommune og sygehus, men som i mange tilfælde vil kunne varetages bedst i det primære sundhedsvæsen. Samtidig vil efterspørgslen på visse sygehusindsatser fortsat stige, og det skal der frigøres kapacitet til at håndtere. Det kan dels ske ved en fokusering af opgaveløsningen på sygehusene og dels en løbende omlægning af opgaver, hvor sygehusene understøtter det primære sundhedsvæsen i at varetage ansvaret for flere patienter. Det vil medføre, at færre får behov for en sygehusindsats, men hvis man fx bliver ramt af akut og alvorlig sygdom, skal sygehusindsatsen fortsat have den højeste kvalitet.

Der er et stort potentiale for bedre sammenhæng, kvalitet og ressourceudnyttelse i mange patienters forløb ved at styrke de indsatser, som leveres i det primære sundhedsvæsen.[69] Det kræver dog, at opgaveløsningen i sundhedsvæsenet gentænkes og ressourcer flyttes til at styrke de almene indsatser i det primære sundhedsvæsen.

69 Sundhedsstyrelsen. "Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen". 2023.

Kommissionen peger på tre pejlemærker, som skal kendetegne udviklingen af sundhedsvæsenet de næste 20 år, og som er nødvendige for at skabe sammenhæng for borgerne og bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet. Det er således de pejlemærker, som organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen i særlig grad bør understøtte. I rapportens del tre og fire opstilles der modeller, anbefalinger og forslag til, hvordan denne udvikling kan understøttes med organisatoriske forandringer.

Pejlemærkerne er sundhed for de mange, lige adgang til sundhed og differentierede indsatser. Pejlemærkerne uddybes i det nedenstående og indgår i de hensyn ved organisering af fremtidens sundhedsvæsen, som fremgår af kapitel 6.

Sundhed for de mange

Sundhed for de mange handler om, at udviklingen i sundhedsvæsenet skal afspejle det behov, som følger af de kommende års tilgang af stadig flere borgere med almene problemstillinger. Ændringer i befolkningssammensætningen og sygdomsmønsteret betyder, at stadigt flere vil have gavn af at blive behandlet i det primære sundhedsvæsen. Det skyldes, at flere lever længere med sygdomme, der tidligere ville have været livstruende, og derfor også kommer til at leve med flere samtidige kroniske sygdomme – fysiske og psykiske – og skrøbelighed på grund af alderssvækkelse. Den udvikling kalder på et ændret fokus i den ledelsesmæssige og politiske opmærksomhed og i fordelingen af ressourcer mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

Det primære sundhedsvæsen heriblandt det almenmedicinske tilbud skal styrkes for at kunne levere en god, tryg og sammenhængende indsats til borgere med fx psykisk sygdom eller somatiske kroniske sygdomme, der har behov for hyppig kontakt med sundhedsvæsenet. Derudover skal opgaveløsningen og rollerne i sundhedsvæsenet løbende omlægges, så mere udredning, behandling og pleje forankres i det primære sundhedsvæsen med fokus på at forebygge forværring af sygdom og understøtte egenomsorg – og med opbakning fra specialisterne på sygehuset eller i speciallægepraksis.

Lige adgang til sundhed

Lige adgang til sundhed handler om, at udviklingen i sundhedsvæsenet skal adressere en betydelig og voksende geografisk og social ulighed i sundhed. Udviklingen i demografien og manglen på sundhedspersonale risikerer at forstærke eksisterende uligheder. I fremtidens sundhedsvæsen skal der være lige adgang til stærke sundhedstilbud i hele landet. Det kræver en fordeling af ressourcer og adgang til specialistkompetencer, som afspejler befolkningssammensætningen og befolkningens behov i alle dele af landet. Det betyder også, at det almenmedicinske tilbud skal være tilgængeligt og velfungerende for alle borgere i hele landet. Derudover skal bedre datadeling og et styrket fokus på kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen bidrage til sammenhængende og gode patientforløb i hele sundhedsvæsenet.

For de mange borgere, som i fremtiden fortsat har behov for sygehusindsatser, er det vigtigt, at der er adgang til en bred vifte af specialiserede indsatser indenfor rimelig geografisk afstand. Brugen af digitale løsninger gør det muligt at trække på de mest specialiserede kompetencer på tværs af landet, men for at sikre lige adgang til sundhed skal der være en bedre geografisk fordeling af specialistkompetencer.

En afgørende forudsætning for styrket kvalitetsudvikling er, at der er data til rådighed, både om de lokale indsatser og borgernes samlede forløb på tværs af sundhedsvæsenet. Valide og tidstro data skal understøtte et lærende sundhedsvæsen, hvor behandlingskvaliteten optimeres for den enkelte borger med udgangspunkt i de erfaringer, som opsamles løbende i sundhedsvæsenet.

Differentierede indsatser

Differentierede indsatser handler om at målrette indsatsen til den enkelte borgers behov for at bruge ressourcerne så effektivt som muligt. Flere skal understøttes i hjælp til selvhjælp, mens andre har behov for mere kontakt med sundhedsprofessionelle. Det kan indebære, at borgere med høj sundhedskompetence tilbydes digitalt understøttede indsatser og færre kontroller, og i øvrigt raske borgere modtager færre screeningstilbud, mens borgere med færre sundhedskompetencer og skrøbelighed tilbydes en mere håndholdt indsats.

Det skal være muligt at tilgå sundhedsvæsenet digitalt i langt større omfang end i dag, uanset om der er tale om igangværende forløb på sygehuset eller første kontakt til en alment praktiserende læge ved nyopstået sygdom. Det kræver en digital transformation af sundhedsvæsenet, hvor der udvikles og udbredes nye nationale løsninger, og sundhedsvæsenet styrkes i løbende at udvælge, ibrugtage og udbrede nye vel-afprøvede digitale løsninger og andre teknologier. Med hjælp fra digitale løsninger og data skal sundheds-væsenet i højere grad være til stede, hvor og når borgeren har behov – og med mindst mulig indgriben i borgerens dagligdag. Det understøtter selvbestemmelse og egenkontrol for en stor gruppe af borgere, mens der frigøres ressourcer til den gruppe af borgere, som er bedst hjulpet ved at møde sundhedsvæsenet fysisk.

Bedre rammer for det sundhedsfaglige personale

Gennem besøg, møder, indkomne forslag og analyser har Sundhedsstrukturkommissionen oplevet, hvordan ildsjæle i alle dele af sundhedsvæsenet hver dag bidrager med erfaring og nytænkning for løbende at forbedre behandling, pleje og omsorg for patienterne. Mange steder arbejder man allerede på at realisere den nødvendige udvikling, som er skitseret i kapitlet her.

Men implementering og udbredelsen af tiltag, der understøtter omstilling og sammenhængende patientforløb, har i mange tilfælde vanskelige kår indenfor den nuværende organisering. Det betyder, at selvom der efter kommissionens vurdering er en udbredt faglig konsensus om den retning, sundhedsvæsenet bør udvikle sig i, så er det ikke muligt at gennemføre udviklingen med den hastighed, der er behov for inden for de eksisterende rammer.

Sundhedsstrukturkommissionens modeller, anbefalinger og forslag til organisatoriske ændringer i sundhedsvæsenet handler derfor om at skabe de bedst mulige rammer for, at de sundhedspersoner og andet personale beskæftiget i sundhedsvæsenet kan gennemføre de forandringer, som er nødvendige for at fremtidssikre sundhedsvæsenet til gavn for patienter og borgere.

I fremtidens sundhedsvæsen skal sundhedspersoner i alle dele af sundhedsvæsenet derfor opleve, at selvom opgaverne ikke nødvendigvis er blevet færre, så er der markant forbedrede rammer for at give patienterne det tilbud, de har behov for. Det indebærer markant bedre understøttelse af samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet, en bedre ressourceudnyttelse og et styrket fokus på også at udvikle kvaliteten i de indsatser, som ydes i det primære sundhedsvæsen.



2

Del 2

Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

I rapportens anden del beskrives og vurderes styrker og svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet. Organiseringen omfatter bl.a. inddeling i enheder, opgaveplacering, finansiering og regulering.

Kapitel 6 opstiller en række hensyn, som sundhedsvæsenet bør understøtte, og organiseringen derfor vurderes ud fra. Hensynene bruges til at vurdere styrker og svagheder ved organiseringen af sundhedsvæsenet i dag og til at vurdere fordele og ulemper ved kommissionens anbefalinger, forslag og modeller i rapportdel 3 og 4.

Kapitel 7 redegør for den nuværende organisering af sundhedsvæsenet i Danmark. Kapitlet præsenterer også en sammenligning med organiseringen i udvalgte lande.

Kapitel 8 indeholder en vurdering af væsentlige svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet i lyset af de udfordringer og muligheder, sundhedsvæsenet står overfor i de kommende år.

Kapitel 6: Centrale hensyn for organiseringen af sundhedsvæsenet

I kapitel 5 blev det slået fast, at udviklingen frem imod 2035 bør fokusere på sundhed for de mange, lige adgang til sundhed og differentierede indsatser. Det er en udvikling, som kræver organisatoriske forandringer af sundhedsvæsenet. Forandringerne bør gennemføres i respekt for de hensyn og målsætninger for sundhedsvæsenet, som traditionelt har haft bred politisk tilslutning. Nogle af hensynene hænger tæt sammen med de mål, der blev formuleret i kapitel 5, men der er også andre hensyn, som er vigtige i en samlet vurdering af styrker og svagheder ved en given organisatorisk forandring af sundhedsvæsenet. Det gælder fx hensynet til den demokratiske kontrol med sundhedsvæsenet.

Sundhedsstrukturkommissionen opstiller seks hensyn, som er centrale for at vurdere (ændringer af) den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet. De seks hensyn bruges til at vurdere svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet i kapitel 8 og til at vurdere fordele og ulemper ved de præsenterede anbefalinger, forslag og modeller til ændret organisering i rapportdel 3 og 4.

Hensynene dækker de sigtelinjer, der fremgår af kommissoriet. Derudover flugter hensynene med formålsbeskrivelsen for sundhedsvæsenet, som beskrevet i sundhedslovens § 1 og § 2, gengivet i boks 6.1. I lighed med tidligere strukturkommissioner har Sundhedsstrukturkommissionen fundet hensynet til demokratisk kontrol væsentligt.[70] Det indgår også som et særskilt hensyn at vurdere de omkostninger, der måtte være forbundet med at implementere de anbefalinger, forslag og modeller, som præsenteres i rapportdel 3 og 4.

Boks 6.1
Sundhedslovens formålsparagraffer

§ 1. Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.

§ 2. Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for:

1. Let og lige adgang til sundhedsvæsenet,
2. Behandling af høj kvalitet,
3. Sammenhæng mellem ydelserne,
4. Valgfrihed,
5. Let adgang til information,
6. Et gennemsigtigt sundhedsvæsen og
7. Kort ventetid på behandling.

Kilde: Indenrigs-og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse af sundhedsloven", LBK nr 247 af 12/03/2024 (2024).

Ingen organisatorisk indretning af sundhedsvæsenet vil kunne tilgodese alle hensyn i samme grad. Det vil derfor være nødvendigt at afveje hensynene op imod hinanden. Vægtningen af de enkelte hensyn vil i sidste instans være et politisk valg.

70 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsvæsenets organisering: sygehuse, incitamenter, amter og alternativer (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003); Indenrigsministeriet, Opgavekommissionens betænkning, 1998.

Seks centrale hensyn

I tabel 6.1 fremgår en oversigt over de seks centrale hensyn, som kommissionen lægger til grund for vurderingen af organisatoriske udfordringer og løsninger i sundhedsvæsenet. Under hvert hensyn er der tilføjet nogle væsentlige aspekter, som knytter sig til det pågældende hensyn.

Tabel 6.1
Seks centrale hensyn til vurdering af den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet

Organiseringen skal understøtte:	
Hensyn 1	**Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet**
	Organiseringen understøtter høj faglig bæredygtighed i leveringen af sundhedsydelser Organiseringen understøtter kvalitet i sundhedstilbud i hele landet (geografisk lighed) Organiseringen understøtter kvalitet i sundhedstilbud på tværs af sociale grupper (social lighed)
Hensyn 2	**Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud**
	Organiseringen understøtter et sundhedsvæsen, som er tilgængeligt for borgerne, når og hvor de har brug for det Organiseringen understøtter borgernes valgmuligheder og rettigheder Organiseringen understøtter, at der er relevante sundhedstilbud tæt på borgerne
Hensyn 3	**Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb**
	Organiseringen understøtter, at der er et samlet ansvar for borgernes forløb Organiseringen understøtter koordination af forløb, som går på tværs af enheder og sektorer Organiseringen understøtter udvikling og nyttiggørelse af data og digitalisering
Hensyn 4	**Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer**
	Organiseringen understøtter omkostningseffektivitet og tilpasningsdygtighed Organiseringen understøtter, at opgave- og budgetansvar følges ad Organiseringen understøtter effektiv brug af knappe personaleressourcer
Hensyn 5	**Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol**
	Organiseringen understøtter, at der er et klart politisk ansvar for levering af sundhedstilbud Organiseringen understøtter politisk opmærksomhed på væsentlige udfordringer og problemer Organiseringen understøtter politiske prioriteringer og politisk handlekraft
Hensyn 6	**Implementeringsomkostninger ved organisatoriske ændringer**
	Hensynet tilsiger, at vurderingen af enhver større organisatorisk forandring af sundhedsvæsenet bør forholde sig til, hvilke implementeringsomkostninger den medfører, og hvordan omkostningerne bedst muligt reduceres

Ifølge kommissoriet skal Sundhedsstrukturkommissionen inddrage betydningen af kultur og ledelse. Det er kommissionens opfattelse, at kultur og ledelse i sundhedsvæsenet har afgørende betydning for, om organisatoriske forandringer lykkes. Fordi begge dele har betydning på tværs af de hensyn, der er oplistet i tabel 6.1, er kultur og ledelse ikke fremhævet under ét bestemt hensyn, men behandles særskilt i kapitel 16, som har fokus på betydningen af ledelse og kultur i relation til de anbefalinger, forslag og modeller, der præsenteres i rapportdel 3 og 4.

Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet

Hensynet om et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet indebærer, at organiseringen understøtter faglig bæredygtighed i opgaveløsningen og social og geografisk lighed.

Høj faglig bæredygtighed

Faglig bæredygtighed indebærer, at opgaver er placeret i enheder, som er fagligt, organisatorisk og økonomisk bæredygtige til at sikre en opgaveløsning af høj kvalitet, jf. boks 6.2 og 6.3. Vigtige faktorer for faglig bæredygtighed er befolkningsunderlaget og adgang til kompetente personaleressourcer.

Boks 6.2
Definition af kvalitet

Graden hvormed sundhedsydelser øger sandsynligheden for at opnå det ønskede helbredsresultat for patienten eller befolkningen samt afspejler den bedste og nyeste evidens.

Kilde: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. 2022. Kvalitetsguiden – Begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling på tværs af sundhedsvæsenet.

Boks 6.3
Definition af faglig bæredygtighed

En faglig bæredygtig enhed defineres som en enhed, der personalemæssigt, teknologisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt kan løse opgaverne med en høj grad af målopfyldelse.

Kilde: Sundhedsstyrelsen. 2024. Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning.

Specialiserede opgaver stiller krav til personalets kompetencer, og der kræves typisk en vis opgavevolumen for, at personalet kan opretholde de rette kompetencer. Specialiserede opgaver udføres mere sjældent og kræver derfor et større befolkningsunderlag at varetage fagligt bæredygtigt sammenlignet med almene opgaver. Det betyder, at en struktur kan understøtte bæredygtig varetagelse af én opgavetype, men samtidig være mindre bæredygtig i varetagelsen af andre opgaver, fx hvis en enhed er for lille til, at princippet om "øvelser gør mester" kan efterleves.

Geografisk lighed i kvalitet

Borgerne bør møde sundhedstilbud af høj kvalitet, uanset hvor i landet de er bosat. En ensartet, høj kvalitet på tværs af landet kræver lighed i fordelingen af stærke sundhedsfaglige tilbud. Rekruttering af kvalificeret personale er også en vigtig forudsætning for at kunne levere høj kvalitet. Organiseringen bør understøtte mulighederne for at rekruttere personale til alle dele af landet. Herudover er det afgørende for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen at medtænke digitale løsninger, der bl.a. kan være med til at kompensere for rekrutteringsudfordringer i dele af landet. En vigtig forudsætning for geografisk lighed er, at geografiske enheder har ensartede forudsætninger for at varetage deres opgaver henset til befolkningens sundhedsbehov.

Social lighed i kvalitet

Borgerne bør modtage behandling af høj kvalitet. Her forstås kvalitet som den enkelte borgers udbytte af pleje og behandling. Det indebærer, at det kan være nødvendigt at behandle borgere forskelligt for at opnå samme resultat. Høj kvalitet for alle borgere er dermed ikke ensbetydende med, at alle borgere skal have præcis samme pleje og behandling. Det skal fx være muligt at tilpasse behandlingen til borgernes individuelle behov.



Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud

Hensynet om let adgang til relevante sundhedstilbud er bl.a. betinget af graden af fri adgang til sundhedstilbud, tilbuddenes geografiske nærhed og muligheder for frit valg mellem leverandører. Behandling i hjemmet er i stigende grad relevant og muligt i takt med udviklingen af det primære sundhedsvæsen, nye teknologiske muligheder og borgernes stigende forventninger om mulighed for digital kontakt med sundhedsvæsenet.

Et sundhedsvæsen, som er tilgængeligt, når og hvor der er brug for det

Det er afgørende for borgernes brug af sundhedsvæsenet, at det er nemt at finde frem til relevant sundhedsfaglig hjælp. Fx kan én eller få indgange til sundhedsvæsenet gøre det lettere for borgeren at navigere rundt i relevante sundhedstilbud.

Derudover bør sundhedsvæsenet så vidt muligt indrettes, så sundhedstilbud er tilgængelige på de tidspunkter og de steder, hvor borgeren har brug for hjælp. Forskelle i borgernes ressourcer og sundhedskompetencer må ikke være en hindring for at opnå adgang til relevante sundhedstilbud. Hensynet fordrer også, at det bør tilstræbes, at sundhedsvæsenet er tilgængeligt på de måder, der bedst understøtter borgernes sundhedsbehov.

Hensynet indebærer ikke, at der bør være fri adgang til alle sundhedsydelser, men derimod i nogle tilfælde visiteret adgang på baggrund af en behovsvurdering fra en sundhedsprofessionel. Den visiterede adgang sikrer, at sundhedsydelser gives efter behov. Det mindsker unødvendig udredning og behandling.

Borgernes valgmuligheder og rettigheder

Ud fra et borgerhensyn er det vigtigt, at myndighedsansvaret er tydeligt placeret, og borgerne derfor ikke påvirkes negativt af et uklart myndighedsansvar.

Indenfor rammerne af en sundhedsfaglig vurdering af borgerens behov bør der være valgmuligheder for den enkelte borger. Det kan både være et valg om at modtage ét sundhedstilbud fremfor et andet og et valg mellem forskellige leverandører af samme type sundhedstilbud.

Regulering af rettigheder, frit valg og brug af private tilbud i sundhedsvæsenet er en del af den samlede organisering af patienters valgmuligheder og adgang til relevant behandling. Organiseringen kan give flere tilgængelige tilbud, fx et privat alternativ ved ventetid til behandling eller genoptræning. I de tilfælde, hvor borgernes valgmuligheder mellem offentlige tilbud og private leverandører medfører øget konkurrence, kan valgmuligheder desuden give myndigheder tilskyndelse til en mere effektiv løsning af opgaverne i det offentlige sundhedsvæsen.[71]

71 Lars Thorup Larsen og Deborah Stone, "Governing Health Care Through Free Choice: Neoliberal Reforms in Denmark and the United States", *Journal of Health Politics, Policy and Law 40*, nr. 5 (2015): 941–70.

Sundhedstilbud tæt på borgerne

Sundhedstilbuds geografiske nærhed til borgernes hjem kan have betydning for, om borgerne benytter sig af tilbuddene. Store geografiske afstande kan for nogle borgere være en hindring for at opsøge og tage imod relevante sundhedstilbud. Fokus på nærhed for borgerne kan i udgangspunktet føre til, at opgaverne løses fysisk tæt på de borgere, de vedrører. Dog må hensynet til geografisk nærhed vejes op imod hensynet til at sikre en faglig bæredygtig opgaveløsning. Decentralisering af komplekse opgaver kan bl.a. udfordre mulighederne for at sikre de nødvendige kompetencer og en omkostningseffektiv opgaveløsning.

Med digitale løsninger kan borgere til en vis grad få leveret sundhedsydelser af sundhedspersonale lokaliseret et andet sted i landet. Digitale hjælpemidler og løsninger kan fx understøtte let kommunikation med sundhedsvæsenet for borgere med tilstrækkelige digitale kompetencer. Oplevelsen af nære sundhedstilbud er dermed ikke afgrænset til, at borger og sundhedsperson er i samme rum. Nære og tilgængelige tilbud afhænger af andet og mere end den geografiske placering af et tilbud.

Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb

Høj kvalitet i sundhedstilbud forudsætter, at borgerne oplever en høj grad af sammenhæng i hele forløbet, fx fra undersøgelse og udredning, behandling på sygehuset og eventuel efterfølgende genoptræning og pleje. Derfor er det et væsentligt hensyn, at organiseringen af sundhedsvæsenet understøtter en stærk sammenhæng i borgernes forløb. Som nævnt i kapitel 4 har særligt gruppen af ældre medicinske patienter ofte langvarige behandlingsforløb, der går på tværs af forskellige sektorer.

Et sammenhængende ansvar for borgernes forløb

Det er en forudsætning for stærk sammenhæng i borgernes forløb, at organiseringen understøtter samarbejde om det bedst mulige sundheds- og behandlingstilbud. Ved udskrivelse af fx en svækket og multisyg patient fra sygehuset med behov for fortsat behandling og genoptræning i eget hjem er der tale om en kompleks koordineringsopgave, hvor sygehuset, sygeplejen og den alment praktiserende læge afstemmer forventninger og ansvar. Det betyder, alt andet lige, at jo flere sammenhængende opgaver, en myndighed har ansvaret for, desto bedre forudsætninger er der i princippet for at afstemme og koordinere indsatser med det formål at sikre sammenhæng i patientforløbet.[72]

Et delt ansvar mellem myndigheder om indsatser i borgerens forløb, fx ansvar for pleje, behandling og genoptræning, kan omvendt gøre det vanskeligere at skabe tilstrækkelig sammenhæng i opgaveløsningen. Et delt ansvar mellem myndigheder giver desuden større risiko for kassetænkning, hvor hver myndighed har fokus på egne opgaver.

Sammenhæng kan bl.a. understøttes af en organisering, der understøtter koordination og kommunikation mellem flere involverede parter samt faglig, juridisk og økonomisk styring på tværs af de involverede parter. Dertil er samlede mål og klare aftaler om arbejdsgange og opgavefordeling på tværs af myndigheder vigtige faktorer for at skabe sammenhæng i borgernes forløb.[73]

En myndigheds opgaveportefølje kan dog også blive så stor og kompleks, at der opstår væsentlige snitflader internt i myndigheden. De interne snitflader, fx mellem henholdsvis en sundheds- og en socialforvaltning i en kommune, kan reducere gevinsten ved at samle mange relaterede opgaver under samme myndighed. Samling af opgaver er dermed ikke en tilstrækkelig betingelse for at opnå en høj grad af sammenhæng i borgerforløb, og det må i det konkrete tilfælde afvejes, om gevinsterne ved at samle opgaveansvaret overstiger de potentielle omkostninger og stordriftsulemper.

---

72 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, *Sundhedsvæsenets organisering: sygehuse, incitamenter, amter og alternativer* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003).

73 VIVE og Marie Henriette Madsen, *Sammenhæng ifølge sundhedspersonale – En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet* (VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2024).

Koordination af tværgående forløb

Uanset om opgaver løses indenfor eller på tværs af myndigheder, vil der være et stort og stigende antal forløb i sundhedsvæsenet, som kræver en høj grad af koordination, fordi mange sundhedspersoner er involverede i forløbet. Koordinationsbehovet er større i forløb med høj faglig kompleksitet, fx ved flere samtidige sygdomme eller ved samtidige somatiske, psykiske og sociale problemstillinger.

Det er derfor, uanset opgave- og ansvarsfordelingen, vigtigt at have fokus på, om organisatoriske løsninger understøtter koordination og samarbejde i sundhedsvæsenet. Det følger heraf, at der er andre organisatoriske tiltag end opgavesamling, der kan styrke sammenhængen i borgernes forløb, fx tværgående regulering og koordinations- og samarbejdsfora.

Digitalisering og datadeling på tværs af forløb

Et sammenhængende forløb forudsætter, at relevant information og data deles på tværs af de sundhedspersoner, som er involveret. Det kræver fokus på digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet, og det kræver, at de lovgivningsmæssige rammer er til stede. Fælles løsninger til at sikre smidig deling af data og overblik over oplysninger om en patients forløb og tilstand bør så vidt muligt udbredes på tværs af sundhedsvæsenet. Organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen skal understøtte, at potentialer i nye teknologiske muligheder udnyttes, og den digitale omstilling fremmes.



Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

Hensynet om at give borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer indebærer, at organiseringen understøtter omkostningseffektivitet og økonomisk robusthed, en stærk sammenhæng mellem opgave- og budgetansvar og effektiv brug af knappe personaleressourcer.

Indretningen af fremtidens sundhedsvæsen skal være med til at skabe et ressourcemæssigt bæredygtigt sundhedsvæsen i mange år fremover. Det fremgår af kommissoriet, at Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger samlet set skal være udgiftsneutrale og ikke medføre øget træk på personalekapacitet. På den baggrund lægger kommissionen stor vægt på hensynet om, at organiseringen skal bidrage til, at borgerne får mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer.

Desuden er sundhedsvæsenet en del af en offentlig sektor, hvor de samlede ressourcer skal dække mange velfærdsområder. Ændringer i sundhedsvæsenets organisering kan derfor både have positive og negative konsekvenser for andre dele af den offentlige sektor. Det er samlet set ikke en bæredygtig løsning, hvis sundhedsvæsenet fremover optager en uforholdsmæssigt stor andel af de ressourcer, der er tilgængelige for den samlede offentlige sektor.

Omkostningseffektivitet og tilpasningsdygtighed

Organiseringen af sundhedsvæsenet skal understøtte en omkostningseffektiv opgavevaretagelse, hvor der løbende realiseres produktivitetsgevinster. Frigjorte ressourcer kan bruges på andre opgaver i sundhedsvæsenet til gavn for borgerne, når produktiviteten øges. Det kan fx ske gennem nye og effektive behandlingsmetoder og digitale løsninger, der effektiviserer og automatiserer arbejdsgange.

Hensynet indebærer, at de ansvarlige myndigheder bør have fleksibilitet til at tilrettelægge opgavevaretagelsen efter lokale hensyn, og de kan foretage tværgående prioriteringer. Det forudsætter også, at gode, lokale løsninger udbredes og nyttiggøres i de dele af sundhedsvæsenet, hvor de er relevante. Et lærende sundhedsvæsen foretager løbende evalueringer og udvikler sig ved brug af relevante og tilgængelige data, der kan understøtte omstillingen mod de mest omkostningseffektive sundhedstilbud og behandlinger.

Samtidig skal organiseringen understøtte, at løbende ændringer i den medicinske teknologi skaber behov og mulighed for en kontinuerlig tilpasning af arbejdsdelingen mellem sygehusene og det øvrige sundhedsvæsen.[74]

Sundhedsvæsenet skal i højere grad end i dag tilrettelægge indsatser ud fra en populationsbaseret tilgang. Med en populationsbaseret tilgang målrettes indsatsen til de forskellige patientgruppers behov, uden alle patienter nødvendigvis skal tilbydes samme indsats. Det væsentlige er, at indsatserne varetages der, hvor det giver bedst mening ressourcemæssigt og for at skabe mest mulig sundhed for borgerne.[75]

Opgave- og budgetansvar bør følges ad

Opgave- og ansvarsplacering bør afspejle, at opgaver, som er substituerbare eller gensidigt afhængige, løses i sammenhæng, så en investering i én indsats kan give en besparelse på en anden indsats. Organiseringen skal reducere risikoen for, at hensigtsmæssige investeringer ikke bliver foretaget, fordi én myndighed har ansvaret for at finansiere en indsats, imens en anden myndighed høster gevinsten af indsatsen.

Ud fra en ressourcebetragtning er det et vigtigt hensyn, at opgave- og budgetansvar følges ad, og opgaver med høj substituerbarhed eller gensidig afhængighed enten er samlet under én myndighed eller underlagt en klar national regulering, som kompenserer for uhensigtsmæssige incitamentsstrukturer.

De ansvarlige myndigheder bør være økonomisk robuste, så myndighederne har økonomi og øvrige ressourcer til at imødegå uforudsete udsving og hændelser i deres økonomi og drift. Alt andet lige øges den økonomiske robusthed ved en betydelig grad af rammestyring og ved større enheder, da mindre enheder typisk kan være mere afhængige af køb og salg af ydelser eller samarbejde med andre enheder, fordi befolkningsstørrelse og opgavevolumen vil være mindre.

Effektiv brug af knappe personaleressourcer

Effektiv brug af de knappe personaleressourcer indebærer bl.a. en organisering, som fremmer samarbejde og deling af kvalificeret personale på tværs af specialer og sygehuse og mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Potentialer i ressourcebesparende teknologi bør indfries for at frigøre personaleressourcer til prioriterede opgaver.

I vurderingen af forslag til ændret organisering vil det være væsentligt, om forslaget medvirker til, at de administrative ressourcer anvendes effektivt, og løsningerne ikke medfører unødvendigt bureaukrati.



Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

Hensynet om effektiv politisk styring og demokratisk kontrol indebærer, at organiseringen giver et klart politisk ansvar for leveringen af sundhedstilbud, understøtter politisk opmærksomhed på væsentlige udfordringer og bidrager til politisk handlekraft og styring.

Et klart politisk ansvar

Sundhedsområdet er et centralt og økonomisk tungt velfærdsområde, som bliver prioriteret højt af borgerne, jf. boks 6.4 og 6.5. Det er samtidig et område, hvor der træffes politiske beslutninger med store konsekvenser for borgerne. Af den årsag bør der være et klart politisk ansvar for sundhedsvæsenet, hvor offentligheden og i sidste ende vælgerne har gode muligheder for at udøve demokratisk kontrol og placere et politisk ansvar for udviklingen i sundhedsvæsenet.

---

74 Indenrigsministeriet, red., *Samordning i sundhedsvæsenet: Betænkning fra det af indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet,* Betænkning 1044 (København, 1985).

75 Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, "Afrapportering - Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen", 2017.

Boks 6.4
Et økonomisk tungt velfærdsområde

Der anvendes ca. 130,9 mia. kr. årligt til regionernes sundhedsudgifter og ca. 61,5 mia. kr. på det kommunale sundheds- og ældreområde. Udgifterne er opgjort som de samlede driftsudgifter og statsrefusion.

Kilde: (dranst 1 og 2) i pl-22 og 2022-opgaveniveau pba. regionernes og kommunernes regnskab for 2022.

Anm.: Regionernes sundhedsudgifter er afgrænset til hovedkonto 4 Sundhed, mens det kommunale sundheds- og ældreområde er afgrænset til hovedkonto 4 Sundhed (eksl. aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet) og hovedfunktion 5.30 Tilbud til Ældre.

Boks 6.5
Et vigtigt område for borgerne

I en måling fra oktober 2022, udført af Voxmeter, var "sundhed, herunder praktiserende læger og psykiatri" det emne, som danskerne syntes var vigtigst, at politikerne tog sig af.

I september 2022 gav en undersøgelse blandt Epinions Danmarkspanel et tilsvarende resultat. Her svarede 29 pct., at "hospitaler og sundhed" var det vigtigste område, politikerne skulle tage sig af. Sundhed toppede klart listen.

Kilde: "Psykiatrien er i toppen af vælgernes dagsorden", Voxmeter, 2022; "Ét emne topper 'overraskende stort' danskernes liste over, hvad de vil have politikerne til at løse", DR, 2022.

Demokratisk kontrol kan tilgodeses ved, at de myndigheder, der har ansvaret for driften af sundhedsvæsenet, er ledet af politikere valgt ved direkte valg eller underlagt et politisk niveau, som er valgt ved direkte valg til et andet myndighedsniveau. Den demokratiske kontrol vil være svagere ved indirekte valg, hvor der vil være flere led imellem vælgerne og de valgte repræsentanter. Derimod vil den demokratiske kontrol være stærkere, jo større klarhed der er i opgave- og ansvarsfordelingen. Et opgaveansvar delt imellem regioner og kommuner vil fx svække klarheden i det politiske ansvar. Uklarhed om det politiske ansvar svækker vælgernes mulighed for at stille politikerne til ansvar, og dermed svækkes også den politiske tilskyndelse til at prioritere og handle på de problemer, som borgerne oplever.

Politisk nærhed fremhæves ofte som et væsentligt aspekt ved den demokratiske kontrol. Politisk nærhed indebærer, at de politikere, der har ansvaret for opgaveløsningen, skal være tæt på de berørte borgere. Formålet er at sikre, at politikerne har de bedste muligheder for at identificere og reagere på lokale problemstillinger og tilpasse opgaverne til lokale ønsker og behov.[76] Sundhedsstrukturkommissionen anerkender værdien af politisk nærhed, men gør opmærksom på, at hensynet om nærhed i praksis skal vejes op imod flere andre hensyn. Det gælder bl.a. hensynet om, at der på det relevante myndighedsniveau kan etableres et velfungerende repræsentativt demokrati kendetegnet ved et højt antal kandidater til politiske poster, reel konkurrence imellem flere politiske partier, vælgernes mulighed for indsigt i politiske beslutningsprocesser og borgernes mulighed for at bidrage til de politiske beslutningsprocesser.[77]

Politisk opmærksomhed på væsentlige udfordringer

Politisk opmærksomhed på en given problemstilling er en afgørende forudsætning for politisk handling. Organiseringen af sundhedsvæsenet påvirker den politiske opmærksomhed.[78,79] Det har fx betydning for

76 Strukturkommissionen, *Strukturkommissionens betænkning. Hovedbetænkningen*, bd. I, III bd. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004).

77 Niels Opstrup, "Det regionale politiske niveau. Notat til Sundhedsstrukturkommissionen", 2023.

78 Peter Bjerre Mortensen, Matt W. Loftis, og Henrik Bech Seeberg, *Explaining Local Policy Agendas: Institutions, Problems, Elections and Actors*, Comparative Studies of Political Agendas Series (Cham: Palgrave Macmillan, 2022).

79 Peter Bjerre Mortensen og Christoffer Green-Pedersen, "Institutional Effects of Changes in Political Attention: Explaining Organizational Changes in the Top Bureaucracy", *Journal of Public Administration Research and Theory 25*, nr. 1 (1. januar 2015).

de problemer og løsninger, der identificeres indenfor ældreområdet, hvis det organisatorisk er placeret sammen med sundheds- eller sammen med socialområdet. Det kan tilsvarende få stor betydning for, om det lykkes at styrke sundheden for de mange, om der skabes organisatoriske rammer, som styrker den politiske opmærksomhed på det primære sundhedsvæsen.

Det er derfor et væsentligt hensyn, at den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet understøtter, at de udfordringer og målsætninger, som blev fremhævet i første del af rapporten, bliver genstand for reel og vedvarende politisk opmærksomhed.

Politisk handlekraft og styring

Politisk opmærksomhed på problemer og løsninger er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig betingelse for forandring. Sundhedsvæsenets organisering skal derfor også understøtte, at der er politisk evne og vilje til løbende at forholde sig til og reagere på udfordringer, som kræver svære politiske prioriteringer eller egentlige reformer. Den politiske handlekraft kan understøttes på forskellig vis, men det er vigtigt at være opmærksom på, at det ikke nødvendigvis giver en stærkere reformkapacitet, hvis ét politisk niveau har det fulde ansvar for både reform, implementering og drift. I det tilfælde vil det fulde politiske ansvar falde tilbage på ét politisk niveau, og det har vist sig, at en stær koncentration af de politiske omkostninger ved reformer alt andet lige reducerer den politiske handlekraft og reformkapacitet.[80]

Det betyder imidlertid ikke, at der bør være et delt politisk ansvar for driften af sundhedsvæsenet. Driftsansvaret bør så vidt muligt være klart og entydigt placeret, men det står ikke i modsætning til et sundhedsvæsen, hvor der fx er en arbejdsdeling imellem et centralt rammesættende, retningsgivende og regulerende forvaltningsniveau og et decentralt niveau med ansvar for at levere sundhedstilbud til borgerne.



Hensyn 6: Implementeringsomkostninger

Gennemførelse og implementering af enhver større organisatorisk forandring indebærer både potentialer og risici, og det er vigtigt, at de organisatoriske og strukturelle løsninger for fremtidens sundhedsvæsen også vurderes i et implementeringsperspektiv. Det gælder her, at løsningerne skal kunne implementeres i et sundhedsvæsen, som i implementeringsfasen fortsat skal kunne levere effektiv og sikker drift af sundhedsydelser. Organisatoriske forandringer kan medføre perioder med stilstand og produktivitetstab, fordi ledelse og medarbejdere er optagede af at implementere ændringer på bekostning af kernedrift. Implementeringsomkostninger kan også omfatte tab af kompetencer, fordi nogle medarbejdere søger andre veje i forbindelse med større organisatoriske ændringer.

Implementeringsomkostninger kan ikke bruges som et generelt argument imod organisatoriske forandringer. Umiddelbare omkostninger og risici ved implementeringen af organisatoriske forandringer kan opvejes af forventede fremtidige fordele. Samtidig er det en afvejning, som må foretages i lyset af udfordringerne beskrevet i kapitel 4. En reform kan være nødvendig, selvom reformen på kort sigt vil medføre betydelige implementeringsomkostninger. Det centrale er her, at implementeringsomkostningerne indgår i den samlede vurdering af den organisatoriske løsning.

Ofte vil der være forskellige måder, en given organisatorisk forandring kan implementeres på. I det tilfælde indebærer hensynet, at hvis en organisatorisk forandring kan gennemføres og implementeres på to eller flere måder, bør forandringen gennemføres på den måde, der indebærer de laveste implementeringsomkostninger – naturligvis under den forudsætning, at målet med forandringen stadig kan indfries.

80 Johannes Lindvall, *Reform Capacity*, (Oxford: Oxford University Press, 2019).

Kapitel 7: Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

I kapitlet redegøres for væsentlige træk ved den nuværende organisering og styring af det danske sundhedsvæsen. For så vidt angår det kommunale opgaveområde, giver kapitlet også en beskrivelse af organiseringen af det kommunale ældreområde. Herudover præsenteres resultaterne fra en komparativ analyse, hvor organiseringen af det danske sundhedsvæsen sammenlignes med sundhedsvæsenet i andre sammenlignelige lande.

Det danske sundhedsvæsen er decentralt organiseret. Den politiske, det økonomiske og det driftsmæssige ansvar er placeret i regioner og kommuner. Staten fastsætter rammerne for opgaveløsningen i sundhedsvæsenet via lovgivning, årlige økonomiaftaler, retningslinjer og anden statslig styring indenfor området. Dermed er der tre forvaltningsled med ansvar for forskellige opgaver i sundhedsvæsenet. Derudover skelnes der mellem tre sektorer i sundhedsvæsenet: sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren. Som en del af opgaveløsningen er der tradition for at bruge private leverandører, fx privathospitaler, praktiserende speciallæger og en række private leverandører på de kommunale ansvarsområder, især i forbindelse med hjælp til syge og ældre borgere.

Danmark står ikke alene med nogle af de aktuelle udfordringer i sundhedsvæsenet, bl.a. udfordringer grundet mangel på personale.[81] På tværs af de udvalgte lande i førnævnte analyse er der variation i forvaltningsstrukturer og finansieringsstrukturer, men der er også klare fællestræk. Fx er der i alle landene en høj grad af offentlig finansiering af sundhedsvæsenet. Et andet fællestræk er fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde og sikre effektive og sammenhængende patientforløb i organiseringen af sundhedsvæsenerne. Til det formål har flere lande gennemført reformer.

Sundhedsvæsenet i dag

I dag er der tre forvaltningsled indenfor sundhedsvæsenet, gengivet i tabel 7.1. Staten udstikker de overordnede rammer for at varetage opgaver på bl.a. sundhedsområdet og ældreområdet. Kommunerne og regionerne er de ansvarlige myndigheder, der har ansvaret for driften af opgaverne. Tabel 7.1 viser, at der på tværs af de tre forvaltningsled er ligheder og forskelle i den måde, finansiering og styreform er organiseret indenfor de tre forvaltningsled.

81 Hans Okkels Birk m.fl., "Denmark: Health system review", *Health Systems in Transition* 26, nr. 1 (2024): i–152.

Tabel 7.1
Den nuværende forvaltningsstruktur med tre forvaltningsled

	Kommuner	Regioner	Staten
Generelt	98 kommuner Varetager de fleste direkte borgerrettede velfærdsopgaver	5 regioner Varetager få velfærdområder, herunder en stor del af opgaverne på sundhedsområdet	1 enhed Sætter de nationale rammer for alle områder, men har driftsopgaver på få områder
Opgaver indenfor sundheds- og ældre-området	Det kommunale sundheds-område udgør et mindre kommunalt velfærdsområde, mens ældreområdet udgør et større velfærdsområde i kommunerne Opgaver efter sundhedsloven er bl.a. sygepleje, tandpleje og sundhedspleje. Efter serviceloven er opgaver bl.a. personlig pleje, praktisk hjælp, genoptræning og plejebolig. For nogle opgaver på ældreområdet står private leverandører for en betydelig andel af driften	Sundhedsopgaven er regionernes hovedopgave. De har desuden opgaver på fx miljøområdet og socialområdet De primære opgaver er driften af somatiske sygehuse, psykiatri og praksisområderne. Der anvendes i relativt mindre grad private leverandører af sygehus-opgaver (sammenlignet med visse kommunale opgaver)	En række statslige styrelser har opgaver som tilsyn, autorisation, specialeplan, kliniske retningslinjer og patienterstatningssager
Finansiering og økonomi	Økonomiske rammer aftales i årlige økonomiaftaler Udgiftsrammerne er generelle og kollektive Kommunerne har ansvar for at prioritere fordeling af udgifter på tværs af velfærdsområder Finansiering er primært generel (skat og bloktilskud) og dertil statslig refusion på fx social-området	Økonomiske rammer aftales i årlige økonomiaftaler Særskilte udgiftsrammer for sundhedsområdet og regional udvikling. Rammerne er kollektive Regionerne har ansvar for at prioritere fordeling af udgifter indenfor sundhedsområdet Finansiering er generelt tilskud fra staten og kommunalt bidrag	Rammer fastsættes i finans-loven Udgiftslofter for driftsudgifter og indkomstoverførsler. Konjunkturafhængige indkomstoverførsler er dog ikke underlagt udgifts-lofter Staten har ansvar for at prioritere mellem udgifts-områder Finansiering sker via skatter og afgifter
Styreform og forvaltning	Typisk 19-31 kommunal-bestyrelsesmedlemmer pr. kommune, som vælges ved direkte valg hvert fjerde år Økonomiudvalg med ansvar for økonomi og administrative forhold og stående udvalg, der som udgangspunkt varetager den umiddelbare forvaltning Hele forvaltningen under kommunalbestyrelsen er én samlet myndighed	41 regionsrådsmedlemmer pr. region, som vælges ved direkte valg hvert fjerde år Alle regionsråd har valgt en styreform, hvor regions-rådene varetager den umiddel-bare forvaltning. De har 5-8 stående udvalg, der primært har en rådgivende og politik-formulerende funktion. Forretningsudvalget har ansvar for økonomi og administrative forhold Hele forvaltningen under regionsrådet er én samlet myndighed	179 medlemmer af Folketinget. Direkte valgt hvert fjerde år eller oftere Regeringen må ikke have flertal imod sig i Folketinget. Statsministeren udpeger regeringens ministre Ressortprincippet betyder, at hvert ministerium er én myndighed

Sundheds- og ældreområdet i tal

Regioner, kommuner og praksissektoren er de største leverandører af offentligt finansierede sundhedsydelser, mens andre private aktører, såsom privathospitaler, også spiller en vis rolle.

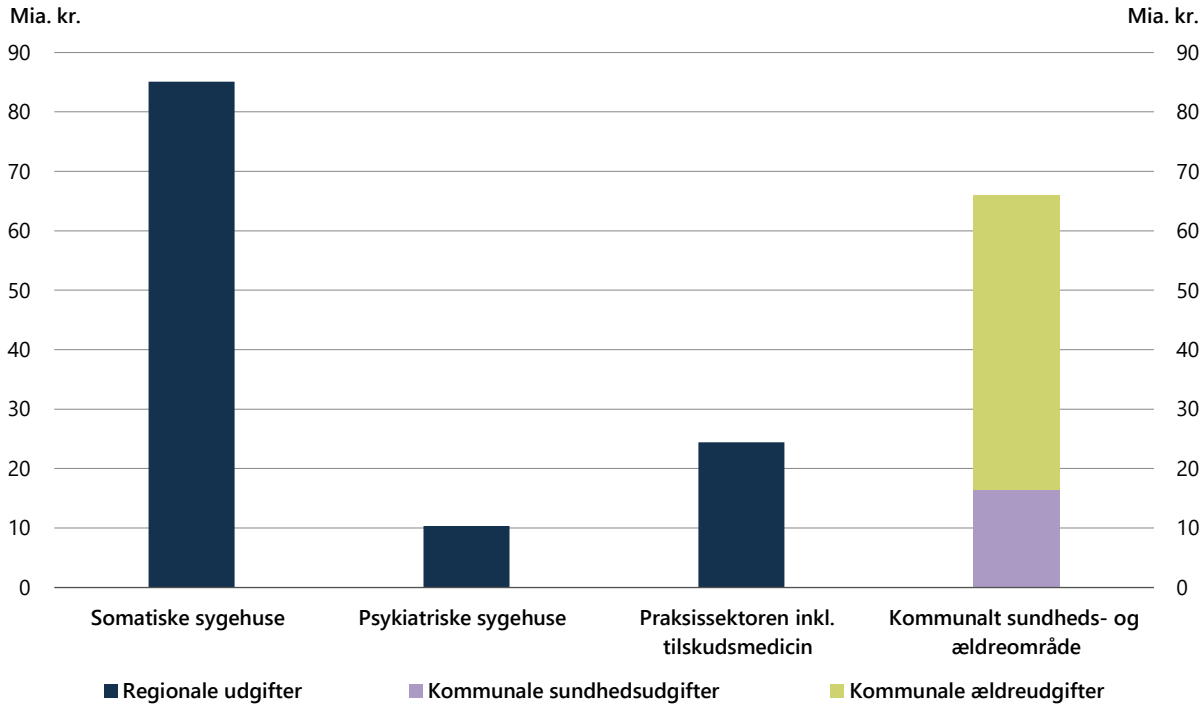
I det følgende vises størrelsesforholdet mellem det kommunale sundheds- og ældreområde, sygehusområdet og praksissektoren målt på henholdsvis udgifter, personaleressourcer og leverede ydelser. Udover sundhedsområdet beskrives det kommunale ældreområde, da dette område vurderes at være nærtliggende til sundhedsområdet. Derudover yder mange kommunale medarbejdere i praksis både sundheds- og ældreindsatser, og afgrænsningen af områderne er derfor forbundet med nogen usikkerhed.

Økonomi

De offentlige udgifter til sundhedsområdet udgør ca. 150 mia. kr. i 2022, hvilket svarer til ca. 36 pct. af kommunerne og regionernes samlede servicedriftsudgifter. Herudover kommer udgifterne til det kommunale ældreområde, som var på 50 mia. kr. i 2022. Størrelsesorden på de forskellige sektorer indenfor sundhedsområdet og det kommunale ældreområde er illustreret i figur 7.1.

Somatiske sygehuse er det markant største udgiftsområde indenfor sundhedsområdet. Denne sektor afholdte udgifter på 85 mia. kr. i 2022, svarende til 58 pct. af de samlede offentlige udgifter til sundhedsområdet. Psykiatriske sygehuse afholdte udgifter på 10 mia. kr., svarende til 7 pct. af udgifterne til sundhedsområdet, mens praksissektoren (inklusive tilskudsmedicin) afholdte udgifter på 24 mia. kr., svarende til 17 pct. af udgifterne til sundhedsområdet. Herudover havde regionerne øvrige sundhedsudgifter på 11 mia. kr., hvilket ikke fremgår af figuren. Det kommunale sundhedsområde omfatter alle kommunale indsatser under sundhedsloven, hvilket inkluderer den kommunale sygepleje, størstedelen af træningsområdet, tandområdet, sundhedsplejen og misbrugsområdet. Denne sektor udgjorde 16 mia. kr., svarende til 11 pct. af udgifterne til sundhedsområdet. De kommunale ældreindsatser omfatter indsatser som personlig pleje, praktisk hjælp og plejeboliger, som vurderes at have nær sammenhæng til sundhedsområdet. Sektoren havde udgifter på 50 mia. kr. i 2022.

Figur 7.1
Udgifter til sygehuse, praksissektor og kommunale sundheds- og ældreindsatser, 2022



Anm.: Udgifterne opgøres som de samlede servicedriftsudgifter (dranst 1) opgjort i pl-22 og er ekskl. aktivitetsbestemt medfinansiering. Opgørelsen medtager ikke statsrefusioner (dranst 2), da det er opgavestørrelsen, som skal belyses. Somatiske sygehuse omfatter funktion 1.10.01 Somatiske sygehuse. Psykiatriske sygehuse omfatter funktion 1.10.02 Psykiatriske sygehuse og afdelinger. Praksissektoren inkl. tilskudsmedicin omfatter hovedfunktion 1.20 Sygesikring m.v., og inkluderer derved både almen praksis, specialpraksis, tilskudsmedicin, tandlægepraksis, kiropraktor og psykologbehandling mv. Det kommunale sundhedsområde opgøres som hovedkonto 4 Sundhedsområdet eksklusive 33,33 pct. af funktion 4.62.84 Genoptræning og vedligeholdelsestræning, hvilket omfatter genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven, men inklusive funktion 5.30.28 Hjemmesygepleje, funktion 5.38.44 Alkoholbehandling og behandlingshjem for personer med alkoholmisbrug og funktion 5.38.45 Behandling af personer med stofmisbrug. Det kommunale sundhedsområde omfatter derved genoptræning og vedligeholdelsestræning efter sundhedsloven, vederlagsfri fysioterapi, kommunal tandpleje, borger- og patientrettet forebyggelse, kommunal sundhedspleje, kommunal sygepleje og misbrugsområdet (inkl. den del af stofmisbrugsbehandlingen, der gives under serviceloven, da dette ikke kan adskilles). Det kommunale ældreområde opgøres som hovedfunktion 5.30 Tilbud til ældre eksklusive funktion 5.30.28 Hjemmesygepleje, som er under sundhedsloven, inklusive 33,33 pct. af funktion 4.62.84 Genoptræning og vedligeholdelsestræning, hvilket omfatter genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven, funktion 5.38.38 Personlig og praktisk hjælp og madservice til personer med handicap m.v. omfattet af frit valg af leverandør samt rehabiliteringsforløb, hvilket omfatter personlig og praktisk hjælp og madservice samt rehabilitering til personer under 67 år, og 78,79 pct. af funktion 5.38.41 Hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning og befordringer til personer med handicap, hvilket omfatter hjælpemidler til personer under 67 år. Det kommunale ældreområde omfatter derved personlig og praktisk hjælp og madservice samt rehabilitering til personer over og under 67 år, plejehjem og plejeboliger m.v., genoptræning og vedligeholdelsestræning under serviceloven, forebyggende hjemmebesøg, tilbud med aktiverende sigte, midlertidige pladser, afløsning og aflastning samt hjælpemidler til personer over og under 67 år. Opgørelserne omfatter herudover ikke central og decentral administration på de regionale områder, herunder udgifter til IT, samt centrale administrative udgifter på det kommunale område, herunder udgifter til visitation.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistik, REGK31 og REGR11.

Personale

Der var ca. 210.000 personer beskæftiget på sundhedsområdet i 2023.[82] Dette omfatter ca. 20.000 medarbejdere på det kommunale sundhedsområde, ca. 120.000 medarbejdere på det regionale sundhedsområde og ca. 70.000 beskæftigede på det private sundhedsområde (jf. figur 7.2 og 7.3). Herudover er der ca. 80.000 medarbejdere på det kommunale ældreområde (jf. figur 7.2).

82 De 210.000 personer opgøres som en kombination af antal fuldtidspersoner på det kommunale og regionale område og antal personer på det private område. Dette fremgår af figur 7.2 og 7.3.

Der er beskæftiget en række forskellige personalegrupper på sundhedsområdet, som varierer indenfor det kommunale, regionale og private område (jf. figur 7.2 og 7.3). Indenfor det kommunale sundhedsområde er sygeplejersker den største personalegruppe (31 pct.), efterfulgt af ergo- og fysioterapeuter (21 pct.), tandplejepersonale (16 pct.), øvrigt sundhedspersonale (12 pct.) og ikke-sundhedsfagligt personale (12 pct.). Dette hænger sammen med at de største indsatser på det kommunale sundhedsområde er den kommunale sygepleje, træningsområdet og tandområdet. Øvrigt sundhedspersonale omfatter især sundhedsplejersker, mens ikke-sundhedsfagligt personale især omfatter administrativt personale.

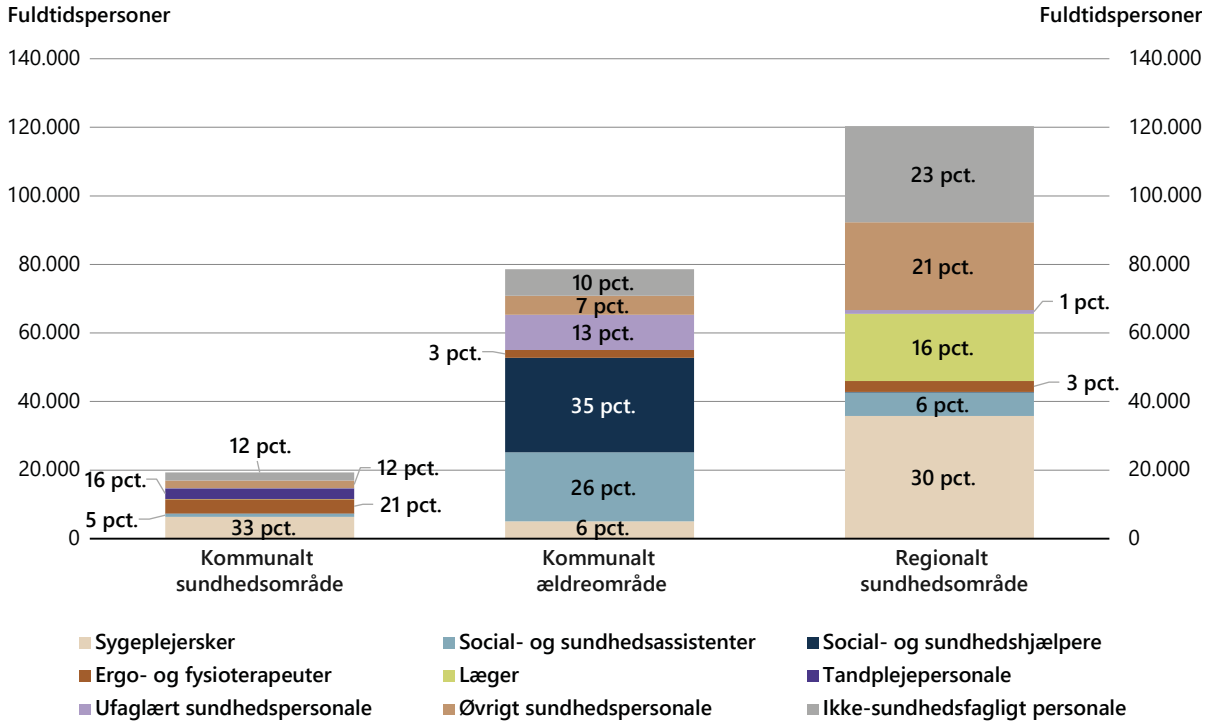
De største personalegrupper ansat på det regionale område er sygeplejersker (30 pct.), læger (16 pct.), øvrigt sundhedsfagligt personale (23 pct.) og ikke-sundhedsfagligt personale (23 pct.). Øvrigt sundhedsfagligt personale omfatter en længere række faggrupper såsom bioanalytikere, radiografer, jordemødre, lægesekretærer, sygehusportører og ambulanceuddannet personale. Ikke-sundhedsfagligt personale omfatter bl.a. administrativt personale, serviceassistenter og rengøringspersonale. Denne opgavefordeling hænger sammen med, at langt størstedelen er ansat på hospitaler. Personer beskæftiget i praksissektoren indgår kun i begrænset omfang i denne opgørelse. Størstedelen af disse personer indgår i stedet i opgørelsen over beskæftigede på det private sundhedsområde (jf. figur 7.3).

På det private sundhedsområde er der beskæftiget personer med en række forskellige uddannelser. Herunder sygeplejersker (8 pct.), social- og sundhedspersonale (7 pct.), fysio- og ergoterapeuter (7 pct.), læger (9 pct.), øvrige sundhedsuddannede (20 pct.), ufaglærte (20 pct.) og ikke-sundhedsfagligt uddannede (28 pct.). Social og sundhedspersonale dækker over social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere. Øvrige sundhedsuddannelser dækker bl.a. over tandplejepersonale, kiropraktorer, psykologer, lægesekretærer, radiografer, bioanalytikere osv. Det private sundhedsområde dækker over en række sektorer som hospitaler (4 pct.), almen og specialpraksis (24 pct.), tandlægepraksis (17 pct.), øvrig praksis (18 pct.), plejeboliger m.v. (7 pct.), hjemmehjælp (11 pct.) og øvrigt (18 pct.) jf. figur 7.4. Det øvrige sundhedsområde dækker bl.a. private jordemødre og misbrugsområdet.

De største faggrupper på det kommunale ældreområde er social- og sundhedsassistenter (26 pct.), social- og sundhedshjælpere (35 pct.), ufaglært sundhedspersonale (13 pct.) og ikke-sundhedsfagligt personale (10 pct.) jf. figur 7.2. Ufaglært sundhedspersonale er ansatte, som ikke har en sundhedsfaglig uddannelse, men som varetager sundhedsfaglige opgaver ifm. deres ansættelse.

Figur 7.2

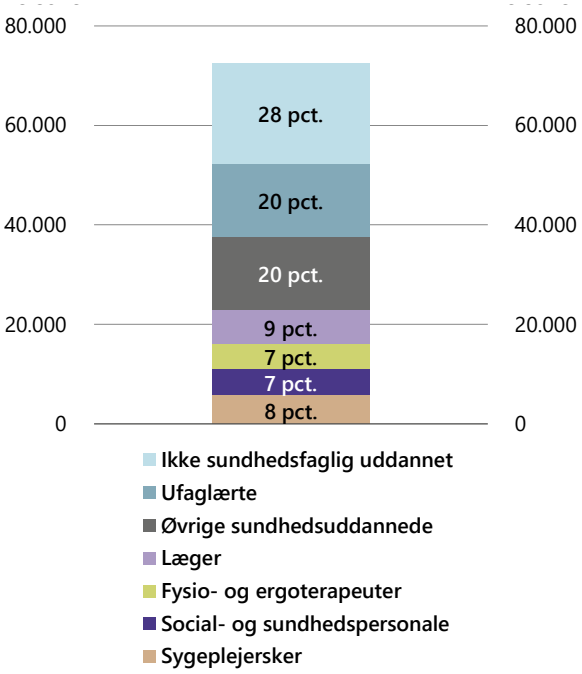
Antal fuldtidspersoner ansat på det kommunale sundheds- og ældreområde og det regionale sundhedsområde, 2022



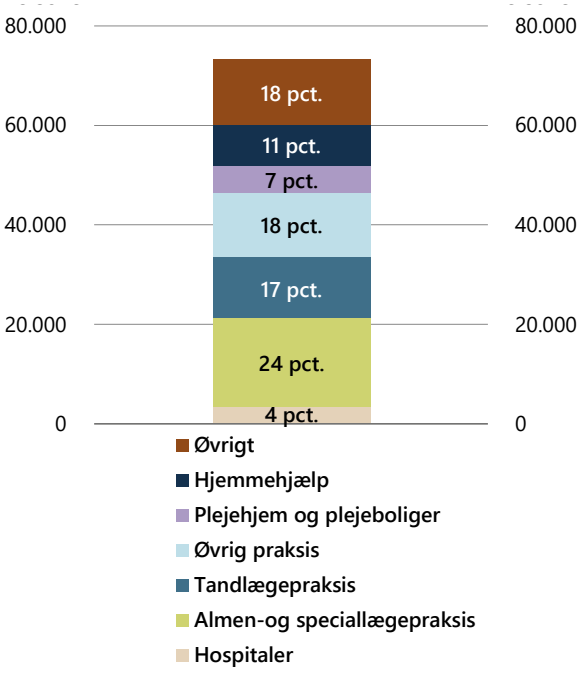
Anm.: Antal fuldtidspersoner er antal ansatte omregnet til 37-timers ækvivalenter pr. september 2023. Opgørelsen er opgjort på stillingsbetegnelser og er ekskl. elever, fleksjob og ekstraordinært ansatte. Det kommunale sundhedsområde opgøres som hovedkonto 4 *Sundhedsområdet* samt funktion 5.30.28 *Hjemmesygepleje*, funktion 5.38.44 *Alkoholbehandling og behandlingshjem for personer med alkoholmisbrug* og funktion 5.38.45 *Behandling af personer med stofmisbrug*. Det kommunale sundhedsområde omfatter derved genoptræning og vedligeholdelsestræning (inklusive den del af genoptræning og vedligeholdelsestræning, der gives under serviceloven, da denne ikke kan adskilles), kommunal tandpleje, borger- og patientrettet forebyggelse, kommunal sundhedspleje, kommunal sygepleje og misbrugsområdet (inklusive den del af stofmisbrugsbehandlingen, der gives under serviceloven, da denne ikke kan adskilles). Det kommunale ældreområde opgøres som hovedfunktion 5.30 *Tilbud til ældre* eksklusive funktion 5.30.28 *Hjemmesygepleje*, som er under sundhedsloven, inklusive funktion 5.38.38 *Personlig og praktisk hjælp og madservice til personer med handicap m.v. omfattet af frit valg af leverandør samt rehabiliteringsforløb*, hvilket omfatter personlig og praktisk hjælp og madservice samt rehabilitering til personer under 67 år, og funktion 5.38.41 *Hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning og befordringer til personer med handicap*, hvilket omfatter hjælpemidler til personer under 67 år. Det kommunale ældreområde omfatter derved personlig og praktisk hjælp og madservice samt rehabilitering til personer over og under 67 år, plejehjem og plejeboliger m.v., forebyggende hjemmebesøg, tilbud med aktiverende sigte, midlertidige pladser, afløsning og aflastning samt hjælpemidler til personer over og under 67 år. Den centrale administration på det kommunale område inkl. dem, der visiterer, er ikke inkluderet i opgørelsen. Det regionale sundhedsområde er afgrænset til hovedkonto 1 *Sundhed og hovedkonto 4 Fællesformål og administration*. Sygeplejersker omfatter også ledende sygeplejersker. Ergo- og fysioterapeuter omfatter både ledende og undervisende ergo- og fysioterapeuter. Læger omfatter overlæger, lægelige chefer m.v., speciallægekonsulenter, underordnede læger (reservelæger) og kommunallæger. Tandplejepersonale omfatter tandlæger, tandklinikassistenter og tandplejere. Ufaglært sundhedspersonale omfatter ufaglært personale, som varetager sundhedsfaglige opgaver (dvs. social- og sundhedspersonale, ikke-udd.). Øvrigt sundhedspersonale omfatter bl.a. audiologiassistenter, lægesekretærer m.fl., medicinstuderende i underordnete lægestillinger, neurofysiologiassistenter, bioanalytikere, radiografer, farmakonomer, sygehusportører, vagtcentralpersonale, ambulanceuddannet personale, ernæringsassistenter, hjemmehjælpere, plejehjemsassistenter, plejere, sygehjælpere, beskæftigelsesvejledere, sundhedsplejersker og jordemødre. Ikke-sundhedsfagligt personale omfatter bl.a. administrativt personale, akademikere, socialrådgivere, socialpædagoger, husassistenter og serviceassistenter. Der oplyses ikke procentsatser for faggrupper, som udgør mindre end 1 pct. af det ansatte personalle. Faggrupperne indgår dog stadig i figuren.

Kilde: Kommunerne og regionernes løndatakontor (KRL).

Figur 7.3
Antal personer beskæftiget på det private sundheds- og ældreområde opdelt på uddannelser, 2022



Figur 7.4
Antal personer beskæftiget på det private sundheds- og ældreområde opdelt på brancher, 2022



Anm.: Opgørelsen omfatter antallet af personer, som har primær beskæftigelse i det private sundheds- og ældreområde. Det private sundheds- og ældreområde afgrænses på baggrund af DB07 branchekoder og omfatter følgende kategorier: Hospitaler, almen- og speciallægepraksis, tandlægepraksis, øvrig praksis (hvilket omfatter fysio- og ergoterapeuter, psykologisk rådgivning og kiropraktorer), plejehjem og plejeboliger, hjemmehjælp og øvrigt (sundhedspleje, hjemmesygepleje og jordemødre mv., sundhedsvæsen i øvrigt i.a.n., institutionsophold med sygepleje i.a.n. og behandlingshjem for stofmisbrugere og alkoholskadede). Øvrige sundhedsuddannede omfatter ambulancebehandlere og reddere, bioanalytikere, ernæringsassistenter, farmaceuter, farmakonomer, fodterapeuter, jordemødre, kiropraktorer, kliniske diætister, medicin (bachelor), optometrister, psykomotorik og afspænding, pædagogik, radiografer, socialrådgivere, sundhedsservice-sektretærer og lægesekretærer, tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere, øvrige social- og sundhedsuddannede m.v.

Kilde: Lovmodellen (RAS) og egne beregninger.

Leverede ydelser

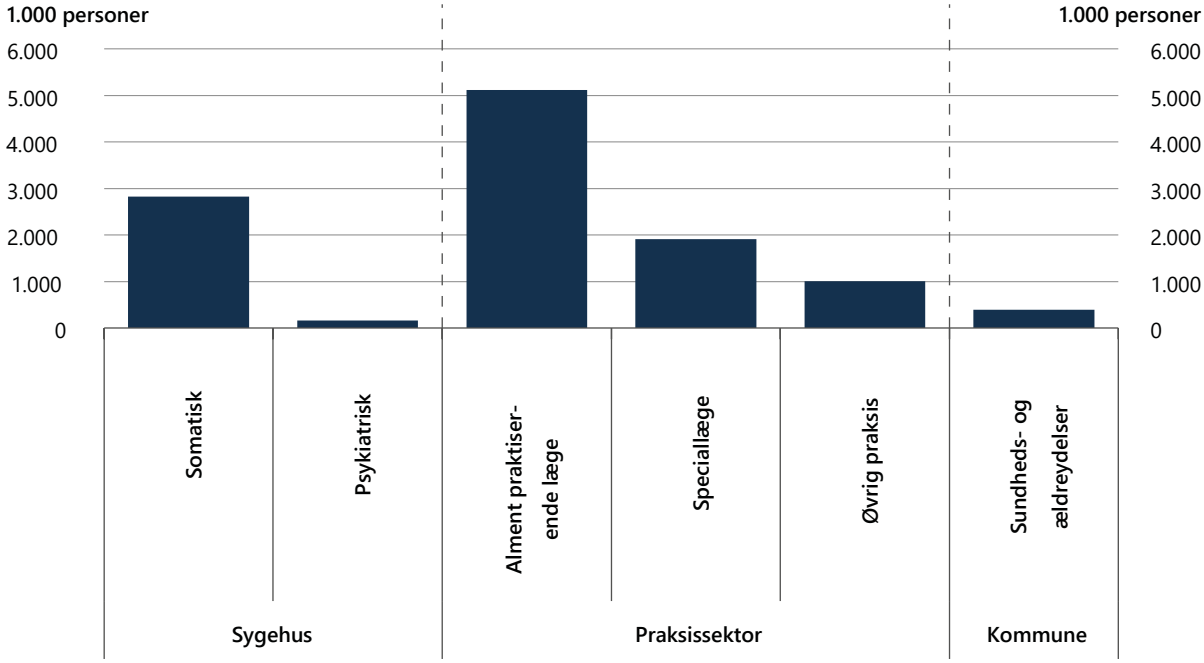
Cirka fem millioner danskere har hvert år kontakt med deres praktiserende læge, mens knap tre millioner danskere har kontakt med et sygehus, jf. figur 7.5. I 2022 var der 310.000 patienter, som var i kontakt med både sygehuse, almenmedicinske tilbud og kommunale indsatser. Patienter med kontakter på tværs af alle sektorer er hovedsageligt ældre over 65 år, da de udgør 77 pct. af borgerne med kontakt til alle tre sektorer.[83]

Ældre over 65 år er også de primære modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser. En analyse viser, at en fjerdedel af ældre over 65 år i 2022 modtog mindst én kommunal sundheds- og plejeindsats. Den demografiske udvikling forventes at øge efterspørgslen på alle kommunale sundheds- og plejeindsatser. Det gælder særligt de indsatser, som de ældre over 65 år modtager. Befolkningsgruppen over 65 år vil vokse i fremtiden, og det vil alt andet lige medføre et stigende ressourcetræk i forhold til kommunale sundheds- og plejeindsatser, som ved simpel fremskrivning vil være steget med 61 pct. i 2045 sammenlignet med 2021.[84]

83 Boston Consulting Group, "Udviklingen i Sundhedsvæsenet - et perspektiv til omstilling", 2024.

84 Boston Consulting Group, "Udviklingen i Sundhedsvæsenet - et perspektiv til omstilling", 2024.

Figur 7.5
Borgere med kontakt til sundhedsvæsenet, fordelt på sektor og område (2022)



Anm.: Aktivitet i kommunerne er afgrænset til hjemmesygepleje, rehabilitering, genoptræning, vedligeholdelsestræning, hjemmehjælp og/eller tilbudt om forebyggende hjemmebesøg. Aktiviteten på sygehusene gælder kun personer med fysiske kontakter (dvs. ekskl. virtuel kontakt og hjemmebesøg).

Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Elektroniske omsorgsjournaler (EOJ), CPR-registreret, Plejehjemsdata (PLH), Sundhedsdatastyrelsen.

Tabel 7.2
Antal kontakter pr. år, fordelt på sektor og aktivitet (2022)

Sektor	Aktivitet	Antal
Sygehus	Ophold på somatiske sygehuse	12 mio.
	Ophold på psykiatriske sygehuse	1,1 mio.
Praksissektor	Kontakter til alment praktiserende læger	43 mio.
	Kontakter til speciallæger	5,6 mio.
	Kontakter til øvrig praksis	11 mio.

Anm.: Sygehusophold er både ambulante ophold og indlæggelser. Tandlæger er ikke inkluderet i praksissektoren.

Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

National regulering, finansiering og planlægning

Sundhedsloven og serviceloven er to centrale love i reguleringen af sundheds- og ældreområdet. Omdrejningspunktet for styringen af kommuner og regioners økonomi er de årlige økonomiaftaler, der indgås mellem staten og henholdsvis KL og Danske Regioner på vegne af landets kommuner og regioner.

Derudover er planlægningen af, hvem der må varetage specialfunktioner, definerende for sygehusstrukturen i dag. Det er en opgave, der varetages af Sundhedsstyrelsen. National regulering, finansiering og planlægning vil blive behandlet nærmere i de følgende afsnit.

Sundhedsloven og serviceloven

Sundhedsloven og serviceloven er de to centrale love på sundheds- og ældreområdet. Sundhedsloven regulerer bl.a., hvem der har ansvaret for behandling, forebyggelse og sundhedsfremme i det danske sundhedsvæsen. Sundhedsloven fastlægger fx, at kommunerne har ansvaret for forebyggelse og sygepleje, genoptræning og rehabilitering efter indlæggelse. Regionerne har ansvaret for behandling før og efter indlæggelse og sygepleje og genoptræning under indlæggelse.[85]

Serviceloven (lov om social service) sætter rammerne for den hjælp, støtte og rådgivning, som kommunerne skal tilbyde borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Efter serviceloven har kommunerne ansvaret for en række ydelser, som er tæt forbundne med de ydelser, der indgår i sundhedsloven. Det gælder bl.a. tilbud om personlig pleje og hjælpemidler. Ydelserne, som tilbydes efter serviceloven, tildeles ofte gennem visitation foretaget på baggrund af borgerens konkrete situation og ud fra kommunens politisk fastlagte serviceniveau. Fx tager visitation til personlig pleje og praktisk hjælp bl.a. udgangspunkt i borgerens fysiske funktionsevne. Ydelser omfattet af sundhedsloven tildeles som altovervejende hovedregel efter en lægefaglig vurdering.[86]

På det kommunale sundheds- og ældreområde udføres ydelser efter sundhedsloven og serviceloven ofte af de samme medarbejdere, ligesom modtagerne af ydelser ofte modtager ydelser efter begge lovgivninger.

Patientrettigheder på sundhedsområdet

Patienter er sikret en række rettigheder, som er beskrevet i sundhedsloven. Rettighederne vedrører bl.a. informeret samtykke, tavshedspligt, aktindsigt i egen journal og retten til at fravælge behandling.

Derudover er der forskellige patientrettigheder i forhold til udredning, behandling og genoptræning indenfor sundhedsområdet. Der er patientrettigheder om frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning (udredningsret), det udvidede frie sygehusvalg og maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme, som har til formål at sikre patienterne hurtig udredning og behandling.[87]

På det kommunale sundhedsområde har patienter, som bliver udskrevet til genoptræning efter sygehusophold, ret til at gøre brug af frit valg på genoptræningsområdet, hvis kommunen ikke kan tilbyde en tid til genoptræning indenfor syv dage.

Økonomisk styring og finansiering

Den økonomiske styring og finansiering af regioner og kommuner er karakteriseret ved rammestyring og generel finansiering. Her gives den statslige finansiering til generel prioritering – og er dermed ikke øremærket til bestemte udgifter eller områder. Udgiftsrammerne bliver fastlagt med udgangspunkt i de vedtagne udgiftslofter for kommuner og regioner, som skal holde sig indenfor budgetlovens rammer under hensyntagen til bl.a. den strukturelle saldo og konjunktursituationen. Den nærmere fastsættelse sker dog på baggrund af årlige økonomiforhandlinger gennem det såkaldte aftalesystem mellem staten og henholdsvis kommuner og regioner.

De årlige, kollektive økonomiaftaler mellem regeringen og kommunerne og mellem regeringen og regionerne er omdrejningspunktet for de årlige udgiftsrammer og øvrige økonomiske rammer. Her fastsættes udgiftsrammer og finansiering for henholdsvis alle kommunerne og alle regionerne under ét. Staten fastsætter de samlede udgiftsrammer for henholdsvis drift og anlæg, men ikke hvordan rammerne fordeles indbyrdes mellem henholdsvis kommunerne og indbyrdes mellem de fem regioner. Kommunerne har ansvaret for at prioritere udgifter og økonomi på tværs af de kommunale opgaver på grundlag af lokale

85 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse af sundhedsloven", LBK nr 247 af 12/03/2024 (2024).

86 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Bekendtgørelse af lov om social service", LBK nr 67 af 22/01/2024 (2024).

87 Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

hensyn og behov. Regionerne kan prioritere på tværs af forskellige dele af deres sundhedsopgaver, men de kan ikke prioritere mellem sundhedsområdet og området for regional udvikling, da sundhed og regional udvikling udgør to separate økonomier i regionen.

Økonomiaftalerne er et centralt statsligt styringsredskab for udviklingen i den kommunale og regionale økonomi. Samlet set dækker aftalerne ca. 75 pct. af det offentlige forbrug. Det er en aftalebaseret model, hvor parterne aftaler rammerne for den regionale og kommunale økonomi i det kommende år. Aftalerne er ikke juridisk bindende, men aftaleoverholdelse er i kraft af budgetloven understøttet af sanktionsregler. Samtidig understøtter aftalerne lokal frihed og ansvar i opgaveløsningen og decentral indflydelse på udviklingen af de store velfærdsområder.

Finansieringssystemerne for både kommuner og regioner har indbyggede mekanismer, som skal tage hensyn til forskelle i udgiftsbehov på tværs af henholdsvis kommuner og regioner. Det sker bl.a. på baggrund af demografiske, socioøkonomiske og strukturelle forhold. For kommunerne udgør skatteopkrævning langt den største indtægtskilde, hvortil der kommer et statsligt bloktilskud, som fordeles efter kommunernes indbyggertal. Derudover sker der via udligningssystemet en betydelig omfordeling mellem kommunerne. Regionerne har ikke selvstændig skatteudskrivningsret. For regionerne fordeles statens bloktilskud direkte efter en opgørelse af udgiftsbehovet indenfor sundheds- og udviklingsområdet.

Specialeplanlægning og retningslinjer

Sundhedsstyrelsen har ifølge sundhedsloven til opgave at planlægge og godkende, hvilke offentlige og private sygehuse der må varetage såkaldte specialfunktioner. Specialfunktioner kan være sjældne og dyre behandlinger, der ikke udføres særligt mange af hvert år.

Specialfunktioner består af henholdsvis regionsfunktioner, som typisk varetages på et til tre forskellige sygehuse i hver region, og højt specialiserede funktioner, der typisk varetages på et til tre forskellige sygehuse i landet. At varetage en højt specialiseret funktion indebærer en forpligtelse til at behandle patienter fra andre regioner. Formålet med specialeplanen er bl.a. at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen af patienter i hele landet ud fra princippet "øvelse gør mester". Rationalet bag princippet er, at kvaliteten bliver bedre, hvis den sundhedsfaglige erfaring og antallet af behandlinger samles på relativt få enheder.

Specialeplanens specialfunktioner udgør ca. 10 pct. af sygehusopgaverne (målt på aktivitet). Regionerne forestår planlægning og placering af de øvrige almene sygehusfunktioner (det, der også kaldes hovedfunktionsniveau).

Sundhedsstyrelsen udarbejder også nationale kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger til det kliniske arbejde, som udføres af sundhedsprofessionelle i både regioner, kommuner og praksissektoren. Det kan fx være indenfor områder med stor sygdomsbyrde eller indenfor forløb, hvor den tværfaglige og tværsektorielle indsats giver udfordringer.[88] De faglige selskaber udarbejder ligeledes kliniske retningslinjer.

Regionerne kort fortalt

I Danmark er der fem regioner med mellem 600.000 og 1,9 mio. indbyggere. Regionerne varierer i arealmæssig størrelse, befolkningstæthed og befolkningssammensætning målt på socioøkonomiske kendetegn og sygdomsbillede. Det giver forskellige vilkår og behov, som har betydning for opgaveløsningen.

Styreform

Regionerne ledes politisk af regionsråd med 41 medlemmer. Medlemmerne af regionsrådene bliver valgt direkte af regionens stemmeberettigede borgere for en fireårig periode. Regionsrådsformanden leder rådet, og er den øverste daglige leder af den regionale forvaltning.

88 "NKR og NKA efter område", Sundhedsstyrelsen, 2023.

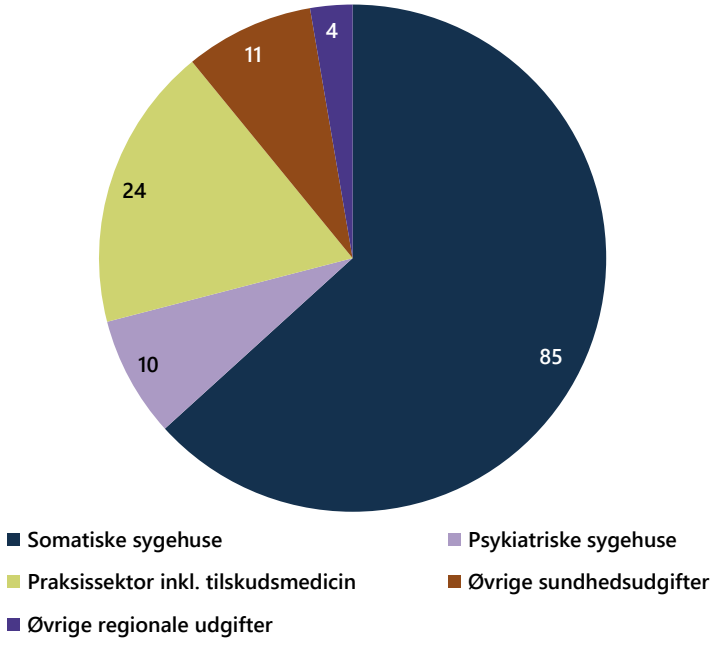
Regionsrådet er det øverste beslutningsdygtige organ og har ansvaret for de beslutninger, der træffes i regionen. Derudover har alle regioner et forretningsudvalg, som har ansvar for økonomi og administrative forhold. Forretningsudvalget vælges af regionsrådet, og sammensætningen afspejler derfor regionsrådet sammensætning. Alle regionsråd har derudover nedsat fem til otte stående udvalg, som dækker forskellige opgaveområder. Udvalgene varetager typisk politikudvikling og opfølgning.

Økonomi og ansvarsområder

Regionernes økonomi er opdelt i tre adskilte dele, nemlig sundhedsområdet, udviklingsområdet og drift af institutioner på social- og undervisningsområdet, hvor sundhedsområdet er klart det største. Det statslige bloktilskud til sundheds- og udviklingsområdet er den primære finansieringskilde og fordeles til regionerne på baggrund af en række objektive kriterier. Bloktilskuddet og øvrige økonomiske forudsætninger bliver udmeldt forud for regionernes budgetvedtagelse. Institutionerne på social- og undervisningsområdet finansieres via kommunal betaling for brug af tilbuddene.

Regionerne har ansvaret for både sygehus- og praksissektoren. Regionernes samlede økonomi er på omkring 134,5 mia. kr. Sygehusdriften er langt det største udgiftsområde, da sygehusdriften udgør ca. 95,5 mia. kr., imens de årlige udgifter til praksissektoren, inklusive tilskudsmedicin, er ca. 24,4 mia. kr., jf. figur 7.6. Den regionale styring er kendetegnet ved en høj grad af selvstændig økonomistyring for sygehus- og praksissektoren.

Figur 7.6
Regionernes samlede driftsudgifter fordelt på områder (mia. kr.)



Anm.: Udgifterne opgøres som de samlede driftsudgifter (dranst 1) opgjort i pl-22. Opgørelsen medtager ikke statsrefusioner (dranst 2), da det er opgavestørrelsen, som skal belyses. Somatiske sygehuse omfatter funktion 1.10.01 *Somatiske sygehuse*. Psykiatriske sygehuse omfatter funktion 1.10.02 *Psykiatriske sygehuse og afdelinger*. Praksissektoren inkl. tilskudsmedicin omfatter hovedfunktion 1.20 *Sygesikring*, og inkluderer derved både almen praksis, specialpraksis, tilskudsmedicin, kiropraktor og psykologbehandling mv. Øvrige sundhedsudgifter omfatter de resterende udgifter på hovedkonto 1 *Sundhed,* hvilket bl.a. omfatter centrale og decentrale administrationsudgifter vedr. sundhed. Øvrige regionale udgifter omfatter de resterende hovedkonto 2-5.

Kilde: Regionernes regnskaber, 2022.

Samlet set driver regionerne 20 sygehusenheder på tværs af landet, som fordeler sig på 51 matrikler. Heraf varetager 19 af sygehusene de i alt 21 akutmodtagelser. Tallene skal bl.a. ses i lyset af, at Sjællands Universitetshospital og Aalborg Universitetshospital driver to akutmodtagelser, og at Rigshospitalet har et traumecenter, men ingen akutmodtagelse. Sygehusene har geografisk afgrænsede optageområder, hvor de fleste patienter kommer fra, i hvert fald hvad angår de almene opgaver på sygehuset. Når patienter har behov for specialiseret behandling, eller der er for lang ventetid på det nærmeste sygehus, kan der være behov for behandling på et andet sygehus end det, der er tættest på borgerens bopæl. Det kan også være et sygehus i en anden region eller på et privathospital. For mange behandlinger i Danmark er der frit sygehusvalg mellem offentlige sygehuse og udvidet frit sygehusvalg, inklusive private sygehuse.

Privathospitaler står for cirka 3,3 pct. af den samlede aktivitet på tværs af offentlige og private hospitaler i 2023 (opgjort ud fra den samlede produktionsværdi, som regionerne finansierer).[89] Danske Regioner, regionernes interesseorganisation, og brancheforeningen Sundhed Danmark indgår centrale aftaler på området. Herudover indgår regionerne lokale aftaler med privathospitaler, oftest som udbudsaftaler for at udvide den samlede kapacitet indenfor et bestemt område.

Regionerne har ansvaret for den behandlende psykiatri, som omfatter stationær og ambulant behandling på psykiatriske sygehuse, centre og afdelinger. Psykiatrien er organisatorisk adskilt fra somatikken i alle regioner. Nogle psykiatriske afdelinger ligger på egen matrikel, mens andre psykiatriske afdelinger deler matrikel med de somatiske afdelinger, men som organisatorisk adskilte enheder med adskilte budgetter og ledelsesansvar.

Regionernes præhospitale virksomhed omfatter en række opgaver, som varetages udenfor hospitalet. Ambulancer, akutlægebiler og akutlægehelikoptere er en del af en samlet akutindsats udenfor hospitalet. De præhospitale opgaver er uddybet i baggrundskapitlet om sygehussektoren.[90]

Foruden sundhedsopgaverne varetager regionerne bl.a. opgaver indenfor regional udvikling og drift af flere institutioner for grupper med særlige behov indenfor social- og specialundervisningsområdet. Regionernes øvrige opgaver uddybes i baggrundsrapporten.[91]

Danske Regioner

Danske Regioner er politisk ledet af indirekte valgte medlemmer fra regionsrådene og repræsenterer de fem regioner i mange sammenhænge. Det gælder bl.a. i forhandlinger med regeringen.

Danske Regioner er arbejdsgiverorganisation for regionerne og forhandler overenskomster og tilsvarende på regionernes vegne. Løn- og ansættelsesvilkår for regionalt ansatte skal godkendes af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, hvor kommunerne og staten også er repræsenteret. Nævnet har desuden beføjelse til at forhandle overenskomster for praksissektoren indenfor sundhedsområdet.

Danske Regioner har en vigtig rolle i forhold til at koordinere opfølgningen på aftaler med regeringen. Det involverer især koordinering af regionernes overholdelse af de økonomiske rammer, som er givet fra staten, bl.a. i økonomiaftalerne.

Kommunerne kort fortalt

I Danmark er der i alt 98 kommuner. Kommunerne har mellem 1.700 (Læsø Kommune) og 650.000 (Københavns Kommune) indbyggere med et gennemsnit på ca. 60.000 indbyggere pr. kommune. Befolkningstallet varierer dermed betydeligt mellem kommunerne. Der bor 60.000 eller færre indbyggere i 75 pct. af kommunerne. Kommunerne varierer desuden i arealmæssig størrelse, befolkningstæthed, demografi, socioøkonomi og sygdomsbillede.

89 Sundhedsdatastyrelsen, "Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. januar 2024 (for aktivitetsår 2022-2023) i takstsystem 2023", 2024.

90 Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

91 Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Det er faktorer, der på tværs af kommunerne giver forskellige vilkår og behov af betydning for opgaveløsningen. Fx har tilgængeligheden af sundhedstilbud, forstået som geografisk nærhed af tilbud, mulighed for døgndækning m.v., bedre vilkår i befolkningstætte kommuner og kommuner med mange indbyggere. Kommuner med store geografiske afstande har fx andre vilkår for at levere effektive udkørende tilbud og pleje i eget hjem sammenlignet med kommuner med korte afstande og stor befolkningstæthed.

Samtidig er sundhedspersonalet ikke jævnt fordelt mellem kommunerne. Der er mere end dobbelt så mange sygeplejersker pr. 1.000 ældre borgere i de 10 kommuner med flest sygeplejersker sammenlignet med de 10 kommuner med færrest sygeplejersker. Den kommunale variation er endnu mere markant i forhold til antal social- og sundhedsassistenter.[92]

Styreform

Kommunerne ledes af kommunalbestyrelser. Antallet af medlemmer i kommunalbestyrelserne varierer på tværs af kommunerne, bl.a. som følge af forskelle i kommunestørrelse, og der er også variation i kommunernes udvalgsstrukturer og forvaltningsstrukturer. Sundhedsområdet kan fx være organiseret sammen med ældreområdet eller socialområdet eller være under ét selvstændigt politisk udvalg i kommunen.

Langt de fleste kommuner har almindeligt udvalgsstyre, hvor udvalgene har den umiddelbare forvaltning af de opgaver, de er tildelt. Det betyder bl.a., at de indenfor budgetrammen og i respekt for de rammer, som kommunalbestyrelsen i øvrigt har sat, kan træffe løbende beslutninger indenfor udvalgets opgaveområde.

Økonomi og ansvarsområder

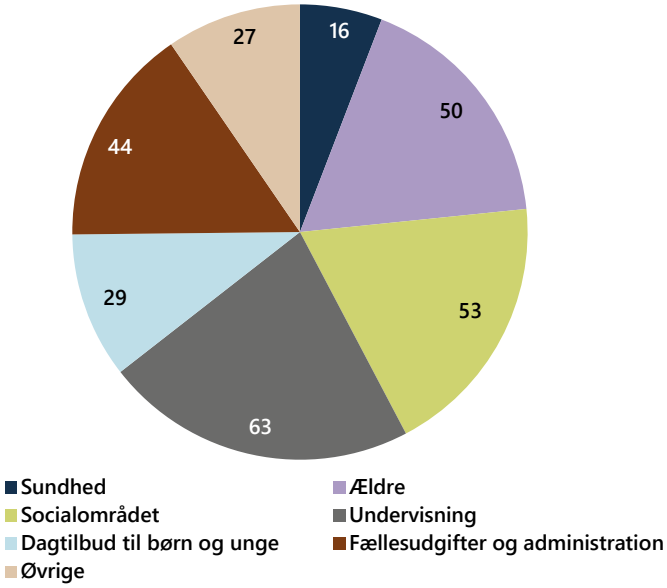
De kommunale opgaver, der er fastsat i sundhedsloven, udgør en mindre andel af kommunernes samlede opgaveportefølje. Det fremgår af figur 7.7, hvor kommunerne benyttede 16 mia. kr. på sundhed i 2022, hvilket svarer til 6 pct. af kommunernes samlede udgifter på 282 mia. kr. Kommunerne anvendte herudover 50 mia. kr. på ældreområdet (18 pct.), 53 mia. kr. på socialområdet (19 pct.), 63 mia. kr. på undervisningsområdet (22 pct.), 29 mia. kr. på dagtilbud til børn og unge (10 pct.), 44 mia. kr. på fællesudgifter og administration (16 pct.) og 27 mia. kr. på øvrige områder (10 pct.).

Kommunernes største indtægtskilde er skatter. Dertil kommer et bloktilskud fra staten, som fordeles mellem landets kommuner efter indbyggertal. Det generelle kommunale udligningssystem indebærer, at der sker en væsentlig økonomisk omfordeling af finansieringen mellem kommunerne. Det sker under hensyntagen til både forskelle i beskatningsgrundlag og udgiftsbehov, bl.a. som følge af befolkningssammensætningen. Her tages der højde for kommunale forskelle i befolkningens alderssammensætning og socioøkonomiske forhold, som har betydning for forskelle i kommunernes vilkår for opgaveløsningen.

Med strukturreformens ikrafttræden den 1. januar 2007 blev der indført en kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen (KMF). Ordningen er ændret flere gange for at skærpe og målrette kommunernes incitamenter til forebyggelse. Kommunernes betalinger via ordningen er fastfrosset, og ordningen har ikke den tilsigtede incitamentsskabende virkning. Kommunernes betalinger via kommunal medfinansiering (KMF) udgør i 2024 ca. 25,1 mia. kr.

92 Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed, "Kommunal sygepleje til ældre", 2022.

Figur 7.7
Kommunernes samlede servicedriftsudgifter fordelt på områder, 2022 (mia. kr.)



Anm.: Udgifterne opgøres som de samlede servicedriftsudgifter (dranst 1) opgjort i pl-22 og er ekskl. aktivitetsbestemt medfinansiering. Opgørelsen medtager ikke statsrefusioner (dranst 2), da det er opgavestørrelsen, som skal belyses. Sundhed opgøres som hovedkonto 4 Sundhedsområdet eksklusive 33,33 pct. af funktion 4.62.84 Genoptræning og vedligeholdelsestræning, hvilket omfatter genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven, men inklusive funktion 5.30.28 Hjemmesygepleje, funktion 5.38.44 Alkoholbehandling og behandlingshjem for personer med alkoholmisbrug og funktion 5.38.45 Behandling af personer med stofmisbrug. Det kommunale sundhedsområde omfatter derved genoptræning og vedligeholdelsestræning efter sundhedsloven, vederlagsfri fysioterapi, kommunal tandpleje, borger- og patientrettet forebyggelse, kommunal sundhedspleje, kommunal sygepleje og misbrugsområdet (inkl. den del af stofmisbrugsbehandlingen, der gives under serviceloven, da dette ikke kan adskilles). Ældre opgøres som hovedfunktion 5.30 Tilbud til ældre eksklusive funktion 5.30.28 Hjemmesygepleje, som er under sundhedsloven, inklusive 33,33 pct. af funktion 4.62.84 Genoptræning og vedligeholdelsestræning, hvilket omfatter genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven, funktion 5.38.38 Personlig og praktisk hjælp og madservice til personer med handicap m.v. omfattet af frit valg af leverandør samt rehabiliteringsforløb, hvilket omfatter personlig og praktisk hjælp og madservice samt rehabilitering til personer under 67 år, og 78,79 pct. af funktion 5.38.41 Hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning og befordringer til personer med handicap, hvilket omfatter hjælpemidler til personer under 67 år. Det kommunale ældreområde omfatter derved personlig og praktisk hjælp og madservice samt rehabilitering til personer over og under 67 år, plejehjem og plejeboliger m.v., genoptræning og vedligeholdelsestræning under serviceloven, forebyggende hjemmebesøg, tilbud med aktiverende sigte, midlertidige pladser, afløsning og aflastning samt hjælpemidler til personer over og under 67 år. Socialområdet opgøres som hovedkonto 5.38 *Tilbud til voksne med særlige behov* og hovedkonto 5.28 *Tilbud til børn og unge med særlige behov* eksklusive funktion 5.38.38 Personlig og praktisk hjælp og madservice til personer med handicap m.v. omfattet af frit valg af leverandør samt rehabiliteringsforløb, hvilket omfatter personlig og praktisk hjælp og madservice samt rehabilitering til personer under 67 år, og 78,79 pct. af funktion 5.38.41 Hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning og befordringer til personer med handicap, hvilket omfatter hjælpemidler til personer under 67 år. Undervisning opgøres som hovedfunktion 3.22 *Folkeskolen m.v.* og hovedfunktion 3.30 *Ungdomsuddannelser*. Dagtilbud til børn og unge opgøres som hovedfunktion 5.25 *Dagtilbud m.v. til børn og unge*. Fællesudgifter og administration opgøres som hovedkonto 6 *Fællesudgifter og administration m.v.*, og omfatter bl.a. administrationsudgifter til visitation. Øvrige omfatter hovedkonto 0 *Byudvikling, bolig- og miljøforanstaltninger*, hovedkonto 2 *Transport og infrastruktur* samt de resterende funktioner under hovedkonto 3 *Undervisning og kultur* og hovedkonto 5 *Sociale opgaver og beskæftigelse*.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistik, REGK31.

KL, Kommunernes Landsforening

KL er en politisk ledet organisation, som alle landets kommuner er medlem af. Det er kommunernes interesseorganisation og repræsenterer derfor også kommunerne i mange sammenhænge, bl.a. i forhandlinger med regeringen.

KL's bestyrelse har bemyndigelse til at forhandle for kommunerne som arbejdsgivere og dermed også til at indgå overenskomster og lignende. Løn- og ansættelsesvilkår for kommunalt ansatte skal godkendes af Kommunernes Lønningsnævn, hvor regionerne og staten også er repræsenteret. KL koordinerer opfølgningen på aftaler med regeringen. Det gælder særligt i forhold til at koordinere overholdelsen af de økonomiske rammer og lofter i aftalerne mellem staten og kommunerne under ét. Overholdelsen er med budgetloven understøttet af sanktionsregler, som består af kollektive og individuelle modregninger i bloktilskuddet.

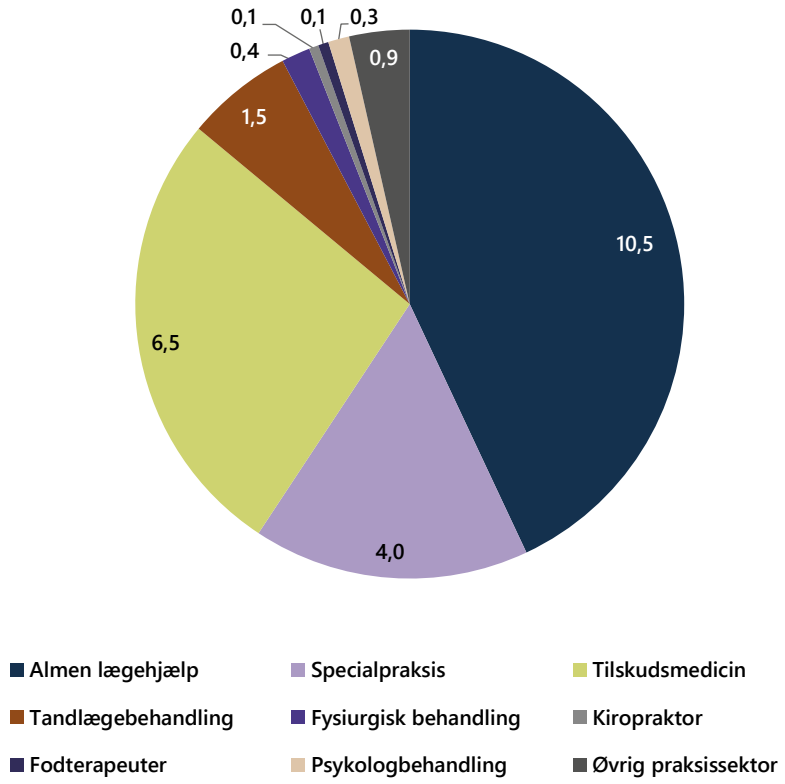
Praksissektoren kort fortalt

Praksissektoren består af privatpraktiserende sundhedspersoner, som i hovedreglen virker efter overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Praksissektoren rummer vederlagsfrie eller tilskudsberettigede ydelser indenfor almen medicin, speciallægehjælp, tandlægehjælp, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik og psykologi.

Praksissektorens virke bliver indrammet af sundhedsloven, men organiseringen af sektoren er i høj grad aftalebaseret. Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) indgår aftale med de enkelte faglige organisationer og behandlere om, hvilke sundhedsydelser de skal kunne levere til patienterne, hvilke servicekrav der stilles, og hvilket honorar der kan opkræves.

Regionernes driftsudgifter til praksissektoren ses i figur 7.8, hvor det fremgår, at de almenmedicinske tilbud er den største del af praksissektoren målt ud fra fordelingen af udgifter.

Figur 7.8
Regionernes driftsudgifter til praksissektoren fordelt på praksisområde (mia. kr.)



Anm.: Udgifterne opgøres som de samlede driftsudgifter (dranst 1) opgjort i pl-22. Opgørelsen medtager ikke statsrefusioner (dranst 2), da det er opgavestørrelsen, som skal belyses. Almen lægehjælp omfatter funktion 1.20.10 *Almen lægehjælp*. Speciallægepraksis omfatter funktion 1.20.11 *Speciallægehjælp*. Tilskudsmedicin omfatter funktion 1.20.12 *Medicin*. Tandlægebehandling omfatter funktion 1.20.13 *Tandlægebehandling*. Fysiurgisk behandling omfatter funktion 1.20.14 *Fysiurgisk behandling*. Kiropraktor omfatter funktion 1.20.15 *Kiropraktor*. Psykologbehandling omfatter funktion 1.20.19 *Psykologbehandling*. Øvrig praksissektor omfatter de resterende udgifter på hovedfunktion 1.20 *Sygesikring m.v.*

Kilde: Regionernes regnskaber, 2022.

Almenmedicinske tilbud

Regionerne har ansvar for at tilvejebringe og sikre et gratis almenmedicinsk behandlingstilbud for borgerne. I dag håndteres forpligtelsen som udgangspunkt ved at indgå en overenskomst med den faglige organisation Praktiserende Lægers Organisation (PLO), som repræsenterer de alment praktiserende læger. Det almenmedicinske tilbud er borgerens primære indgang til sundhedsvæsenet og varetager tre overordnede funktioner: Behandler, "gatekeeper" og tovholder.

I det almenmedicinske tilbud foretages vurdering, udredning og behandling af almenmedicinske problemstillinger. I mødet med patienten fungerer det almenmedicinske tilbud som "gatekeeper". Alment praktiserende læger sender med andre ord patienten videre til yderligere behandling eller udredning i det øvrige sundhedsvæsen, hvor det er relevant ud fra en lægefaglig vurdering. På denne måde bidrager det almenmedicinske tilbud til at sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Tovholderrollen indebærer at sikre overblik og sammenhæng i patientens samlede sygdomsforløb på tværs af sektorer.

Overenskomst om almen praksis udgør den primære styring af almen praksis. Den gældende aftale fra 2022 indeholder en langsigtet udviklingsdel og en reguleringsdel, der omfatter overenskomstperioden 2022 til 2024. Udviklingsdelen beskriver de overordnede mål og visioner for de alment praktiserende læger som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen, mens reguleringsdelen indeholder de konkrete bestemmelser i forhold til opgaver, pligter, ansvar og den tilhørende honorering.

Ydernummersystemet regulerer placering og kapaciteten i det almenmedicinske tilbud. En alment praktiserende læge skal have et ydernummer for at kunne afregne honorarer med den offentlige sygesikring. De enkelte regioner fastlægger antallet af ydernumre og deres geografiske placering, bl.a. med udgangspunkt i befolkningsgrundlaget og geografiske afstande. De alment praktiserende læger er i hovedreglen selvstændige erhvervsdrivende, som tilrettelægger deres egen virksomhed indenfor de rammer, som gælder for området.

De regionale udgifter til det almenmedicinske område er ca. 10,5 mia. kr. årligt. Den gennemsnitlige offentlige betaling pr. ydernummer er ca. 2,8 mio. kr. årligt, som bl.a. dækker personaleudgifter og aflønning til den alment praktiserende læge. Den nuværende honorarstruktur er baseret på, at ca. 40 pct. af den samlede økonomi til de almenmedicinske tilbud udgør et fast honorar, opgjort efter antal tilmeldte patienter, og 60 pct. er aktivitetsbaseret honorar, fordelt på enkeltydelser.

Praktiserende speciallæger

De praktiserende speciallæger varetager opgaver på hovedfunktionsniveau. Der er stor variation geografisk og på tværs af specialer i udbredelsen af praktiserende speciallæger. Det illustrerer, at arbejdsdelingen mellem praksissektoren og sygehusene varierer både på tværs af specialer og indenfor specialer. I dag er der omkring 900 lægekapaciteter i speciallægepraksis fordelt på 15 medicinske specialer, bl.a. praktiserende øjenlæger, øre-næse- og halslæger og gynækologer. Regionerne udsteder ydernumre, som giver mulighed for at nedsætte sig i praksis. Området reguleres i vidt omfang af overenskomsten mellem Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. I 2022 var de regionale udgifter til speciallægehjælp på knap 4. mia. kr., og der var i alt ca. 5,3 mio. kontakter til praktiserende speciallæger, fordelt på ca. 2 mio. borgere.

Øvrige praksisområder

De øvrige praksisområder er i udgangspunktet kendetegnet ved, at en andel af udgiften dækkes ved brugerbetaling og omfatter tandlæge og tandplejer, fysioterapi, fodterapi, kiropraktik og psykologi.

Områderne er regulerede i sektorspecifikke overenskomster mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og den pågældende faglige organisation, dog med undtagelse af voksentandplejeområdet, som er reguleret ved lov, og hvor der er indgået en politisk aftale om at udvikle en ny model for organiseringen af området. I overenskomsterne fastlægges bl.a. krav til udbydere om kvalitet, ydelser og tilgængelighed.

Koordination og samarbejde på tværs af sektorer

Der er etableret samarbejdsstrukturer, som har til formål at understøtte bedre samarbejde og koordination mellem sundhedsvæsenets sektorer. Regioner, kommuner og de alment praktiserende læger er repræsenteret i sundhedsklyngerne. Indenfor hver sektor er der desuden en række tværregionale eller tværkommunale samarbejder, selskaber og lignende, som bl.a. håndterer IT-udbud i kommunerne (KOMBIT) og indkøb af sygehuslægemidler på vegne af regionerne (AMGROS).

I dag er sundhedssamarbejdsudvalgene og sundhedsklyngerne de centrale samarbejdsfora mellem regioner, kommuner og almenmedicinske tilbud. Rammerne for sundhedsklyngesamarbejdet er fastsat i en bekendtgørelse fra 2022, som beskriver formål, organisatorisk konstruktion, bemanding, formandskab, sekretariatsbetjening og tilsvarende.[93]

Sundhedsklynger

I 2022 trådte lovgivningen om etablering af sundhedsklynger i kraft. De 22 sundhedsklynger skal bidrage til bedre sammenhæng i behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud og omfatter både somatik og psykiatri. Klyngerne er ikke en myndighed og får ikke tildelt et budget fra national side. Nye tværsektorielle indsatser prioriteres derfor indenfor kommunernes og regionernes budgetter. Sundhedsklyngerne rummer to niveauer: Et politisk niveau og et fagligt-strategisk niveau. På begge niveauer er der delt formandskab mellem kommuner og regioner. På det politiske niveau består formandskabet af regionsrådsformanden og en borgmester valgt af kommunalbestyrelserne fra de deltagende kommuner. Det politiske niveau mødes minimum to gange årligt, imens det fagligt-strategiske niveau mødes minimum fire gange om året.[94]

Klyngerne er organiseret omkring 21 akutsygehuse (der er to klynger omkring Aalborg Universitetshospital, Aalborg), og kommunerne repræsenteret i hver klynge svarer til optageområdet for sygehuset. Der er en variation på mellem en og ti kommuner i hver klynge, og gennemsnittet er fire til fem kommuner pr. sundhedsklynge.

En central opgave for hver sundhedsklynge er at implementere og komme med input til den sundhedsaftale, som regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå ifølge sundhedsloven.[95] Arbejdet med sundhedsaftaler har pågået siden 2007, og nu har sundhedsklyngerne fået til opgave at opstille selvstændige mål for arbejdet i hver klynge indenfor sundhedsaftalens rammer. Målene skal tage udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov, fx i forhold til særlige sammenhængsproblematikker eller lokale folkesundhedsmæssige udfordringer og sygdomsbyrder.[96]

Sundhedssamarbejdsudvalg

Sammen med kommunalbestyrelserne i regionen nedsætter regionsrådet et sundhedssamarbejdsudvalg, som koordinerer og sætter retning for arbejdet på tværs af sundhedsklyngerne i regionen. Formålet er at understøtte ensartethed, høj kvalitet, sammenhængende patientforløb, udvikling og implementering af tiltag på tværs af regionen. Desuden drøftes det almenmedicinske tilbuds rolle i samarbejdet mellem almenmedicinske tilbud, regioner og kommuner.

Sundhedssamarbejdsudvalget skal udarbejde et udkast til regionens sundhedsaftale, bl.a. med afsæt i de nationale mål for sundhedsområdet. Sundhedsaftalen skal opstille fælles, forpligtende målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet i regionen og for de områder og målgrupper, som sundhedssamarbejdsudvalget beslutter at indgå aftale om. Herefter skal udvalget løbende følge op på målsætningerne til gavn for borgerne. Det politiske niveau i klyngerne og patientinddragelsesudvalget deltager i arbejdet med sundhedsaftalen, som udarbejdes hvert fjerde år i alle regioner.[97]

---

93 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg", BEK nr 1248 af 05/09/2022 (2022).

94 Implement Consulting Group, "Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb", 2024.

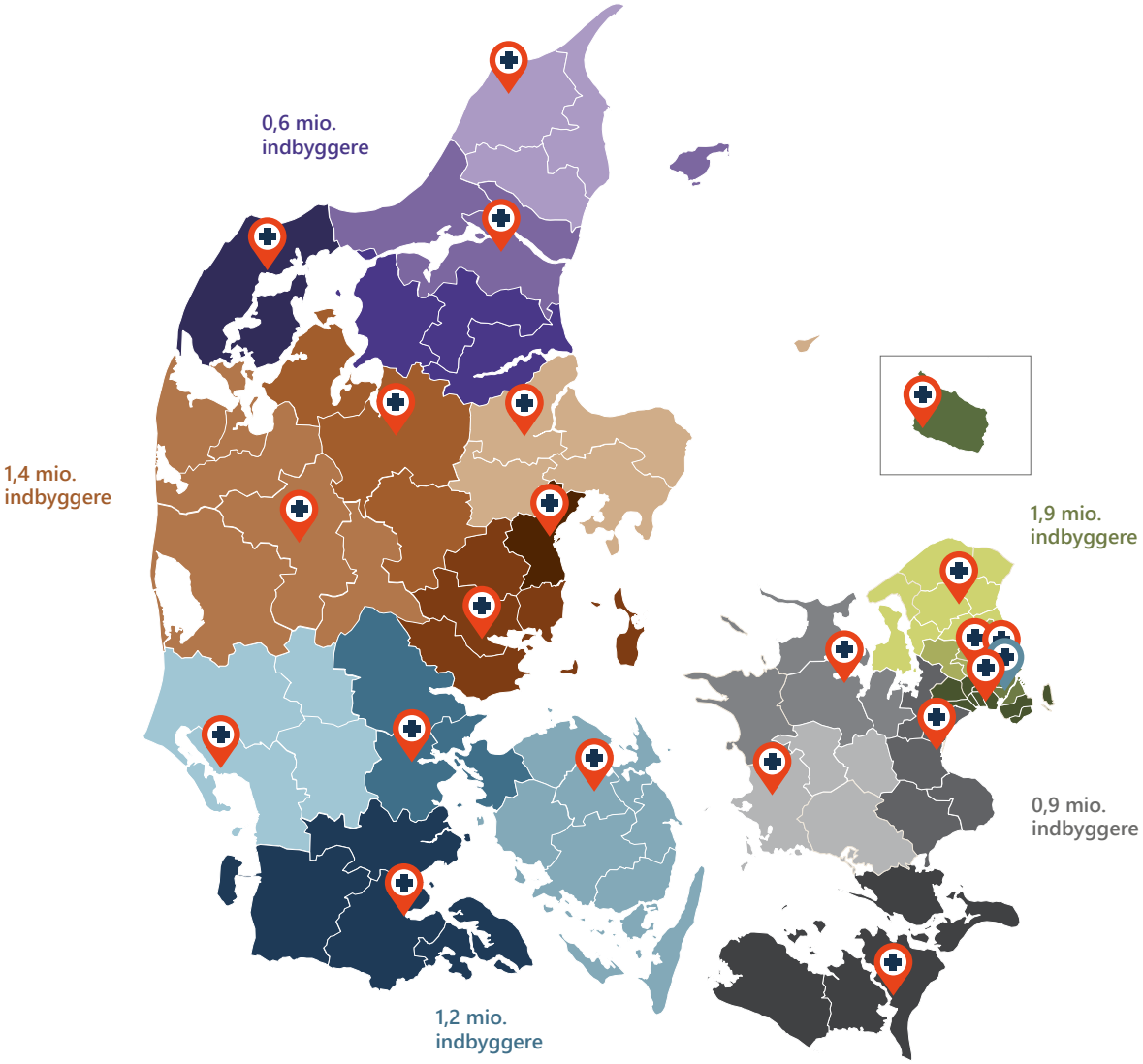
95 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse af sundhedsloven", LBK nr 247 af 12/03/2024 § 205 (2024).

96 Implement Consulting Group, "Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb", 2024.

97 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg", BEK nr 1248 af 05/09/2022 (2022).

Figur 7.9 viser et kort over sundhedsklynger og akutsygehuse i Danmark. Kortet viser også befolkningstal i hver region og synliggør, at både antallet af klynger pr. region og antallet af kommuner pr. klynge varierer på tværs af landet.

Figur 7.9
Kort med inddeling i kommuner, sundhedsklynger og regioner, inklusive geografisk placering af akutsygehuse



Anm.: Ikonerne repræsenterer et akutsygehus. Antal indbyggere er på regionsniveau pr. 4. kvartal 2023.
Sygehuset markeret med blåt mærkat er Rigshospitalet, hvor der ikke er en akutmodtagelse, men et traumecenter.

Kilde: Danmarks Statistik: DST, FOLK1A.

Der er både nedsat regionale og landsdækkende samarbejdsudvalg indenfor de forskellige områder af praksissektoren. Her bliver spørgsmål om bl.a. overenskomstfortolkning og klagesager behandlet. Samarbejdsudvalgene er nedsat med udgangspunkt i overenskomsterne mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og de respektive faglige organisationer, fx Foreningen af Speciallæger eller Danske Fysioterapeuter.

Samarbejdsudvalgene med praksissektoren bidrager til og følger op på praksisplanerne indenfor hvert behandlerområde i hver region. Arbejdet med praksisplaner reguleres af planbestemmelser i overenskomsterne. Planerne skal sætte en fælles ramme for kapacitet, kvalitetsudvikling, sammenhæng og samarbejde indenfor hvert praksisområde. De udarbejdes én gang pr. valgperiode i regionerne.

Tværgående områder – kvalitet, digitalisering og data

Der er generelt fokus på kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Der er derfor også mange initiativer, aktører og interessenter, der arbejder for at bidrage til et lærende sundhedsvæsen, som leverer høj kvalitet.

Kvalitetsområdet

I dag bliver der arbejdet med en række forskellige initiativer, som skal være med til at løfte kvaliteten, fx otte nationale mål, som monitoreres på et antal indikatorer, og Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP) med 85 kliniske kvalitetsdatabaser, som måler kvaliteten i behandlingen af patienter på baggrund af fagligt funderede indikatorer.[98]

Sundhedsvæsenet er præget af en lang række kliniske retningslinjer, der bl.a. udarbejdes af Sundhedsstyrelsen, en række af de 125 lægevidenskabelige selskaber, som er medlem af LVS, og lokalt i regioner og på sygehuse. De kliniske retningslinjer har til formål at bidrage til ensartet behandling, læring og udbredelse af bedste praksis.

I det primære sundhedsvæsen omfatter kvalitetsinitiativer bl.a. Kvalitet i Almen Praksis (KiAP), som har til formål at fremme og understøtte etableringen af klynger som omdrejningspunkt for kvalitetsudvikling i almenmedicinske tilbud.[99] For de kommunale opgaver er der Kvalitet i kommunerne (KIK). Kvalitet i kommunerne er en indsats, der tjener at understøtte kommunerne i aktivt at bruge data til kvalitetsudvikling og styrke datakvaliteten på sundheds- og ældreområdet.[100]

Digitaliserings- og dataområdet

Et antal organisationer og fora arbejder med IT, digitalisering, data og andre teknologiske løsninger i sundhedsvæsenet, både i de enkelte sektorer og fællesoffentligt.

Staten har ansvar for lovgivning og rammer for infrastruktur. Staten varetager desuden udvikling, forvaltning og drift af flere tværgående løsninger, mens fællesoffentlige organisationer som MedCom og sundhed.dk varetager en række andre fællesoffentlige løsninger. Regioner, kommuner og praksissektor har ansvar for indkøb, implementering og drift af en række IT-systemer og teknologiske løsninger, bl.a. i form af medicinsk udstyr og velfærdsteknologi. Kommunerne og regionerne udvikler og driver desuden en række IT-løsninger i fællesskab.

Udgangspunktet for samarbejdet mellem stat, regioner og kommuner om digitalisering er Strategi for digital sundhed 2018-2024, Den Fællesoffentlige Digitaliseringsstrategi 2022-2025 og årlige økonomiaftaler.[101,102] De igangsatte projekter og den øvrige udvikling indenfor området er forankret i den nationale bestyrelse for digitalisering og data på sundheds- og ældreområdet.

Der er en række andre beslutningsfora på forskellige niveauer og i de enkelte programmer og projekter på digitaliserings- og dataområdet. Sundhed.dk følger ikke samme styringsmodel, selvom det er et fællesoffentligt samarbejde. I stedet er der en politisk bestyrelse og en porteføljestyregruppe med deltagelse af parterne.

---

98 Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), "Vi skaber viden til et bedre sundhedsvæsen", RKKP, u.å.

99 Kvalitet i Almen Praksis (KiAP), "Om KiAP", KiAP, u.å.

100 KL, "Kvalitet i kommunerne - KIK", KL, u.å.

101 Regeringen, KL, og Danske Regioner, "Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle - Strategi for digital sundhed 2018-2022", 2018.

102 Regeringen, KL, og Danske Regioner, "Digitalisering, der løfter samfundet - Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2022-2025", 2022.

Indenfor digitaliseringsområdet er der fastsat et fælles finansieringsprincip om, at de, som får gevinsten, bærer udgiften. Der er imidlertid udviklet en praksis for, at staten finansierer udvikling og afprøvning af nationale løsninger, mens implementering og drift af lokale systemer finansieres lokalt. Udgifter til integration af lokale systemer op imod fælles systemer afholdes som udgangspunkt lokalt, men staten giver i nogle tilfælde tilskud, hvis der er tale om et politisk initieret projekt. Driften af en række af de fælles løsninger, fx sundhed.dk og Fælles Medicinkort, finansieres i fællesskab parterne imellem ud fra en række aftalte fordelingsnøgler. Der har længe været enighed om behovet for at revidere finansieringsmodellen, og der er derfor nu indgået en aftale med regioner og kommuner om at revidere modellen.

Gennem bekendtgørelser fastsætter staten krav til indberetning af data til nationale registre og til deling i den fælles infrastruktur. Dog anvendes lovhjemlen til at fastsætte krav til standarder og IT-anvendelse imidlertid sjældent. Der er derimod tradition for, at bekendtgørelser bliver suppleret med en aftalebaseret tilgang til den fælles IT-udvikling, bl.a. fordi der typisk vil være behov for forhandling om håndtering af udgifter og gevinster forbundet med nye digitale løsninger.

Sammenligning med andre lande

I det følgende sammenlignes organiseringen af sundhedsvæsenet i Danmark med udvalgte, sammenlignelige lande. Sammenligningen af bl.a. økonomi og organisering er baseret på en rapport, udarbejdet af Boston Consulting Group. Det danske sundhedsvæsen sammenlignes med sundhedsvæsenerne i Norge, Sverige, Finland, Nederlandene og England.

Sammenligningen viser, at Danmark, Norge og Sverige har forvaltningsstrukturer med flere forvaltningsled end Finland og England. England og Finland har gennemført reformer med ønsket om at sikre sammenhæng, effektivitet og lige adgang for borgerne. Nederlandene afviger betydeligt i forvaltningsstrukturen ved at have et sundhedsvæsen, hvor finansieringsansvaret er delt mellem det offentlige og obligatoriske forsikringer. Analysen viser dog ikke, om reformerne har opfyldt formålet. I resten af kapitlet sammenlignes økonomi, organiseringen af det primære sundhedsvæsen, psykiatriområdet og forvaltningsstrukturer indenfor sundhedsvæsenet på tværs af landene.

Sundhedsvæsenets økonomi i udvalgte lande

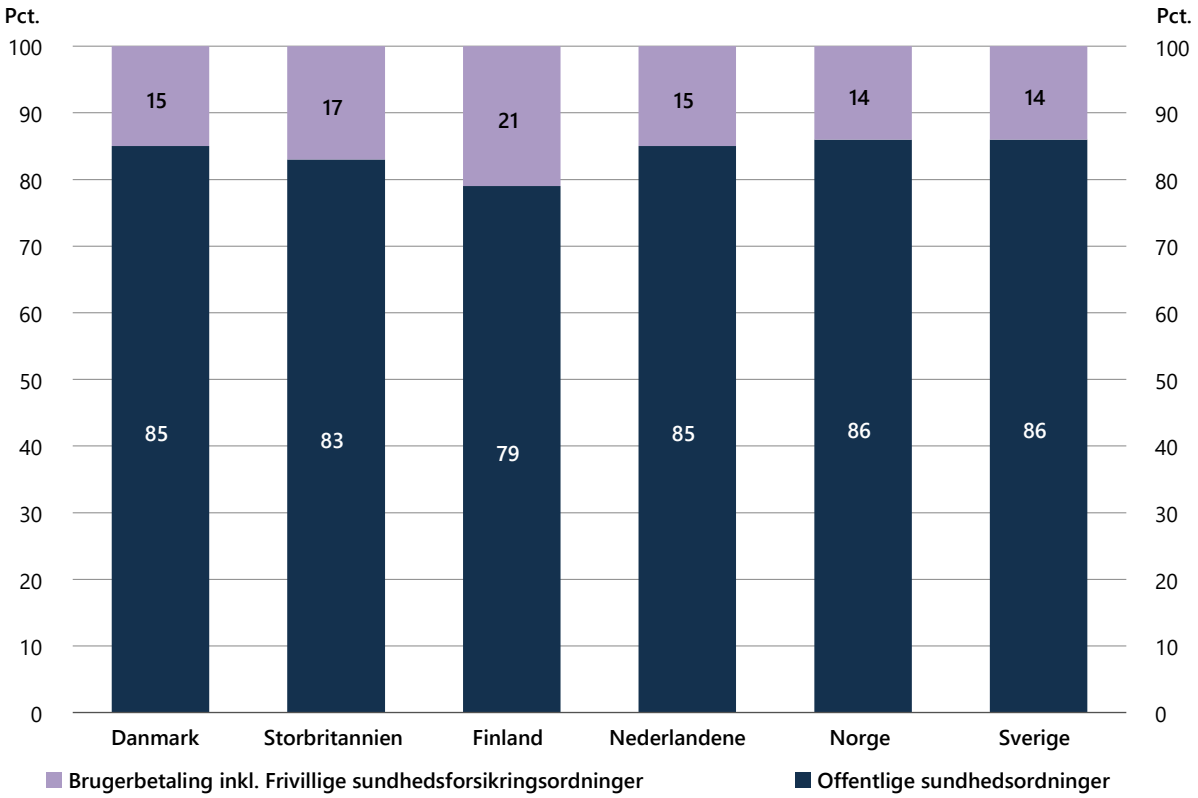
Sundhedsvæsenet er hovedsageligt offentligt finansieret i de lande, der er udvalgt til sammenligning, jf. figur 7.10. Sygehuse og almenmedicinske tilbud finansieres typisk ved en kombination af rammebudgetter eller basishonorar og aktivitetsbaseret honorering. Som en mindre andel af den samlede finansiering indgår der også resultatbaseret honorering i nogle af landene. Ældreplejen og det specialiserede voksenområde er også fortrinsvis offentligt finansieret. Her anvendes typisk takstfinansiering af døgntilbud og timebetaling for indsatser i borgerens hjem.[103]

Alle fem lande har elementer af brugerbetaling for primære sundhedsydelser, men i varierende grad. Fx er 21 pct. af de finske sundhedsudgifter i 2022 finansieret gennem brugerbetalinger, og her indgår brugerbetaling for langt de fleste sundhedsydelser. I Sverige og Norge udgør andelen 14 pct. Danmark ligger også i den lave ende med en brugerbetaling på 15 pct. af de samlede sundhedsudgifter i 2022.[104]

103 Boston Consulting Group, "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande", 2023.

104 OECD, "Health expenditure and financing", OECD.Stat, 2024.

Figur 7.10
Fordeling af finansieringskilder til sundhedsvæsenet



Anm.: Tal for Storbritannien er brugt som proxy for England.
Kilde: BCG, 2023, Sundhedsvæsenets organisering mv. i udvalgte lande.

Samtlige af de udvalgte lande har oplevet stigende sundhedsudgifter siden 2010, men i varierende grad. Danmark har haft den laveste gennemsnitlige stigning med 2,0 pct. årligt, mens de svenske udgifter er steget med 4,4 pct. årligt.

Sundhedsudgifter målt pr. borger varierer med 43 pct. på tværs af landene. Norge har det højeste udgiftsniveau med 34.000 kroner pr. borger, mens Finland har de laveste udgifter pr. borger med 24.000 kroner. Danmark ligger i midten med sundhedsudgifter på 29.500 kroner pr. borger.

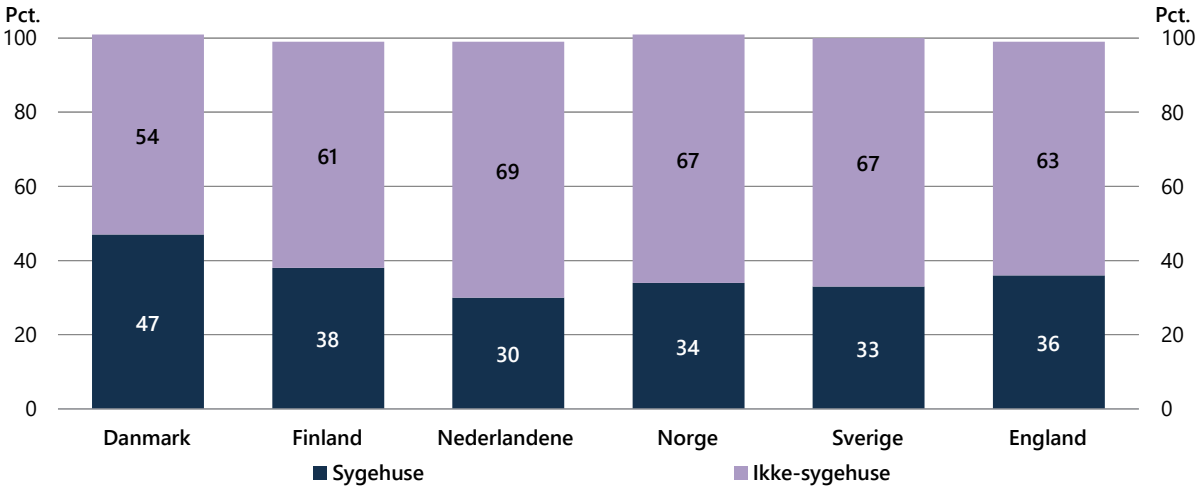
Udgifter til sygehusaktivitet (indlæggelser og ambulant behandling) udgør 30-47 pct. af de totale sundhedsudgifter på tværs af landene. Andelen er størst i Danmark, hvor sygehusaktiviteter udgør 47 pct. af de totale sundhedsudgifter, mens Nederlandenes sygehusaktivitet er den relativt laveste med blot 30 pct. af de samlede udgifter.[105]

Figur 7.11 og 7.12 viser udgifter til henholdsvis sygehusbehandling og almenmedicinske tilbud ud af de samlede sundhedsudgifter i hvert land.

105 Boston Consulting Group, "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande", 2023.

Figur 7.11

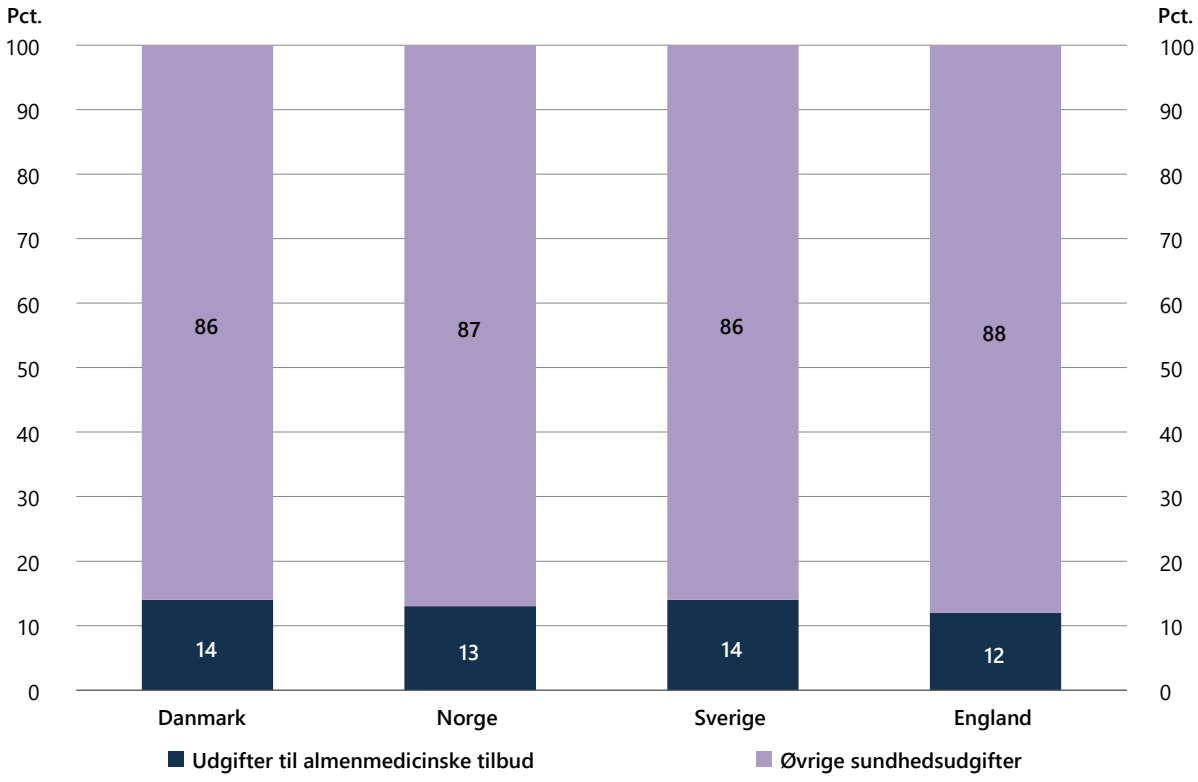
Udgifter til sygehusaktiviteter (både indlæggelser og ambulant behandling) ud af de samlede sundhedsudgifter



Anm: På grund af afrundinger summer tallene ikke til 100. Fordelingen tager afsæt i OECDs Health Care Functions. Hvor en yderligere segmentering er gjort ved hjælp af OECDs Heath Care Providers er det anført nedenfor; Sygehuse er afgrænset til: "Current expenditures on health, inpatient curative and rehabilitative care, all providers", "Outpatient curative and rehabilitative care, hospitals"; Ikke-sygehuse er afgrænset til: "Current expenditures on health, outpatient curative and rehabilitative care, providers of ambulatory health care", "Residential long-term care facilities", og inkluderer bl.a. "medical goods", "preventive care" og "anciallary services"; Alle tal er købekraftsjusteret og omregnet med valutakurs 1,0 EUR = 7,45 DKK. Tal for Storbritannien er brugt som proxy for England. Sammenlignes med en OECD "hospitals" provider-opgørelse undervurderer den anvendte metode sygehusforbruget i bl.a. Norge, Sverige og England, da de præhospitale udgifter fra indlæggelser og ambulante besøg i højere grad indgår som sygehusudgifter i de danske opgørelser. Uanset opgørelsesmetode er andelen af udgifter, der bruges på sygehuse, størst i Danmark.

Kilde: BCG, 2023, Sundhedsvæsenets organisering mv. i udvalgte lande.

Figur 7.12
Udgifter til almenmedicinske tilbud ud af de samlede sundhedsudgifter



Anm.: Storbritannien er brugt som proxy for England
Kilde: Boston Consulting Group. 2023. Sundhedsvæsenets organisering mv. i udvalgte lande

Det primære sundhedsvæsen i udvalgte lande

Flere af de fem lande har i organiseringen af sundhedsvæsenet særligt fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde og sikre effektive og sammenhængende forløb for patienterne. Sverige og Finland anvender fx lokale sundhedscentre til at skabe lettere adgang til både det almenmedicinske tilbud og andre sundhedsprofessionelle.[106]

I Danmark udgøres langt hovedparten af de almenmedicinske tilbud af klinikker, hvor lægerne er selvstændigt erhvervsdrivende. I 2023 var det ca. 95 pct. af alle klinikker, som virker efter overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings og Takstnævn. I både Norge og England er de fleste almenmedicinske tilbud også organiseret med mindre enheder drevet af selvstændigt erhvervsdrivende læger, men typisk i større enheder end i Danmark. I Sverige er det almenmedicinske tilbud regionalt drevet, og hovedparten af lægerne er derfor regionalt ansatte. Den typiske enhedsstørrelse i Sverige er markant større end i Danmark, og der ansættes mere ikke-lægeligt personale.[107,108]

Ligesom i Danmark finansieres almenmedicinske tilbud i Norge, Sverige og England med en blanding af forskellige afregningsformer. Blandingsmodellen har til hensigt at understøtte en balance i incitamenterne ved de forskellige afregningsformer. Basishonorering og fast løn giver økonomisk incitament til at minimere

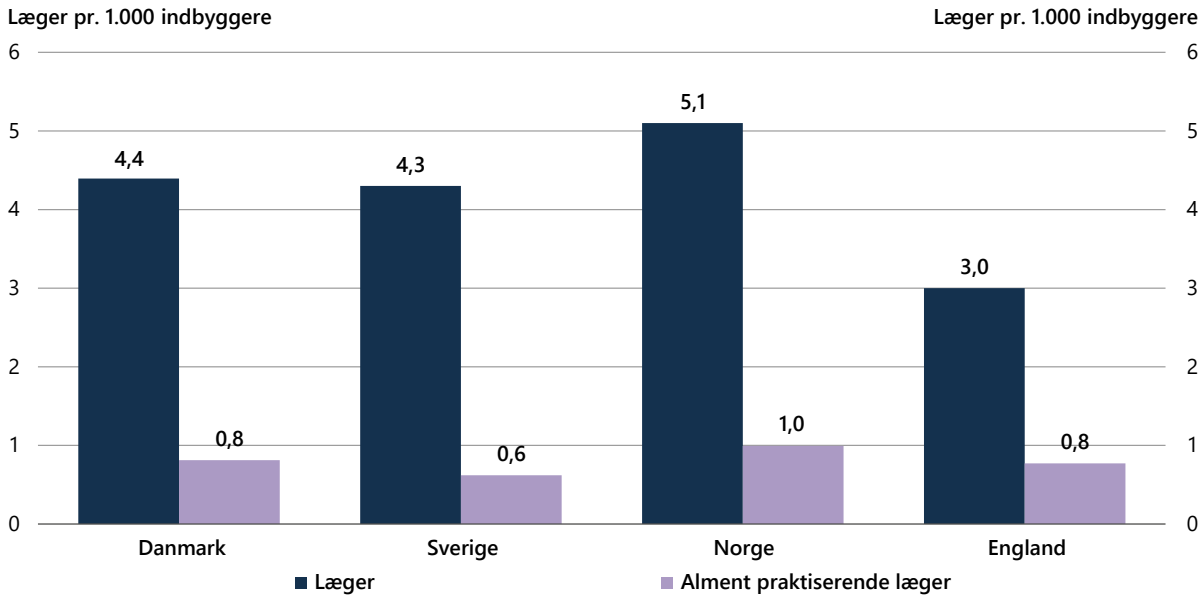
106 Boston Consulting Group, "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande", 2023.
107 Bolette Friderichsen, Magnus Isacson, og Marte Kvittum Tangen, "Almen praksis - Hvad kan Danmark lære af Norge og Sverige?", u.å.
108 Jake Beech og Beccy Baird, "GP Funding And Contracts Explained", The King's Fund, 2020.

omkostningerne og til at påtage sig et ansvar for klinikkens patientpopulation i form af økonomisk rentable forebyggelsesinitiativer. Incitamentet beror især på, at der foreligger motivation til at tænke langsigtet for at forbedre borgerens sundhedstilstand og forebygge sygdom hos borgere tilknyttet lægeklinikken. Ydelses- og resultathonorering giver derimod i udgangspunktet et incitament til at øge behandlingsaktiviteten og kvaliteten. Der er betydelige forskelle på tværs af landene i sammensætningen. I Norge og Danmark er almenmedicinske tilbud primært ydelseshonoreret, mens basishonorering udgør den største del af det almenmedicinske tilbuds omsætning i England og Sverige.

Ejerskabsforholdene for de almenmedicinske tilbud er forskellige på tværs af landene. Det kan have betydning for, om lægerne har et direkte økonomisk incitament til at agere på baggrund af honoreringen. I Danmark, Norge og England er læger primært ejere af praksis, mens lægerne i Sverige primært er fastlønnede ansatte.[109]

I Danmark, Sverige og Finland er ansvaret for almenmedicinske ydelser placeret hos regionerne, mens det i Norge er kommunerne, der har ansvaret. Nederlandenes model skiller sig ud, da det almenmedicinske tilbud varetages af private forsikringsselskaber. Figur 7.13 viser antal læger i det almenmedicinske tilbud pr. indbyggere i forskellige lande.

Figur 7.13
Alment praktiserende læger pr. 1.000 indbyggere, 2020



Anm.: Storbritannien er brugt som proxy for England.
Kilde: OECD Health Statistics

109 Honorarstrukturrådet, "Forenkling og faglighed med fokus på patienten", 2023.

Psykiatrien i udvalgte lande

Udfordringer med at skabe sammenhængende forløb og koordination for borgere med psykiske lidelser er genkendelige i flere lande. Et eksempel på sammenhængsudfordringer i psykiatrien ses bl.a. i Nederlandene, hvor behandlingspsykiatrien finansieres af forsikringsselskaberne, mens kommuner tilbyder ydelser i det primære sundhedsvæsen til personer med psykiske lidelser.

Flere af de øvrige lande har indført reformer, der har til hensigt at sikre mere lige adgang og mere koordinerede og integrerede indsatser, bl.a. indenfor det psykiatriske område. Både England og Finland har oprettet integrerede enheder, der samler ansvaret for opgaverne i det primære og sekundære sundhedsvæsen for at understøtte sammenhængende forløb i psykiatrien. I Norge er behandlingspsykiatrien en integreret del af sygehusene organisatorisk og ledelsesmæssigt. Denne organisering blev indført systematisk, da staten overtog ejerskabet af det specialiserede sundhedsvæsen i 2022, men integrationen på sygehusene var mange steder gennemført væsentligt tidligere. Integrationen bygger på en erkendelse af, at flere og flere patienter har behov for både somatiske og psykiatriske tilbud, hvor udredning og behandling sker parallelt og kræver samarbejde.

Desuden er der skabt et øget samarbejde mellem kommuner og sygehuse gennem "Helsefellesskaper", som samler repræsentanter fra det primære og det sekundære sundhedsvæsen med fokus på planlægning og udvikling af tilbud for mennesker med behov for hjælp fra både det primære og sekundære sundhedsvæsen. Samarbejdet omhandler både psykiatrisk og somatisk sygdom. Særligt for psykiatrien er, at der er "Distriktspsykiatriske sentre", som er decentrale tilbud med både sengepladser og ambulatorier tættere på, hvor borgerne bor, samtidig med at centrene organisatorisk er en del af det specialiserede tilbud.[110]

Forvaltningsstrukturer i Danmark, Norge og Finland

Danmark og Norge har sammenlignelige forvaltningsstrukturer indenfor sundhedsvæsenet, men rummer dog enkelte forskelle. Finland skiller sig derimod ud ved for nyligt at have samlet sundhedsopgaverne på regionalt niveau. Hvordan de ligner og adskiller sig fra hinanden vil blive gennemgået i det følgende.

Norge

Norge har tre forvaltningsled, men modsat Danmark har kommunerne ansvar for almenmedicinske tilbud. På nationalt niveau er Helse- og omsorgsdepartementet ansvarlig for mål, regulering og kontrol af sundhedsområdet. Staten er også ansvarlig for sekundære sundhedsydelser, som er organiseret i fire "regionale helseforetak". De regionale helseforetak driver sygehuse og andre sekundære sundhedsydelser, der er organiseret som "lokale helseforetak" herunder. De regionale helseforetak er uafhængige enheder, som består af et eller flere sygehuse med fælles administration og drift. Privatpraktiserende speciallæger kan indgå i kontrakter med helseforetak, som derfor også leverer nogle primære sundhedsydelser. På lokalt niveau er kommuner ansvarlige for de fleste primære sundhedsydelser, bl.a. almenmedicinske tilbud, ældrepleje og det specialiserede voksenområde.[111]

Finland

Finland har for nyligt samlet sundhedsydelser og sociale ydelser og tilbud på regionalt niveau. Dermed er der nu på sundhedsområdet to forvaltningsled i Finland, fordelt på et regionalt og et nationalt niveau. På nationalt niveau er Social- og Sundhedsministeriet ansvarlig for mål, regulering og kontrol med sundhedsområdet, herunder velfærdsserviceregionerne. De 22 nye velfærdsserviceregioner i Finland er selvstyrende og varetager både primære og sekundære sundhedsydelser i deres givne områder, herunder sygehuse, almenmedicinske tilbud og øvrige primære sundhedsydelser, fx misbrugsbehandling. Regionerne er organiseret i fem samarbejdende områder, der koordinerer højtspecialiserede ydelser i området. Der er

110 Boston Consulting Group, "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande", 2023.

111 Boston Consulting Group, "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande", 2023.

en særlig ordning for højt specialiserede ydelser på universitetshospitalet HUS, hvor behandlingen er nationalt centraliseret for mange sjældne og alvorlige sygdomme. Den offentlige sektor er den primære leverandør af ydelser, men suppleres med ydelser fra private aktører.[112]

Casen herunder beskriver Finlands seneste sundhedsreform, hvor opgaver blev samlet på færre enheder i en mindre fragmenteret struktur end hidtil.[113]

112 Boston Consulting Group, "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande", 2023.

113 Boston Consulting Group, "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande", 2023.

CASE

Finlands "Sote-uudistis" reform (2023)

Formål

Med Sote-uudistus reformen blev sundhedsvæsenet i Finland restruktureret pr. 1 januar 2023. Ansvaret for organisering af offentlige sundhedsydelser og sociale tilbud og ydelser, bl.a. redningstjenester, blev herefter overført fra kommunerne til større velfærdsserviceregioner (Hyvinvointialueet). Formålet var at reducere ulighed i sundhedsvæsenet, forbedre adgang til ydelser (særligt primære) og undgå yderligere udgifts-stigninger.

Beskrivelse

Det finske sundhedsvæsen har historisk set været præget af en fragmenteret struktur, hvor over 300 kommuner har været ansvarlige for organisering af primærsektorydelser og specialiseret behandling. De små kommuner har dog haft begrænset kapacitet, som har bidraget til stigende ulighed og manglende koordinering.

Reformen har medført etablering af 21+1 velfærdsserviceregioner. "+1" repræsenterer Helsinki, som er ansvarlig for sundhedsydelser i hovedstadsområdet. De nye regioner er ansvarlige for organisering af alle offentlige sundhedsydelser i primær- og sekundærsektoren, bl.a. sygehuse, pleje og redningstjenester. Hver region tilhører et af fem "samarbejdende områder", som hver har ét universitetshospital. Områderne er ikke juridiske enheder, men et samarbejde, hvor regionerne i området koordinerer højtspecialiserede ydelser. Kommunerne er fortsat ansvarlige for enkelte ydelser relateret til befolkningssundhed, fx sundhedsfremme.

Velfærdsserviceregioner er selvstyrende, lokale myndigheder og har hver et valgt råd, som er ansvarlig for regionens aktiviteter og økonomi. Den centrale regering fastsætter den overordnede strategiske retning og finansiering til regionerne, men regionerne fastsætter selv, hvordan budgetterne fordeles.

Resultater og læring

Reformen er først implementeret i 2023, og det er derfor for tidligt at konkludere på resultaterne. Det forventes, at den nye struktur vil give mere sammenhængende indsatser, og de større enheder kan give en mere ensartet allokering af ressourcer. Der har dog allerede været drøftelser om, hvorvidt de 22 nye velfærdsserviceregioner er for små i forhold til at have kritisk masse og robusthed.

Kilde: Boston Consulting Group, "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande", 2023.

Kapitel 8: Svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

Det danske sundhedsvæsen har en række væsentlige styrker, som er værd at værne om. Med et overvejende offentligt finansieret sundhedsvæsen er borgerne sikret let og lige adgang til sundhedstilbud. Sundhedsydelserne er generelt af høj kvalitet, og der er høj tilgængelighed sammenlignet med andre lande.[114] Derudover leveres sundhedsydelserne af et veluddannet sundhedspersonale med stærke faglige og professionelle normer.

Sygehusstrukturen har over de senere år gennemgået en nødvendig tilpasning. Samling af behandlinger på færre sygehusmatrikler har været med til at sikre en højere kvalitet i sygehusbehandlingen, og flere patienter overlever i dag en kræft- eller hjertesygdom sammenlignet med tidligere. Mange behandlinger er blevet omlagt fra indlæggelser til ambulante behandlinger, og samtidig er antallet af sengepladser reduceret på sygehusene. På trods af den seneste tids udfordringer med ventetider til behandling har ventetiden på sygehusene generelt været faldende over en lang årrække.[115]

Kommunerne har siden strukturreformen i 2007 fået en markant større rolle på sundhedsområdet. Den kommunale indsats på sundhedsområdet er blevet væsentligt udbygget, bl.a. indenfor genoptræningsområdet. I praksissektoren er det almenmedicinske tilbud til stede i hele landet, og langt størstedelen af befolkningen er tilknyttet en alment praktiserende læge, som virker efter overenskomst. Der er generelt høj tilfredshed hos borgerne med det almenmedicinske tilbud, der også varetager en central rolle som "gatekeeper" for indsatser i det sekundære sundhedsvæsen.

Det danske sundhedsvæsen er blandt de mest digitaliserede sundhedsvæsener i verden.[116] Der er fx elektroniske patientjournaler på sygehusene, mulighed for at sende digitale beskeder mellem sektorer og en række forskellige digitale kanaler til borgernes kontakt til sundhedsvæsenet.

Set over tid og i international sammenligning står det danske sundhedsvæsen grundlæggende stærkt. Men ligesom en række andre vestlige lande, står det danske sundhedsvæsen overfor betydelige udfordringer nu og i årene fremover, bl.a. mangel på personale. Samtidig har befolkningens sundhedstilstand forbedret sig i et langsommere tempo i Danmark end i andre europæiske lande, og der er fortsat koordinations- og sammenhængsproblematikker, som skal adresseres. I dag er fokus i højere grad på behandling af sygdom end sundhedsfremme og forebyggelse af sygdom.[117]

De tre væsentligste udfordringer fremhævet i første rapportdel er usammenhængende patientforløb, ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen og geografisk og social ulighed i sundhed (se kapitel 4). Udfordringerne kræver tilpasninger og forandringer af den måde, sundhedsvæsenet er styret og organiseret på. I dette kapitel kobles de tre udfordringer sammen med en vurdering af svaghederne ved den nuværende organisering. Vurderingen foretages med fokus på:

1. Opgave- og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet
2. Regulering og styring af sundhedsvæsenet
3. Organisering og styring af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet

114 OECD, "OECD Health at a Glance 2023 Country Note, Denmark", 2023.

115 Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

116 Iben Mundbjerg Gjødsbø m.fl., "Digitalisering i det danske sundhedsvæsen", *Samfundsøkonomen*, nr. 1 (2021): 26–38.

117 Birk m.fl., "Denmark: Health system review", *Health Systems in Transition* 26, nr. 1 (2024): i–152.

De udfordringer, som det danske sundhedsvæsen står overfor nu og i fremtiden, kan ikke alene håndteres med nye styringstiltag og organisatoriske forandringer, men de tilpasninger og reformer, som er gennemført over tid, er *også* en af grundene til, at det danske sundhedsvæsen står relativt stærkt i international sammenligning i dag (se kapitel 3).

Opgave- og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet

Opgaverne i sundhedsvæsenet bliver løst af en række forskellige myndigheder og leverandører, hvoraf de vigtigste er regioner, kommuner og praksissektoren (se kapitel 7). I det følgende belyses nogle af de negative konsekvenser, som opgave- og ansvarsfordelingen har for sammenhængen i patientforløb, udviklingen af det primære sundhedsvæsen og den faglige bæredygtighed i opgaveløsningen for nogle af de kommunale sundhedsopgaver.

Sektoropdeling og specialisering gør det sværere at sikre sammenhæng i patientforløb

Eksterne snitflader mellem myndigheder udgør en strukturel barriere for at prioritere på tværs af patientforløb. Interne snitflader, fx på et sygehus, er lettere at overkomme, da opgaveansvaret er samlet hos den øverste ledelse. Særligt eksterne snitflader medfører derfor behov for en stærk organisering af samarbejde og koordination på tværs af myndigheder i sundhedsvæsenet, så der kan træffes tværgående beslutninger, der understøtter bedre patientforløb (se kapitel 6).

I dag er der udfordringer med sammenhængende patientforløb på tværs af sektoropdelingen. Det kommer bl.a. til udtryk i den landsdækkende undersøgelse af patienttilfredsheden (LUP), hvor patienter bliver bedt om at forholde sig til, om den behandlingsansvarlige sygehusafdeling og kommunen med ansvar for pleje samarbejder om udskrivelsen. Både i 2020 og 2021 svarer ca. en femtedel af patienterne, at sektorerne "Slet ikke" eller "I ringe grad" samarbejder om udskrivelse.[118]

Borgernes oplevelse af usammenhængende patientforløb kan skyldes flere forskellige strukturelle forhold. Sektoropdelingen kan udfordre sammenhæng og overblik over patientforløb, men der kan også være problemer med sammenhæng på tværs af specialer, fx internt på et sygehus. Manglende koordinering mellem behandlere og mellem undersøgelse, medicin og behandling er også en udfordring, som kan opstå internt på et sygehus. Kontinuitet er vigtigt for patienterne, og organiseringen omkring patientens forløb har betydning for sundhedspersonalets kendskab til vigtige faktorer, såsom patientens sygdomshistorie og sociale situation. En analyse af borgernes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet peger på potentialer for bedre tilgængelighed og tydeligere ansvarsplacering. Et overskueligt og lettilgængeligt sundhedsvæsen kræver, set fra et borgerperspektiv, at det skal være nemt at få et samlet overblik over eget forløb, både i det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Det skal være tydeligt, hvem der har ansvar for behandlingen, og der skal sikres kommunikation og dataudveksling på tværs af sektorerne.[119]

Det er ledere og medarbejderes opgave lokalt at sikre gode overgange og samarbejde mellem de mange aktører, der kan være involveret i patientforløb, men der skal være de rette strukturelle rammer for, at det kan lykkes. Når forløb strækker sig over flere organisatoriske enheder og sektorgrænser, kræver det øget koordinering og samarbejde. For ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet kommer de strukturelle udfordringer til udtryk ved komplekse samarbejdsrelationer, fx på tværs af myndigheder med forskellige faglige og politiske mål, egne særskilte ressourcer og forskellige faglige og økonomiske incitamentsstrukturer. Uklare aftaler om arbejdsgange og opgavefordeling er en barriere for medarbejderne for at skabe gode og sammenhængende patientforløb. Det samme er forskellige standarder for behandlingsniveau på tværs af sektorer, fx forskellige forståelser af, hvornår en patient kræver behandling på et sygehus.[120]

---

118 Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, "LUP Somatik", 2020 og 2021.

119 Alexandra Brandt Ryborg Jønsson, "Borgere og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer", 2024.

120 VIVE og Marie Henriette Madsen, *Sammenhæng ifølge sundhedspersonale – En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet* (VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2024.

Organiseringen i dag medvirker til, at nogle patientgrupper har mere komplicerede og fragmenterede patientforløb end andre. Det nuværende sundhedsvæsen mangler både strukturer og kompetencer for at kunne give den bedste behandling for patienter med multisygdom, patienter med samtidig psykisk og fysisk sygdom og ældre medicinske patienter. Udfordringen understreges af, at mange patienter i de tre nævnte patientgrupper ikke har tilstrækkelige sundhedskompetencer til at håndtere komplicerede forløb.[121]

En undersøgelse af social ulighed i sundhed påpeger, at sammenhængsproblemerne også vedrører interne forhold på sygehuse, hvor der er behov for bedre strukturelle rammer for at levere skræddersyede indsatser for visse patienter og generelt tilrettelægge patientforløb med en større fleksibilitet i sundhedsvæsenet. Derudover peger analysen på et behov for at nedbryde de organisatoriske skel mellem somatisk og psykiatrisk behandling. Generelt er tværsektorielt og tværprofessionelt samarbejde indenfor sundhedsvæsenet vigtigt for at modarbejde social ulighed i sundhed.[122]

Sundhedsstrukturkommissionens forslag til en ændret organisering skal bl.a. afhjælpe den type af udfordringer. Det er vigtigt, da der i fremtiden vil være flere borgere, som har forløb i sundhedsvæsenet, som forudsætter tæt og løbende koordination mellem kommune, sygehus og/eller den alment praktiserende læge. Flere borgere vil leve med kronisk sygdom og multisygdom, og flere borgere vil leve længere med eftervirkninger af alvorlig sygdom (se kapitel 4). Der vil derfor komme flere patientforløb, hvor det er nødvendigt med tæt og løbende koordination mellem forskellige sundhedsaktører, som i dagens sundhedsvæsen er placeret under forskellige myndigheder. Samarbejdet om patientforløb er også blevet vigtigere i takt med, at indlæggelserne bliver kortere og mere omlægges til ambulant behandling. Udviklingen har været til gavn for patienterne, som i højere grad kan være i eget hjem, men det betyder også flere komplekse forløb, hvor opgaver enten løses i samarbejde på tværs af alle tre sektorer eller i samarbejde mellem praktiserende læge og kommune. Særligt for ældre borgere med komplekse sygdomsforløb er der et potentiale i en stærkere integration af sundheds- og plejeopgaverne.

Strukturelle barrierer for at levere bedre sammenhæng i patientforløb er en velkendt problemstilling, som der i årenes løb har været iværksat mange organisatoriske initiativer for at afhjælpe. Som eksempler kan nævnes sundhedsklynger, patientansvarlig læge og 72-timers behandlingsansvar. Nogle af tiltagene har skullet skabe bedre koordinering internt på sygehusene. Det understreger, at udfordringer med sammenhæng ikke kun knytter sig til et sektoropdelt sundhedsvæsen, men også organiseringen på tværs af specialer og afdelinger og stigende subspecialisering over tid. Der kan også indenfor kommuner være koordinationsudfordringer på tværs af forvaltninger. Der kan desuden være utilfredsstillende samarbejde og koordination imellem det almenmedicinske tilbud og sygehuse på trods af, at begge er underlagt samme ansvarlige myndighed, nemlig regionerne.

Problemet med svag sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af sundhedsaktører, skyldes dermed ikke kun sektoropdelingen af sundhedsvæsenet. Det er dog Sundhedsstrukturkommissionens vurdering, at sektorovergangene generelt gør det sværere at skabe sammenhængende patientforløb.

Besværlig adgang til hjælpemidler og behandlingsredskaber er et tydeligt eksempel på uklart ansvar i det sektoropdelte sundhedsvæsen. I dag skelner lovgivningen mellem, om der er tale om et behandlingsredskab, som er et regionalt finansieringsansvar, eller om der er tale om et hjælpemiddel, som er et kommunalt udleverings- og finansieringsansvar.[123] I praksis er skillelinjen langt fra entydig. Det medfører, at der ofte er et fortolkningsrum i forhold til, hvem der skal udlevere det, som borgeren har behov for. Det kan føre til geografiske forskelle i forhold til, hvilke ydelser borgerne modtager, jf. boks. 8.1.

---

121 Alexandra Brandt Ryborg Jønsson, "Borgere og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer", 2024.

122 Behandlingsrådet, "Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser - patientforløb barrierer og indsatser", 2024.

123 Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Boks 8.1

Eksempel på uklart myndighedsansvar: Hjælpemiddel vs. behandlingsredskab

I lovgivningen kan et produkt i visse tilfælde (fx et redskab eller apparat) både udleveres efter serviceloven som et hjælpemiddel eller efter sundhedsloven som et behandlingsredskab. Patienterne fortæller, at det har store konsekvenser for dem, da det har betydning for, om de kan få bevilliget hjælpemidlet eller behandlingsredskabet eller ej. En anden udfordring er, om hjælpemidlet eller behandlingsredskabet tildeles varigt eller midlertidigt.

Patienterne fortæller samtidig, at de hjælpemidler eller behandlingsredskaber, som de er blevet oplært i at bruge på sygehuset, ikke nødvendigvis er de samme, de kan få, når de kommer hjem fra sygehuset, hjem til deres egen kommune. Det skaber utryghed at skulle vænne sig til et andet hjælpemiddel, alene fordi det nu er kommunen, der skal betale.

Patient med type 1-diabetes beskriver udfordringerne set fra et patientperspektiv

"Jeg har en insulinpumpe, som jeg SKAL have. Det er ligesom det, der holder mig i gang. Men regionalt og kommunalt differentierer man imellem, om det er et "hjælpemiddel" eller "et behandlingsredskab". Og det giver enormt mange problemer, ikke bare for mig, men for alle diabetikere. Vi kalder det post-nummer-lotteri: det er fuldstændig tilfældigt, hvor i landet du kan få tildelt teknologi. Hvis jeg flyttede kommune i morgen, er det ikke sikkert, at jeg kan tage mine hjælpemidler med."

Sådan lyder det fra en patient med type 1-diabetes på et feedbackmøde, afholdt i samarbejde med ViBIS. Udtalelsen kan ses som et udtryk for de strukturelle udfordringer, der præger området.

Kilde: ViBIS. "Patienter og pårørendes oplevelser med, og ønsker til, sundhedsvæsenet", 2023.

Tiltag og indsatser til at styrke sammenhængen i sundhedsydelserne

Undervejs i Sundhedsstrukturkommissionens arbejde er kommissionen blevet præsenteret for en række lokalt funderede projekter, som har til formål at styrke samarbejdet om gode patientforløb imellem kommuner, almenmedicinske tilbud og sygehuse. Det er hver især anerkendelsesværdige projekter, som for de flestes vedkommende har potentiale til at styrke det tværgående samarbejde. I de mange engagerede oplæg, som kommissionen er blevet præsenteret for, er ord som "ildsjæle", "de gode viljer" og "blæksprutte-kompetencer" gået igen. Det er positive kompetencer, som der er brug for i sundhedsvæsenet, men når der er behov for at fremhæve dem så klart, må det også ses som udtryk for, at der ikke er en organisering, der i tilstrækkelig grad understøtter de indsatser, der i dag går på tværs af almenmedicinske tilbud, kommuner og sygehuse. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der mangler en stærkere motor til at drive det, som foregår i mellemrummet mellem de almenmedicinske tilbud, kommuner og sygehuse.

Der er på det seneste indgået aftaler, som på forskellig vis sigter mod at understøtte sammenhængen på tværs af sektorer. Et eksempel er aftalen om 72-timers behandlingsansvar, som indebærer, at sygehusene har udvidet behandlingsansvaret til 72 timer efter udskrivelse for patienter, som har været indlagt i mindst 24 timer, og som efterfølgende udskrives til kommunal sygepleje mv. Formålet med aftalen er at skabe en tryg overgang mellem sygehus og kommune og understøtte sammenhængende patientforløb og kommunikation mellem sundhedsprofessionelle. De indledende resultater viser, at sundhedspersonalet er tilfredse med ordningen. Det opleves, at aftalen skaber øget tilgængelighed og samarbejde mellem sygehuset og den kommunale sygepleje. Aftalen kan også frigive tid til borgerens behandling, når medarbejderne i kommunerne oplever hurtigere hjælp gennem opkald til sygehuset.[124]

Et andet tiltag er ordningen om faste plejehjemslæger, hvor det i overenskomsten imellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation er aftalt, at minimum 80 pct. af alle borgere på plejehjem skal være dækket af ordningen inden udgangen af 2024.

124 Region Hovedstaden, "Evaluering af 72 timer: Et telefonnummer til den udskrivende afdeling skaber tryghed for ældre patienter", 2023.

Sundhedsstrukturkommissionen ser positivt på tiltagene, men konstaterer samtidig, at de ikke er tilstrækkelige i lyset af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor.

Etableringen af sundhedsklyngerne i 2022 er en national organisatorisk ændring, foretaget for at imødegå udfordringerne med et sektoropdelt sundhedsvæsen. Et væsentligt formål med sundhedsklyngerne er at fremme koordinering og samarbejde mellem regioner, kommuner og almenmedicinske tilbud. En analyse, udarbejdet for kommissionen, viser imidlertid, at sundhedsklyngerne i deres nuværende konstruktion ikke har været et slagkraftigt svar på sundhedsvæsenets strukturelle udfordringer.[125] Ifølge analysen er klyngesamarbejdet ikke forpligtende nok til reelt at understøtte mere sammenhæng i de patientforløb, hvor det kræver en gensidig tilpasning af opgaveløsningen. Der ses bl.a. en manglende handlekraft og mulighed for at træffe væsentlige forpligtende beslutninger på tværs af aktørerne. Det gælder specifikt, når det kommer til gensidig økonomisk forpligtelse. Analysen viser fx, at der stort set ikke er nogen sundhedsklynger, som har truffet beslutninger, der omfatter brug af sektorernes egne budgetmidler ind i klyngesamarbejdet, jf. boks 8.2.

De manglende incitamenter til at investere på tværs af sektorer uddybes i det følgende.

Boks 8.2
Hovedpointer fra Implements analyse af sundhedsklynger

Udfordringer med organiseringen af sundhedsklyngerne i dag

Analysen viser, at sundhedsklyngerne i deres nuværende konstruktion ikke har været et stærkt svar på sundhedsvæsenets strukturelle udfordringer.

Rapporten citerer bl.a. en kommunal deltager i en klynge for følgende:

"Jeg tror mest, man skal se værdien i det her som networking. Der er i hvert fald ikke meget, der tyder på, at vi kommer til at træffe væsentlige beslutninger i den nærmeste fremtid."

En regional klyngedeltager udtaler:

"Vi skal jo selvfølgelig samarbejde. Men sundhedsklyngen er en dysfunktionel måde at lappe på en dysfunktionel konstruktion."

Analysen vurderer, at de tre væsentligste udfordringer for sundhedsklyngerne er:

- Bureaukrati. Klyngerne er et administrativt tungt samarbejde, hvor der investeres meget leder-og medarbejdertid i både kommuner og regioner. Deltagerne i sundhedsklyngerne vurderer i overvejende grad, at tidsforbruget i klyngerne ikke står mål med værdiskabelsen.
- Repræsentation. Sundhedsklyngerne har en overrepræsentation af ledere med overordnet, strategisk fokus og en tilsvarende underrepræsentation af driftsnær, operationel kompetence. Det er der forsøgt kompenseret for ved at etablere supplerende, underliggende fora, som dog samtidig øger den organisatoriske kompleksitet og det dertilhørende bureaukrati. Almenmedicinske tilbud har ikke samme forudsætninger for at indgå i samarbejdet.
- Det er svært at træffe beslutninger. Klyngerne mangler handlekraft og mulighed for at træffe væsentlige forpligtende beslutninger på tværs af parterne, særligt når det kommer til gensidig forpligtelse af økonomi. Der er stort set ingen sundhedsklynger, som har truffet beslutninger, der omfatter disponering af sektorernes egne budgetmidler. Det er alene de nationalt afsatte opstartsmidler, der er disponeret i fællesskab.

Kilde: Implement Consulting Group, "Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb", 2024.

125 Implement Consulting Group, "Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb", 2024.

Ansvarsfordelingen understøtter ikke en nødvendig udvikling af det primære sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende organisering af sundhedsvæsenet ikke i tilstrækkelig grad understøtter, at der sker den nødvendige udvikling af det primære sundhedsvæsen. En væsentlig barriere er, at der generelt er svage incitamenter hos de enkelte myndigheder til at investere i effektive pleje- og forebyggelsesindsatser, også i situationer, hvor det vil gavne borgeren og give mest mulig sundhed for pengene. Høste-så-problemstillingen er tydeligst i relation til kommunernes incitament til at investere i forebyggelse.[126]

Svag tilskyndelse til investering på tværs af sektorer

Kommunerne vurderes at have en tilskyndelse til at understøtte den almene sundhed blandt kommunens egne borgere, fx for at understøtte borgernes arbejdsmarkedstilknytning. Der er dog en risiko for, at indsatser til at forebygge egne borgeres brug af sygehusene ikke prioriteres tilstrækkeligt af kommunerne. Det hænger sammen med sektoropdelingen, hvor en del af gevinsten af kommunernes investeringer i forebyggende indsatser tilfalder regionen i form af mindre sygehusbehandling. Den kommunale medfinansiering (KMF), som blev indført i forbindelse med strukturreformen i 2007, er et eksempel på et tiltag, der forsøger at kompensere for den strukturelle svaghed, men som ikke har haft den ønskede virkning.[127]

Regionerne har omvendt en mulig økonomisk og ressourcemæssig gevinst, hvis flere opgaver bliver løst i det primære sundhedsvæsen. Det kommer til udtryk ved, at der de seneste år har kunnet spores en svag tendens til, at regionerne har investeret mere i det primære sundhedsvæsen, fx med 72-timers behandlingsansvar og initiativet med faste plejehjemslæger.

Det er dog Sundhedsstrukturkommissionens vurdering, at sektoropdelingen og den heraf afledte risiko for økonomisk kassetænkning har været medvirkende til, at regionerne har underinvesteret i aktiviteter og tiltag, som kunne styrke det primære sundhedsvæsen. Samtidig må det konstateres, at regionerne, som har ansvaret for både sygehus- og praksissektoren, har givet førstnævnte langt mere politisk og ledelsesmæssig opmærksomhed end sidstnævnte. Det kan bl.a. skyldes forskelle i reguleringen af de to sektorer og størrelsesforholdet mellem dem, men uanset årsagen er konsekvensen, at det almenmedicinske tilbud ikke har fået tilstrækkelig politisk og ledelsesmæssig opmærksomhed.

Som tidligere nævnt er det ikke lykkedes at sætte borgernes samlede forløb og behov i centrum i samarbejdet i sundhedsklyngerne, når der skal træffes beslutninger om prioritering af økonomi til forskellige sundhedsindsatser. Der er flere årsager til, at det er vanskeligt for klyngerne at få parterne til at træffe gensidigt forpligtende beslutninger om økonomi. En af årsagerne er, at disponering af økonomi i klyngerne forudsætter, at alle kommuner og regioner i de pågældende klynger på forhånd har reserveret budgetmidler hertil, som kun sker i et meget begrænset omfang.[128]

Konsekvenser af adskillelsen af læger og sygepleje- og træningspersonale i forskellige sektorer

Udviklingen i opgavefordelingen i sundhedsvæsenet og borgernes behandlings- og plejebehov har betydet, at kommunerne i stigende grad har behov for lægefaglige kompetencer for at kunne varetage opgaverne fagligt bæredygtigt. Lægeressourcerne i sundhedsvæsenet er imidlertid primært ansat i de to andre sektorer, nemlig på sygehusene og i praksissektoren. På områder, hvor kommunerne udfører opgaver, der har deres udspring i lægelig delegation eller lægelig henvisning, har kommunerne samtidig begrænsede muligheder for at styre kapacitet og omfang. Særligt de to største faggrupper i sundhedsvæsenet – læger og sygeplejersker – hænger fagligt sammen, da de har supplerende kompetencer, som tilsammen er afgørende for håndteringen af patienter i sundhedsvæsenet. Det gælder særligt mennesker med multisygdom, sårbare ældre borgere, mennesker med kroniske sygdomme og medicinske patienter, som kan håndteres udenfor sygehusene.

126 Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

127 Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

128 Implement Consulting Group, "Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb", 2024.

Udviklingen betyder samlet set, at den gensidige afhængighed øges mellem indsatser ved kommunernes plejepersonale og indsatser forankret hos de alment praktiserende læger. Det gælder her, at den alment praktiserende læge har behandlingsansvaret for patienterne, mens sygepleje og personlig pleje udføres af personale på det kommunale sundheds- og ældreområde. Samarbejdet om stabile patienter kan almindeligvis koordineres mellem læger i én sektor og plejepersonale i en anden sektor, ligesom behovet for løbende dialog vil være begrænset. Ændringerne i sygdomsbilledet og kompleksiteten hos de borgere, som håndteres i kommunerne, betyder imidlertid, at plejepersonalet i stigende omfang har behov for et tættere og løbende samarbejde med læger om håndteringen af patienterne. Det er nødvendigt for at kunne levere høj kvalitet og fagligt bæredygtig opgaveløsning i kommunerne.

Manglen på rette kompetencer kan samtidig udgøre en barriere for sundhedspersonalets muligheder for at skabe sammenhængende patientforløb. Muligheden for at trække på den relevante kliniske kernekompetence til opgaverne spiller en central rolle for at skabe sammenhæng i patientforløb. Hvis ikke de rette kompetencer er til stede i tilstrækkeligt omfang, kan patienter fx risikere at blive vist det forkerte sted hen, henvisninger kan være forsinkede, og sundhedstilbuddet kan blive mangelfuldt. De faglige vurderinger skal foretages af personale med de rette kompetencer.[129]

Kommuner og regioner har på forskellig vis lavet tiltag for at sikre tættere tilknytning af lægefaglige ressourcer til de kommunale opgaver. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at det er kompenserende ordninger i en struktur, der ikke i tilstrækkelig grad har været løbende tilpasset til ændringer i opgaveløsningen i det samlede sundhedsvæsen.

Når der kommer nye opgaver, der som konsekvens af den faglige og teknologiske udvikling kan udføres i hjemmet, fx IV-behandling, hjemmedialyse og hjemmekemoterapi, opstår forhandlinger og et behov for at indgå aftaler mellem sektorer. Det er en administrativ tung og omkostningsfuld mekanisme til at sikre den nødvendige løbende tilpasning af opgaveløsningen henover sektorgrænserne. Den nuværende sektoropdeling er dermed en barriere for hurtig omstilling.

Sektorkrydsende indsatser, hvor det sekundære sundhedsvæsen understøtter det primære sundhedsvæsen

Det sekundære sundhedsvæsen har en række faglige kompetencer og ressourcer, som kan komme det primære sundhedsvæsen til gavn, hvis myndighederne med ansvar for sygehusene formår at bringe dem i spil og understøtte samarbejdspartnere i kommuner og praksissektoren. Det udadvendte og samarbejdende sygehus er et sygehus, der bygger bro. Formålet er både at styrke sammenhæng i patientforløb og at udvikle indsatser udenfor sygehuset til gavn for patienterne, så de i højere grad behandles det rette sted og på rette specialiseringsniveau. Det kan fx forebygge unødvendige sygehusindlæggelser, hvis der i det primære sundhedsvæsen er faglige kompetencer til at varetage flere typer af opgaver og dermed en større del af patientforløbet lokalt.

Sundhedsstrukturkommissionen har fået foretaget en systematisk afdækning af sektorkrydsende indsatser, som bl.a. omfatter udekørende funktioner fra sygehuse for at forebygge indlæggelser. Hovedkonklusionerne fra analysen er gengivet i boks 8.3. Som det fremgår, er vurderingen, at der er behov for mere markante reformer for at styrke aktiviteter og indsatser i den almene del af sundhedsvæsenet. De kompenserende tiltag vurderes dermed ikke stærke nok til at sætte tempoet op i en omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere opgaver skal løses udenfor sygehusene.

129 VIVE og Marie Henriette Madsen, *Sammenhæng ifølge sundhedspersonale – En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet* (VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2024).

Boks 8.3
Hovedpointer fra Implements analyse af sektorkrydsende indsatser

Kompenserende indsatser på tværs af sektorer i dag

Implement Consulting Group har gennemført en analyse af sektorkrydsende indsatser for Sundhedsstrukturkommissionen. Indsatserne er kategoriseret som "udkørende" eller "rådgivende", og formålet med indsatsen kan variere. Det kan fx være at "undgå indlæggelse" eller "sikre kontinuitet og sammenhæng".

Analysen viser, at 63 pct. af indsatserne kategoriseres som "strukturkompenserende" og 29 pct. som "både/og", mens kun 8 pct. er kategoriseret som "videreudvikling", hvor formålet fx kan være at udvikle det primære sundhedsvæsen ved faglig understøttelse fra sygehusenes side.

Analysen peger på (med metodiske forbehold), at langt størstedelen af de identificerede tiltag har til formål at kompensere for den aktuelle sektorinddeling på sundhedsområdet. Analysen peger samtidig på, at variationen på tværs af landet i de forskellige aktørers tilgange, indsatser, serviceniveauer mm. er betydelig, hvilket betyder, at understøttende indsatser i dag er meget uens på tværs af landet.

Samlet set konkluderer analysen, at de mange lokale kompenserende tiltag illustrerer et behov for at reformere og opdatere den del af sundhedsvæsenet, der aktuelt varetages af kommuner, almenmedicinske tilbud og praksissektoren i øvrigt.

Kilde: Implement Consulting Group. 2024. Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb.

Rammerne for opgaveflytning til det almenmedicinske tilbud

Det almenmedicinske tilbud er centralt, når flere opgaver fremover skal omstilles og varetages i det primære sundhedsvæsen. Regionerne har myndighedsansvaret for at tilvejebringe almenmedicinske ydelser. Forpligtelsen håndteres som udgangspunkt ved alment praktiserende læger, der virker efter overenskomst aftalt mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation. Praktiserende Lægers Organisation repræsenterer alle de alment praktiserende læger i deres kapacitet som klinikejere. Der indgås derfor ikke aftaler, som vil være uoverkommelige eller ikke-attraktive at leve op til for en andel af de eksisterende klinikker. Det vanskeliggør fx en omstilling og udrulning af nye opgaver, som ikke vil kunne varetages af mindre klinikker eller omfordeling af ressourcer til patienter og områder med størst behov.

Til trods for en række udviklingstiltag i Overenskomst om almen praksis 2022, bl.a. om at reducere ulighed i sundhed og styrke indsatsen over for borgere med alvorlig psykisk sygdom og sundhedstjek af borgere på botilbud hos de alment praktiserende læger, er status på tiltagene, at de gennemføres i et tempo, som er væsentligt langsommere end forudsat i aftalen.

Overenskomsten beskriver regler om tilgængelighed for alment praktiserende læger, men undersøgelser af tilgængeligheden peger i retning af, at intentionen med overenskomstens bestemmelser ikke altid overholdes i praksis. En undersøgelse af tilgængelighed med udgangspunkt i den oplyste tilgængelighed på hjemmesider viser, at den oplyste tilgængelighed ikke i alle klinikker afspejler overenskomstens bestemmelser om mulighed for konsultation efter kl. 16.00 og for akutte henvendelser indtil kl. 16.00.[130]

130 BDO, "Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis", 2023.

Opgavefordelingen giver udfordringer med faglig bæredygtighed for nogle kommunale sundhedsopgaver

Sundhedsvæsenets decentrale organisering understøtter i udgangspunktet tilgængelighed af sundhedstilbud i hele landet og er med til at danne grundlag for indsatser tæt på borgeren. En decentral organisering giver mulighed for, at indsatser tilpasses efter lokale forhold og prioriteringer.

Kommunerne blev med strukturreformen i 2007 tildelt flere opgaver og et større ansvar i udførelsen af den borgernære sundhed, herunder forebyggelse og sundhedsfremme og rehabilitering og genoptræning. Udviklingen i sygehusvæsenet imod kortere sygehusindlæggelser og omlægning til ambulant behandling har betydet større krav til kommunernes opgavevaretagelse og givet behov for mere sundhedsfagligt personale, herunder et behov for at kunne trække på lægeressourcer fra andre sektorer.

En styrke ved placeringen af sundhedsopgaver i kommunerne er, at de har ansvaret for flere velfærdsområder, hvor det fra et borgerperspektiv kan være en fordel, at der kan koordineres indenfor en myndighed, da nogle borgere har flere samtidige berøringsflader til kommunen. Det gælder fx samspillet mellem skole, sundhedsplejerske og tandpleje eller samspillet mellem genoptræning og ældreområdet. Samtidig kan der også være incitamentsmæssige fordele herved på grund af gensidige afhængigheder på tværs af kommunale velfærdsområder.

Forskellige vilkår for opgaveløsningen på tværs af kommuner

Kommunerne løser sundhedsopgaven under forskellige vilkår. Der er fx forskel på befolkningsgrundlaget i de 98 kommuner, fra ø-kommuner med under 2.000 indbyggere til store kommuner med mere end 100.000 indbyggere. Nogle kommunale sundhedsopgaver kræver en betydelig volumen, specialiserede kompetencer og stærke faglige miljøer, som flere kommuner i kraft af blandt andet deres størrelse og geografiske placering kan have vanskeligt ved at etablere. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et notat til Sundhedsstrukturkommissionen om faglig bæredygtighed, hvor en række opgaver fremhæves som vanskelige at varetage i nogle kommuner.[131]

Udfordringer med faglig bæredygtighed ses særligt for opgaver, hvor der er en for lille opgavevolumen til, at der kan opbygges tilstrækkelige kompetencer og faglige miljøer. Genoptræning og rehabilitering af små patientgrupper, som kræver særlige kompetencer, er i dag udfordrende at varetage bæredygtigt i alle kommuner. Ifølge Sundhedsstyrelsen gælder det fx opgaver relateret til børn og unge, der har været igennem svær sygdom, mennesker udsat for fysiske eller psykiske traumer og mennesker med sygdommene sclerose og ALS.

Små kommuners udfordringer med at kunne etablere og opretholde bæredygtige indsatser ses også på områder med behov for vagtdækning døgnet rundt, fx kommunale akutfunktioner. Udfordringerne bunder særligt i, at der ikke er tilstrækkelig volumen til at fastholde et fagligt bæredygtigt tilbud om natten.[132] Sundhedsstyrelsen vurderer, at der ved fremtidig omstilling af sundhedsvæsenet må forventes behov for yderligere kapacitetsopbygning i akutfunktioner udenfor sygehusene, fx sygepleje til mennesker med psykiske lidelser, multisygdom og demens. Det skal ske i tæt koordination med det almenmedicinske tilbud. Dermed kan de nuværende udfordringer på akutområdet forværres fremover, hvis de rette kompetencer og personaleressourcer ikke er til stede i det primære sundhedsvæsen til at løfte opgaven.

Endelig ses der udfordringer med at opnå et grundlag for faglig bæredygtighed i de kommunale forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom. Det gælder både i forhold til at sikre de rette kompetencer og effektiv ressourceanvendelse i de kommunale tilbud.[133]

---

131 Sundhedsstyrelsen, "Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning", 2023.

132 VIVE m.fl., *Det kommunale akutområde: erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner* (VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021).

133 *Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder* (Sundhedsstyrelsen, 2024).

Boks 8.4
Opsummering af udfordringer med opgave- og ansvarsfordelingen

Sektoropdelingen udfordrer sammenhængen i patientforløb

- Udviklingen i sundhedsvæsenet, fx kortere indlæggelser og øget ambulant behandling, vil give flere forløb på tværs af sektorer. Det samme vil den demografiske udvikling og et ændret sygdomsbillede. Det understreger behovet for en struktur, der understøtter sammenhængende patientforløb. Det er i dag svært at samarbejde over sektorgrænser, bl.a. på grund af delt ansvar og tilskyndelser til økonomisk kassetænkning.
- Der er iværksat mange gode projekter og initiativer til at styrke sammenhængen i patientforløb. Dog er det kommissionens vurdering, at der er behov for markant stærkere tiltag for at skabe sammenhæng, især i de forløb, der går på tværs af almenmedicinske tilbud, kommuner og sygehuse. Ledere og medarbejdere har i dag ikke tilfredsstillende strukturelle rammer for at samarbejde om forløb og tværgående indsatser.
- Sundhedsklyngerne fungerer ikke efter hensigten, og de er i deres nuværende konstruktion ikke et stærkt nok svar på sundhedsvæsenets udfordringer.

Ansvarsfordelingen understøtter ikke udvikling af det primære sundhedsvæsen tilstrækkeligt

- Regionerne har en begrænset økonomisk tilskyndelse til at investere i og stille ressourcer til rådighed for den del af sundhedsvæsenet, som kommunerne har ansvaret for.
- Der er samtidig en risiko for, at kommunerne selv vil underinvestere i de aktiviteter, som regionen kan forventes at støtte.
- Der er svage mekanismer til at sikre den nødvendige løbende tilpasning af opgaveløsningen hen over sektorgrænserne som følge af den faglige og teknologiske udvikling.
- Adskillelsen af læger og sygeplejepersonale i forskellige sektorer giver både styringsmæssige og faglige udfordringer i kommunerne.

Opgavefordelingen fører til udfordringer med faglig bæredygtighed i nogle kommuner

- Sundhedsvæsenets decentrale organisering understøtter i udgangspunktet tilgængelighed af sundhedstilbud i hele landet og er med til at danne grundlag for indsatser tæt på borgeren.
- Nogle kommunale sundhedsopgaver kræver betydelig volumen, specialiserede kompetencer og stærke faglige miljøer. Det kan flere kommuner have vanskeligt ved at etablere, bl.a. i kraft af deres størrelse og geografiske placering.

Regulering og styring indenfor og på tværs af sektorer

I dette afsnit argumenterer Sundhedsstrukturkommissionen for, at den nuværende styring af sundhedsvæsenet ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at ressourcer, såsom økonomi, personale og kompetencer, fordeles til de områder, som har størst behov, det vil sige områder, hvor sygdomsbyrden er størst. Der argumenteres også for, at den nuværende regulering og styring af sygehusene har medført en øget specialisering. Det har været med til at løfte kvaliteten for patienterne, men har bl.a. også medført en organisatorisk fragmentering, hvor sygehusene har vanskeligt ved at håndtere patienter med komplekse forløb, fx patienter med flere kroniske sygdomme samtidig. Endelig argumenterer kommissionen for, at der er behov for at reformere den måde, de almenmedicinske tilbud reguleres og styres i dag.

Utilstrækkelig styring af den geografiske fordeling af ressourcer

Lægedækningsudfordringer for de almenmedicinske tilbud

Lige adgang til sundhedsvæsenet er betinget af let adgang og tilgængelighed til almenmedicinske tilbud i hele landet. Den nuværende regulering er baseret på, at alle områder af landet vil være betjent af alment praktiserende læger. Derfor er øvrige praksisformer omfattet af undtagelsesbestemmelser. I realiteten har flere områder, navnlig det sydlige Sjælland, markante udfordringer med at sikre lægedækning, og i flere dele af landet kræver det ekstraordinære indsatser at sikre tilstrækkelig lægedækning via alment praktiserende læger. Siden 2023 har regionerne fx haft mulighed for at indgå aftaler om et særligt, økonomisk vederlag til enkeltlæger, hvor det vurderes nødvendigt for at sikre lægedækningen.

Lægedækningsudfordringer afspejler dels en generel rekrutteringsproblematik, dels at styringen af de almenmedicinske tilbud ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter en fordeling af ressourcerne ud fra den opgavetyngde, som følger af patienternes behov for behandling. Der er i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation aftalt et differentieret basishonorar og et særligt kronikerhonorar, som medfører en vis differentiering af indtægtsgrundlaget på baggrund af patientsammensætningen. Ordningen har dog ikke medført en markant forbedret rekrutteringssituation i yderområderne. Det vurderes derfor fortsat mere attraktivt at være alment praktiserende læge i områder, hvor der er en høj andel af borgere, som har et mindre behandlingsbehov. Det kommer til udtryk ved en stor andel af relativt lette konsultationer og borgere med relativt få kontakter. Områder, hvor der mangler alment praktiserende læger, er derimod kendetegnet ved en stor andel af ældre og patienter med kronisk sygdom.

Patientnormen, der er fastsat i overenskomsten, er ens i hele landet og udgør 1.600 patienter pr. lægekapacitet. Patientnormen er grænsen for, hvornår en klinik kan lukke for nye patienter. Det betyder fx, at klinikker, der har relativt få ældre og sårbare patienter og patienter med kroniske sygdomme, ikke per automatik kompenserer for det ved at tage flere patienter ind, selvom det ville nedbringe behovet for alment praktiserende læger i visse områder og dermed potentielt bidrage til en mere ligelig fordeling af de almen medicinske ressourcer.

Rekrutteringsudfordringer i bestemte dele af landet

Indenfor det sekundære sundhedsvæsen er der problemer med at rekruttere læger i nogle dele af landet og indenfor visse specialer, imens der omvendt er stor søgning til universitetssygehusene, og til sygehusafdelinger med specialiserede funktioner. Der er en tendens til, at geografiske områder med relativt høj sygdomsbyrde også er de områder, hvor der er færrest sundhedsfaglige ressourcer til rådighed.

Region Sjælland og Region Nordjylland oplever i særlig grad udfordringer med at tiltrække sundhedsfaglige medarbejdere i tilstrækkeligt omfang, både i sygehus- og praksissektoren. Der er fx væsentligt flere sygehusansatte speciallæger i Region Hovedstaden (178 pr. 100.000 indbyggere) end i de øvrige regioner med færrest i Region Sjælland (133 pr. 100.000 indbyggere). Det kan delvist afspejle en arbejdsdeling mellem regionerne, hvor nogle regioner varetager en del af den specialiserede behandling på vegne af andre regioner. Men selv når der tages højde for forskelle i behandlingstyngde på tværs af regionerne, ses der en ubalance i antallet af speciallæger pr. indbyggere.[134]

Fordelingen af praktiserende speciallæger er også ulige på tværs af landet. Det afspejler både rekrutteringsgrundlaget, historiske tendenser og en uensartet arbejdsdeling mellem sygehus og praksissektor på tværs af landet.

I dag fordeler og samarbejder regionerne kun i begrænset omfang om de knappe medarbejderressourcer på tværs af regionsgrænserne. Der er dog eksempler på samarbejdsaftaler enten på tværs af afdelinger indenfor samme speciale i samme region, eller på tværs af regioner. Der er bl.a. indført et ansættelsesstop af speciallæger på de tre største universitetshospitaler for at sikre, at flere lægeressourcer omfordeles til mindre sygehuse. Der kan dog på trods af ansættelsesstop konstateres en vækst i antallet af speciallæger på de største universitetshospitaler.

134 Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Det er kommissionens samlede vurdering, at den nuværende styring og organisering af sundhedsvæsenet ikke i tilstrækkelig grad sikrer en hensigtsmæssig fordeling af sundhedsfaglige ressourcer på tværs af landet. Den ulige fordeling er med til at skabe en geografisk og social ulighed i sundhed. Det er velkendt, at fysisk afstand til et behandlingstilbud har betydning for brugen af tilbuddet. Samtidig er der et vist sammenfald imellem geografisk og social ulighed i sundhed i den forstand, at socialt udfordrede borgere ofte udgør en større andel af befolkningen i de områder, som mangler sundhedspersonale og sundhedstilbud.

Regulering og styring af sygehuse fører til specialisering og centralisering

Den nationale regulering og styring af sygehusene sker bl.a. gennem sundhedsloven og national specialeplanlægning. Udviklingen af sygehussektoren er styret ud fra et fokus på kvalitet, i nogle tilfælde fremfor andre hensyn, fx nærhed (se kapitel 3).[135] De seneste årtiers centralisering og specialisering af sygehusene har generelt medført en højere kvalitet i behandlingen, men på nogle områder er det dog nået til et punkt, hvor ulemperne ved fortsat eller uændret specialisering overgår fordelene.[136] Hvis kompetencerne og ydelserne bliver for snævre og målrettet en lille specifik patientgruppe, kan det medføre ineffektivitet, fordi organisationen bliver for kompleks. En udpræget grad af specialisering kan medføre en organisatorisk fragmentering, hvor specialiseret behandling bliver varetaget i særlige afsnit, teams eller projekter. Specialiserede behandlinger kan på den måde være sårbare, fordi et forholdsvist lille antal medarbejdere er tilknyttet de enkelte specialiserede områder.

I situationer, hvor regioner som konsekvens af specialisering har valgt at centralisere funktioner på færre enheder, kan det være svært at tiltrække personale til de sygehuse, der ikke varetager specialiseret behandling. Varetagelse af specialiserede behandlinger ét sted kan dermed være en udfordring for den faglige bæredygtighed andre steder. Det kan bidrage til en forværring af den geografiske ulighed i sundhed, når sundhedspersonalet i endnu højere grad koncentreres i og omkring de store byer på attraktive arbejdspladser med stærke faglige miljøer.

Specialiseringen har også været med til at skabe et stort fokus på at øge kvaliteten og kompetencerne indenfor de enkelte specialer. Det er vurderingen, at det utilsigtet har været med til at reducere fokus på generalistkompetencer og på indsatser på tværs af specialer. Ændringer i sygdomsbilledet betyder, at flere borgere i fremtiden vil have behov for indsatser, der går på tværs af forskellige fagligheder og specialer. Den øgede grad af specialisering på sygehusene kan derfor udgøre en barriere for, at fx ældre borgere med flere kroniske sygdomme ikke får et optimalt tilbud i sundhedsvæsenet. Det samme gælder for patienter med samtidig somatisk og psykisk sygdom.

Utilstrækkelige muligheder for at styre udviklingen af de almenmedicinske tilbud

Opgavebeskrivelsen for de praktiserende læger og rammerne for regionernes opfølgning i forhold til de enkelte praktiserende læger bliver i dag fastlagt via overenskomst med Praktiserende Lægers Organisation. Det betyder, at leverandørerne i form af de selvstændigt erhvervsdrivende praktiserende læger forpligtes på et medansvar for udviklingen af sundhedsvæsenet, men det betyder også, at regionerne ikke oplever at have reel kompetence til at sikre den udvikling af det almenmedicinske tilbud, som er nødvendig for at møde patienternes behov og udviklingen i sundhedsvæsenet.[137]

Med den nuværende indretning af sundhedsloven skal det almenmedicinske tilbud som udgangspunkt tilbydes via alment praktiserende læger, som virker indenfor overenskomst, og regionerne har dermed ikke alternativer til at indgå aftaler med Praktiserende Lægers Organisation. Det betyder, at opgaveudviklingen i praksis er begrænset af den eksisterende leverandørsammensætning.

---

135 Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

136 Sundhedsstyrelsen, "Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning", 2024.

137 Danske Regioner, "Fremtidens almen praksis – udvikling og nye rammer", 2023.

Samlet set vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at den nuværende udformning af overenskomstmodellen for de alment praktiserende læger er en barriere for den videre udvikling af det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med de behov, som skal dækkes i fremtidens sundhedsvæsen.

Boks 8.5.
Opsummering af væsentlige regulerings- og styringsudfordringer

Utilstrækkelig styring af den geografiske fordeling af ressourcer

- Den nuværende honorarstruktur og styring af almenmedicinske tilbud understøtter ikke i tilstrækkeligt omfang en geografisk fordeling af ressourcerne i det almenmedicinske tilbud, som afspejler opgavetyngde og lægebehov i hele landet.
- Indenfor det sekundære sundhedsvæsen er der problemer med at rekruttere læger i nogle dele af landet og indenfor visse specialer. Allerede igangsatte initiativer har ikke været nok til at sikre en bedre fordeling af speciallæger.

Reguleringen af sygehuse fører til specialisering og centralisering

- Reguleringen af sygehusene, bl.a. med national styring af placeringen af funktioner, har medført en øget specialisering og en samling af specialiseret behandling på færre sygehuse. Det har været med til at løfte kvaliteten for patienterne, men betyder bl.a. også en organisatorisk fragmentering, større geografisk afstand for patienterne og rekrutteringsudfordringer på nogle sygehuse udenfor de store byer.

Styringen af almen medicinske tilbud er en barriere for omstilling

- Den nuværende udformning af overenskomstmodellen for de alment praktiserende læger er en væsentlig barriere for den videre omstilling til det primære sundhedsvæsen. Kommissionen vurderer dog, at regionerne kunne og burde have givet denne opgave mere opmærksomhed og højere prioritet.

Organisering og styring af arbejdet med digitalisering og data

En vigtig betingelse for den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet er bedre brug af digitale løsninger og data. Det kræver en stærkere organisering og styring, der understøtter bedre eksekvering af sundhedsvæsenets digitaliserings- og dataindsatser. Det danske sundhedsvæsen er allerede meget digitaliseret sammenlignet med andre lande, fx med elektroniske patientjournaler på sygehusene, mulighed for at sende digitale beskeder mellem sektorer og en række forskellige digitale kanaler til borgernes kontakt til sundhedsvæsenet.[138]

Digitale løsninger og øget nyttiggørelse af data rummer dog fortsat et uforløst potentiale for en egentlig digital transformation af sundhedsvæsenet. En digital transformation kan bl.a. bidrage til at effektivisere driften af sundhedsvæsenet, øge kvaliteten af sundhedstilbud og skabe både bedre forløb for borgerne og bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer – ikke mindst sundhedsvæsenets arbejdskraft. Nye teknologier muliggør også nye måder at levere sundhedsydelser på. Det gælder fx nye former for sammenhængende patientforløb, at borgerne kan få sundhedstilbud i eller tæt på eget hjem og blive understøttet i at være aktive medspillere i egen behandling og automatisering af arbejdsgange.

138 Iben Mundbjerg Gjødsbø m.fl., "Digitalisering i det danske sundhedsvæsen", *Samfundsøkonomen*, nr. 1 (2021): 26–38.

Der er klare indikationer på, at den eksisterende organisering og styring af arbejdet med digitalisering, data og andre teknologiske løsninger ikke er tilstrækkelig til at sikre, at løsninger udvikles og udbredes tilstrækkeligt hurtigt til, at de potentielle gevinster kan indfries.[139]

Delt ansvar giver mangel på fælles beslutninger, eksekveringskraft og prioritering

Den nuværende organisering og styring af digitaliserings- og dataområdet bærer præg af, at der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioriteringer. Det betyder bl.a., at udviklingen af den fælles digitale infrastruktur til datadeling på tværs af sundhedsvæsenet går for langsomt og er for ukoordineret. Det betyder også, at de mange eksisterende borgerrettede løsninger ikke er tænkt sammen og derfor har uhensigtsmæssige overlap i funktioner.[140] I dag findes ikke en samlet langsigtet strategi for digitalisering og brug af sundhedsdata i det danske sundhedsvæsen, som alle parter har forpligtet sig på, og som kan sikre, at teknologien bidrager til at skabe værdi.[141] Den svage beslutningskraft og fraværet af fælles prioriteringer betyder derudover, at de knappe ressourcer til IT-udvikling i sundhedsvæsenet ikke anvendes så effektivt, som de kunne ved en mere samlet styring af området.

Det skyldes særligt, at ansvaret for digitalisering er delt mellem mange aktører og beslutningsfora, som ikke er koordinerede. Beslutninger og økonomi spredt på mange aktører udfordrer effektiv udvikling, udbredelse og implementering af løsninger, og den nuværende organisering af fællesoffentlige løsninger giver ikke i tilstrækkelig grad mulighed for samlet prioritering og styring af udviklingen.[142]

Der sættes ikke i tilstrækkelig grad forpligtende, national retning for digitalisering i sundhedsvæsenet. Staten har med sundhedsloven kompetencer til at sætte rammerne for arbejdet med digitale løsninger og sundhedsdata på en række områder. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer dog, at lovgivningen kun i begrænset omfang bruges som styringsredskab. I stedet bliver der brugt strategier og aftaler, fx den nuværende Strategi for digital sundhed 2018-2024, de fællesoffentlige digitaliseringsstrategier og løbende økonomiaftaler om implementering af konkrete løsninger. Men kendskabet til nationale digitaliserings-strategier rundt om i sundhedsvæsenet er begrænset.[143]

Utilstrækkelige strukturer for innovation og udbredelse af nye digitale løsninger

Der er en række udfordringer med at få udbredt gode teknologiske løsninger, bl.a. borgerrettede digitale løsninger og datadrevne teknologier. Der sker meget værdiskabende innovation i sundhedsvæsenet, bl.a. gennem offentlig-privat samarbejde, hvor arbejdskraftsbesparende løsninger udvikles, og der bliver afprøvet nye teknologier, fx kunstig intelligens, som på sigt kan bruges til at ændre den måde, der arbejdes på i sundhedsvæsenet.

Som Robusthedskommissionen fremhæver i sine anbefalinger, er der behov for bedre rammer til at understøtte, at teknologiske løsninger med dokumenteret effekt bliver udbredt og implementeret.[144] Den manglende udbredelse er en barriere for, at teknologiens arbejdskraftfrigørende og kvalitetsmæssige potentialer kommer flere medarbejdere og borgere til gavn.

---

139 Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023; Implement Consulting Group, "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet", 2023; PA Consulting Group, "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen.", 2024; PwC, "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

140 PA Consulting Group, "Fælles tværgående kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet", 2024; Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

141 Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

142 Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024; PA Consulting Group, "Fælles tværgående kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet", 2024; Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

143 Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

144 Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, "Robusthedskommissionens anbefalinger", 2023; Implement Consulting Group, "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet", 2023.

Der er ingen fælles strukturer for at udbrede en innovativ lokal løsning med dokumenteret effekt til resten af sundhedsvæsenet. Det er omkostningstungt, når alle kommuner, regioner, sygehuse med flere afprøver og implementerer nye løsninger selvstændigt og parallelt. Det skaber desuden risiko for, at der ikke arbejdes efter fælles mål, og ressourcer til udvikling og implementering prioriteres til egne og parallelle løsninger.

Digital transformation medfører ændringer af arbejdsgange og organisering, men beslutningerne om fx udbredelse af digitale løsninger er ofte forankret i en særskilt styringsstruktur langt fra de fora, der beskæftiger sig med den sundhedsfaglige og kliniske udvikling, bl.a. de kliniske anbefalinger og retningslinjer. Det betyder, at de nødvendige ændringer i arbejdsgange mv. ikke implementeres tilstrækkeligt til at opnå den ønskede effekt, fordi de digitale løsninger ikke fra starten tænkes ind i tilrettelæggelsen af de relevante arbejdsgange, ligesom decentrale ressourcer til implementering og forandringsledelse ikke tænkes ind.[145]

Endelig hæmmes innovationen i sundhedsvæsenet og udvikling af bedre patientbehandling af, at forskere og life science-virksomheder oplever udfordringer ved at bruge sundhedsdata. Adgangen til sundhedsdata er bl.a. besværliggjort af manglende overblik over datakilder, administrativt tunge godkendelsesprocesser, vanskeligheder ved at koble data på tværs af dataansvarlige myndigheder og utilstrækkelig analysekapacitet. Det indgår fx også som en del af "Vision for bedre brug af sundhedsdata", at der skal etableres en central løsning, der kan lette adgangen, bl.a. for forskere.[146]

Fragmenteret IT-arkitektur og stor leverandørafhængighed udfordrer omstillingsevnen

Langsommeligheden i at få udbredt nye fælles løsninger skyldes også, at afhængighed af sektorspecifikke leverandører og en fragmenteret IT-arkitektur udfordrer sammenhæng, implementeringstempo og omkostningsniveau.

Sundhedsvæsenet er i høj grad afhængig af leverandører til at bistå med udviklingen af infrastruktur, systemer og løsninger. Det skyldes bl.a., at de interne udviklingsressourcer er knappe og spredt ud på mange aktører. Samtidig har sundhedsvæsenets sektoropdeling konsekvens for IT-arkitekturen, og systemerne i regioner, kommuner og lægepraksissystemer er ikke i tilstrækkelig grad tænkt som en samlet arkitektur, men som særskilte aktør- og sektorspecifikke løsninger. Når der heller ikke stilles tilstrækkelige krav til aktørerne om fælles strategisk retning for digitalisering af det samlede sundhedsvæsen betyder det, at de sektorspecifikke fagsystemer primært fokuserer på egne behov og i højere grad beror på den enkelte leverandørs løsning og ikke i tilstrækkelig grad understøtter sammenhæng i behandlingsforløb og arbejdsgange på tværs af sundhedsvæsenet.[147]

Stor afhængighed af leverandører udfordrer sundhedsvæsenets omstillings- og tilpasningsevne. Samtidig øger afhængigheden sundhedsvæsenets omkostninger i forbindelse med digitalisering og data.[148] Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at sundhedsvæsenet er meget afhængigt af eksterne leverandører og kun i relativt begrænset omfang anvender egne udviklingsressourcer til at udvikle nye løsninger, give leverandører kvalificeret med- og modspil og i højere grad selv sætte tempo for udvikling. Det er bl.a. en medvirkende faktor til, at tempoet for implementering af fælles løsninger, fx til datadeling, ofte er meget lavt. Det lave tempo øger risikoen for forældede nationale løsninger og konkurrerende lokale løsninger, når den fælles løsning endelig står klar.[149]

---

145 PwC, "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023; Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

146 Sundhedsministeriet m.fl., "Vision - Strategisk samarbejde for bedre brug af sundhedsdata", 2021.

147 Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

148 Ingeniøren, "Stigende it-udgifter udhuler Region H's økonomi: »Omkostninger til it stiger hurtigere end til sundhed«.", 2023; IT-Branchen, "Her investerer man mest og mindst i det offentlige", 2024.

149 PwC, "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

Boks 8.6.

Potentiale og udfordringer ved nye teknologier såsom kunstig intelligens og sprogmodeller

I dag ses der en stor og hastig udvikling af nye teknologier fx kunstig intelligens, sprogmodeller og chatbots. De har et enormt potentiale for at kunne forandre fremtidens sundhedsvæsen grundlæggende. Fx forventes det, at sprogmodeller fremover kan skrive resuméer af journalnotater, skrive epikriser, give behandlingsforslag og bruges af patienter til at forstå symptomer og sygdom bedre. Datadrevne teknologier som kunstig intelligens kan også bruges til screeninger, hurtigere diagnostik og automatisering af arbejdsgange.

Den hastige udvikling medfører et behov for klare rammer for, hvordan de nye teknologier kan anvendes, hvis potentialet skal indfries. Samtidig stiller de nye teknologier krav om en række nye kompetencer indenfor jura, etik, dataanalyse og IT-udvikling.

Der findes en lang række projekter i sundhedsvæsenet, som allerede arbejder med udbredelsen af særligt kunstig intelligens, men der er ikke en samlet national strategi, struktur og arkitektur for brugen, og det er op til de enkelte sundhedsaktører at teste og arbejde med sprogmodeller.

Kilde: PwC, "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

Boks 8.7.

Opsummering af strukturelle barrierer for omstilling mod et mere digitalt sundhedsvæsen

- Der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering, bl.a. vedrørende udvikling og national implementering af fælles løsninger og infrastruktur.
- Aktørerne har ikke tilstrækkelige forudsætninger for at udvikle, implementere og drifte digitale og datadrevne løsninger.
- Der er utilstrækkelige strukturer, rammer og incitamenter for udbredelse af borgerrettede digitale løsninger og datadrevne teknologier.
- Afhængighed af store leverandører og fragmenteret IT-infrastruktur udfordrer sammenhæng, implementeringstempo og omkostningsniveau.



3

Del 3

Tværgående anbefalinger og forslag

I rapportens tredje del beskrives tværgående anbefalinger og en række tilhørende forslag, som kan implementeres uafhængigt af den fremtidige forvaltningsstruktur.

I kapitel 9 præsenteres kommissionens anbefaling om en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering. En ny organisering skal være med til at sikre, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelser og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen.

I kapitel 10 præsenteres kommissionens anbefaling om en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data. En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet.

I kapitel 11 præsenteres kommissionens anbefaling om en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer en tilpasning af ressource-fordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

I kapitel 12 præsenteres kommissionens anbefaling om en række ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, der skal understøtte en styrket sammenhæng og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.

I kapitel 13 præsenteres kommissionens anbefaling og overvejelser om private aktører og patientrettigheder.

Kapitel 9: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Det almenmedicinske tilbud har en nøglefunktion i sundhedsvæsenet. De alment praktiserende læger løfter en stor og vigtig opgave i forhold til at varetage behandling og udrede og afklare, om borgerne skal henvises videre til det sekundære sundhedsvæsen.

Blandt borgerne er der generelt tilfredshed med det almenmedicinske tilbud.[150] Særligt tilgængelighed og sammenhæng er vigtige for patienternes tilfredshed. Udviklingen i patientsammensætningen med flere ældre og flere mennesker med kroniske sygdomme udfordrer dog allerede i dag det almenmedicinske tilbud. For at imødekomme patienternes behov skal det almenmedicinske tilbud varetage flere og mere komplekse opgaver og i højere grad indgå som en integreret og sammenhængende del af det samlede sundhedsvæsen.

Det almenmedicinske tilbud skal styrkes, udvikles og varetage flere opgaver, der i dag løses på sygehusene. Det betyder, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter skal allokeres til det almenmedicinske tilbud. Omstillingen af opgavevaretagelsen skal ske i takt med, at kapaciteten og kompetencerne i det almenmedicinske tilbud udvides, og den nødvendige faglige støtte fra det sekundære sundhedsvæsen er tilgængelig.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende organisering af det almenmedicinske tilbud ikke er tilstrækkelig til at understøtte den udvikling og tilpasning, som er nødvendig for, at det almenmedicinske tilbud kan varetage den nøglerolle, det er tiltænkt i fremtidens sundhedsvæsen.

Kommissionen anbefaler derfor en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering. Anbefalingen er i udgangspunktet uafhængig af den øvrige forvaltningsstruktur (se kapitel 15). Sundhedsstrukturkommissionen lægger vægt på, at ansvaret for at tilvejebringe det almenmedicinske tilbud fremover fortsat er placeret ved den myndighed, som også har ansvar for at levere sygehusydelser.

Potentialer ved et styrket almenmedicinsk tilbud

Det almenmedicinske tilbud har en nøglefunktion i sundhedsvæsenet. Det er her borgerne først henvender sig, når de har et helbredsproblem eller en bekymring. Det almenmedicinske tilbud har generalistkompetencer og kan håndtere de hyppigste helbredsproblemer i alle faser af borgernes liv. En lang relation mellem patient og behandler bidrager til sammenhæng i relationen, bedre information og bedre behandling. Undersøgelser peger i retning af, at et velfungerende almenmedicinsk tilbud baseret på disse principper er mere effektivt, koster mindre og har bedre kvalitet.[151]

150 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Resultater af brugertilfredshedsundersøgelse for lægepraksis", 2024.

151 World Health Organization, "Building the Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review", 2018.

Boks 9.1
WHO. A vision for primary health care in the 21st century

WHO anbefaler, at almenmedicinske klinikker bør være første kontakt for langt de fleste henvendelser fra borgere, både for at forebygge sygdom og håndtere akutte og kroniske problemer. Læger i almenmedicinske klinikker bør være generalister, virke efter en personcentreret tilgang, prioritere relationel kontinuitet, koordinere patientforløb på tværs af sektorer, være gatekeepere for det sekundære sundhedsvæsen og tilbyde gratis behandling for patienten.

Kilde: World health organization, "A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals" 2018.

I de kommende år stiger antallet af ældre og sårbare patienter og patienter med én eller flere kroniske sygdomme markant. Patienterne, som i dag typisk modtager indsatser fra flere dele af sundhedsvæsenet, vil i mange tilfælde have størst gavn af, at behandlingen er forankret i et almenmedicinsk tilbud.

I 2022 stod personer over 65 år for ca. en tredjedel af alle kontakter til det almenmedicinske tilbud. Tallet kan stige til godt og vel 40 pct. i 2045. Det er en stigning, der primært er drevet af en vækst i kontakter blandt de ældre borgere over 85 år, hvor der kan forventes en fordobling af kontakter i samme periode.[152] Det betyder, at de almenmedicinske klinikker skal løse flere og ofte mere komplicerede opgaver i relation til målgruppen i et tæt samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Et nært og let tilgængeligt almenmedicinsk tilbud er en hjørnesten i sundhedsvæsenet. Borgerne skal have let og lige adgang til et tilbud af høj kvalitet i hele landet. Ansvaret for behandling af patienter med længerevarende sygdom, der kræver løbende kontakt med sundhedsvæsenet, skal være hos det almenmedicinske tilbud. Specialister og sygehuse skal understøtte det almenmedicinske tilbud med vurdering af mere komplicerede problemstillinger i form af rådgivning og konference efter behov, og det almenmedicinske tilbud skal have let adgang til nødvendige diagnostiske undersøgelser med kort ventetid. På den måde kan indsatsen foregå tættere på borgerens hjem og være helhedsorienteret, fordi den almenmedicinske læge er uddannet til at tage udgangspunkt i borgerens samlede livssituation, ønsker, netværk og ressourcer.

Der er et stort potentiale for omstilling og i at øge de indsatser, som varetages i det primære sundhedsvæsen, heriblandt i det almenmedicinske tilbud. Kapaciteten, kompetencerne og behandlingsmulighederne skal derfor styrkes og udvikles, så flere opgaver fremover varetages i det primære sundhedsvæsen.

Det kræver de rette rammer at styrke og prioritere indsatserne i det almenmedicinske tilbud, så det rustes til at håndtere udviklingen. Mange læger og personale i det almenmedicinske tilbud oplever, at opgavekompleksiteten og opgavemængden stiger, bl.a. som en konsekvens af at der er flere mennesker med multisygdom, flere patienter med mentale problemer, kortere indlæggelsestider, øget kompleksitet i den kommunale opgavevaretagelse og uklar prioritering af opgaver og retning for det almenmedicinske tilbud. Det er udfordringer, som bliver stadigt vanskeligere at håndtere i den nuværende struktur.

Det stiller krav til en udvikling, hvor kapacitet i og indretning af det almenmedicinske tilbud muliggør, at:

- Det almenmedicinske tilbud varetager behandling og tovholderfunktion for ældre medicinske patienter og patienter med langvarige psykiske og/eller fysiske sygdomme.
- Det almenmedicinske tilbud er en effektiv gatekeeper for det sekundære sundhedsvæsen.
- Det almenmedicinske tilbud understøtter håndtering af akutte problemstillinger 24 timer i døgnet, hvor sygehusbehandling ikke er påkrævet.
- Det almenmedicinske tilbud understøtter høj tilgængelighed for alle borgere, også de borgere, der ikke kan komme indenfor almindelig åbningstid.

152 Boston Consulting Group, "Udviklingen i Sundhedsvæsenet – et perspektiv til omstilling", 2024.

- Det almenmedicinske tilbud agerer opsøgende og proaktivt på sundhedsproblemer i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.
- Det almenmedicinske tilbud er mere integreret i og tilpasser opgaveløsningen til sundhedsvæsenet i øvrigt og samarbejder tæt med det øvrige sundhedsvæsen, bl.a. med sygeplejen på plejecentre, midlertidige pladser og botilbud.
- Det almenmedicinske tilbud ledes og udvikles fagligt i samspil med det sekundære sundhedsvæsen og er repræsenteret i den faglige ledelse i sygehusledelserne.
- Det almenmedicinske tilbud er tilgængeligt i hele landet med tilbud af ensartet, høj kvalitet.
- Det almenmedicinske tilbud benytter og deler data til kvalitets- og opgaveudvikling og samarbejde om patienter på tværs af aktører.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der er strukturelle svagheder ved den nuværende organisering af det almenmedicinske tilbud, som en ny organisering bør adressere. Svaghederne er, at:

- Opgavebeskrivelsen fastlægges indenfor en ramme, Overenskomst om almen praksis, hvor resultatet skal godkendes ved afstemning af klinikkerne. Det understøtter ikke gennemførelsen af den nødvendige opgaveudvikling.
- Mange selvstændige enheder uden forpligtende opgavebeskrivelse betyder, at det almenmedicinske tilbud vanskeligt kan indgå i forpligtende tværsektorsamarbejde.
- En fordeling af ressourcerne ud fra opgavetyngde ikke understøttes i tilstrækkeligt omfang.

Overvejelser om organisering af det almenmedicinske tilbud

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at det er nødvendigt at gennemføre ændringer af den eksisterende organisering af det almenmedicinske tilbud for, at det kan varetage fremtidens opgaver i sundhedsvæsenet. Det kræver bedre mulighed for at sammensætte det almenmedicinske tilbud efter lokale behov, et mere smidigt aftalesystem, som bygger på en veldefineret og forpligtende opgavebeskrivelse, bedre muligheder for at sanktionere klinikker, som ikke overholder aftalerne, bedre faglig ledelse, bedre mulighed for at allokere ressourcer efter sundhedsbehov og bedre muligheder for, at den lokale myndighed kan varetage sin forpligtelse til at levere almenmedicinske tilbud til alle borgere.

Kommissionen har derfor drøftet forskellige modeller for en ny organisering af det almenmedicinske tilbud, bl.a. en model baseret på ansatte læger i offentligt drevne klinikker. Sammenlignet med den eksisterende model vil en hjemtagelse af det almenmedicinske tilbud potentielt indebære fordele i form af mindre variation i det almenmedicinske tilbud, bedre tilgængelighed, øget omstillingskapacitet og bedre integration af det almenmedicinske tilbud i sundhedsvæsenet.

Sammenlignet med den eksisterende model vil ulemperne ved en model baseret på ansatte læger potentielt være mindsket effektivitet, mindre patienttilfredshed og mindre kontinuitet i relationen mellem patient og behandler og markante omkostninger i form af udgifter til omlægning af det almenmedicinske tilbud. Derudover kan der være udfordringer med rekruttering og fastholdelse som følge af mulig afgang fra faget af speciallæger i almen medicin i forbindelse med omlægningen til offentligt drevne klinikker.

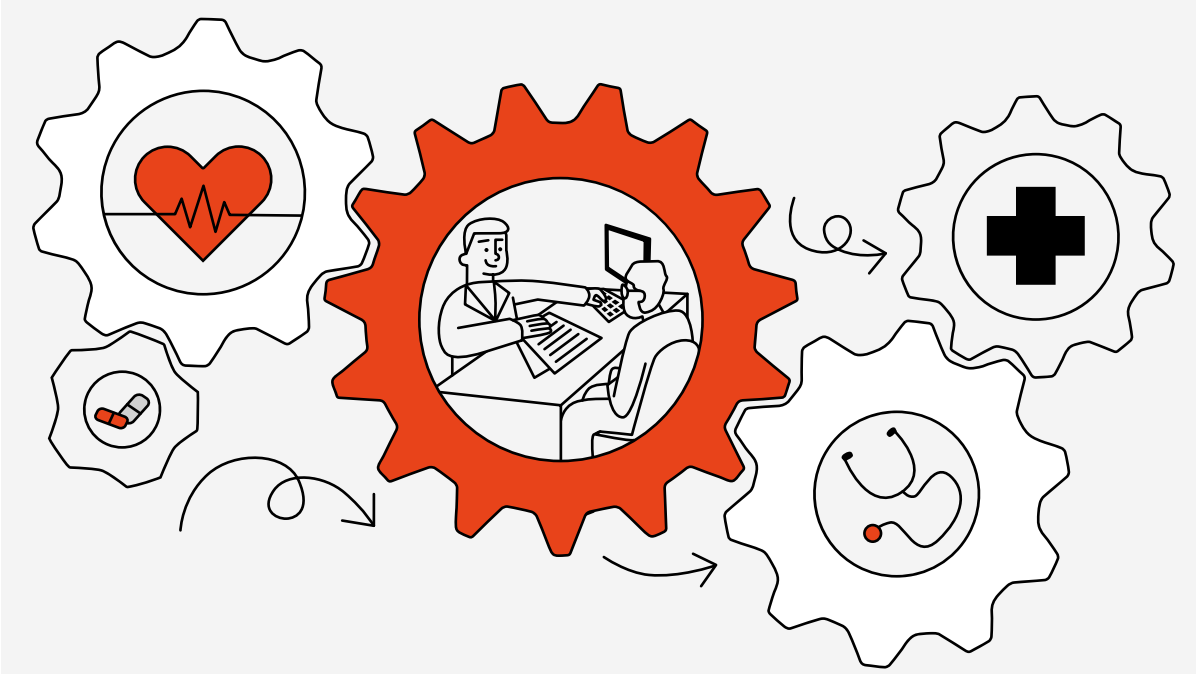
Sundhedsstrukturkommissionen finder, at betydelig usikkerhed om effekten, omkostninger til en omlægning af det almenmedicinske tilbud og fordelene ved den eksisterende organisering taler for en gradvis frem for en abrupt tilgang til at udvikle leverandørsammensætningen i det almenmedicinske tilbud. Kommissionen har også drøftet, om det er uhensigtsmæssigt, at det indenfor rammerne af det nuværende ydernummersystem er muligt at købe og sælge ydernumre mellem alment praktiserende læger og dermed retten til at være leverandør til det offentlige af almenmedicinske ydelser. Ulemperne er, at den ansvarlige myndighed har begrænset indflydelse på leverandørvalget og ejerskabet til ydernumrene, som begrænser mulighederne for at omdisponere, planlægge og tilrettelægge tilbuddet ud fra lokale behov.

Overfor de anførte argumenter står hensynet til, at den nuværende organisering med mange selvstændige erhvervsdrivende understøtter kontinuitet, effektivitet og entreprenørskab i det almenmedicinske tilbud. Hvis der fx indføres tidsbegrænsede kontrakter, vil det ske med risiko for tab af kontinuitet og investeringer i udviklingen af klinikkerne. Hvis der alene indføres krav om, at ydernummeret returneres til den ansvarlige

myndighed ved ejerlægens ophør som alment praktiserende læge, vil det indebære uhensigtsmæssige incitamenter til at fastholde kontrollen med ydernummeret så længe som muligt, fordi ejerlægen råder over et aktiv af en ofte ikke ubetydelig værdi, som ikke kan realiseres. Endelig vil der afhængig af model for indfasning kunne være tale om ekspropriation, som i sig selv indebærer en udgift. Det betyder, at et forslag om et nyt ydernummersystem ikke vil kunne holdes indenfor Sundhedsstrukturkommissionens kommissorium, som forudsætter omkostningsneutralitet.

Anbefaling: Ny organisering af det almenmedicinske tilbud

På baggrund af de forudgående overvejelser opstiller Sundhedsstrukturkommissionen en anbefaling med tilknyttede forslag til en ændret organisering af det almenmedicinske tilbud. Det forudsættes, at forskellige former for privatejede klinikker og alment praktiserende læger også fremover vil udgøre et væsentligt element i det almenmedicinsk tilbud.



Boks 9.2
Anbefaling 1

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering. Formålet er, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelser og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen. Derfor skal de ansvarlige myndigheders kompetence til at påvirke udviklingen styrkes.

Boks 9.3
Forslag

1. Kapacitet og kompetencer i det primære sundhedsvæsen skal udbygges, og det kræver at en større andel af de samlede sundhedsudgifter anvendes i det almenmedicinske tilbud.

2. De ansvarlige myndigheder skal have kompetence til at benytte forskellige klinikformer, bl.a. alment praktiserende læger, offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker, hvor det skønnes relevant ud fra lokale forhold og behov. Dermed fjernes de eksisterende lovgivningsmæssige begrænsninger for, at det almenmedicinske tilbud kan udvikles til i fremtiden at bestå af en kombination af alment praktiserende læger og øvrige klinikformer, bl.a. klinikker med ansatte læger.
3. Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges af nationale myndigheder med inddragelse af relevante faglige selskaber og skal ses i tæt sammenhæng med en styrket sundheds-planlægning og styret opgaveudvikling og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet. Opgavebeskrivelsen skal samtidig fastlægge, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud. Ændringen betyder, at fastlæggelsen af opgavebeskrivelsen i det almen-medicinske tilbud adskilles fra forhandlinger om de økonomiske vilkår, som de alment praktiserende læger og øvrige klinikker virker efter.
4. Differentierede patienttal og honorarer skal fastlægges på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik. Effekten vil være, at klinikker med en stor andel af ressourcestærke og raske patienter skal varetage flere patienter indenfor den nuværende honorering, mens klinikker med en stor andel af sårbare borgere og borgere med multi-sygdom får reduceret patientantallet, så der sikres en omfordeling af ressourcer efter sundhedsbehov.
5. De ansvarlige, lokale myndigheders lovmæssige grundlag for at tilrettelægge samarbejdet og følge op på efterlevelsen af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal styrkes.
6. En central rammeaftale skal fastsætte økonomi, vilkår og honorarstruktur for de alment praktiserende læger, men centrale elementer i form af opgavebeskrivelsen, grundlaget for fordeling af lægeressourcer og tvistløsning reguleres fremover udenfor aftalesystemet.
7. Honorarstrukturen skal revideres med fokus på forenkling, sammenhæng mellem patienternes sundhedsbehov og honorering, styrket samarbejde med andre aktører og realisering af løbende produktivitetsgevinster til gavn for det samlede sundhedsvæsen. Det vil bl.a. betyde, at hver enkelt, ny opgave ikke forudsætter forhandlinger om økonomi, da en forsimplet honorarstruktur kan rumme nye opgaver.
8. En dansk model for netværksorganisering skal udvikles og udbredes med den effekt, at det almen-medicinske tilbud kan møde skærpede krav til opgaver og funktioner indenfor en organisering med relativt mange mindre klinikker, bl.a. ved tværfagligt samarbejde.
9. Databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant, så grundlaget for at udvikle og følge opgaveløsningen forbedres betydeligt.

Udover at udvide adgangen til at benytte andre klinikformer lægger forslagene samlet set op til at flytte kompetence fra den nuværende Overenskomst om almen praksis til henholdsvis en faglig og udviklings-orienteret funktion på nationalt niveau og til en styrket lokal planlægningskompetence. Den faglige udvikling skal drives nationalt, den centrale rammeaftale skal sikre enighed om vilkårene for klinikkerne, og den lokale kompetence skal understøtte den ansvarlige myndigheds mulighed for en effektiv og smidig, lokal tilrettelæggelse. De tre elementer skal dermed fungere i sammenhæng.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling til en ændret organisering af det almenmedicinske tilbud kan gennemføres uafhængigt af stillingtagen til øvrig forvaltningsstruktur (se kapitel 15). Kommissionen lægger dog vægt på, at ansvaret for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud fortsat placeres hos den myndighed, som også har ansvaret for at tilvejebringe sygehusydelser, fordi:

- Faglig bæredygtighed i ledelses- og kontrolfunktionerne forudsætter en vis størrelse.
- Myndigheden med ansvar for sygehusindsatserne skal også have ansvaret for det almenmedicinske tilbud, som er gatekeeperfunktion for det sekundære sundhedsvæsen.
- Der er behov for opmærksomhed på og prioritering af det almenmedicinske tilbud i det sekundære sundhedsvæsen, bl.a. sygehusenes forpligtigelse til at understøtte det almenmedicinske tilbud.

- Opgaveomstilling og sammenhængende patientforløb understøttes af, at ansvaret er placeret hos samme myndighed, da en udbygning af det almenmedicinske tilbud forudsætter en modsvarende tilpasning af opgavevaretagelsen og kapaciteten på sygehusområdet.

Forslag 1: Kapaciteten i det almenmedicinske tilbud udbygges

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at andelen af de samlede sundhedsudgifter, som bruges på det almenmedicinske tilbud, skal stige i takt med, at opgaver omstilles til og nye opgaver løses af det almenmedicinske tilbud, og kapaciteten udvides. Forslaget skal ses i sammenhæng med udviklingen i sygdomsbilledet og potentialet ved en styrket opgaveløsning i det primære sundhedsvæsen.

Udbygningen af kapaciteten i det almenmedicinske tilbud skal dermed ses i tæt sammenhæng med anbefalingen om en ændret organisering, der udgør grundlaget for opgaveomstilling, øget geografisk lighed i sundhed og bedre ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen. Udvidelsen af kapaciteten skal desuden ses i meget tæt sammenhæng med behovet for at sikre bedre lægedækning i dele af landet, hvor det i dag er vanskeligt at tiltrække speciallæger i almen medicin.

Det er en forudsætning for kommissionens anbefaling om organiseringen af det almenmedicinske tilbud, at målsætningen om at uddanne flere speciallæger i almen medicin bliver indfriet (se også Aftale om Sundhedsreform fra 2022[153]).

Kommissionen bemærker, at de ansvarlige myndigheder lokalt bør arbejde for at tiltrække og fastholde almenmedicinere i lægedækningstruede områder. Der er de senere år taget initiativer til at understøtte rekrutteringen i områder med lægemangel. Heriblandt har regionerne fået mulighed for under visse omstændigheder at give et særligt økonomisk vederlag til læger i områderne, ligesom der er afsat økonomi til etablering af licensklinikker. Det er væsentligt, at de redskaber, der allerede er til rådighed tages i brug, fx til at tiltrække og fastholde almenmedicinere.

Forslag 2: Kompetence til at sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at den myndighed, som er ansvarlig for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud, får kompetence til at benytte forskellige kliniktyper i form af alment praktiserende læger, offentligt drevne klinikker eller udbudsklinikker. Formålet er, at myndigheden kan vælge den leverandørsammensætning, der vurderes nødvendig og hensigtsmæssig ud fra lokale udfordringer og forhold.

Forslaget indebærer, at de nuværende lovmæssige begrænsninger for at etablere og anvende regions- og udbudsklinikker fjernes. Dermed fjernes de nuværende barrierer for at etablere andre kliniktyper, som indebærer, at der i lovgivningen ikke vil være krav om, at det almenmedicinske tilbud som udgangspunkt tilbydes via alment praktiserende læger, som virker efter vilkår fastsat ved overenskomsten.

Nye klinikformer vil kunne tages i brug for at møde de lokale behov i situationer, hvor 1) myndigheden overdrages et ydernummer, der ikke kan sælges, 2) der er behov for at udvide den samlede kapacitet, eller 3) der indgås aftale om opkøb af eksisterende ydernumre.

Forslaget ændrer ikke ved, at praksisplanlægning fortsat skal ske med udgangspunkt i vurderingen af behov for lægekapaciteter i et givent område. Derudover har de ansvarlige myndigheder et indbygget og stærkt incitament til ikke at etablere et overudbud af almenmedicinske ydelser. Etablering af klinikker skal ske i henhold til øvrig lovgivning, som indebærer, at konkurrencereglerne skal iagttages og private klinikker ikke udsættes for konkurrenceforvridende tiltag.

153 Regeringen, Venstre, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti, Enhedslisten, Liberal Alliance, Nye Borgerlige, m.fl. "Aftale om Sundhedsreform", 2022.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår desuden, at den ansvarlige myndighed skal have mulighed for at etablere eller udbyde "fokuserede almenmedicinske tilbud". Det kan fx være et almenmedicinsk tilbud, som etableres i sammenhæng med øvrige sundheds- eller plejeindsatser målrettet bestemte grupper, fx modtagere af kommunal sygepleje, borgere med ophold på midlertidige pladser eller borgere på psykiatriske botilbud (se kapitel 13 og 14).

Muligheden kan også bruges til, at den lokale myndighed eksperimenterer med nye klinikformer, hvor fx borgernes adgang til sundhedsfremmende og sociale tilbud i civilsamfund og offentlige sundhedstilbud understøttes (se Internationale cases på udvidede almenmedicinske tilbud). Efter engelsk forbillede kan det fx gøres ved at ansætte sociale brobyggere, som har et omfattende indblik i hvilke tilbud, der findes i lokalområdet.

CASE

Internationale cases på udvidede almenmedicinske tilbud

Tættere integration af det almenmedicinske tilbud

I Ängelholm i Sverige er Hälsostaden ("Sundhedsbyen") bl.a. etableret med et initiativ om at skabe bedre koordinering på tværs af sektorer og med henblik på, at de almenmedicinske tilbud påtager sig en større rolle i koordinering af behandlingsforløb for patientgrupper med særligt stort behandlingsbehov, fx patienter med multisygdom eller ældre patienter. De almenmedicinske tilbud spiller en central koordinerende rolle i samarbejdet mellem forskellige sundhedsaktører.

En væsentlig innovation er fx etableringen af en fælles weekend- og aftenklinik på Ängelholm Sygehus. Klinikken fungerer som et supplement til hospitalets akutafdeling og forbedrer adgangen til almenmedicinsk hjælp udenfor normal åbningstid. Derudover spiller sundhedscentret Laxen, der er en del af Hälsostaden, en nøglerolle i behandling og pleje i hjemmet for ældre og sårbare patienter, som reducerer belastningen på sygehuset. Resultaterne peger i retning af en markant forbedring i effektiviteten af behandling og pleje, bl.a. reduktion af omkostninger, hurtigere omdirigering af patienter til det rette specialiseringsniveau og forbedret koordinering mellem det almenmedicinske tilbud, kommunal pleje og sygehuset.

Helhedsorienteret indsats på tværs af det almenmedicinske tilbud, kommune og civilsamfundets aktører i et udsat område

Bromley by Bow Health Centre er et sundhedstilbud i et udsat område i London, som består af et almenmedicinsk tilbud, kommune, civilsamfundsaktører og et videnscenter. Grundtanken er, at mange sundhedsproblemer skal løses i tæt samarbejde med civilsamfundet. Læger kan udskrive en social recept, når der er behov for en social indsats. Patienterne kan derefter henvende sig til en brobygger, som kan formidle adgang til aktiviteter, såsom gå-grupper, gartnerteams, madlavningshold, kreative workshops, sygdomsuddannelse, fysisk træning eller rygeafvænning. Den integrerede indsats på tværs af det almenmedicinske tilbud, kommune og civilsamfundsaktører i lokalsamfundet giver Bromley by Bow en særlig mulighed for at tilbyde en helhedsorienteret indsats for borgere med komplekse helbredsproblemer.

Kilde: Boston Consulting Group, "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande", 2023.

Forslaget om en udvidet kompetence til at sammensætte det almenmedicinske tilbud skal ses i lyset af, at Danmark sammenlignet med andre lande har en særdeles homogen sammensætning af det almenmedicinske tilbud, hvor det aktuelt er ca. 95 pct. af borgerne, som er tilknyttet en klinik, der virker efter Overenskomst om almen praksis. En undersøgelse af ønsker til fremtidig beskæftigelse blandt gruppen af hoveduddannelses- og speciallæger i almen medicin viser, at ca. 14 pct. svarede "nej" og 26 pct. svarerede "ved ikke" til, om de ønsker at eje egen klinik.[154] Der er dermed en vis variation og fleksibilitet i ønsker til beskæftigelse i gruppen af uddannelseslæger. En anden sammensætning af leverandører kan derfor potentielt bidrage til, at rekrutteringsgrundlaget for de almenmedicinske tilbud øges, da ansættelse og andre arbejdsvilkår kan være attraktive for visse speciallæger i almen medicin, som ikke ønsker at eje egen klinik.

Den ændrede kompetence til nye klinikformer vurderes i væsentlig grad at styrke den ansvarlige myndigheds mulighed for at tilpasse det almenmedicinske tilbud til lokale behov og imødekomme eventuelle lægedækningsudfordringer. Derudover kan det give mulighed for at udvikle nye klinikformer og lave systematisk erfaringsopsamling. Det betyder også, at sammensætningen af leverandører kan ændre sig over tid. Der vil forventeligt fortsat være en stor andel af klinikker ejet og drevet af alment praktiserende læger, men suppleret af alternative klinikker i form af offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker. Det forventes at bidrage til lettere adgang og flere valgmuligheder for borgerne. Det kan også understøtte konkurrence mellem klinikkerne om at tilpasse sig patienternes forskellige behov, som kan resultere i øget variation i de forskellige tilbud på tværs af det almenmedicinske tilbud.

Forslag 3: Nationalt fastsat opgavebeskrivelse

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at opgavebeskrivelsen i det almenmedicinske tilbud fremover fastlægges af nationale myndigheder. På den måde adskilles beskrivelsen af opgaver og funktioner, der ønskes løst i det almenmedicinske tilbud, fra forhandlinger om de økonomiske vilkår, som de alment praktiserende læger og øvrige klinikker virker under. Forslaget ændrer ikke ved, at alment praktiserende lægers forpligtigelse til at efterleve opgavebeskrivelsen skal fastlægges ved en aftale om vilkårene.

Sundhedsstyrelsen fastlægger opgavebeskrivelsen på baggrund af en proces med inddragelse af relevante faglige kompetencer og aktører, fx Dansk Selskab for Almen Medicin, som tilfældet bl.a. også er ved udvikling af kvalitetsstandarder på det kommunale område.

Opgavebeskrivelsen beskriver krav og anbefalinger til den samlede almenmedicinske ydelse, som de ansvarlige myndigheder skal tilvejebringe. Som et led i opgavebeskrivelsen fastlægges en basisfunktion, som omfatter en faglig beskrivelse af de funktioner, opgaver, kompetencer og kerneværdier, fx kontinuitet, generalistkompetence, lokal forankring, tovholderfunktion og basal tilgængelighed og samarbejde, som alle klinikker uanset leverandørform i udgangspunktet skal leve op til. Opgavebeskrivelsen skal samtidig beskrive, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud, fx med rådgivning og konference, håndtering af patienter med komplicerede problemstillinger, rehabilitering og adgang til diagnostiske undersøgelser. Endelig vil opgavebeskrivelsen indeholde yderligere krav og anbefalinger rettet mod de ansvarlige, lokale myndigheder, fx om at sikre fasttilknyttede læger på botilbud og til at sikre tilgængelighed til almenmedicinske tilbud i ydertidspunkter eller for særlige grupper og dermed udover, hvad der er omfattet af basisfunktionen.

Basisfunktionen skal dermed bidrage til en prioritering og en fokusering af, hvilke opgaver som løses bedst i det almenmedicinske tilbud, og hvilke opgaver der skal løses andre steder. Samlet set skal det sikre tydelighed om prioriteter og retning for det almenmedicinske tilbud og om funktioner, opgaver og opgavevaretagelse, som vil gøre det lettere for det enkelte tilbud at dimensionere klinikken og tilrettelægge indsatsen. Basisfunktionen skal samtidig bidrage til, at de opgaver, som håndteres bedst andre steder, flyttes, og de opgaver, som ikke giver sundhedsfaglig værdi, stoppes. På den måde skal basisfunktionen ses i sammenhæng med en generelt styrket sundhedsplanlægning og styret opgaveudvikling (se også kapitel 11).

154 Yngre Læger, "Yngre Lægers almen praksis-undersøgelse 2023 – ønsker til fremtidig beskæftigelse blandt hoveduddannelses- og speciallæger", 2023.

Med udgangspunkt i den nationalt fastsatte basisfunktion og krav skal der fastlægges økonomi og honorar ved kontrakt for udbudsklinikker og ved en central rammeaftale om økonomiske vilkår med Praktiserende Lægers Organisation for alment praktiserende læger, som virker efter overenskomst i dag. Forslaget ændrer dermed ikke ved det grundlæggende forhold, at der fortsat skal indgås aftale om de økonomiske vilkår m.v., inden de beskrevne funktioner og opgaver i opgavebeskrivelsen forpligter de alment praktiserende læger. Hvis der fx er behov for at udvide krav til tilgængeligheden i opgavebeskrivelsen, som kan påvirke vilkårene for de alment praktiserende læger, vil vilkårene skulle aftales. Nogle vilkår kan fremgå af den centrale rammeaftale, mens andre kan aftales i forbindelse med den lokale myndigheds dialog med udbyderne i området om den nærmere tilrettelæggelse.

For at understøtte den lokale myndigheds planlægningskompetence og sikre større lokalt råderum for at tilpasse opgaveløsningen med udgangspunkt i borgerne behov vil det også fremover være muligt at indgå lokalaftaler, fx om at sikre øget tilgængelighed for grupper af særligt sårbare patienter på botilbud, plejecentre og midlertidige pladser.

Der skal være balance mellem kravene i basisfunktionen og det almenmedicinske tilbuds kapacitet, ressourcer og kompetencer. Det betyder, at når de nationale myndigheder ønsker at udvide basisfunktionen, fx når en opgave skal flyttes fra sygehus til det almenmedicinske tilbud, så skal de nødvendige ressourcer stilles til rådighed som led i en løbende opgaveudvidelse, alternativt skal en anden opgave fjernes.

Det betyder, at udmøntningen af opgavebeskrivelsen fastlægges under hensyntagen til leverandørsammensætningen, og udmøntningen skal ses i sammenhæng med kommissionens øvrige forslag om det almenmedicinske tilbud, bl.a. mulighed for at indgå lokale aftaler og netværksorganisering.

Forslaget skal ses i lyset af, at den nuværende overenskomstmodel indebærer, at beskrivelsen af krav til indhold og udvikling i det almenmedicinske tilbud forudsætter enighed mellem Regionernes Lønnings- og Takst Nævn og Praktiserende Lægers Organisation. Til trods for en række udviklingstiltag, bl.a. for at styrke indsatsen til mennesker med kronisk sygdom og sundhedstjek af borgere på botilbud, foregår udviklingen i et tempo, som er utilstrækkeligt i forhold til den omfattende opgaveudvikling og omstilling, som skal gennemføres de næste ti år.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der med en national regulering af opgavebeskrivelsen sikres et bedre grundlag for at opnå en mere ensartet opgaveløsning og kvalitet på tværs af de almenmedicinske tilbud og et bedre grundlag for at gennemføre en faglig og organisatorisk udvikling af tilbuddet, som modsvarer udviklingsbehovet i det nødvendige tempo. Samtidig vil der være bedre mulighed for, at fastlæggelsen og prioriteringen af opgaver sker under hensyntagen til den strategiske sundhedsplanlægning i det samlede sundhedsvæsen og en optimal udnyttelse af kapaciteten i det almenmedicinske tilbud. Der vil fx være bedre grundlag for at beslutte, om der er opgaver, som ikke giver værdi eller løses bedre i andre dele af sundhedsvæsenet og derfor kan flyttes, så kun opgaver, der varetages bedst i det almenmedicinske tilbud, varetages dér.

Basisfunktionerne skal opdateres med løbende intervaller for at afspejle opgaveudviklingen og aktuelle behov i sundhedsvæsenet og sikre den ønskede udvikling i det almenmedicinske tilbud. Det kan som led i opdateringen fastlægges, at nye basisfunktioner og faglig udvikling gennemføres indenfor en nærmere fastsat implementeringsperiode, som giver de almenmedicinske tilbud mulighed for at tilpasse organisering og opgavevaretagelse. Beskrivelsen af basisfunktioner skal skabe klarhed om opgaverne og danne grundlag for den ansvarlige, lokale myndigheds opfølgning på opgaveløsningen i de enkelte klinikker. Den nationale basisfunktion kan suppleres af lokale aftaler.

Forslag 4: Omfordeling af ressourcer efter sundhedsbehov

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der indføres differentierede patientnormer i det almenmedicinske tilbud på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienter i den enkelte klinik ud fra data, fx om patienternes alder, køn, fysisk og psykisk sygelighed og socioøkonomiske variable. Formålet er, at patientnormen i såvel den enkelte klinik som i et geografisk område afspejler patienternes behov for behandling. Let adgang til det almenmedicinske tilbud spiller en væsentlig rolle i at sikre social og geografisk lighed i sundhed. Det er derfor væsentligt, at kapaciteten og ressourcerne fordeles mere ligeligt efter befolkningssammensætning og behandlingsbehov. Forslaget adresserer dermed den ulighed, der er i, at de områder, hvor andelen af borgere med store sundhedsfaglige behov er størst, er der oftest færrest sundhedsfaglige ressourcer.

Befolkningssammensætningen varierer i dag i betydeligt omfang på tværs af geografien. Det betyder, at alment praktiserende læger i dag kan have relativt mange eller relativt få patienter med stort behov for lægehjælp. Ifølge overenskomsten har en klinik, der har mere end 1.600 gruppe 1-sikrede patienter pr. lægekapacitet, som udgangspunkt ret til at lukke for tilgangen. Hvis en klinik har mere end 2.700 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, skal der søges om fortsat at have åbent for patienttilgang. Klinikkerne har indenfor de overenskomstfastsatte rammer mulighed for at indrette klinikkerne, så det er muligt at varetage færre eller flere patienter, bl.a. ved at tilknytte personale. En læge kan uddelegere opgaver til personale under lægens ansvar. Ydelser takseres ens uanset, om det er lægen eller personale, som leverer ydelsen.

Områder som Nordjylland og Sydsjælland har generelt et større antal såkaldt sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet. Det kan afspejle, at borgere i de områder har relativt dårligere adgang til lægehjælp sammenlignet med patienter i resten af Danmark, jf. figur 9.1. Antallet af sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet er baseret på en beregning, som med betydelig usikkerhed estimerer det lægefaglige behov, som en given klinik skal dække. Der bør udvikles en mere omfattende national model til estimering af differentieret patientnorm og basishonorar.

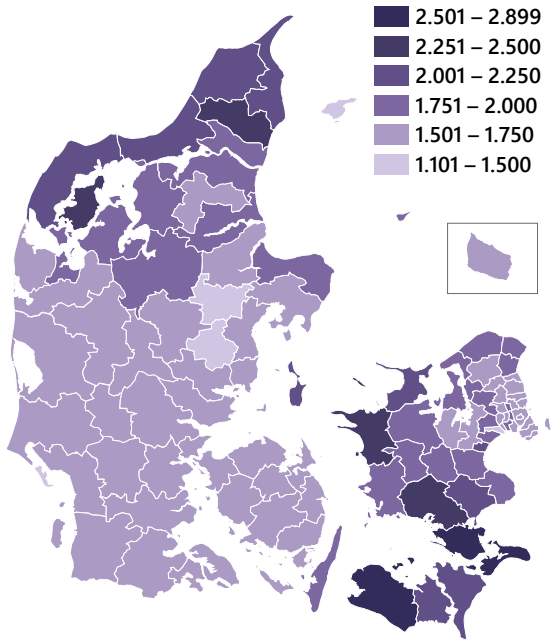
Der er i dag en betydelig forskel i antallet af sygdomsvægtede borgere på tværs af klinikker i hele landet. De 10 pct. af klinikkerne med det laveste antal har tilknyttet 1.367 sygdomsvægtede borgere, mens de 10 pct. med det højeste antal har tilknyttet 2.122. Blandt klinikker med et sammenligneligt antal sygdomsvægtede borgere ses desuden en vis variation i omfanget af leverede ydelser, som de sygdomsvægtede borgere modtager. Det indikerer en forskel i, hvor meget behandling sammenlignelige patienter modtager, og dermed også en ulighed i adgangen til ydelser for patienterne.[155]

Differentierede patientnormer og en tilpasning af honorarstrukturen skal bidrage til større lighed i adgangen til almenmedicinske tilbud ved, at klinikker, hvor patientsammensætningen tilsiger et højt sundhedsbehov, kan bruge relativt mere tid på patienter med størst behov. Det vil samtidig være i overensstemmelse med Dansk Selskab for Almen Medicins pejlemærker for faget, som bl.a. lægger vægt på at differentiere indsatsen for de patienter med størst behov.[156]

155 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

156 DSAM-bestyrelsen, "Fremtidens familielæge: Et holdningspapir fra DSAM", Dansk Selskab for Almen Medicin, 2023.

Figur 9.1
Det gennemsnitlige antal sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet (gennemsnit på tværs af ydernumre i kommunerne), 2023



Anm.: Antal sygdomsvægtede borgere basseres på en beregning, hvor man vægter borgerne i forhold til det træk, som man forventer de har i det almenmedicinske tilbud på baggrund af deres karakteristika (alder, køn, kroniske sygdomme (RUKS) og arbejdsmarkedstilknytning (DREAM)). Trækket i det almenmedicinske tilbud defineres på baggrund af antallet af ydelser, som borgere faktisk har modtaget i det almenmedicinske tilbud, ganget med den honorering, som lægen modtager for ydelsen. Ydelser givet under kronikerhonoraret kan ikke observeres og antages derfor at følge samme fordeling som ydelser for resten af befolkningen plus en årskontrol, mens tillægsydelser givet til personer under kronikerhonoraret er indregnet på baggrund af faktiske ydelser. Én tilmeldt borger kan derved tælle som to sygdomsvægtede borgere, hvis borgeren har et dobbelt så stort træk på det almenmedicinske tilbud som en gennemsnitlig borger. Figuren er afgrænset til ydernumre med 1.000 – 3.000 faktiske tilmeldte patienter pr. lægekapacitet.

Kilde: Sygesikringsregisteret (SSR), Den Registerbaserede Evaluering af Marginaliseringsomfanget (DREAM), Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret (CPR), Yderregisteret og Sundhedsdatastyrelsen.

Forslaget vil dermed medføre, at almenmedicinske tilbud i områder med lavt sundhedsbehov skal varetage flere patienter indenfor den nuværende honorering, imens klinikker i områder med høj sygdomsbyrde får reduceret patientantallet som følge af patienternes større behov, så der sikres en omfordeling af ressourcer efter sundhedsbehovet. Samtidig vil der også skulle fordeles flere lægekapaciteter til områderne.

Forslaget ændrer ikke ved, at alle klinikker honoreres pr. konsultation, men det kræver, at der sker en omlægning og prioritering af opgaveløsningen i de berørte klinikker, som isoleret set kan bevirke et oplevet fald i serviceniveauet for nogle patientgrupper eller i nogle områder. Den nationalt fastlagte opgavebeskrivelse skal medvirke til processen og understøtte en prioritering i klinikker, som oplever et pres som følge af opgavemængden. Dermed understøttes en mere lige adgang til sundhed og en solidarisk fordeling af opgaverne mellem de almenmedicinske tilbud.

Differentierede patientnormer forudsætter, at der udarbejdes en national model for beregning af patientsammensætningens betydning for behovet for almenmedicinske ydelser. Beregningen skal dels danne grundlag for fastlæggelse af differentieret honorarer for alment praktiserende læger, som aftales i en centralt forhandlet rammeaftale, dels danne grundlag for den ansvarlige myndigheds praksisplanlægning. Det vil dermed også medføre, at den overordnede fordeling af ydernumre og lægekapaciteter finder sted ud fra nationale hensyn, da de ansvarlige myndigheders praksisplanlægning skal ske indenfor rammerne af den nationale ramme for vurderingen af behovet for almenmedicinske ydelser i et område.

Ordningen skal indfases ud fra et hensyn om at give de almenmedicinske tilbud og den ansvarlige myndigheds mulighed for at tilpasse kapaciteten til lokale behov, bl.a. ved udbud af nye eller opkøb af eksisterende lægekapaciteter/ydernumre. Ændringen af patientnormen for de enkelte klinikker vil kunne effektueres umiddelbart med den effekt, at nogle klinikker i et område med estimeret overudbud vil skulle åbne for tilgang af nye patienter, mens klinikker i andre områder vil kunne vælge at lukke for tilgang. Som konsekvens vil der ikke fordeles nye lægekapaciteter/ydernumre til geografiske områder, som i forvejen har relativt mange lægekapaciteter set i forhold til borgernes sundhedstilstand.

Forslaget skal ses i sammenhæng med, at de eksisterende overenskomstfastsatte vilkår ikke sikrer en tilstrækkelig fordeling af opgaverne, fordi der er aftalt et fast normtal for antallet af patienter i alle klinikker og et begrænset differentieret fast basishonorar for klinikker i lægedækningstruede områder og for læger med en stor patienttyngde.

En central styring af grundlaget for et differentieret normtal, differentierede honorarer og fordelingen af lægekapaciteter vil sikre bedre og mere lige adgang til sundhed for borgerne. Det vil bidrage til en mere hensigtsmæssig fordeling og en bedre anvendelse af kapaciteten og ressourcerne i det almenmedicinske tilbud baseret på patienternes behov. En differentiering af basishonoraret på baggrund af patientsammensætningen vil betyde, at klinikker med høj sygdomsbyrde kompenseres økonomisk for den større indsats, imens klinikker med lav sygdomsbyrde skal varetage flere patienter for at opretholde samme indtjening. Det bidrager til, at det bliver relativt mere attraktivt at nedsætte sig som læge i klinikker med høj sygdomsbyrde.

I en overgangsfase kan der være risiko for, at en nedsat patientnorm isoleret set forværrer udfordringerne med lægedækning i visse områder. Det følger af, at klinikker, som i dag løfter en uforholdsmæssig stor opgave, forventeligt vil reducere deres antal af patienter ved at lukke for tilgang, da de vil kunne opretholde deres indkomst ved færre patienter. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at risikoen opvejes af, at vilkårene for at drive klinikker i områderne forbedres, som vil kunne bidrage til at tiltrække flere læger, og til at myndigheden samtidig får mulighed for at etablere offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker med længere tidshorisont.

Forslag 5: Styrket grundlag for at lede samarbejdet og den faglige udvikling

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at den ansvarlige myndigheds kompetence til og fokus på at lede samarbejdet og den faglige udvikling i de almenmedicinske tilbud styrkes. Formålet er at sikre et bedre grundlag for at koordinere og udvikle samarbejdet mellem de almenmedicinske tilbud, sygehusene og øvrige tilbud i forbindelse med at nye og mere komplekse opgaver skal løses i et stærkt primært sundhedsvæsen. Det stiller store krav til den ledelse, der får ansvaret for at lede samarbejdet og den faglige udvikling i de almenmedicinske tilbud (se kapitel 16).

Den enkelte klinikejer er fortsat ansvarlig for at tilrettelægge, organisere og lede klinikken, så den lever op til de opgaver og krav, som er fastlagt i den nationalt fastlagte basisfunktion. Der er behov for faglig ledelse og lokal styring og koordinering for at skabe velfungerende rammer for opgaveløsning og udvikling, balance mellem opgaver, kapacitet og kompetencer, høj kvalitet, effektive samarbejdsrelationer og gode patientforløb.

Fokus på at udvikle det primære sundhedsvæsen

De ansvarlige myndigheders politiske og ledelsesmæssige opmærksomhed skal i højere grad end i dag rettes mod det almenmedicinske tilbud og mod prioritering og udvikling af tilbuddet i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Der skal dermed ske en opprioritering af den faglige ledelse og udvikling af det almenmedicinske tilbud fra den ansvarlige myndigheds side. Myndigheden, der er ansvarlig for at tilvejebringe almenmedicinske ydelser, kan derfor etablere en enhed, som er dedikeret til at lede samarbejdet med de almenmedicinske tilbud, understøtte den faglige udvikling og understøtte samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen om gode patientforløb på tværs af sektorer.

Enheden skal samle ansvaret for opfølgning på kvalitetsudvikling, samarbejdsflader og kontrol og opfølgning i en enhed, hvor der er kompetencer, som sikrer et grundlæggende kendskab til og forståelse for arbejdet i de almenmedicinske tilbud. Hensigten er at sætte retning og lede og understøtte det almenmedicinske tilbud i den ønskede faglig udvikling og sikre fokus på tilbuddet og samspillet med det øvrige sundhedsvæsen. Derudover skal enheden lede samarbejdet mellem det almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen lokalt og samtidig bidrage til ledelsesmæssig fokus i forhold til tilbuddet, bl.a. i sygehusledelsen. Det skal bidrage til en styrket understøttelse af det almenmedicinske tilbud fra sygehusene, større faglig sammenhæng og mere smidige overgange i opgavevaretagelsen med henblik på mere sammenhængende patientforløb og behandling.

Ledelse af samarbejdet og den faglige udvikling i det almenmedicinske tilbud bør udføres indenfor rammerne af den grundpræmis, at hovedparten af klinikkerne fungerer som selvstændige enheder, der enten virker efter udbud og kontrakt med myndigheden eller via den centrale rammeaftale for alment praktiserende læger. Klinikejeren tilrettelægger dermed selv arbejdet i klinikken ud fra den fastlagte opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud.

Forslaget skal også ses i lyset af, at dialogen i dag mellem regionerne og de enkelte klinikker, som leverandører af almenmedicinske ydelser, i alt væsentlighed er centreret om kontrol af ydelsesafregning, imens regionerne vurderes at have utilstrækkelig fokus på og kompetence til at sikre kvalitetsudvikling og fokus på at udvikle samspillet med det øvrige sundhedsvæsen.[157]

Styrket grundlag for at lede udvikling og følge op på efterlevelse af opgavebeskrivelse

De ansvarlige myndigheder skal have styrket lovmæssigt grundlag for at efterleve sin myndighedsforpligtigelse i forhold til tilvejebringelsens af almenmedicinske tilbud i henhold til de nationalt fastsatte krav og lokale aftaler. Forholdet mellem den ansvarlige myndighed og de enkelte klinikker i det almenmedicinske tilbud bør være baseret på gensidig tillid, dialog og samarbejde. Myndigheden skal dog have bedre forudsætninger for at gå i dialog med den enkelte klinik, fx om mangelfuld efterlevelse af basisfunktioner, opgavevaretagelse og tilgængelighed og pålægge den enkelte klinik at rette op på dette eller i sidste ende pålægge sanktioner.

Det vil konkret betyde, at myndigheden skal have mulighed for at specificere krav til samarbejdsrelationen med leverandørerne af de almenmedicinske tilbud med udgangspunkt i opgavebeskrivelsen og den centralt forhandlede rammeaftale. Derudover skal myndigheden sikre efterlevelsen af nationalt fastlagte basisfunktioner og krav, som leverandørerne skal opfylde.

Ved tvister om efterlevelse og fortolkning af lovgivningen skal de søges løst i mindelighed. Hvor tvister ikke kan løses i mindelighed, skal de kunne indbringes for en uvildig instans, jf. boks 9.4. I yderste konsekvens skal der være mulighed for, at den ansvarlige myndighed kan afvikle samarbejdet. Samtidig kan det overvejes at styrke den lokale myndigheds mulighed for kontrol med salg af ydernumre og dermed myndighedens indflydelse på valg af leverandører. Det kan gøres ved at indføre krav om, at en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer forhåndsgodkendes af den ansvarlige myndighed ud fra en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen vil efterleve gældende krav og regler, fx krav om at have praksisdrift som hovedbeskæftigelse. Herudover kan det overvejes at begrænse antallet af ydernumre, som en læge kan eje, fx begrænset til to. Det vil vanskeliggøre sundhedskoncerners de facto overtagelse af kontrollen indenfor den del af det almenmedicinske tilbud, som er reguleret ved overenskomst.

157 Honorarstrukturrådet for almen praksis, "Forenkling og faglighed med fokus på patienten: Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis", 2023; Leif Vestergaard Pedersen, "Almen lægehjælp i et moderne sundhedsvæsen. Idepapir om indførelse af ledelse i almen praksis", 2023.

Boks 9.4
Tvistløsning og sanktionering

Nyt tvistløsningssystem

Tvistløsningssystemet for de alment praktiserende læger, som i dag er reguleret af Overenskomst om almen praksis, vil fremover blive erstattet af regulering i lovgivning.

Nyt klagenævn for almenmedicinske tilbud

Hvis den lokale ansvarlige myndighed mener, at der er begået overtrædelser af regelgrundlaget for almenmedicinske tilbud i en konkret klinik, kan myndigheden først indlede dialog med ejeren af klinikken. Fører det ikke til en løsning, kan den ansvarlige myndighed pålægge klinikken at rette op på det. I sidste ende kan myndigheden pålægge klinikken sanktioner. Ejeren kan klage over det og rejse en sag mod myndigheden ved en uafhængig administrativ klageinstans, et såkaldt domstolslignende klagenævn, hvis ejeren ikke er enig i, at der er tale om en overtrædelse.

Sager, der har været indbragt for et klagenævn, vil kunne viderebringes for de almindelige domstole. Klageinstansen vil have mulighed for at give visse sanktioner, fx henstillinger, afgøre fortolkningstvivl, idømmelse af bøder/tilbagebetaling/modregning, fratagelse af retten til at praktisere som læge i det almenmedicinske tilbud og afvise myndighedens påtale og sanktioner. Et nyt Klagenævn for almenmedicinske tilbud vil kunne reguleres via en lovhjemmel og en bekendtgørelse.

Forslag 6: Ny aftalemodel for alment praktiserende læger

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at økonomi, vilkår og honorarstruktur for alment praktiserende læger, som i dag praktiserer efter overenskomst, fremover fastlægges via en centralt forhandlet rammeaftale. Det betyder, at der indgås en stående rammeaftale om økonomi og honorar mellem repræsentanter for de ansvarlige myndigheder og Praktiserende Lægers Organisation med afsæt i de nationalt fastsatte basisfunktioner. Den økonomiske ramme kan reguleres løbende på baggrund af antallet af patienter omfattet af klinikker, som virker efter rammeaftalen. Det er centralt, at aftalemodellen og honorarstrukturen er fleksibel, sådan at nye eller ændrede opgaver, justeringer i basisfunktioner eller øvrige krav ikke automatisk forudsætter forhandlinger. Ved udgiftsdrivende forslag vil parternes opgave i udgangspunktet være at estimere og indplacere opgaven indenfor gældende honorarstruktur En centralt forhandlet rammeaftale vil sikre ensartede vilkår for og tilbud hos de alment praktiserende læger på tværs af landet.

Fremtidige opgaver og krav til de almenmedicinske tilbud skal fastlægges på baggrund af aktuelle behov i sundhedsvæsenet, bl.a. via nationalt fastlagte basisfunktioner og krav. Den nationale regulering af basisfunktioner i det almenmedicinske tilbud, omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov og et nyt system for tvistløsning vil bl.a. have den konsekvens, at centrale elementer, der hidtil har været reguleret ved Overenskomst om almen praksis, fremover reguleres udenfor overenskomsten og bliver gældende for det samlede almenmedicinske tilbud. Der vil derfor være et ændret aftalegrundlag, og formålet med kommende aftaler mellem parterne vil adskille sig fra det nuværende overenskomstsystem.

Som led i en central rammeaftale bør der være mulighed for at indgå aftaler om honorar for opgaver, som ligger udover det aktuelt gældende basisindhold. Det kunne omfatte opgaver, som på længere sigt gøres gældende som en del af basisfunktionerne i det almenmedicinske tilbud, eller opgaver der forudsættes samlet på færre enheder, fx svarende til ordningen med fasttilknyttede læger til plejehjem. For at understøtte muligheden for lokal tilpasning og fleksibilitet vil der også fremover skulle være mulighed for at indgå lokalaftaler mellem parterne, som gælder for alle eller enkelte alment praktiserende læger i et område, om varetagelsen af opgaver udover det, der er beskrevet i basisindholdet. Derudover kan der åbnes for, at der som led i den centrale rammeaftale reserveres en mindre delramme til udmøntning af udvalgte

opgaver lokalt for at sikre større lokalt råderum til at tilpasse opgaveløsningen. Risikoen for, at forhandlingssituationen lokalt kan indebære uhensigtsmæssigt omkostningsfulde lokalaftaler, taler for, at der bliver foretaget en overordnet koordinering af den type af aftaler centralt.

Formålet med den smallere aftalekonstruktion, hvor opgaverne fastlægges i anden sammenhæng, er at gøre systemet mere smidigt og styrbart. Muligheden for lokale aftaler skal samtidig give rum og fleksibilitet til, at den ansvarlige myndighed tilrettelægger det almenmedicinske tilbud i sit område ud fra lokale behov, fx for at løfte en særlig indsats overfor en bestemt gruppe af patienter.

Sundhedsstrukturkommissionen har i sine drøftelser også forholdt sig til en model, hvor kontrakter om honorarer i udgangspunktet forhandles mellem den ansvarlige myndighed og den enkelte alment praktiserende læge. Kommissionen har ikke fundet modellen hensigtsmæssig, da det er vurderingen, at den i væsentlig grad vil forringe den offentlige myndigheds forhandlingsposition, ligesom den kan være forbundet med øgede administrative udgifter.

Der vil også kunne opstå situationer efter gennemførelsen af forslaget, hvor nationale udviklingsinitiativer begrænses af uoverensstemmelser om økonomi mellem parterne, som helt eller delvist kan skyldes de mindre klinikkers kapacitet til at indoptage nye opgaver. Der skal beskrives et nærmere systemet for mægling indenfor aftalesystemet.

Forslag 7: Ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der udvikles en ny honorarstruktur, der aftales for de alment praktiserende læger, og som kan tages i brug på tværs af private klinikformer i det almenmedicinske tilbud. Den nuværende honorarstruktur for de alment praktiserende læger er fastlagt i Overenskomst om almen praksis. Der er opstået en meget detaljeret honorarstruktur, som løbende udbygges i takt med behovet for nye typer ydelser. Honorarstrukturen medfører et stort fokus på enkeltydelser, og den tilskynder ikke til at indgå i samarbejde med øvrige dele af sundhedsvæsenet eller til at prioritere patienter med størst behov. Det gælder bl.a. patienter med tværgående og mere komplekse forløb med behov for koordinering.[158]

Kommissionen vurderer derfor, at der er behov for en ny finansieringsmodel. Sundhedsstrukturkommissionen foreslår en model, der:

- Sikrer sammenhæng mellem patienttyngde og honorering gennem en differentiering af de faste honorarer efter patienttyngde, så de understøtter behovet for prioritering af ressourcer efter patienternes behov i den enkelte klinik og på tværs af det almenmedicinske tilbud.
- Understøtter tværfagligt samarbejde og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.
- Er enkel og overskuelig.
- Realiserer løbende produktivitetsgevinster til gavn for det samlede sundhedsvæsen.

Flere af de omtalte elementer er beskrevet i Honorarstrukturrådets forslag fra 2023 til en ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger.[159] Rådet blev nedsat efter aftale mellem parterne i forlængelse af Overenskomstaftale om almen praksis 2022.

Sundhedsstrukturkommissionen lægger særlig vægt på, at honoreringen kobles til patienttyngde i tråd med forslaget om differentieret patientantal og omfordeling af lægeressourcer efter sundhedsbehov. Derudover skal indførelsen af en forenklet honorarstruktur, som isoleret set vil medføre tabt indsigt i aktiviteten i det almenmedicinske tilbud, ses i sammenhæng med øvrige tiltag til forbedret indsigt i aktiviteten. En forenklet honorarstruktur skal desuden understøtte, at justeringer i basisfunktioner og nye eller ændrede opgaver kan håndteres og indpasses indenfor honorarstrukturen og dermed ikke ved knopskydning og tilføjelse af

158 Honorarstrukturrådet for almen praksis, "Forenkling og faglighed med fokus på patienten: Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis", 2023.

159 Honorarstrukturrådet for almen praksis, "Forenkling og faglighed med fokus på patienten: Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis", 2023.

nye, konkrete honorartyper for nye ydelser. Det er samtidig vigtigt, at justeringer i basisfunktioner og nye opgaver ikke automatisk medfører forhandlinger om yderligere økonomi, men at de også kan håndteres ved prioriteringer af opgaver indenfor den gældende økonomiske ramme.

Kommissionen påpeger, at det ved fastlæggelsen af en ny honorarstruktur skal sikres, at kommende produktivitetsgevinster også realiseres til gavn for det samlede sundhedsvæsen. Ved fastlæggelsen af honorarer og økonomi bør det dermed vurderes, hvordan fx mere udbredt brug af praksispersonale eller forbedret adgang til specialistrådgivning udgør en produktivitetsgevinst i det almenmedicinske tilbud som helhed, der skal realiseres og geninvesteres i sundhedsvæsenet.

Forslag 8: Udbredelse af netværksorganisering

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der udvikles en dansk model for netværksorganisering, som danner rammerne for, at et antal klinikker kan samarbejde om administrative funktioner, apparatur eller personaleressourcer med sundhedsfaglig baggrund, fx gennem en andelskonstruktion. Hensigten er at understøtte udviklingen af det almenmedicinske tilbud ved at bidrage til den økonomiske og organisatoriske bæredygtighed i det almenmedicinske tilbud med en stor andel af mindre organisatoriske enheder.

Hvis de almenmedicinske tilbud skal håndtere flere og nye opgaver, bl.a. i behandlingen af patienter med kroniske sygdomme, multisygdom og psykisk sygdom, kan det stille krav til øget tilgængelighed, flere arbejdsopgaver og udstyr. Det er krav, som kan være svære at honorere for mindre klinikker. Derudover er der behov for, at opgaverne i almenmedicinske tilbud i højere grad løses tværfagligt mellem læger og andre faggrupper, fx psykologer, sygeplejersker, bioanalytikere, fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter, sekretærer m.v.

Tilknytning af andre faggrupper i de almenmedicinske tilbud vil potentielt sikre en bedre og mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det primære sundhedsvæsen, bl.a. i det almenmedicinske tilbud. Flere faggrupper kan fx bidrage til at fokusere lægens opgaver, så lægens tid bruges mere hensigtsmæssigt. Det kan ske ved, at sygeplejesker i højere grad varetager opgaver relateret til kontrol af borgere med kroniske sygdomme, der er i et stabilt forløb, eller ved at psykologer med kompetencer indenfor mental sundhed kan bidrage til forebyggelse og en hurtigere indsats overfor patienter med psykisk mistrivsel. Øgede krav som følge af nationale basisfunktioner og flere og nye opgaver i det almenmedicinske tilbud forventes derfor at medføre en udvikling mod større klinikker med flere lægekapaciteter, eller flere klinikker som samarbejder, fx i andelsselskaber.

I Danmark er der en lang tradition for samarbejde mellem klinikker, fx samarbejdspraksis, 12-mandsforeninger og efteruddannelsesgrupper. Netværk med mulighed for at udvide samarbejdet med fælles personale er imidlertid ikke særlig udbredt i Danmark, men der er gode erfaringer med det i det hollandske sundhedsvæsen. Netværksorganisering kan ses som en metode til at møde nye opgaver og krav, som vil følge af basisfunktioner i det almenmedicinske tilbud. En andelsforening kan dermed vælge at løse visse opgaver i fællesskab og i fællesskab fx varetage vaccinationsindsatser og funktionen som læge på et plejehjem eller et botilbud.

Forslaget skal ses i sammenhæng med, at klinikformen blandt de alment praktiserende læger gradvist har ændret sig med en stigende andel klinikker drevet som kompagniskaber. Over de seneste 45 år er andelen af solopraksis reduceret fra 73 pct. til nu samlet set 41 pct. af det almenmedicinske tilbud, hvor solopraksis uden samarbejde udgør 31 pct. og solopraksis med samarbejde udgør 10 pct. Andelen af klinikkerne, der drives som kompagniskabspraksis, delepraksis og partnerskabspraksis m.v., er øget fra 27 pct. til 59 pct.[160] Imens der er mange ligheder mellem praksistyperne i deres opgavevaretagelse, er det dog kendetegnende, at en større andel af solopraksis ikke har sygeplejersker ansat (22-29 pct.) relativt til andre praksistyper, fx kompagniskabspraksis (6-9 pct.).[161]

160 Sundhedsdatastyrelsen, "Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret i perioden 2017-2023", 2024.

161 BDO, "Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis", 2023.

Forslag 9: Kvalitetsudvikling og læring

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der i forlængelse af eksisterende initiativer og programmer sættes styrket fokus på databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen. Det almenmedicinske tilbud er borgernes primære indgang til sundhedsvæsnet og skal fremover udgøre ankeret i en omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere opgaver løses i det primære sundhedsvæsen indenfor rammerne af en styrket strategisk sundhedsplanlægning. Der er et betydeligt potentiale i at bygge videre på igangværende tiltag om databaseret kvalitetsudvikling og læring og styrke adgangen til data og information om kvalitet på tværs af det primære sundhedsvæsen. Det er nødvendigt for at styrke grundlaget for løbende videns- og erfaringsopsamling.

Nuværende initiativer og programmer for dataindberetning og kvalitetsudvikling i det almenmedicinske tilbud understøttes af organisationen Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) og Sundhedsdatastyrelsen. De er aftalt i overenskomsten og fastlagt i bekendtgørelse om indberetning af data til Sundhedsdatastyrelsen. I Overenskomst om almen praksis 2018 blev der aftalt etablering af kvalitetsklynger med henblik på kvalitetsudvikling blandt de alment praktiserende læger. Klyngesamarbejdet fungerer som et fagligt forum, hvor praktiserende læger deler viden, erfaringer og udvælger konkrete fokusområder for kvalitetsudviklingen med udgangspunkt i data, som leveres via KiAP, men hvor nogle datapakker bl.a. bygger på data fra nationale sundhedsregistre.

Internationalt har det vist sig på tværs af mange forskellige faggrupper, at datadrevet og struktureret arbejde, der sker smågruppebaseret med fagfæller, er meget effektivt. Den indsigt ligger bag etableringen af kvalitetsklyngerne i Danmark, hvor kliniske data på praksisniveau kan sammenlignes og drøftes med kolleger med henblik på inspiration til kvalitetsudviklingsarbejdet i egen klinik. Erfaringen fra mange lande viser, at tilgangen er effektiv, men kræver solid og vedvarende opbakning fra en kvalitetsudviklingsorganisation, der sikrer høj kvalitet i data og i formidlingen af data.

Behovet for at udvide datagrundlaget skal desuden ses i sammenhæng med forslaget om en ny og forenklet honorarstruktur, som isoleret set vil have den ulempe, at indsigten i aktiviteten mindskes, hvis antallet af ydelseskoder reduceres.

Samlet vurdering af forslag

I det følgende foretages en overordnet vurdering af Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling og tilknyttede forslag til organiseringen af det almenmedicinske tilbud. Vurderingen bliver foretaget på baggrund af de seks hensyn, der er opstillet i kapitel 6.

Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere

I vurderingen af hensynet lægges der vægt på, om den organisatoriske ramme bidrager til bæredygtighed i enhederne i det almenmedicinske tilbud i forhold til at løse opgaven på et højt kvalitetsniveau. Derudover lægges der vægt på, om den organisatoriske ramme understøtter høj kvalitet i opgaveløsningen, både på tværs af sociale grupper og i hele landet.

Forslagene til en ændret organisering understøtter mere ensartet kvalitet og lighed i det almenmedicinske tilbud på tværs af både sociale grupper og på tværs af landet. En national regulering af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud og en nationalt understøttet omfordeling af ressourcer indenfor det almenmedicinske tilbud vil i meget væsentligt omfang bidrage til mere lige adgang til sundhed og en mere ensartet opgaveløsning og styrket kvalitet på tværs af de almenmedicinske tilbud. En udvikling mod mere robuste og bæredygtige enheder understøttes gennem en nationalt fastsat opgavebeskrivelse og netværksorganisering. Omvendt vil en åbning af muligheden for at etablere øvrige klinikformer og udvidede almenmedicinske tilbud kunne medføre variation i tilbud på tværs af landet.

Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har valgmuligheder og let adgang til relevante sundhedstilbud

I vurderingen af hensynet lægges der vægt på, om organiseringen sikrer et nært almenmedicinsk tilbud, som er tilgængeligt for borgerne, når de har brug for det. Derudover vurderes det, om rammen understøtter en enkel og klar indgang til et sundhedsvæsen, som samtidig understøtter frit valg og patientrettigheder.

Forslagene til ændret organisering af det almenmedicinske tilbud understøtter flere valgmuligheder og forbedret adgang for borgerne i hele landet. Det sker først og fremmest ved, at de ansvarlige, lokale myndigheder kan sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov for at adressere særlige målgrupper eller søge permanente løsninger på lægedækningsudfordringer. Det sker også ved en mere ligelig ressourcefordeling i det almenmedicinske tilbud baseret på sundhedsbehov i såvel den enkelte klinik som i et geografisk område. Let adgang og tilgængelighed til det almenmedicinske tilbud spiller en væsentlig rolle i at sikre social og geografisk lighed i sundhed, og det er derfor centralt, at kapaciteten og ressourcerne fordeles mere ligeligt efter befolkningssammensætning og behandlingsbehov.

Hensyn 3: Et sundhedsvæsen, hvor der er en stærk sammenhæng i patientforløb

I vurderingen af hensynet lægges der vægt på, om organiseringen understøtter, at ansvar, kompetence og budget for opgaveløsningen placeres samme sted. Samtidig er fokus rettet mod, om opgavefordelingen understøtter sammenhængende patientforløb.

Forlaget om styrket fokus på og bedre grundlag for ledelse og udvikling af det almenmedicinske tilbud giver kompetence til at kontrollere og følge op på efterlevelse af krav og aftaler med de klinikker, som leverer de almenmedicinske ydelser på vegne af myndigheden, og til at lede samarbejdet og udviklingen lokalt. Et styrket ledelsesmæssigt fokus vil sammen med et forbedret datagrundlag gøre det nemmere for de enkelte klinikker og for det øvrige sundhedsvæsen at koordinere og samarbejde. Tilsvarende vil placeringen af myndighedsansvaret samme sted som ansvaret for sygehusene give bedre redskaber til opgaveomstilling, styrket koordination og mere sammenhængende patientforløb.

En ny honorarstruktur skal bl.a. sikre sammenhæng mellem patienttyngde og honorering gennem en differentiering af de faste honorarer efter patienttyngde og tilskynde til tværfagligt samarbejde og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. En ny honorarstrukturvil give styrkede økonomiske incitamenter til at koordinere forløb, som går på tværs af sundhedsvæsenet.

Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

I vurderingen af hensynet lægges der vægt på, om de organisatoriske og styringsmæssige rammer understøtter, at styringsinstrumenter og incitamenter bidrager til mest mulig omkostningseffektivitet, om organiseringen understøtter omprioritering og sikrer realisering af produktivitetsgevinster, og om finansieringsmodeller understøtter omkostningseffektivitet, enkelhed og robusthed. Derudover vurderes det, om rammerne understøtter et fokus på, at digitaliseringsområdet forbedrer innovationskapaciteten og arbejdskrafteffektiviteten, både for sundhedsfagligt og administrativt personale.

Forslaget om en national opgavebeskrivelse vil i sammenhæng med omfordeling af ressourcerne efter sundhedsbehov i væsentligt omfang understøtte en omkostningseffektiv omstilling af sundhedsvæsenet og en styrket prioritering i det almenmedicinske tilbud og dermed en samlet set mere effektivt opgaveløsning i sundhedsvæsenet.

Forslaget om ændret honorarstruktur tilskynder til samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen samtidig med, at der fastholdes en aktivitetsbaseret finansiering indenfor en samlet økonomiske ramme. Dermed fastholdes incitamenter til høj omkostningseffektivitet.

Videre har forslaget om en national fastlagt opgavebeskrivelse potentiale til at sikre udbredelse i brugen af andre faggrupper og dermed en mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det almenmedicinske tilbud og produktivitetsgevinster, som kan geninvesteres i sundhedsvæsenet.

I praksis kan det vise sig vanskeligt at adskille fastsættelse af opgavebeskrivelsen fra forhandlinger om økonomi for de alment praktiserende læger, som praktiserer efter den centralt forhandlede rammeaftale. Der kan opstå vanskeligheder ved at fastlægge økonomien for visse udviklingsinitiativer, som derfor gennemføres i et langsommere tempo, eller som i sidste ende omfatter visse dele af de almenmedicinske tilbud og eventuelt på frivillig basis. Derudover kan der være risiko for, at den offentlige forhandlingsposition forværres ved, at opgavebeskrivelsen i princippet fastlægges uafhængigt af forhandlinger om udgiften til opgavebeskrivelsen, og nationale udviklingsinitiativer strander i økonomiforhandlinger, fx ud fra hensynet til klinikker med begrænset potentialet for at indoptage nye opgaver.

Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

I vurderingen af hensynet lægges der vægt på, at myndigheder med ansvar for at levere sundhedstilbud er underlagt demokratisk kontrol, organiseringen understøtter politisk opmærksomhed på væsentlige problemer, og organiseringen understøtter effektiv styring og klart ledelsesrum og -ansvar.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at en ny organisering af det almenmedicinske tilbud, hvor opgavebeskrivelsen fastsættes nationalt, vil indebære en styrket demokratisk styring af det almenmedicinske tilbud. Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud vil kunne afspejle nationale sundhedspolitiske prioriteringer og dagsordener.

Forslaget om at styrke den lokale myndigheds kompetence til at lede samarbejdet og udviklingen forbedrer den demokratiske styring med efterlevelsen af gældende regler og aftaler. Muligheden for etableringen af øvrige klinikformer understøtter, at der i højere grad kan handles på lokale, politiske ønsker til det almenmedicinske tilbud.

Hensyn 6: Implementeringsmuligheder og -risici

Forslagene til ændret organisering understøtter en gradvis udvikling af det almenmedicinske tilbud, hvor borgernes adgang til sundhed i udgangspunktet ikke påvirkes negativt. Det betyder omvendt, at implementeringen vil udstrække sig over en årrække.

Dertil kommer dog, at anbefalingen til en ændret organisering indebærer ændringer, som risikerer at medføre kortvarig stilstand i opgaveudviklingen i en overgangsperiode som følge af en omlægning og overgang fra det nuværende overenskomstaftalesystem til en ny aftalemodel.

Kapitel 10: Ny organisering af digitalisering og data

Borgerne i Danmark er blandt de mest digitale i verden. En stor del af befolkningen bruger digitale tjenester som en naturlig del af hverdagen. Det gælder også i sundhedsvæsenet, hvor mange – især under og efter covid-19-pandemien – har taget de digitale sundhedstilbud til sig. En digital transformation er derfor en naturlig og central forudsætning for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Samtidig kan endnu større og bedre brug af digitale løsninger og data være med til at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed.

Den teknologiske udvikling muliggør den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet fra at levere ydelser på sundhedsvæsenets fysiske matrikler til i højere grad at levere ydelser fra det samlede sundhedsvæsen, som helt eller delvist møder borgeren, hvor vedkommende er, med samme høje kvalitet uafhængig af geografi. Digitaliseringen kan bl.a. bidrage til at flytte behandling til borgernes hjem med borgerne som aktive deltagere og til at frigøre arbejdskraft og løbende udvikle sundhedsvæsenet. En digital transformation kræver derfor meget mere end blot ny teknologi. Den stiller også krav til sundhedsfaglige arbejdsgange, samarbejdsformer og organisering. Kort fortalt kan teknologien grundlæggende ændre den måde, sundhedsydelser leveres på.

Det er Sundhedsstrukturkommissionens vurdering, at den nuværende organisering af sundhedsvæsenets digitaliserings- og dataindsats ikke kan realisere den nødvendige digitale transformation. Der er en række strukturelle svagheder ved organiseringen af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet i dag, som står i vejen for at realisere det store potentiale, der er ved i højere grad at udnytte de digitale løsninger til gavn for borgere og medarbejdere.

Kommissionen anbefaler derfor, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet, der skaber større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning. Det er en forudsætning for at gennemføre en større digital transformation af sundhedsvæsenet. Kommissionen vurderer, at den ny organisering af arbejdet med digitalisering og data er nødvendig, uanset hvilken overordnet forvaltningsstruktur der besluttes for fremtidens sundhedsvæsen. Samtidig er anbefalingen og de tilhørende forslag en anerkendelse af, at en digital transformation er en vanskelig og tidskrævende omstillingsproces. Den berører mange områder og aktiviteter i sundhedsvæsenet og skal balancere forskellige hensyn. Kommissionen lægger derfor vægt på, at formålet med at anbefale en ny organisering er at gøre sundhedsvæsenet bedre i stand til at udforme og eksekvere de overordnede visioner for fremtidige løsninger, som kan implementeres bredt på tværs af sektorer og myndigheder.

I kapitlet beskrives først potentialer ved bedre digitalisering og brug af data i fremtidens sundhedsvæsen. Derefter følger kommissionens overvejelser om en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Med udgangspunkt i anbefalingen præsenteres fire organisatoriske forslag om digitalisering og data, som kommissionen vurderer er nødvendige for at styrke organiseringen af digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Det første forslag handler om en styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Det andet forslag handler om at etablere en national planlægningskompetence. Det tredje forslag handler om at etablere en fælles service- og leveranceorganisation. Endelig handler det fjerde forslag om, at finansieringen af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet skal understøtte realiseringen af kommissionens øvrige tre forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data. Efter forslagene gennemgås kommissionens overvejelser om implementering. Afslutningsvis sammenholdes kommissionens anbefaling og forslag med de seks centrale hensyn for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen.

Potentialer ved digitalisering og brug af data i fremtidens sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at digitalisering og brug af data rummer et stort potentiale i forhold til at realisere et mere sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed til gavn for borgere og medarbejdere. Det kræver en digital transformation af sundhedsvæsenet, der som en del af den nødvendige omstilling forandrer arbejdsgange, organisering og samarbejdsformer og helt grundlæggende den måde, sundhedsydelser leveres på.

Fremtidens digitale sundhedsvæsen møder borgeren, uanset hvor vedkommende er geografisk, helbredsmæssigt og kompetencemæssigt. Med hjælp fra digitale løsninger og data skal sundhedsvæsenet indrettes til at tage udgangspunkt i borgeren og være til stede, hvor og hvornår borgeren har behov – og med mindst mulig indgriben i borgerens dagligdag. På den måde skal digitalisering, teknologi og data bidrage til at fremtidssikre sundhedsvæsenet og styrke omstillingen til et nært, sammenhængende og tilgængeligt sundhedsvæsen, som i højere grad er på borgerens præmisser.

Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne i fremtidens sundhedsvæsen. Det skal bl.a. bidrage til, at borgerne kan få sundhedstilbud i eller tæt på eget hjem og blive understøttet i at være aktive medspillere i egen behandling. I fremtidens sundhedsvæsen kan borgere i langt højere grad blive diagnosticeret, behandlet og genoptræne i eller tæt på eget hjem, bl.a. ved hjælp af hjemmemonitorering, data fra deres egne enheder og apps, sensorteknologi, kunstig intelligens og datadeling på tværs af sektorer. Med den rette støtte fra sundhedsvæsenet og de rigtige værktøjer kan flere følge og regulere deres egen sygdom, fx i forbindelse med indlæggelse i hjemmet eller som del af et kronikerforløb. Den konkrete indsats skal tilpasses den enkeltes behov og kompetencer. Meget tyder på, at mange borgere er klar til at bruge de digitale løsninger.[162] Borgerne forventer fx, at sundhedsvæsenet deler og bruger relevante data om dem som led i behandlingsforløb, så de ikke selv skal være bærere af informationen, og vigtig viden ikke går tabt.[163] Teknologien muliggør en omstilling, hvor sundhedsvæsenet skifter fra at levere ydelser på sundhedsvæsenets fysiske matrikler til i højere grad at levere ydelser fra det samlede sundhedsvæsen, som helt eller delvist møder borgeren, hvor vedkommende er, med samme høje kvalitet uafhængig af geografi.

Borgerne skal opleve et sammenhængende sundhedsvæsen med mere glidende overgange. Med det stigende antal ældre borgere, borgere med kronisk sygdom og borgere med multisygdom, som har regelmæssige kontakter på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, stiger behovet for at sikre sammenhæng i sundhedsvæsenets tilbud og indsatser. På den baggrund skal digitale løsninger og øget datadeling bidrage til en bedre integration på tværs af sektorer og specialer, hvor borgeren oplever et let, smidigt og effektivt forløb uden at blive mødt af hårde sektorovergange eller faggrænser. Samtidig kan øget datadeling mellem sektorerne bidrage til en bedre og mere fleksibel brug af ressourcer, kompetencer og specialistviden på tværs af landet og dermed også til øget geografisk lighed i sundhed.

Digitale løsninger og data skal desuden understøtte og aflaste medarbejderne. Med det stigende pres på sundhedsvæsenet og manglen på medarbejdere i årene fremover er det afgørende, at teknologien bidrager til at frigøre ressourcer hos medarbejderne. Der er potentiale i at anvende nye teknologier til at optimere og helt eller delvist automatisere arbejdsgange, både i den sundhedsfaglige indsats og i den øvrige drift i sundhedsvæsenet. Samtidig kan digitale løsninger og data understøtte medarbejderne i deres opgavevaretagelse, fx datadrevet beslutningsstøtte til bedre og hurtigere visitation og diagnostik.

Endelig skal digitalisering og brug af data bidrage til mere effektiv ledelse og til løbende og kvalificeret udvikling af sundhedsvæsenet. Valide og tidstro data skal i højere grad understøtte administrative processer, styring, ledelse og kvalitetsudvikling. Det skal bl.a. gøre det muligt lettere at følge op på relevante nationale og lokale mål og sikre en mere effektiv kapacitets- og ressourceudnyttelse i alle dele af sundhedsvæsenet. På samme måde skal data anvendes til at understøtte et lærende sundhedsvæsen. Det indebærer

162 Jønsson, Alexandra Brandt Ryborg. "Borgere og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer", 2024.

163 ViBIS, "Patienter og pårørendes oplevelser med, og ønsker til, sundhedsvæsenet: Hovedpointer fra feedbackmøder med patienter og pårørende", 2023.

bl.a., at smidig og sikker adgang til data bidrager til øgede muligheder for forskning og læring og dermed til at udvikle kvaliteten i sundhedsvæsenet, fx gennem mere effektive arbejdsgange og behandlingsformer, som i højere grad kan tilpasses den enkelte borger.

Boks 10.1
Potentialer ved kunstig intelligens

Der sker i disse år en markant udvikling indenfor kunstig intelligens. Kunstig intelligens kan på en række områder bidrage til sundhedsvæsenets udvikling ved at forbedre behandling og forebyggelse. Desuden kan løsninger baseret på kunstig intelligens effektivisere arbejdsgange og frigøre medarbejderressourcer, fx ved at overtage rutineopgaver.

Mere tid til borgernære opgaver

Med kunstig intelligens kan administrative opgaver som dokumentation og journalisering delvist automatiseres, som kan frigøre sundhedspersonalets tid til de borgernære opgaver. På den måde kan kunstig intelligens øge effektiviteten og medvirke til at tiltrække og fastholde sundhedspersonalet ved at gøre deres arbejde mere meningsfuldt.

Tidligere diagnostik med øget præcision

Kunstig intelligens' evne til at analysere komplekse datasæt er på flere områder i gang med at revolutionere diagnostikken. Fx kan billedgenkendelse i radiologi øge nøjagtigheden af diagnoser og opdage sygdomme tidligere end i dag. Kunstig intelligens bruges allerede til diagnostik, bl.a. i flere regioner i forbindelse med screening for brystkræft og til at opdage knoglebrud hos skadestuepatienter i Region Nordjylland.

Sikker digital hjemmebehandling

Ved brug af fx kropsbåren teknologi og andre smarte hjemmeenheder kan borgeres tilstand monitoreres i realtid. Kunstig intelligens kan løbende analysere de seneste data og give det kliniske personale tidlige advarsler om forværring eller nye behov for intervention, som øger muligheden for at tilbyde behandling og indlæggelser i hjemmet. Kunstig intelligens kan også styrke mulighederne for personalisering af digitale terapiformer og dermed øge tilgængeligheden af behandling ved psykisk sygdom.

Assistent ved kliniske beslutninger

Kunstig intelligens kan på mange områder agere assistent og beslutningsstøtte for sundhedspersonalet ved at sammenligne aktuelle patientdata med tidligere patientdata i store databaser. Det kan bl.a. hjælpe læger med at vælge den mest effektive behandling skræddersyet til den enkelte patient, fx behandlingsplaner baseret på individuelle patientdata.

Overvejelser om organisering af digitalisering og data i sundhedsvæsenet

Danmark er et af de førende lande, hvad angår digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet.[164] I dag arbejder en lang række organisationer med digitalisering, data og andre teknologiske løsninger på tværs af sundhedsvæsenet. Det gælder både lokale indsatser i de enkelte organisationer og sektorer og fælles digitale løsninger, der anvendes på tværs af sundhedsvæsenet. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer

164 Gjødsbø, Iben Mundbjerg, Henriette Langstrup, Klaus Høyer, Lars Kayser, og Karsten Vrangbæk. "Digitalisering i det danske sundhedsvæsen". Samfundsøkonomen, nr. 1 (25. marts 2021): 26–38.

dog, at den eksisterende organisering af arbejdet med digitalisering og data ikke er tilstrækkelig til at realisere den nødvendige digitale transformation af sundhedsvæsenet og udnytte potentialet ved digitalisering og data til at fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Kommissionen har identificeret en række svagheder ved den nuværende organisering, som kort beskrives i det følgende.[165] For det første bærer den nuværende organisering præg af, at der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering. Ansvaret for den digitale udvikling er i dag fordelt på mange aktører og et stort antal beslutningsfora på forskellige niveauer, og der er ikke i tilstrækkelig grad en forpligtende national retning for arbejdet.[166] Det betyder bl.a., at udvikling og implementering af fælles digitale løsninger går for langsomt, og at de samlede digitaliserings- og dataressourcer ikke udnyttes effektivt.[167] Samtidig betyder den manglende koordinering og fælles prioritering, at borgere og sundhedspersonale oplever et fragmenteret digitalt landskab med manglende sammenhæng mellem løsninger. Det kan fx ses ved de mange digitale løsninger og kanaler til datadeling og borgernes digitale adgang til sundhedsvæsenet, som har overlap i funktioner, og det kan være svært at overskue, hvilken der skal bruges i den konkrete situation.[168]

For det andet har flere af sundhedsvæsenets aktører ikke de rette forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift af teknologiske løsninger. Der er stor forskel på niveauet af digitaliserings- og datakompetencer og mængden af ressourcer på tværs af sundhedsvæsenet.[169] Ud over tekniske kompetencer gælder det bl.a. også juridiske kompetencer til at vurdere og udnytte ny teknologi. Samtidig understøtter den overordnede organisering ikke udbredelsen af digitale løsninger i tilstrækkelig grad.[170] Derfor bliver det op til de enkelte organisationer og deres kompetencer og ressourcer, om de udnytter digitaliseringens muligheder.

For det tredje mangler der strukturer og incitamenter for udbredelse af nye digitale løsninger og datadrevne teknologier. Der udvikles allerede mange gode kvalitetsfremmende og arbejdskraftsbesparende løsninger i sundhedsvæsenet i dag. For mange af løsningerne forbliver dog lokale løsninger frem for at komme hele sundhedsvæsenet til gavn, bl.a. fordi der er større incitamenter til at udvikle nye og egne løsninger i forhold til at implementere eksisterende løsninger.[171] Samtidig er beslutningsfora vedrørende digital transformation ofte afkoblet fra sundhedsfaglige beslutningsfora. Det betyder, at de digitale løsninger ikke fra starten tænkes ind i tilrettelæggelsen af relevante arbejdsgange.[172]

For det fjerde er sundhedsvæsenet i dag præget af stor afhængighed af leverandører og en fragmenteret IT-arkitektur. Det udfordrer sammenhæng, implementeringstempo og omkostningsniveau i digitaliserings- og dataindsatsen. Det skyldes bl.a., at sundhedsvæsenet kun i begrænset grad er i stand til at give leverandører kvalificeret med- og modspil og til selv at sætte tempo for udviklingen, og at udgifterne til IT-

165 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

166 Sundhedsstrukturkommissionen, "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport", 2024; Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

167 PwC, "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

168 PA Consulting Group, "Fælles tværgående kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet", 2024; Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

169 Implement Consulting Group, "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet", 2023; PA Consulting Group, "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen.", 2024.

170 Implement Consulting Group, "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet", 2023; Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

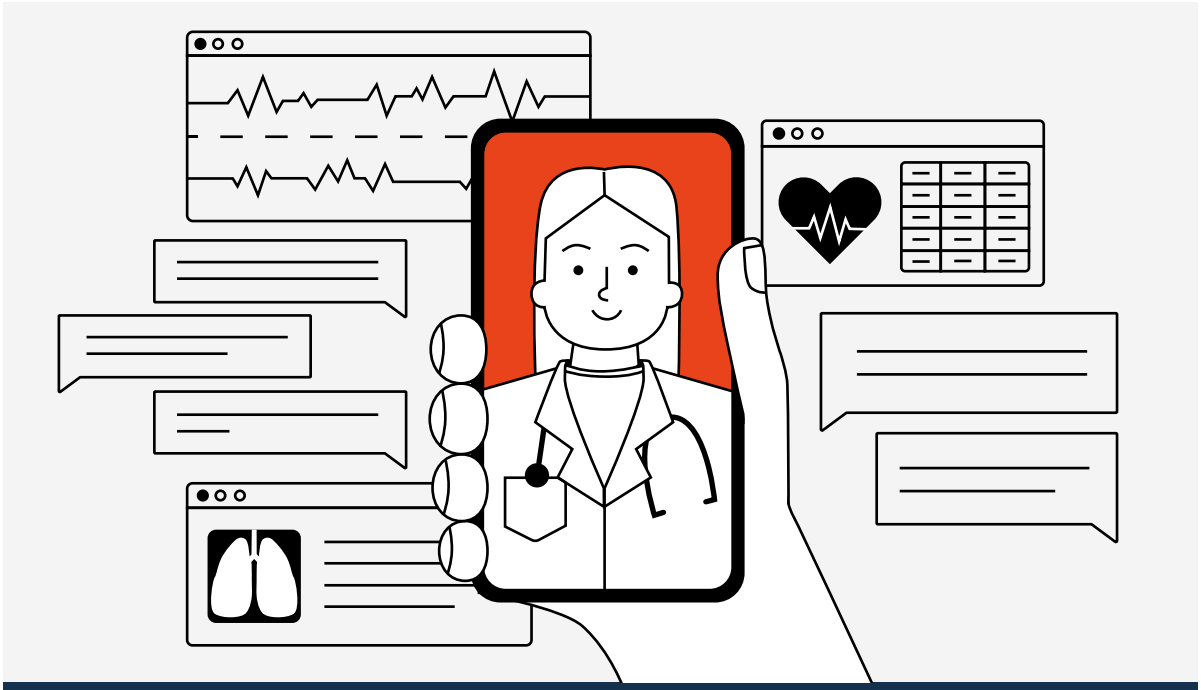
171 Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023; PwC, "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023".

172 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

leverandører er stigende.[173] Samtidig er IT-infrastrukturen præget af aktør- og sektorspecifikke løsninger, der primært fokuserer på egne behov og i højere grad beror på den enkelte leverandørs løsning og ikke i tilstrækkelig grad understøtter sammenhæng og arbejdsgange på tværs af sundhedsvæsenet.[174]

Anbefaling: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet, uanset hvilken forvaltningsstruktur der besluttes for fremtidens sundhedsvæsen, jf. boks 10.2.



Boks 10.2
Anbefaling 2

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed. En ny organisering skal derfor også ses som et middel til at skabe bedre forudsætning for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne.

173 Ginman, Rasmus Jessen. "Stigende it-udgifter udhuler Region H's økonomi: »Omkostninger til it stiger hurtigere end til sundhed«". DigiTech, 2023.

174 Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

Boks 10.3
Forslag

1. Der skal udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Mandatet til udarbejdelsen af strategien ligger i staten, men det skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører, som varetager arbejdet med de digitale løsninger i sundhedsvæsenet, og de ansvarlige for driften af hele sundhedsvæsenet. Strategien skal forpligte alle parter i sundhedsvæsenet til at arbejde mod fælles mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet. Strategien skal være tæt koblet til sundhedsvæsenets behov og målsætninger for den samlede omstilling, så digitalisering ikke bliver et mål i sig selv, men et stærkt redskab til at løse sundhedsvæsenets udfordringer.
2. Der skal etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Den nationale planlægningskompetence er baseret på en lovhjemmel, så det bindende kan fastsættes, hvilke digitale løsninger der udvikles og udbredes nationalt, og hvilke løsninger der kan udvikles lokalt. En tydelig planlægningskompetence skal bidrage til at styrke den samlede beslutnings- og eksekveringskraft og understøtte en mere koordineret udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer på digitaliserings- og dataområdet.
3. Der skal etableres en fælles service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet. Organisationen får ansvar for fælles digitale løsninger rettet mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse og for en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Organisationen skal samtidig understøtte innovation og samle drift at større IT-fagsystemer, bl.a. elektroniske patientjournal- og omsorgsjournalsystemer (EPJ- og EOJ-systemer), og digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen. Kommissionen fremlægger ikke forslag til den konkrete organisering af service- og leveranceorganisationen, men lægger vægt på, at den nye organisation etableres med en tæt kobling til driften og med mulighed for, at staten kan sikre, at organisationens arbejde udføres i sammenhæng med den overordnede nationale retning for sundhedsvæsenet. Digital Sundhed Danmark bør implementeres trinvist med mulighed for at udvide organisationens opgaveportefølje over tid.
4. Finansiering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet skal understøtte realiseringen af kommissionens øvrige tre forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data, bl.a. for at skabe forpligtelse blandt de decentrale aktører til de fælles strategiske mål og de fælles digitale løsninger.

Sundhedsstrukturkommissionen er bevidst om, at de fire forslag indebærer en centralisering af digitaliserings- og dataindsatsen i sundhedsvæsenet sammenlignet med i dag. Det er kommissionens vurdering, at en centralisering og professionalisering af indsatsen er en forudsætning for at gøre digitalisering og data til et stærkt redskab i den nødvendige omstilling til et sundhedsvæsen præget af en højere grad af sammenhæng og nærhed for borgerne. Behovet for fælles digitale løsninger og forpligtende og koordineret samarbejde vokser i de kommende år med et stigende antal borgere med behandlingsforløb på tværs af sundhedsvæsenet. Kommissionen hæfter sig ved, at succesfulde, større digitale omstillinger i andre dele af samfundet også har baseret sig på centralisering af dele af opgaveløsningen. Det gælder fx omstillingen til digital betjening med netbank i finanssektoren, hvor kunderne i de enkelte banker mødes af én samlet og brugervenlig digital løsning. Apples App Store er tilsvarende et eksempel på, hvordan man har skabt grundlaget for lokal kreativitet i form af mange tusinde apps gennem tydelige og faste rammer styret fra centralt hold, der bidrager til at sikre ensartede og brugervenlige apps, der kan virke sammen.

Kommissionen vurderer, at en tydelig fælles, national retning og ramme for digitaliserings- og dataindsatsen vil medvirke til at gøre det lettere at udvikle bedre, sammenhængende og brugervenlige digitale løsninger til borgere og medarbejdere på tværs af sundhedsvæsenet. Fælles strukturer kan bidrage til at gøre den

digitale transformation mere effektiv samlet set og mindre omkostningstung for den enkelte aktør.[175] Ved at samle de eksisterende digitaliserings- og dataressourcer i større, professionelle miljøer, er det muligt at skabe den faglige bæredygtighed, som er en forudsætning for at realisere den digitale transformation af sundhedsvæsenet som helhed, der bl.a. skal muliggøre, at sundhedsvæsenet kan flyttes tættere på borgernes eget hjem.

Sundhedsstrukturkommissionen erkender, at en digital transformation er en vanskelig og tidskrævende omstillingsproces. Den berører mange forskellige områder og aktiviteter på tværs af sundhedsvæsenet og skal balancere forskellige hensyn. Kommissionen lægger derfor vægt på, at formålet med at anbefale en ny organisering er at gøre sundhedsvæsenet bedre i stand til at udforme og eksekvere de overordnede visioner for fremtidige løsninger, som kan implementeres bredt på tværs af sektorer og myndigheder, snarere end at give konkrete svar nu og her på fx, hvilke konkrete teknologier der skal satses på.

En succesfuld digital transformation skal ses som en del af den samlede omstilling af sundhedsvæsenet. De teknologiske løsninger gør det ikke alene. Det stiller også nye krav til arbejdsgange, organisering, ledelse og samarbejdsformer. Derfor er det også helt centralt at arbejde professionelt med inddragelse af medarbejdere, ledere og de sundhedsfaglige miljøer, som bl.a. udarbejder faglige retningslinjer, i udvikling og implementering af digitale løsninger. Her er det også væsentligt at fremhæve, at smidigere og mere løbende udvikling af nye løsninger, fx med agile metoder, nødvendigvis må foregå lokalt og med inddragelse af de relevante medarbejdere. Inddragelsen af medarbejderne og de sundhedsfaglige miljøer skal bidrage til at sikre sundhedsfaglig forankring og ejerskab for løsningerne og bygge bro over den afstand mellem IT-afdeling og den sundhedsfaglige praksis, som også opleves i dag.[176]

På den måde er formålet også at understøtte de decentrale aktører bedre i deres lokale opgavevaretagelse og hjælpe med at løfte de opgaver, de har svært ved selv at løfte indenfor den nuværende organisering af arbejdet med digitalisering og data. Kommissionen hæfter sig ved, at centralisering og professionalisering derfor ikke skal ses som en modsætning til lokal forankring af den sundhedsfaglige opgaveløsning, men netop som et middel til at skabe bedre forudsætninger for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne. Med andre ord indebærer kommissionens forslag en vigtig dobbelt ambition om at centralisere for bedre at kunne forankre sundhedsvæsenet lokalt.

Forslag 1: Én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data som dækker hele sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data i hele sundhedsvæsenet. Strategien skal forpligte alle parter i sundhedsvæsenet til at arbejde mod fælles mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet. Kommissionen vurderer, at en tydelig og forpligtende fælles retning på området er en afgørende forudsætning for at opnå det forventede potentiale ved brug af digitale løsninger og data og skabe fremtidens digitale sundhedsvæsen. Den nuværende organisering af området har vist sig ikke at skabe tilstrækkelig fremdrift i den digitale udvikling i sundhedsvæsenet.[177] Det går fx for langsomt med at udbrede de fælles løsninger, der binder sundhedsvæsenet sammen på tværs, og de gode lokale løsninger, som også kan gøre gavn i resten af sundhedsvæsenet. Implementeringen af de fælles løsninger hæmmes bl.a. af, at den kræver prioritering lokalt i de politiske og organisatoriske ledelseslag i fx regioner og kommuner, som ofte sætter lokale prioriteter højere.[178]

175 Implement Consulting Group, "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet", 2023.

176 Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023; PA Consulting Group, "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen", 2024.

177 Implement Consulting Group, "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet", 2023.

178 Sundhedsstrukturkommissionen, "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport", 2024; Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

Strategien skal udstikke klare og bindende fælles mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet. I den forbindelse er det centralt, at strategien skal være tæt koblet til sundhedsvæsenets behov og målsætninger for den samlede omstilling, så digitalisering ikke bliver et mål i sig selv, men et stærkt redskab til at løse sundhedsvæsenets udfordringer. Strategien og de fælles mål skal sætte rammerne for den lokale prioritering og understøtte lokal forankring af den fælles retning. Den lokale forankring skal bl.a. ske på baggrund af en ændret finansiering af arbejdet med digitalisering og data, der fx gennem øremærkede ressourcer i de lokale budgetter til arbejdet med fælles løsninger kan forpligte de decentrale aktører på de fælles strategiske mål (se forslag 4). Målene skal samtidig understøttes af en national planlægningskompetence (se forslag 2).

Strategiske mål for digitalisering og data i sundhedsvæsenet

Kommissionen foreslår, at strategien som minimum skal forholde sig til realiseringen af fem strategiske mål, jf. boks 10.4. De strategiske mål skal bidrage til at sætte retningen for, hvad den nye organisering af arbejdet med digitalisering og data skal kunne løfte i fremtidens sundhedsvæsen.

Boks 10.4
Fem mål i en strategi for digitalisering og data i hele sundhedsvæsenet

- Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne.
- Borgerne skal let og overskueligt kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt.
- En national dataplatform og den digitale infrastruktur skal understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet.
- En sammenhængende og forpligtende digital arkitektur på sundhedsområdet skal skabe rammer for udvikling og fleksibel tilpasning til den lokale opgavehåndtering.
- Styrket koordination og samarbejde om optag og udbredelse af innovative løsninger skal understøtte, at teknologiens potentiale til at frigøre arbejdskraft og løfte kvalitet kan komme flere medarbejdere og borgere til gavn.

Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne

Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige borgerne. Med bedre brug af digitale løsninger og data kan sundhedstilbud bl.a. i højere grad tilpasses den enkelte borger og vedkommendes sygdom og livssituation. Borgerne kan fx understøttes i at blive mere selvhjulpne og mestre egen sygdom. Ny teknologi som kunstig intelligens kan også understøtte mere målrettet behandling og dermed være med til at øge behandlingens kvalitet og effektivitet. Robusthedskommissionen anbefaler også, at digitale løsninger og teknologi skal være førstevalg.[179]

At gøre digitale sundhedstilbud umiddelbart tilgængelige betyder ikke, at den første kontakt med sundhedsvæsenet skal være digital for alle. Det handler om, at digitale indsatser indgår som en tæt integreret del i de fleste behandlingsforløb og supplerer de analoge indsatser som led i et samlet sundhedstilbud til borgerne. Samtidig er der et stort potentiale i at optimere arbejdsgange og processer og dermed frigøre medarbejderressourcer ved at gøre digitale og teknologiske løsninger til førstevalget til at løse opgaver i sundhedsvæsenet, hvor det giver faglig mening.

Udbredelsen af digitale løsninger skal baseres på løsninger, der har dokumenteret effekt i forhold til at skabe bedre, mere sammenhængende og nær behandling for borgerne og understøtte og aflaste medarbejderne. Samtidig skal udbredelsen prioriteres i forhold til de opgaver, hvor det giver faglig mening

179 Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, "Robusthedskommissionens anbefalinger", 2023.

og størst gevinst. Den overordnede strategi skal derfor definere, hvilke områder der skal være omfattet af krav om, at digitale løsninger er umiddelbart tilgængelige. Det kan være både sundhedsfaglige og administrative opgaver. Endelig understreger kommissionen vigtigheden af, at der fortsat skal være ikke-digitale tilbud til de borgere, som ikke kan anvende et digitalt tilbud.

Let og overskuelig digital adgang til sundhedsvæsenet

Borgerne skal let og overskueligt kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt. Borgeren skal i alle situationer have mulighed for en digital indgang til sundhedsvæsenet. Det indebærer bl.a. let digital adgang til egne sundhedsoplysninger, til informationssøgning om sundhed og sygdom, navigation rundt i sundhedsvæsenet og digital adgang til anbefalinger om apps og digitale løsninger, som borgeren kan bruge som led i sin behandling. På sigt kan det også være adgang til digital symptomvurdering, der kan understøtte målrettede sundhedstilbud til den enkelte borger og beslutningsstøtte til sundhedspersonalet, som også kan bidrage til at gøre deres arbejde lettere.

Et skridt på vejen hertil er klare principper for, hvilke digitale kanaler borgeren skal anvende for at få adgang til sundhedsvæsenet i en given sammenhæng, så borgeren oplever et sammenhængende digitalt sundhedsvæsen, der er nemt at finde rundt i. Principperne for de digitale kanaler skal derudover bidrage til at sikre, at gode, brugervenlige løsninger udbredes, og at sundhedsvæsenet samler sig om færre borgerrettede apps og digitale tilbud, som hver især har deres klart definerede formål og tager hensyn til borgernes digitale kompetencer. På den måde bruges der heller ikke unødvendige ressourcer på dobbeltudvikling.

En national dataplatform og digital infrastruktur skal understøtte samarbejde om borgeren

En national dataplatform og den digitale infrastruktur skal understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet. Sundhedspersonalet skal lettere kunne arbejde sammen om borgernes samlede behandlingsforløb. Det gælder ikke mindst, når et stigende antal borgere i de kommende år vil have behandlingsforløb på tværs af sektorer. Derfor bør der etableres en national dataplatform, som udnytter både de eksisterende løsninger og de teknologiske muligheder, så flere data smidigere kan deles på tværs af lokale IT-fagsystemer i realtid og give personale og borgere et let og overskueligt overblik over relevante oplysninger om en borgers aktuelle forløb og tilstand. Det omfatter også journalnotater. Samtidig kan bedre deling af data danne grundlag for prioritering og triagering til rette sundhedstilbud.

Formålet med en national dataplatform er at samle data og stille data til rådighed for sundhedsvæsenet og gøre sundhedsvæsenet mere datadrevet. Platformen skal skabe grundlag for, at data fra sundhedsvæsenet lettere kan nyttiggøres til bl.a. patientbehandling, ledelse og kvalitetsudvikling og til forskning og statistik. Platformen vil også kunne stille data til rådighed til udvikling og drift af fx apps, løsninger med kunstig intelligens, og andre datadrevne løsninger til gavn for borgere og personale. Det gælder både i selve sundhedsvæsenet og hos private virksomheder. På den måde vil det samlede kontaktpunkt i det strategiske samarbejde "Vision for bedre brug af sundhedsdata", der har til formål at sikre enkelt og smidig adgang til sundhedsdata til forskning og innovation, også kunne forankres her.[180] Derudover skal den understøtte en øget anvendelse af borgernes egne data, fx fra egne enheder og apps, som led i sundhedsvæsenets indsatser. Samtidig vurderes etablering af en national dataplatform at hjælpe til implementeringen af den kommende forordning om et europæiske sundhedsdataområde (European Health Data Space, EHDS).

En national dataplatform skal udvikles på baggrund af de eksisterende infrastrukturer, registre og løsninger, og arbejdet med udvikling af løsningen skal have et stort fokus på det forudsætningsskabende arbejde i sundhedsvæsenet i form af standardisering og datakvalitet. Det vil også understøtte en lettere og hurtigere skalering og udbredelse af de gode løsninger til resten af sundhedsvæsenet. Det er afgørende, at der også inddrages sundhedsfaglige kompetencer i arbejdet med en national dataplatform. Dokumentationspraksis og ønsket om standardisering hænger tæt sammen med bl.a. personalets arbejdsgange og de sundhedsfaglige retningslinjer. Samtidig er det afgørende, at de relevante data fra platformen vises på en måde, der passer ind i personalets anvendelsessituationer og samarbejde om borgernes forløb.

180 Sundhedsministeriet m.fl., "Vision – Strategisk samarbejde for bedre brug af sundhedsdata", 2021.

En sammenhængende og forpligtende digital arkitektur på sundhedsområdet

En sammenhængende og forpligtende digital arkitektur på sundhedsområdet skal skabe rammer for udvikling af bl.a. fælles løsninger og fleksibel tilpasning til den lokale opgavehåndtering. Større sammenhæng i behandlingsforløb og arbejdsgange og effektiv udvikling af IT-ressourcer på tværs kræver en mere samlet og integreret retning på systemlandskabet i sundhedsvæsenet. I dag er systemlandskabet præget af knopskydning og aktør- og sektorspecifikke løsninger.[181] Samtidig er IT-systemer medarbejdernes arbejdsværktøj, og der er forskellige behov for bl.a. overblik, information og journalisering på tværs af faggrupper, kompetencer og opgaver. En sammenhængende digital arkitektur skal derfor også bidrage til at gøre det lettere og hurtigere at udvikle og udbrede løsninger, der kan hjælpe medarbejderne og gøre deres hverdag nemmere.

For at honorere behovene skal aktørerne være forpligtet til, at den digitale arkitektur i sundhedsvæsenet i højere grad tænkes som et sammenhængende hele med udgangspunkt i fælles byggeklodser og standarder. Det vil bidrage til både fælles retning og gøre det nemmere at integrere fælles løsninger til de lokale systemer og tilpasse dem til den lokale opgavehåndtering. Desuden vil fælles byggeklodser og standarder gøre det lettere at definere ensartede krav til samarbejde med leverandører. Det kan over tid understøtte smidigere og mere løbende udvikling, fordi det bliver nemmere for markedet at bidrage med innovative og brugervenlige løsninger med udgangspunkt i borgernes og de sundhedsfagliges behov. Det vil være løsninger, der kan anvendes bredt i sundhedsvæsenet, og som sundhedsvæsenet ikke selv er i stand til at udvikle eller prioritere egne udviklingsressourcer til. Sammen med den nationale dataplatform vil det samtidig kunne bidrage til bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets interne udviklingsressourcer ved at understøtte en lettere og hurtigere skalering og udbredelse af gode løsninger på tværs af sundhedsvæsenet.

Styrket koordination og samarbejde om optag og udbredelse af innovative løsninger

Styrket koordination og samarbejde om optag og udbredelse af innovative løsninger skal understøtte, at teknologiens potentialer kan komme flere medarbejdere og borgere til gavn. Sundhedsvæsenets evne til at udnytte ny teknologi, digitale løsninger og brug af data er en central del af at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Innovative og brugervenlige teknologiske løsninger er afgørende, hvis sundhedsvæsenet i en fremtid med færre medarbejdere skal kunne behandle flere borgere med voksende og stadigt mere komplekse behov.

Den teknologiske udvikling, bl.a. indenfor kunstig intelligens, stiller dog også krav om nye organiseringsformer og kompetencer, fx tekniske og juridiske. Derfor skal sundhedsvæsenet arbejde sammen om at gøre nytte af teknologiens muligheder. Det kræver, at der skabes stærkere strukturer for koordination og samarbejde forankret i både teknologiske og sundhedsfaglige kompetencer, som kan hjælpe til at vurdere, modne, videreudvikle og udbrede gode løsninger i sundhedsvæsenet. Det kan være både kendte og nye digitale løsninger og teknologier med et stort potentiale og dokumenteret effekt i forhold til at bidrage til bedre behandling på et lavere specialiseringsniveau, til at flere opgaver flyttes til det primære sundhedsvæsen og til at frigøre tid og ressourcer hos medarbejderne. Det skal ske med udgangspunkt i borgernes og de sundhedsfagliges behov og på baggrund af den lokalt forankrede innovationsindsats og helt nye teknologier. Det skal også understøtte efterspørgslen på løsninger på tværs af sektorgrænser.

Strategiens forankring og mål

Mandatet til at udarbejde strategien bør ligge hos staten som en del af det statslige mandat til at fastlægge den overordnede strategiske retning og de overordnede rammerne for digitaliserings- og dataindsatsen. Det skal medvirke til at sikre forankring af strategien i de nationale politiske mål for sundhedsvæsenet, og at der tages hensyn til at sikre digitaliseringsparat lovgivning. Samtidig skal strategien ses i tæt sammenhæng med en national planlægningskompetence (se forslag 2). Sammen skal strategien og planlægningskompetencen sikre en fælles prioritering og en koordineret og optimal udnyttelse af de tilgængelige ressourcer, som findes på tværs af sektorer og geografi. Udarbejdelsen af strategien skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører, som varetager arbejdet med de digitale løsninger i sundhedsvæsenet, og de

181 Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

ansvarlige for driften af hele sundhedsvæsenet. Det gælder bl.a. det foreslåede Digital Sundhed Danmark og de decentrale sundhedsmyndigheder. Inddragelsen af aktørerne skal bl.a. bidrage til, at strategien hviler på en forståelse af de forskellige strategiske prioriteter i sundhedsvæsenet og på de relevante faglige kompetencer. Det indebærer ikke blot inddragelse af kompetencer indenfor digitalisering og data, men også de faglige miljøer og kompetencer fra sundhedsvæsenets daglige drift som led i at sikre, at strategiens retning for digitalisering og data hænger sammen med de sundhedsfaglige retningslinjer og arbejdsgange lokalt.

Strategien skal sætte de overordnede rammer for lokale strategier og implementering. Det skal bl.a. ske med fælles forpligtende resultatmål, som understøtter, at digitale og teknologiske løsninger bliver førstevalget til at løse opgaver i sundhedsvæsenet, hvor det giver faglig mening. På den måde skal strategien bidrage til at realisere fremtidens digitale sundhedsvæsen. Strategiens resultatmål bør afspejle de ønskede resultater for sundhedsvæsenet snarere end teknologiske mål. Det kan fx være mål for den digitale understøttelse af borgernes mulighed for at håndtere deres sygdom i eget hjem eller mål for frigørelse af medarbejderressourcer. Det er afgørende, at målene skal ses i tæt sammenhæng med de samlede målsætninger for sundhedsvæsenet og en foreslået national sundhedsplan, som på et strategisk niveau skal sætte overordnet retning for udvikling af sundhedsvæsenet. Der lægges også op til, at staten skal udarbejde den nationale sundhedsplan med inddragelse relevante aktører i sundhedsvæsenet (se kapitel 11). Den tætte kobling til de samlede målsætninger for sundhedsvæsenet skal sammen med den mere målrettede finansiering i form af bl.a. øremærkede midler til det fælles arbejde (se forslag 4) også bidrage til at sikre en stærkere forpligtelse til strategien blandt aktørerne.

Forslag 2: En national planlægningskompetence for digitalisering og data

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet.

En national planlægningskompetence er en bemyndigelse, der indebærer, at det bindende kan fastsættes, hvad der løses henholdsvis nationalt og lokalt. Udøvelsen af planlægningskompetencen skal bygge på tæt dialog mellem sundhedsvæsenets aktører, bl.a. de driftsansvarlige myndigheder, Digital Sundhed Danmark og staten. Den formelle kompetence vil ligge hos staten i form af en lovhjemmel til at træffe beslutning om, i hvilke sammenhæng der skal udvikles og anvendes fælles løsninger og infrastruktur til hele sundhedsvæsenet, og i hvilke sammenhænge der er plads til forskellige lokale løsninger. Det kan fx ske gennem udstedelse af bekendtgørelser. Der vil være behov for at afklare den konkrete organisering omkring den nationale planlægningskompetence.

Det forventes især at være opgaver i forbindelse med fælles digitale løsninger og infrastruktur, som anvendes på tværs af sundhedsvæsenet eller er af strategisk vigtighed for hele sundhedsvæsenet, der vil skulle løses nationalt. Det omfatter fx tværsektorielle løsninger, som de enkelte aktører ofte ikke har incitament til at prioritere på grund af sektoropdelingen i dag. Planlægningskompetencen skal desuden medvirke til en bedre prioritering af ressourcer. Den skal bl.a. modvirke, at der bliver spildt ressourcer på at udvikle konkurrerende løsninger i forskellige dele af sundhedsvæsenet for at imødekomme behov, som mere hensigtsmæssigt håndteres af en fælles (national) løsning. På den måde kan den nationale planlægningskompetence samtidig over tid bidrage til en konsolideret fælles IT-arkitektur, som i dag er opbygget og knopskudt ud fra de forskellige organisationers løsninger.[182] En konsolideret og fælles arkitektur kan rammesætte digitaliserings- og dataindsatsen i sundhedsvæsenet og understøtte sammenhængende løsninger og udvikling.

En tydelig planlægningskompetence skal bidrage til at styrke den samlede beslutnings- og eksekveringskraft og understøtte en mere koordineret udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer på digitaliserings og dataområdet. Det vurderes at være nødvendigt i lyset af, at den digitale udvikling i sundhedsvæsenet i dag er fragmenteret og præget af, at udvikling af egne, ofte parallelle, løsninger prioriteres over fælles

182 Sundhedsstrukturkommissionen, "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport", 2024; PA Consulting Group, "Fælles tværgående kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet", 2024.

løsninger og over eksisterende løsninger, der har skabt værdi andre steder i sundhedsvæsenet.[183] Planlægningskompetencen skal derfor sammen med strategien for digitalisering og data i hele sundhedsvæsenet (se forslag 1) og den fælles service- og leveranceorganisation (se forslag 3) fremme et fokus på den samlede digitale transformation af sundhedsvæsenet og fremme, at sundhedsvæsenets aktører i højere grad arbejder mod fælles mål og prioriteter, så borgere og medarbejdere får gavn af de digitale muligheder på tværs af sundhedsvæsenet.

Forslag 3: En fælles service- og leveranceorganisation for digitalisering og data

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der etableres en fælles service- og leveranceorganisation for digitalisering og data, Digital Sundhed Danmark. Organisationen får ansvar for at varetage udvikling og drift af fælles digitale løsninger rettet både mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse og fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Organisationen skal samtidig understøtte innovation i sundhedsvæsenet og samle drift af større IT-fagsystemer på tværs af sektorer, bl.a. elektroniske patientjournal- og omsorgsjournalsystemer (EPJ- og EOJ-systemer), og digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen. Det kan overvejes over tid at give Digital Sundhed Danmark ansvaret for flere opgaver.

Der er behov for, at varetagelsen af Digital Sundhed Danmarks opgaver tager udgangspunkt i en fælles, national teknologistrategi, der bl.a. skal omfatte de vigtigste teknologivalg for sundhedsvæsenet (se også afsnit om teknologi- og leverandørstrategi). Teknologistrategien skal ses i forlængelse af de overordnede strategiske mål (se forslag 1) og den nationale planlægningskompetence (se forslag 2). Teknologistrategien kan med fordel forankres i Digital Sundhed Danmark. På den måde kan organisationen skabe rammerne for fælles beslutning og retning i samspil med det styrkede nationale mandat.

Udvikling og drift af fælles, nationale løsninger

Digital Sundhed Danmark skal samle opgaver og ressourcer, der handler om udvikling og drift af fælles, nationale løsninger, som i dag er spredt på flere aktører.

Formålet med at samle de fælles opgaver og ressourcer i en fælles service- og leveranceorganisation er at skabe samlet prioritering og retning og større beslutnings- og eksekveringskraft til udviklingen af de fælles løsninger. Det skal gøre sundhedsvæsenet bedre i stand til at udvikle og anvende de digitale løsninger, der skal danne grundlag for den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet. Det gælder fx løsninger til at understøtte behandlingsforløb på tværs af sektorer og gøre borgerne i stand til at mestre egen sygdom.

For det første vil en samlet organisation danne rammerne for en klarere koordinering og prioritering. Over tid vil det også gøre det muligt at integrere løsningerne og systemerne bedre og dermed bidrage til udvikling af en fælles digital arkitektur for digitale løsninger, IT-systemer og digital infrastruktur. Samling af ansvaret og ressourcerne sigter dermed på at adressere udfordringen med, at ansvar og prioritering i dag er fordelt på mange aktører og beslutningsfora, som ikke er tilstrækkelig koordinerede, eller som kan have forskellige politiske prioriteter.[184] Ved at samle ressourcerne, som i dag skal prioriteres lokalt hos aktørerne, kan organisationen bl.a. danne ramme om et mere operativt samarbejde om de fælles løsninger på tværs af sundhedsvæsenet, hvor de enkelte aktører ikke i samme grad kan blokere de fælles initiativer som følge af lokale prioriteter. Etablering af Digital Sundhed Danmark betyder ikke nødvendigvis en fysisk samling af de nuværende organisationer og opgaver, men det er afgørende at etablere en samlet ledelse for at styrke beslutnings- og eksekveringskraften for de løsninger, der binder sundhedsvæsenet sammen.

183 Sundhedsstrukturkommissionen, "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport", 2024; Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

184 Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023; PwC, "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robustheds-kommissionen den 24. april 2023", 2023.

For det andet vil én samlet organisation skabe forudsætningerne for en mere effektiv udnyttelse af de eksisterende ressourcer til de fælles løsninger. Det giver mulighed for større og mere bæredygtige faglige miljøer med interne udviklingsressourcer og stordriftsfordele ved at samle fællesfunktioner. Et vigtigt mål med etableringen af en fælles service- og leveranceorganisation er at skabe attraktive faglige miljøer indenfor især teknologi, servicedesign og jura, der kan drive udviklingen af værdiskabende fælles digitale services. Mange typer af fælles løsninger kan ikke bare skaleres, men skal fra start designes til at være fælles og gå på tværs af sektorer. Samtidig er stærke kompetencer indenfor brugerinddragelse, det gælder ikke mindst inddragelse af de sundhedsprofessionelle, en forudsætning for, at organisationen kan bidrage til den centrale opgave med at bygge bro mellem den overordnede strategi og de mange forskellige sundhedsfaglige kontekster. Kommissionen bemærker, at en fælles service- og leverance organisation med stærke tekniske, juridiske og designmæssige kompetencer dermed både kan være en ressource for den sundhedsfaglige opgavevaretagelse og blive en vigtig ny sparringspartner for politiske og administrative beslutningstagere omkring digital sundhed.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at Digital Sundhed Danmark i første omgang samler de organisationer og opgaver, der vedrører fælles digitale løsninger og datadeling. Det omfatter bl.a. organisationerne MedCom og sundhed.dk, opgaver relateret de digitale løsninger Sundhedsjournalen og den Fælles udbredelse af telemedicin (FUT), der i dag er forankret i regionerne, og potentielt andre fællesoffentlige løsninger til datadeling fra fx Sundhedsdatastyrelsen. Kommissionen lægger også op til, at relevante registre samles hos Digital Sundhed Danmark for at styrke brugen af data til styring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet og til udvikling af nye innovative løsninger og forskning. Det kunne fx være registrene i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).

På sigt vil Digital Sundhed Danmark samle flere ressourcer og opgaver vedrørende fælles, nationale løsninger, i takt med at organisationens opgaveportefølje udvides med yderligere fælles, nationale løsninger. Fx vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at ansvaret for en national dataplatform og andre relevante fælles infrastrukturkomponenter bør placeres i Digital Sundhed Danmark. Kommissionen vurderer dog også, at der er behov for at afdække forudsætninger og bl.a. tekniske afhængigheder i forhold til etablering af en national dataplatform, før der tages endelig stilling til, hvordan en national dataplatform kan forankres i organisationen. Det samme gælder muligheden for at samle andre infrastrukturkomponenter. Da ansvaret for dele af infrastrukturen ligger i staten i dag, vil det også være nødvendigt at vurdere en eventuel flytning af ansvaret for de dele i sammenhæng med statens muligheder for at bidrage til en stærkere fælles retning på digitaliserings- og dataområdet.

Understøttelse af innovation og teknologivurdering i sundhedsvæsenet

Digital Sundhed Danmark skal understøtte innovation i sundhedsvæsenet. Formålet er at sikre en mere tværgående national koordinering og prioritering af innovationsområder end i dag i tæt kobling med den overordnede strategi for digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Formålet er også at bidrage til en mere robust understøttelse af innovationsindsatsen, både lokalt og nationalt.

Med udgangspunkt i den værdiskabende innovation, som allerede finder sted i sundhedsvæsenet i dag – fx lokalt i den sundhedsfaglige opgavevaretagelse og hos private virksomheder – er der et potentiale i, at Digital Sundhed Danmark kan understøtte hurtigere udbredelse og optag af gode løsninger med påvist effekt i sundhedsvæsenet. Organisationen kan fx bidrage ved at samle ressourcer til at overvåge og kortlægge nye teknologier og understøtte erfaringsudveksling om konkrete løsninger på tværs af sundhedsvæsenet og udlandet. Med muligheden for større faglige miljøer forventes organisationen at være bedre rustet end de enkelte aktører til systematisk at vurdere og efterprøve helt nye teknologier og deres modenhed og relevans i forhold til at skabe værdi i sundhedsvæsenet. Det gælder ikke mindst nye teknologier, fx kunstig intelligens, som rummer store potentialer for sundhedsvæsenets digitale transformation, men samtidig stiller store krav til både tekniske og juridiske kompetencer. Her forventes Digital Sundhed Danmark at kunne hjælpe aktørerne med de relevante kompetencer. Samtidig hæfter Sundhedsstrukturkommissionen, ligesom Robusthedskommissionen, sig ved, at der er behov for at arbejde systematisk med sundhedsfaglig forankring af innovationsindsatsen og med sundhedspersonalets digitale kompetencer. Det er nødvendigt for at understøtte, at de nye løsninger faktisk tages i bred anvendelse

til gavn for borgere og medarbejdere.[185] Organisationen kan desuden understøtte fællesoffentlige indkøb af innovative løsninger i de situationer, hvor der findes egnede løsninger på enten det danske eller internationale marked, og hvor det vurderes, at egenudvikling ikke er hensigtsmæssig.

Samling af ansvar for elektroniske patient- og omsorgsjournalsystemer

Sundhedsstrukturkommissionens vurderer, at ansvaret for udvikling og drift af elektroniske patient- og omsorgsjournalsystemer (EPJ- og EOJ-systemer) også skal samles i Digital Sundhed Danmark. Det gælder potentielt også for andre systemer og løsninger indenfor det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

I dag ligger ansvaret for systemerne i den enkelte region og kommune, men der er sket en konsolidering af systemlandskabet omkring de to EPJ-systemer i Øst- og Vestdanmark.[186] Konsolideringen forventes at fortsætte, hvis ansvaret for systemerne ikke flyttes, og det kan udfordre den overordnede strategiske retning om fælles løsninger og sammenhængende patientforløb.[187] Kommissionen hæfter sig ved, at placering af EPJ- og EOJ-systemerne i Digital Sundhed Danmark ikke markerer en beslutning eller overvejelse om, at der kun skal være ét EPJ- eller EOJ-system. Organisationen kan indkøbe og leverandørstyre forskellige løsninger ud fra en samlet teknologistrategi, der understøtter de fælles, nationale mål, bl.a. om sammenhængende behandlingsforløb.

Kommissionen vurderer, at overdragelse af selve ansvaret for EPJ- og EOJ-systemer fra regioner og kommuner til Digital Sundhed Danmark vil kræve grundig forberedelse og analyse af bl.a. de organisatoriske, juridiske og tekniske forudsætninger og afhængigheder. Samling af ansvaret for systemerne bør derfor ikke indgå i første trin i etableringen af Digital Sundhed Danmark, men i et senere trin, når grundlaget er på plads. Organisationen bør dog allerede fra starten stille krav til EPJ- og EOJ-systemerne, så regionerne og kommunernes investeringer i systemerne også understøtter den fælles retning frem mod overdragelsen af selve ansvaret.

Samling af ansvar for digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at Digital Sundhed Danmark skal have ansvar for at understøtte det primære sundhedsvæsen digitalt. Nærmere bestemt kan en dedikeret enhed i organisationen samle opgaver, der handler om digitale løsninger og dataanvendelse i hele praksissektoren og i forhold til de kommunale sundhedsopgaver. Det gælder bl.a. ansvar for EOJ-systemer, systemforvaltning af lægepraksissystemer og tværgående digitale løsninger såsom Min Læge-appen, deltagelse i nationale projekter på vegne af praksissektoren og implementering af de fælles løsninger i det primære sundsvæsen. Kommissionen hæfter sig ved, at det vil være et tilbud til praksissektoren, der som selvstændige erhvervsdrivende fortsat vil kunne vælge andre løsninger, så længe de lever op til de fælles krav. Det gælder bl.a. krav til integration med fælles løsninger, datastandarder og deling af data.

At samle ressourcer og opgaver på tværs af det primære sundhedsvæsen kan bidrage til at skabe større faglig og ressourcemæssig bæredygtighed i opgavevaretagelsen, som netop er en udfordring i det primære sundhedsvæsen i dag (se kapitel 8).[188] Samtidig kan en samlet organisering potentielt skabe et rum for styrket prioritering og tilrettelæggelse af digitaliserings- og dataopgaverne i det primære sundhedsvæsen i sammenhæng med de fælles løsninger. Det vil være med til at understøtte en omstilling til det primære sundhedsvæsen. Dog er det afgørende, at de potentielle fordele ved at samle den digitale understøttelse balanceres i forhold til hensynet til fortsat forankring i og kendskab til opgaveløsningen i det primære

185 Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, "Robusthedskommissionens anbefalinger", 2023.

186 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

187 Sundhedsstrukturkommissionen, "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport", 2024; Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

188 PA Consulting Group, "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen."; Sundhedsstrukturkommissionen, "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport", 2024.

sundhedsvæsen. Der vil være behov for kompetencer med særligt fokus på netop det primære sundhedsvæsens behov og udfordringer og for en bred geografisk tilstedeværelse for at kunne understøtte personalet på tværs af landet.

Kommissionen vurderer, at det vil kræve en grundig forberedelse og analyse at klargøre grundlaget for, at Digital Sundhed Danmark kan overtage ansvaret for den digitale understøttelse af det primære sundhedsvæsen. Overtagelse af opgaven med at understøtte det primære sundhedsvæsen digitalt vil derfor indgå som et senere trin i etableringen af Digital Sundhed Danmark. Der bør dog allerede fra starten laves en tidsplan for at sikre deling af data og journalnotater, hvilket også er i tråd med den politiske aftale om hjemmebehandling mellem regeringen, KL og Danske Regioner.[189]

Øvrige opgaver, som kan placeres i Digital Sundhed Danmark

Det kan overvejes over tid at give Digital Sundhed Danmark ansvaret for flere opgaver. Det gælder opgaven som kompetencecenter for digitaliserings- og dataindsatsen i sundhedsvæsenet og fælles indkøb af bl.a. basis-IT. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at det vil kræve yderligere analyse af den enkelte opgave, før der tages stilling til, om den placeres i Digital Sundhed Danmark. Kommissionens overordnede overvejelser om forankringen af hver opgave gennemgås kort i det følgende.

I forlængelse af de øvrige opgaver kan det også overvejes at give Digital Sundhed Danmark ansvar for at være kompetencecenter for digitaliserings- og dataindsatsen hos sundhedsvæsenets aktører. På grund af sin størrelse og opgaveportefølje forventes Digital Sundhed Danmark at have relevante kompetencer, der kan understøtte aktørerne på tværs af sundhedsvæsenet. Det kan fx omfatte implementeringskompetencer i forbindelse med fællesoffentlige løsninger og fælles cyber- og informationssikkerhedskompetencer. Det kan også omfatte juridisk vejledning om fx kunstig intelligens og EU-regulering, som i dag er en stor mangelvare.[190]

Endelig kan det overvejes at give Digital Sundhed Danmark til opgave at varetage fælles indkøb, fx af basis-IT og mere generiske, understøttende systemer såsom løn- og regnskabssystemer, på vegne af sundhedsvæsenets aktører. Ved at samle fælles indkøb i Digital Sundhed Danmark forventes sundhedsvæsenet samlet set at kunne reducere sine udgifter indenfor området. Reduktionen af udgifter kan ske ved at opnå stordriftsfordele og bedre indkøbsaftaler, som vil være en konsekvens af den større volumen, og ved at opbygge stærkere indkøbskompetencer ét sted frem for hos hver enkelt aktør. I den forbindelse bør der ses på erfaringer med lignende indkøbsfællesskaber, fx Staten og Kommunernes Indkøbsservice (SKI), før der tages endelig stilling til, om opgaven bør placeres i Digital Sundhed Danmark. I forlængelse heraf bør flytning af opgaven også vejes op mod de mulige ulemper, der kan følge af stordrift af opgaver.

Organisationsform for Digital Sundhed Danmark

Sundhedsstrukturkommissionen har ikke taget stilling til den præcise forankring og organisationsform for Digital Sundhed Danmark. Der er fx ikke taget stilling til, om det skal være i form af i en selskabsform såsom et offentligt ejet selskab som fx KOMBIT eller en selvejende institution, som bl.a. er tilfældet med Udbetaling Danmark. Organisationsformen vil kræve yderligere kvalificering og vil også skulle ses i sammenhæng med beslutninger om den samlede indretning af sundhedsvæsenets organisering. Kommissionen fremhæver dog to primære hensyn, som bør indgå og balanceres i det videre arbejde med at tage nærmere stilling til, hvordan Digital Sundhed Danmark forankres og organiseres. Det er hensynet til på den ene side forankring i sundhedsvæsenets drift og på den anden side statens mulighed for at sikre, at organisationen arbejder efter den overordnede nationale retning og prioritering. Den konkrete balance mellem de to hensyn vil bl.a. afhænge af den forvaltningsmæssige struktur, herunder antallet af og størrelsen på de decentrale driftsaktører.

---

189 Regeringen, KL, og Danske Regioner, "Aftale om 500 mio. kr. til mere behandling i eget hjem", 2023.

190 Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen, "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023; Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, "Robusthedskommissionens anbefalinger", 2023; PwC, "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

Det første hensyn gælder forankring og ejerskab i de decentrale sundhedsmyndigheder og driftsorganisationer, som skal anvende og implementere Digital Sundhed Danmarks løsninger i deres daglige drift. Det er væsentligt, at Digital Sundhed Danmark indgår som en integreret og ligeværdig del af ledelsen af sundhedsvæsenet, så digitaliserings- og dataindsatsen tænkes sammen med og prioriteres i forhold til sundhedsvæsenets samlede behov. Det kan overvejes at understøtte det hensyn på forskellige måder. Der drejer sig bl.a. om, i hvilket omfang de decentrale sundhedsmyndigheder skal have formelt (med)ejerskab, om de skal have repræsentanter i en eventuel bestyrelse for at sikre medindflydelse på organisationens arbejde, og om de skal levere medfinansiering af organisationen for at styrke tilskyndelsen til at anvende Digital Sundhed Danmarks løsninger.

Det andet hensyn er, at der samtidig er behov at give staten mulighed for at sikre, at Digital Sundhed Danmarks arbejde udføres i sammenhæng med den overordnede nationale retning og prioritering. Det kan fx ske gennem formelt statsligt (med)ejerskab af organisationen. Det kan også ske ved, at organisationens opgaver defineres ved lov. På den måde kan staten pålægge Digital Sundhed Danmark nye opgaver og pålægge organisationen at arbejde i tråd med den overordnede strategi for digitalisering og data. Det skal ses i tæt sammenhæng med forslaget om, at finansieringen af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet skal målrettes til at understøtte realiseringen af kommissionens forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data.

Uanset valget af organisationsform og ejerskab er det også væsentligt, at Digital Sundhed Danmarks ledelse, herunder en eventuel bestyrelse, har relevante faglige kompetencer til at lede organisationens bidrag til den digitale transformation af sundhedsvæsenet. Kommissionen lægger vægt på, at ledelse og eventuelle bestyrelsesmedlemmer udpeges på baggrund af faglige kompetencer indenfor sundhedsvæsenets drift og/eller digitalisering og data, der kan bidrage til en fagligt professionel ledelse af organisationen.

Forslag 4: Mere målrettet finansiering af arbejdet med digitalisering og data

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår en ændret finansiering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet, så den målrettes de fælles prioriterede indsatser mere effektivt. Det vurderes, at være en væsentlig forudsætning for at understøtte realiseringen af kommissionens øvrige tre forslag. Den målrettede finansiering skal bl.a. bidrage til at skabe forpligtelse blandt de decentrale aktører til de fælles strategiske mål og de fælles digitale løsninger i Digital Sundhed Danmark.

En mere målrettet finansiering kan bl.a. omfatte en omlægning af finansieringen, så en andel af bloktilskudsfinansieringen får karakter af statslig medfinansiering af den fælles service- og leveranceorganisation. Det vil gøre staten i stand til mere aktivt at gøre brug af de beføjelser til at udstikke de overordnede rammer for arbejdet, som staten allerede i dag har hjemmel til i Sundhedsloven.[191] Mere målrettet finansiering kan også ske gennem øremærkning af ressourcer i de lokale driftsbudgetter til arbejdet med fælles løsninger, som skal prioriteres i samarbejde med staten. Det kan bidrage til lettere udbredelse af fælles digitale løsninger, bl.a. ved at ændre incitamenterne til at få aktørerne til at prioritere de fælles løsninger. Det skal ses i sammenhæng med, at der i dag er incitamentsudfordringer med at udbrede løsninger, hvor gevinsten tilfalder en anden sektor.[192]

For at sikre en effektiv, driftssikker og ressourcestabil organisation er det en forudsætning, at der findes en finansieringsmodel for Digital Sundhed Danmark, der indebærer flerårig stabilitet i budgetlægningen. Det skal gøre organisationen bedre i stand til at tilrettelægge digitaliseringsprojekter, som i visse tilfælde kan strække sig over flere år fra indledende udvikling til fuld implementering. Samtidig er det en forudsætning for en finansieringsmodel med potentielt forskellige finansieringskilder, at Digital Sundhed Danmarks budget opdeles på overordnede poster i form af organisationens forskellige kerneopgaver. Det gælder fx ansvar for fælles løsninger, innovation, fagsystemer og digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen. Det vil også være en forudsætning, at budgettet sikrer den rette fordeling og balance

191 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

192 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

mellem drift og udvikling, så udviklingsbudgettet fx ikke anvendes til drift eller omvendt. Opdelingen af budgettet er nødvendig for at kunne sikre, at den overordnede prioritering af organisationens ressourcer kan fastholdes. Det skal bl.a. sikre, at de store ressourcetunge opgaver, som fx de store fagsystemer, ikke ender med at udgrænse organisationens øvrige opgaver, og modvirke den nuværende udfordring med, at voksende driftsudgifter udhuler budgetterne til udvikling.[193]

Implementering af en ny organisering for digitalisering og data

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der er behov for et tydeligt fokus på implementeringen af kommissionens forslag til en ny organisering af digitalisering og data. Det gælder ikke mindst etableringen af Digital Sundhed Danmark, som kommissionen vurderer bl.a. bør implementeres trinvist.

Det er desuden kommissionens vurdering, at der uanset valg af organiseringsform vil være en række opmærksomhedspunkter, som strukturerne ikke kan tage højde for alene. Der vil derfor være behov for at arbejde videre med opmærksomhedspunkterne i implementeringen og indenfor de nye strukturelle rammer for at realisere fremtidens digitale sundhedsvæsen. Der er tale om tre generelle opmærksomhedspunkter:

- Sundhedsfaglig forankring, ejerskab og ansvar
- Standardisering af arbejdsprocesser og data
- Teknologi- og leverandørstrategi

I det følgende præsenteres først kommissionens overvejelser om den trinvise implementering af Digital Sundhed Danmark og dernæst de tre generelle opmærksomhedspunkter.

Trinvis implementering af Digital Sundhed Danmark

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at Digital Sundhed Danmark bør implementeres trinvist med mulighed for at udvide organisationens opgaveportefølje over tid. Afhængig af hvad den endelige opgaveportefølje bliver, kan der blive tale om en organisation af en betragtelig størrelse, der vil samle ressourcer og opgaver, som er spredt på flere organisationer i dag. Der vil i så fald være tale om en konsolideringsindsats, som det meget vel vil være mest hensigtsmæssigt at inddele i trin. Det vil betyde, at Digital Sundhed Danmarks opgaver gradvist overgår til organisationen, bl.a. for at sikre fortsat stabil drift i overgangsfasen.

Kommissionen foreslår en trinvis indfasning, hvor opgaverne vedrørende fælles digitale løsninger og understøttelse af innovation overdrages i forbindelse med første trin af etableringen sammen med et mandat til at stille krav til regionerne og kommunernes EPJ- og EOJ-systemer. De efterfølgende trin kan fx være først digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen, dernæst den nationale dataplatform og parallelt hermed gradvis overtagelse af EPJ- og EOJ-systemer. Som nævnt ovenfor vil der dog være behov for yderligere analyse og kvalificering af grundlaget for opgaverne og deres tidshorisont, før der kan træffes endelig beslutning om rækkefølgen for deres trinvise overdragelse til Digital Sundhed Danmark.

Herudover kan det være værd at overveje at etablere en organisation med decentrale enheder geografisk flere steder i landet, fx i sammenhæng med eksisterende IT-organisationer. Det kan være med til at sikre en faglig bæredygtighed og fastholdelse af de nuværende kompetencer, der arbejder med de digitaliserings- og dataopgaver i sundhedsvæsenet, som samles i organisationen.

Kommissionen vurderer desuden, at der i forbindelse med etableringen af Digital Sundhed Danmark er behov for en grundig analyse af de juridiske forudsætninger og potentielle udfordringer for Digital Sundhed Danmarks opgavevaretagelse. Det gælder bl.a. overvejelser om dataejerskab. Overvejelser om dataejerskab er ikke mindst relevant ved samling af systemejerskab for EPJ- og EOJ-systemerne og den påtænkte natio-

193 Sundhedsstrukturkommissionen, "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport", 2024; Rasmus Jessen Ginman, "Stigende it-udgifter udhuler Region H's økonomi: "Omkostninger til it stiger hurtigere end til sundhed", DigiTech, 2023; Rune Fick Hansen, "Her investerer man mest og mindst i det offentlige", IT-Branchen, 2024.

nale dataplatform i Digital Sundhed Danmark. Der er behov for en model, som sikrer smidig udveksling af data på tværs af sundhedsvæsenet og mulighed for, at Digital Sundhed Danmark kan bruge data i de fælles digitale løsninger. Dog er der samtidig behov for en model, som sørger for et fortsat højt ejerskab til data, registreringspraksis og dermed datakvalitet hos sundhedsmyndighederne.

Sundhedsfaglig forankring, ejerskab og ansvar

Det er afgørende at understøtte sundhedsfaglig forankring, ejerskab og ansvar for nye teknologiske løsninger i den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Det skal være med til at sikre, at de teknologiske løsninger rent faktisk tages i brug af sundhedspersonalet, og sundhedsvæsenet dermed opnår størst mulig gavn af løsningerne.

Robusthedskommissionen adresserer også sundhedsfaglig forankring, ejerskab og ansvar i sine anbefalinger. Robusthedskommissionen fastslår, at involvering af medarbejderne i udviklings- og implementeringsprocessen bidrager til, at medarbejderne er motiverede til at bruge en digital løsning og vil være ambassadører for løsningen. Samtidig kan involvering sikre, at teknologien og digitale løsninger understøtter de sundhedsfaglige behov og tager højde for medarbejdernes digitale kompetencer. Robusthedskommissionen anbefaler derudover, at teknologi og digitale løsninger skal være en integreret del af retningslinjer og vejledninger både lokalt og nationalt. Det kan bl.a. medvirke til, at digitale løsninger bliver førstevalget i sundhedsvæsenets opgavevaretagelse, hvor det giver faglig mening. Samtidig kan det bidrage til, at sundhedspersonalet ser det som sundhedsfagligt anbefalet og fagligt legitimt at anvende teknologi og digitale løsninger, og de betrygges i behandleransvaret, når de anvender digitale løsninger og anden teknologi i behandlingen.[194]

Der kan argumenteres for, at samling af drift og udvikling af fælles løsninger rettet mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse og IT-fagsystemer i Digital Sundhed Danmark betyder, at drift og udvikling af løsningerne flyttes længere væk fra den daglige drift i sundhedsvæsenet. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer dog, at afstand til driften allerede er en udfordring i dag – ikke mindst i regionerne. Regionerne har konsolideret sig i store, centrale IT-afdelinger. Samtidig er oplevelsen af afstanden mellem den sundhedsfaglige praksis og IT-afdelingen ikke blot et spørgsmål om geografi og organisering, men i høj grad også et spørgsmål om forskellige fagligheder og arbejdsgange, som har brug for at mødes. Derfor vil der under alle omstændigheder skulle arbejdes med løsninger, der imødekommer udfordringen med afstand mellem den sundhedsfaglige opgaveløsning og den digitale drift og udvikling. Det er bl.a. også derfor, at det er væsentligt, at der i Digital Sundhed Danmarks ledelse og eventuelle bestyrelse er repræsentanter med faglige kompetencer indenfor sundhedsvæsenets drift.

Der kan overvejes forskellige konkrete tiltag og arbejdsgange for at understøtte sundhedsfaglig forankring og ejerskab indenfor rammerne af fremtidens digitale sundhedsvæsen. I sit arbejde for kommissionen peger PA Consulting Group fx på, at erfaringer fra såvel den nuværende organisering i sundhedsvæsnet som flere udvalgte cases fra den offentlige sektor, private virksomheder og udlandet viser, at det kræver løbende fokus og tæt kobling i det daglige at sikre den nødvendige sundhedsfaglige forankring og ejerskab til digitale udviklingsinitiativer. Af den årsag involverer mulige løsninger typisk ændrede arbejdsmetoder og processer på et mere operationelt niveau. Det kan fx ske gennem forskellige former for smidig og løbende udvikling med agile metoder, som nødvendigvis må foregå lokalt, og involverende og forpligtende arbejdsmetoder tæt på den sundhedsfaglige hverdag. Konkret kan det fx indebære, at digitale udviklere sætter sig sammen med medarbejdere fra driften og i fællesskab udvikler innovative løsninger på udfordringer i driften.[195] Det er bl.a. for at skabe mulighed for udvikling og involverende og forpligtende arbejdsmetoder tæt på den sundhedsfaglige hverdag og for at understøtte den lokale sundhedsfaglige forankring, at kommissionen fremhæver, at Digital Sundhed Danmark med fordel kan have decentrale enheder flere steder i landet i forbindelse med sundhedsvæsenets driftsorganisationer.

194 Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, "Robusthedskommissionens anbefalinger", 2023.

195 PA Consulting Group. "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen", 2024.

Standardisering af arbejdsprocesser og data

En væsentlig forudsætning for at opnå de ønskede gevinster ved brug af digitale løsninger og data på tværs af sundhedsvæsenet er standardisering af arbejdsprocesser og data. Det er fx afgørende for, at data i praksis kan trækkes ud af de lokale fagsystemer og bedre kan deles og anvendes på tværs af sundhedsvæsenet gennem en national dataplatform, der skal understøtte sundhedspersonalet bedre i at samarbejde om borgerne. Det er også afgørende for bred udbredelse af datadrevne løsninger, bl.a. med kunstig intelligens.

En del af Sundhedsstrukturkommissionens forslag til en ny organisering er statens mandat til at opstille fælles krav og standarder for data, så de lettere kan nyttiggøres på tværs af sundhedsvæsenet. I den forbindelse er det væsentligt, at krav og standarder på digitaliserings- og dataområdet kobles til den øvrige planlægning og tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets opgavevaretagelse som beskrevet tidligere i kapitlet, da kravene til digitalisering og data også stiller tilsvarende krav til de sundhedsfaglige arbejdsprocesser. I sit arbejde for kommissionen hæfter PA Consulting Group sig desuden ved, at der som supplement til de overordnede krav og standarder, typisk også er behov for en bred vifte af mere lokale indsatser i relation til kvalitetssikring og opfølgning og fastholdelse af fælles praksis, bl.a. i forhold til arbejdsprocesser og dokumentation. PA Consulting Group vurderer herudover, at der er et betydeligt og kontinuerligt arbejde forbundet med at sikre ensartede processer og data.[196] Derfor bør det afsøges, om algoritmer eller lignende løsninger med kunstig intelligens kan lette byrden for sundhedspersonalet og "oversætte" lokale registreringer til et fælles dataformat. Det vil også være med til at skabe ensartede data på tværs af sundhedsvæsenet.

Teknologi- og leverandørstrategi

Indenfor rammerne af en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data vil der være behov for at beslutte en teknologi- og leverandørstrategi for sundhedsvæsenet. Der ligger en række afgørende beslutninger i forbindelse med valg af teknologier og leverandører for at kunne eksekvere en digital transformation og understøtte den nødvendige omstilling til det primære sundhedsvæsen. Beslutningerne gælder både, i hvilket omfang sundhedsvæsenet skal gøre brug af eksisterende teknologier som cloud-teknologi, og hvilke helt nye teknologier sundhedsvæsenet skal satse på, fx med den hastige udvikling indenfor brugen af kunstig intelligens. Det drejer sig bl.a. om at sikre hastighed og omstillingsevne i forhold til kritiske opgaveområder.[197] Det indebærer også valg om, hvilke konkrete digitale løsninger og dataprodukter der skal prioriteres, og i hvilket omfang, der er behov for nye systemer og løsninger sammenlignet med at bygge oven på og modernisere eksisterende systemer.

Mulige løsninger involverer ofte en bredere vifte af strategier og tilgange, som PA Consulting Group bemærker i sit arbejde for Sundhedsstrukturkommissionen. Der skal fx tages stilling til den rette balance mellem på den ene side at opbygge egne udviklingsressourcer, der vil gøre sundhedsvæsenet i stand til at udvikle egne løsninger og give kvalificeret modspil til leverandørmarkedet, og på den anden side indkøb af løsninger fra private leverandører. Samtidig kan en parallel strategi være at arbejde i retning af en fælles digital arkitektur, som i højere grad er baseret på fælles, standardiserede moduler.[198] Her vil der være tale om digital arkitektur, der kan skabe forudsætninger for smidigere og mere løbende udvikling af løsninger målrettet specifikke udfordringer og kan nedbringe afhængigheder af store leverandører og løsninger.

I kommissionens forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data kan de konkrete valg om teknologi- og leverandørstrategi forankres i Digital Sundhed Danmark. På den måde kan Digital Sundhed Danmark skabe rammerne for fælles beslutning og retning i samspil med det styrkede nationale mandat.

196 PA Consulting Group. "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen", 2024.

197 PA Consulting Group. "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen", 2024.

198 PA Consulting Group. "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen", 2024.

Samlet vurdering af forslag

I det følgende samles der kort op på Sundhedsstrukturkommissionens fire forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i forhold til de seks centrale hensyn for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen (se kapitel 6). Kommissionen vurderer samlet set, at forslagene vil bidrage til at opfylde de seks hensyn i højere grad end den nuværende organisering af arbejdet med digitalisering og data.

Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet

Kommissionens forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data forventes at bidrage til mere ensartede digitale sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet. En styrket og forpligtende fælles retning for arbejdet med fælles krav og standarder skal fremme, at sundhedsvæsenets aktører i højere grad arbejder mod fælles mål og prioriteter, så borgere og medarbejdere får gavn af de digitale muligheder på tværs af sundhedsvæsenet. De strukturelle forslag gør det dog ikke alene. Der vil fortsat være behov for en kontinuerlig indsats for øget standardisering af arbejdsprocesser og data indenfor de strukturelle rammer.

Samling af udvalgte digitaliserings- og dataopgaver i en fælles service- og leveranceorganisation vil desuden give mulighed for større og mere bæredygtige faglige miljøer sammenlignet med i dag, hvor opgaverne er spredt på mange aktører med forskellige forudsætninger for at løfte opgaverne. Samtidig vil de større faglige miljøer give mulighed for at hjælpe aktørerne, fx ved at understøtte innovationsindsatsen i sundhedsvæsenet.

Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud

Med bedre brug af digitale løsninger kan sundhedstilbud i højere grad gøres uafhængige af geografi og fysiske matrikler, og dermed kan sundhedsvæsenet gøres mere tilgængeligt for borgerne, når og hvor de har brug for det. Samtidig foreslår kommissionen netop som et af de strategiske mål i en strategi for digitalisering og data, der dækker hele sundhedsvæsenet, at det skal sikres, at borgeren let og overskueligt kan få digital adgang til sundhedsvæsenet. Sammen med styrket koordinering og fælles prioritering skal klare principper for, hvilke digitale kanaler borgeren skal anvende for at få adgang til sundhedsvæsenet i en given sammenhæng, gøre det lettere for borgeren at navigere digitalt i sundhedsvæsenet. Det skal ses i sammenligning med i dag, hvor der er mange forskellige digitale indgange til sundhedsvæsenet, som kan være svære at overskue som borger.

Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb

Udvikling og udbredelse af fælles løsninger og en sammenhængende IT-infrastruktur styrkes gennem etablering af en fælles service- og leveranceorganisation, og sundhedsvæsenets aktører forpligtes i højere grad til at anvende de fælles løsninger og den fælles infrastruktur. Samtidig lægges der op til konkrete løsninger som en national dataplatform, der bl.a. skal understøtte lettere udveksling af borgernes sundheds-oplysninger mellem sundhedsvæsenets aktører i forbindelse med behandlingsforløb. Dermed understøtter kommissionens forslag til en ny organisering bedre mulighed for tværgående samarbejde om borgernes forløb.

Kommissionen hæfter sig dog også ved, at der er behov for at finde en organisationsform for den fælles service- og leveranceorganisation, der balancerer hensynene til på den ene side forankring og ejerskab i de decentrale sundhedsmyndigheder og driftsorganisationer og på den anden side statens mulighed for at sikre, at organisationens arbejde udføres i sammenhæng med den overordnede nationale retning og prioritering.

Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

Det er et af formålene med kommissionens forslag at bidrage til en bedre og mere effektiv udnyttelse af de tilgængelige ressourcer til digitalisering og data. Ved at styrke den fælles, nationale prioritering og retning understøttes en mere koordineret udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Det sker bl.a. ved, at den nationale planlægningskompetence gør det muligt at træffe bindende beslutning om, hvilke behov der bedst imødekommes af en fælles, national løsning, og dermed bidrager til at modvirke spild af ressourcer på at udvikle konkurrerende løsninger i forskellige dele af sundhedsvæsenet. Samling og konsolidering af fælles digitaliserings- og dataopgaver i en fælles service- og leveranceorganisation vil også skabe forudsætningerne for mere effektiv udvikling og udbredelse af digitale løsninger og nyttiggørelse af data.

Forslagene forventes ikke alene at bidrage til bedre ressourceudnyttelse i arbejdet med digitalisering og data. Bedre brug af digitale løsninger og data kan også frigøre medarbejderressourcer og dermed bidrage til at gøre den sundhedsfaglige opgavevaretagelse mere effektiv. Det kan fx ske ved at give borgerne digitale muligheder, der kan understøtte dem i at klare mere selv i forbindelse med deres sygdom og dermed frigøre medarbejderressourcer til de borgere, som i højere grad har brug for, at sundhedsvæsenet tager hånd om dem. Det kan også ske ved at understøtte øget udbredelse af nye datadrevne værktøjer til mere effektiv visitation og diagnostik, fx med brug af kunstig intelligens, så sundhedspersonale på tværs af landet kan tilse flere borgere. Samtidig kan øget nyttiggørelse af data også understøtte mere effektiv ledelse og kvalitetsudvikling.

Digitale løsninger og lettere adgang til data kan dog ikke alene skabe bedre ressourceudnyttelse. Det er afgørende at understøtte sundhedsfaglig forankring, ejerskab og ansvar for nye teknologiske løsninger og at tage hensyn til personalets og borgernes digitale kompetencer, så løsningerne rent faktisk tages i brug, og sundhedsvæsenet dermed opnår størst mulig gavn af dem.

Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

Samlet set skal kommissionens forslag bidrage til at skabe større beslutnings- og eksekveringskraft i digitaliserings- og dataindsatsen end i dag, hvor ansvaret er fordelt på mange forskellige aktører og beslutningsfora. Forankring af den overordnede strategi og retning for digitalisering og data i de overordnede politiske mål for sundhedsvæsenet skal sikre, at digitalisering ikke bliver et mål i sig selv, men et stærkt redskab til at løse sundhedsvæsenets udfordringer. Forslagene vil dermed at skabe en kortere vej fra politisk beslutning og prioritering til udvikling og udbredelse af den nødvendige digitale understøttelse, hvilket i dag ofte kan tage lang tid.

Kommissionen er opmærksom på, at forslagene indebærer en centralisering af arbejdet med digitalisering og data sammenlignet med i dag, eftersom opgaver og ansvar i et vist omfang flyttes fra de decentrale sundhedsmyndigheder og samles nationalt. Det er dog kommissionens klare vurdering, at forslagene skaber bedre forudsætninger for et sundhedsvæsen præget af en højere grad af sammenhæng og nærhed for borgerne. Det skaber også bedre forudsætninger for at understøtte de decentrale aktører i deres opgavevaretagelse i forhold til digitalisering og data, hvilket der ikke alle steder og i alle sammenhænge er et fagligt bæredygtigt grundlag for i dag.

Derudover vil alle opgaver heller ikke fremover skulle løses nationalt. Den nationale planlægningskompetence skal netop gøre det muligt at tydeliggøre, hvad der løses nationalt, og hvad der løses lokalt. Samtidig er formålet med en sammenhængende digital arkitektur bl.a. også give bedre mulighed for fleksibel lokal tilpasning indenfor fælles rammer. Som nævnt er det også væsentligt at finde en organisering af den fælles service- og leveranceorganisation, som balancerer den decentrale forankring og den overordnede national retningssætning.

Hensyn 6: Implementeringsomkostninger ved organisatoriske ændringer

Særligt implementeringen af en fælles, national service- og leveranceorganisation kan medføre markante organisatoriske ændringer, som må forventes at indebære implementeringsomkostninger i en overgangsperiode. Implementeringsomkostningerne forventes bl.a. at omfatte nedsat kapacitet i overgangsperioden i forhold til digitaliserings- og dataindsatsen i de berørte organisationer, hvor enten hele organisationen eller dele af organisationens opgaveportefølje overgår til den fælles service- og leveranceorganisation. Omfanget vil afhænge af organisationens endelige opgaveportefølje. Der er behov for at afklare, i hvilket omfang overdragelsen af de foreslåede opgaver til en fælles service- og leveranceorganisation, fx elektroniske patientjournalsystemer og omsorgsjournalsystemer, eventuelt vil påvirke den sundhedsfaglige opgavevaretagelse i overgangsfasen.

Implementeringsomkostninger foreslås håndteret ved at gennemføre en trinvis implementering af service- og leveranceorganisationens opgaveportefølje og en grundig analyse og forberedelse, før opgaverne overgår til organisationen. Samtidig betyder etablering af en fælles service- og leveranceorganisation ikke nødvendigvis en fysisk samling af de nuværende organisationer og opgaver, hvilket kan bidrage til at reducere implementeringsomkostningerne.

Kapitel 11: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Fordelingen af ressourcer mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen skal afspejle befolkningens behov for sundhedsydelser. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at mange flere borgere i fremtiden vil have gavn af at blive behandlet i det primære sundhedsvæsen. Det kræver en tilpasset ressourcefordeling, hvor en større andel af ressourcerne fremover skal målrettes det primære sundhedsvæsen.

Den geografiske fordeling af ressourcer skal afspejle befolkningens sundhedsbehov på tværs af landet. I de områder, hvor borgerne har et relativt større behov for sundhedsydelser som følge af høj sygelighed, bør der også være relativt flere ressourcer til rådighed. Det er ikke tilfældet i dag. Derfor er der behov for tiltag, som kan sikre en mere hensigtsmæssig geografisk fordeling af ressourcer til gavn for borgere, fx i yderområder.

Af den årsag anbefaler Sundhedsstrukturkommissionen, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet. Formålet er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

I kapitel 11 beskrives først kort potentialerne ved en tilpasset fordeling. Derefter følger en beskrivelse af kommissionens anbefaling og tilhørende forslag.

Potentialer ved en tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Der er tilført betydelige ressourcer til det danske sundhedsvæsen siden 1990'erne. Sammenlignet med andre lande bruges en større andel af sundhedsudgifterne i Danmark til at drive det sekundære sundhedsvæsen fremfor det primære sundhedsvæsen (se kapitel 4). En tilpasset fordeling af ressourcer mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen skal afspejle et ændret behandlingsbehov. Ændringer i befolkningssammensætning og sygdomsmønster betyder, at mange flere borgere i fremtiden vil have gavn af at blive behandlet i det primære sundhedsvæsen.

Det kræver, at det primære sundhedsvæsen styrkes, så langt flere borgere kan modtage sammenhængende indsatser af høj kvalitet tættere på eget hjem. Det betyder samtidig en omstilling af sygehusene, hvor væksten skal reduceres, og hvor sygehusene skal have en langt stærkere rolle i at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen peger på et betydeligt potentiale for omstilling ved at øge andelen af aktiviteter i det primære sundhedsvæsen.[199] Det hviler bl.a. på en reduktion af aktiviteter uden reel sundhedsmæssig værdi, opgaveflytning og transformation af aktiviteter fra det sekundære sundhedsvæsen til det primære sundhedsvæsen. På den baggrund vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at der er behov for at styrke det primære sundhedsvæsen.

Det er derudover kommissionens vurdering, at den nuværende geografiske fordeling af ressourcer bidrager til geografisk og social ulighed i sundhed. Adgangen til sundhedstilbud er generelt bedre i de områder af landet, hvor befolkningen som helhed er sundest, mens den er dårligere i de områder, hvor sundhedsbehovet er størst (se kapitel 4). Det gælder fx adgang til almenmedicinske tilbud, hvor lægedækningen generelt er bedst i og omkring de større byer, og hvor borgerne samtidig har den bedste sundhedstilstand. Omvendt er lægedækningen udfordret i flere yderområder og udsatte boligområder, hvor sundhedstil-

199 Sundhedsstyrelsen. "Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen". 2023.

standen generelt er dårligere. Det er en ulighed, som risikerer at blive forstærket i de kommende år som følge af udviklingen i demografien, hvor oplands- og provinskommuner forventes at få en større andel af de ældste borgere.

En tilpasset fordeling af ressourcerne skal understøtte, at flere borgere i yderområder vil opleve et mere tilgængeligt sundhedsvæsen med flere sundhedstilbud af høj kvalitet. Det omfatter både adgang til et velfungerende almenmedicinsk tilbud i hele landet og adgang til relevante specialiserede indsatser indenfor en rimelig geografisk afstand.

Anbefaling: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer en tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.



Boks. 11.1
Anbefaling 3

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Formålet med anbefalingen er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

Boks 11.2
Forslag

Indenfor den overordnede strategiske ramme af en ny national sundhedsplan præsenterer kommissionen en række forslag, der skal understøtte en tilpasset ressourcefordeling.

1. Ressourcefordeling mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen skal tilpasses. Forslaget indebærer en styrket prioritering af det primære sundhedsvæsen, som ledsages af en tilsvarende reduceret vækst for sygehusene. Sygehusene skal samtidig have en stærkere rolle med at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.
2. Fordelingen af læger geografisk og på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen skal tilpasses. Forslaget indebærer en incitamentsmodel i form af et vækstloft for sygehuslæger indenfor udvalgte geografiske områder og eventuelt specialer, som skal understøtte, at flere læger søger mod sygehuse udenfor de store byer.
3. Kvalitetstandarder skal udvikles mod at kunne gå på tværs af sektorer, stille krav til samarbejde i det primære sundhedsvæsen, styrke monitorering og eventuelt kombinere kravene med økonomiske incitamenter.
4. Styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses. Forslaget indebærer bl.a., at uddannelseslæger skal bruge en større del af deres uddannelsesforløb udenfor universitetshospitalerne i de større byer, og der skal være et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer i speciallægeuddannelsen. Dimensioneringen af medicinuddannelsen skal understøtte en hensigtsmæssig vækst af læger fremover, og der skal på uddannelsen være et større fokus på de almene sundhedsindsatser.
5. Sundhedsfaglig forskning skal i højere grad målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad specialiserede indsatser i det sekundære sundhedsvæsen. Ph.d.-forløb skal skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger.
6. Styring af det højt specialiserede sygehusområde skal ændres, så de sygehusansvarlige myndigheder får redskaber til at sikre et balanceret ressourceforbrug på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde.
7. Sundhedscentre i form af fleksible og innovative tilbud skal styrke det primære sundhedsvæsen, særligt de almenmedicinske tilbud, og skabe rammer for bedre sammenhæng og samarbejde lokalt. Forslaget har særlig relevans i områder med langt til sygehuset.

En national sundhedsplan skal sikre tilpasset ressourcefordeling i sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for udviklingen af sundhedsvæsenet i den kommende årrække. Den nationale sundhedsplan skal bidrage til en klar opgavefordeling, tydeliggøre og fastsætte krav og forventninger til sundhedsvæsenets aktører og have et bredt fokus på styrke kvaliteten i sundhedstilbud på tværs af det samlede sundhedsvæsen.

En national sundhedsplan skal understøtte en ressourcefordeling, som afspejler befolkningens sundhedsbehov på tværs af både sektorer og geografi. Planen skal også understøtte en forenkling og reduktion af nuværende statslige styringsredskaber og planer på sundhedsområdet, som skal være med til at mindske behovet for administration. Den nationale sundhedsplan skal samtidig udgøre rammen for lokale sundhedsplaner, som udarbejdes af decentrale myndigheder.

Kommissionen foreslår, at Sundhedsstyrelsen udarbejder et oplæg til en national sundhedsplan med inddragelse af relevante aktører med henblik på, at en endelig sundhedsplan skal aftales politisk mellem staten og relevante myndigheder.

Indhold og udmøntning af national sundhedsplan

Sundhedsplanen bør beskrive en strategi, som sætter overordnet retning for den ønskede udvikling af det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsplanen kan derudover indeholde en række principper og krav til planlægning og løsning af opgaver indenfor udvalgte områder, indsatser eller målgrupper, som vurderes særligt relevante i en omstilling af sundhedsvæsenet.

Det kan fx være et væsentligt princip i en national sundhedsplan, at det primære sundhedsvæsen i altovervejende grad skal kunne behandle beboere på plejehjem, som dermed kun undtagelsesvis skal indlægges på et sygehus. Det vil i de fleste tilfælde være bedre og mere trygt for borgeren på plejehjem at få hjælp i egen bolig fremfor at blive indlagt på et sygehus. Heraf følger krav til opgavevaretagelsen, som fx vil omfatte velfungerende akutfunktioner i det primære sundhedsvæsen, adgang til almenmedicinske kompetencer døgnet rundt for plejehjemspersonale og adgang til specialistrådgivning fra sygehuse til plejehjemspersonale og tilknyttede læger.

Til anbefalingen knytter sig en række konkrete forslag, som skal være med til at omsætte sundhedsplanens strategiske retning. Sundhedsstrukturkommissionen understreger, at forslagene, som vil blive præsenteret i det følgende, ikke er udtømmende. Der vil være andre tiltag, som også skal bidrage til at udmønte den nationale sundhedsplan. Det drejer sig bl.a. om fastsættelse af nationale basisfunktioner for det almenmedicinske tilbud, national understøttelse af fordeling af ydernummer og lægekapaciteter og krav til det almenmedicinske tilbud (se også kapitel 9).

Forslag 1: Tilpasset ressourcefordeling mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen

Kommissionen foreslår, at en større andel af de samlede ressourcer skal målrettes det primære sundhedsvæsen, så langt flere borgere kan få sammenhængende indsatser af høj kvalitet tættere på eget hjem. Det betyder, at prioriteringen af det primære sundhedsvæsen skal ledsages af en tilsvarende reduceret ressourcevækst på sygehusene. Det forudsætter, at den myndighed, som har ansvaret for at reducere sygehusvæksten, også har kompetencer til at udbygge det primære sundhedsvæsen, bl.a. det almenmedicinske tilbud.

Forslaget indebærer, at de kommende års prioriteringer af det primære sundhedsvæsen tilvejebringes ved en ændret prioritering af det allerede planlagte løft på sundhedsområdet. Det betyder, at det demografisk afledte løft på det regionale sundhedsområde målrettes det primære sundhedsvæsen. Der er tale om væsentlige prioriteringer, da målretningen på det regionale område vedrører 750 mio. kr. årligt frem mod 2030 (se uddybning i kapitlerne 15 og 17).

Det er vigtigt, at tilpasningen af ressourcefordelingen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen sker gradvist over en periode, fx på fem til ti år. Årsagen er, at kapaciteten i det primære sundhedsvæsen skal bygges op over tid. Desuden er det sekundære sundhedsvæsen nogle steder udfordret, bl.a. af et kapacitetspres på akutmodtagelserne og lange ventetider til behandling, som dog er forudsat normaliseret ved udgangen af 2024.[200] De forhold tilsiger en gradvis tilpasning af ressourcefordelingen. Samtidig understreger det behovet for, at de sygehusansvarlige myndigheder i høj grad prioriterer udbygning af det primære sundhedsvæsen, herunder det almenmedicinske tilbud, for generelt at forebygge og mindske presset på sygehusene og dets personale.

200 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Eftersyn af sygehusvæsenet", 2023.

De sygehusansvarlige myndigheder skal desuden have et stærkt fokus på kun at tilbyde sygehusindsatser, som har en reel sundhedsfaglig værdi for patienter. Sundhedsstyrelsen har i et notat til Sundhedsstrukturkommissionen peget på, at flere undersøgelser viser, at 20 pct. eller mere af sygehusaktiviteten vurderes at være unødvendige.[201] Robusthedskommissionen pegede også på behovet for at nedbringe overbehandling i sundhedsvæsenet og en mere systematisk prioritering af, hvilke opgaver der skal løses i sundhedsvæsenet.

Kommissionen har noteret sig, at regeringen vil nedsætte et tværgående nationalt prioriteringsråd, der skal sikre mest mulig sundhed for pengene, fx ved reduktion af overbehandling i sundhedsvæsenet. Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at et kommende nationalt prioriteringsråd får mandat til at forholde sig til reduktion i unødig sygehusaktivitet som led i en omstilling af sundhedsvæsenet.

Kommissionen lægger vægt på, at sygehusene skal påtage sig en stærkere rolle med at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen. Sygehusene skal i højere grad stille deres specialistviden og -kompetencer til rådighed for det primære sundhedsvæsen. Det almenmedicinske tilbud skal fx i endnu større udstrækning have hurtig adgang til specialistrådgivning på sygehusene for at forbedre behandlingen af patienten og minimere unødige sygehushenvisninger. Etablering af relevante udkørende funktioner er en anden måde, hvor sygehusene kan sikre, at mere behandling foregår i borgerens eget hjem. Det kan fx være på det akutte område, hvor patienter med akutte ikke-livstruende sygdomme i mange tilfælde kan have størst gavn af at blive vurderet og modtage relevant behandling i eget hjem og dermed undgå en sygehusindlæggelse.

Den forudsatte omprioritering fra det sekundære sundhedsvæsen til det primære sundhedsvæsen skal også ses i sammenhæng med kommissionens anbefaling om væsentligt øgede beføjelser for den sygehusansvarlige myndighed i forhold til tiltag og indsatser i det almenmedicinske tilbud.

Det sekundære sundhedsvæsen skal fortsat besidde de kompetencer, som er nødvendige for fx at kunne tilbyde diagnostik og behandling af akut opstået og alvorlig sygdom, svære medicinske tilstande og større operationer og behandlinger af alvorlige traumer. Sygehusene skal dog i større udstrækning indrettes efter, at patienternes behov ændrer sig. Det indebærer en ændret tilgang til organiseringen af sygehusopgaven, som i højere grad understøtter udredning og behandling af patienter med komplekse helbredsproblemer. Det indebærer også et behov for flere generalistkompetencer på sygehusene, som bedre kan behandle patienter, der lider af flere sygdomme på samme tid.

Forslag 2: Tilpasset fordeling af læger geografisk og på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen

Et væsentligt element i en national sundhedsplan er at sikre en bedre geografisk fordeling af læger og en bedre fordeling af læger på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen. I den forbindelse foreslår kommissionen, at der indføres en incitamentsmodel for de sygehusansvarlige myndigheder i form af et vækstloft for sygehuslæger indenfor udvalgte geografiske områder og eventuelt specialer. Det skal understøtte, at flere læger søger mod sygehuse udenfor de store byer.

Modellen indebærer, at en del af det statslige tilskud til de sygehusansvarlige myndigheder skal være betinget af en efterlevelse af aftalte mål om fordeling af læger. En sådan model vil i sin konstruktion minde om den nuværende nærhedsfinansiering, som er en pulje af midler, der udløses, når regionerne lever op til en række aftalte mål.

Et vækstloft for sygehuslæger indenfor udvalgte geografiske områder og specialer bør indgå som et aftalt mål. Det vil betyde, at væksten i antallet af speciallæger på offentlige sygehuse i udvalgte geografiske områder ikke må overstige et bestemt loft. Et vækstloft kan fx indebære nulvækst eller reduktion i antallet af speciallæger på universitetssygehuse i de største byer.

201 Sundhedsstyrelsen. "Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen". 2023.

Modellen skal understøtte bedre muligheder for at rekruttere læger udenfor de store byer og dermed en bedre geografisk fordeling af læger. Et loft målrettet universitetssygehusene kan være med til at dæmpe aktiviteten på det specialiserede sygehusområde for at understøtte en balanceret ressourcefordeling mellem det specialiserede og almene sygehusniveau. Endelig kan et loft potentielt bidrage til en øget tilgang af læger til praksissektoren ved en mere generel begrænsning af ansættelse af sygehuslæger. Et loft skal tænkes tæt sammen med dimensioneringen af den lægelige videreuddannelse, se nedenfor.

Det er væsentligt, at der bliver en stærkere styring af fordelingen af speciallæger. Sundhedsstrukturkommissionen hæfter sig ved, at der siden 2016 har været en aftale mellem regionerne om et loft over antallet af speciallæger på universitetssygehusene i Århus, København og Odense. Aftalen indeholder dog dispensationsmuligheder til at fravige det aftalte loft, og opgørelser fra Danske Regioner viser, at antallet af speciallæger på de omfattede universitetssygehuse på trods af det aftalte speciallægestop er steget siden 2018.[202] Ifølge Danske Regioners opgørelse er antallet af speciallæger på de tre største universitetssygehuse steget med 6,2 pct. på Aarhus Universitetshospital, 8,5 pct. på Odense Universitetshospital og 13,1 pct. på Rigshospitalet i perioden fra april 2018 til juni 2023.

Kommissionen vurderer, at et vækstloft, der aftales politisk mellem staten og de sygehusansvarlige myndigheder, vil være mere forpligtende end det nuværende aftalte speciallægestop og vil give en større tilskyndelse for de sygehusansvarlige myndigheder til at sikre en bedre geografisk fordeling af læger.

Sundhedsstrukturkommissionen har overvejet, om tiltaget også skal anvendes til at begrænse antallet af speciallæger i almen medicin på sygehusene. Ud af det samlede antal speciallæger i almen medicin på ca. 5.000 er ca. 15 pct. af speciallægerne i dag ikke beskæftiget i almen praksis.[203] I 2021 var der ansat knap 300 speciallæger i almen medicin på offentlige sygehuse.[204] Formålet med at begrænse antallet af speciallæger i almen medicin på sygehusene skulle være at målrette almenmedicinske kompetencer til det primære sundhedsvæsen.

Kommissionen er omvendt opmærksom på, at sygehusansatte speciallæger i almen medicin tilfører væsentlige generalistkompetencer, fx til akutmodtagelser og den regionale behandlingspsykiatri, som styrker det almene sygehusniveau. Speciallæger i almen medicin på sygehuse kan derfor også være med til at understøtte bedre sammenhæng for patienter mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår derfor, at de centrale og sygehusansvarlige myndigheder følger udviklingen og løbende overvejer balancen mellem speciallæger i almen medicin i det primære og det sekundære sundhedsvæsen. I lyset af den aktuelle mangel på speciallæger i det primære sundhedsvæsen er det særligt relevant at overveje tiltag, der på kort sigt kan begrænse speciallæger i almen medicin i det sekundære sundhedsvæsen. På lidt længere sigt må der forventes et markant øget antal speciallæger i almen medicin (se kapitel 9), som alt andet lige kan betyde, at der er nok speciallæger i almen medicin til både at dække behov i det primære og den sekundære sektor.

Et vækstloft vurderes relevant uafhængig af forvaltningsstruktur (se også kapitel 15). Det er fx vurderingen, at et vækstloft også kan være relevant at indtænke i en forvaltningsstruktur med færre enheder end de nuværende fem regioner. Men færre regionale enheder vil dog alt andet lige give et bedre grundlag for at sikre en mere hensigtsmæssig fordeling af lægeressourcer gennem et samlet arbejdsgiveransvar. Fortsat kan der dog være behov for fra national side at understøtte en stærkere tilskyndelse til, at flere læger søger mod sygehuse udenfor de store byer.

Forslaget skal ses i sammenhæng med de forslag til at understøtte bedre geografisk fordeling af almenmedicinske kompetencer, som er beskrevet i kapitel 9 om det almenmedicinske tilbud.

---

202 Danske Regioners Bestyrelse, "Referat af møde i Danske Regioners bestyrelse 28. september 2023", 2023.

203 VIVE, Marie Henriette Madsen, Mette Brehm Johansen, Maya Christiane Flensborg Jensen, Caroline Louise Westergaard, og Ina Willaing Tapager. "Speciallæge i almen medicin - En undersøgelse af begrundelser for forskellige karrierevalg- og veje". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

204 Sundhedsdatastyrelsen, "Bevægelsesregisteret 2021", 2023.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at forslaget om vækstloft også kan være relevant for andre personalegrupper, hvor der ses en skæv geografisk fordeling, fx sygeplejersker (se kapitel 4). Robusthedskommissionen har tidligere præsenteret en række anbefalinger til at sikre mere personale med tid til den borger- og patientnære kerneopgave indenfor sundheds- og ældreområdet i fremtiden.[205] Sundhedsstrukturkommissionen finder Robusthedskommissionens anbefalinger relevante og foreslår, at de implementeres i sammenhæng med forslaget om tilpasset fordeling af læger, som er præsenteret i dette kapitel.

Tiltagene til bedre fordeling af læger på tværs af landet og den forventede udvikling i de geografiske forskelle i sundhed og sygdomsbyrde kan ændre på udgiftsbehovet på tværs af landet. Derfor vil der potentielt være konsekvenser for, hvordan økonomien på sundhedsområdet skal fordeles. Sundhedsstrukturkommissionens overvejelser om fordeling af økonomiske ressourcer udfoldes i kapitel 17.

Forslag 3: Videreudvikling af kvalitetsstandarder og krav til samarbejde i det primære sundhedsvæsen

Kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen indgik som et initiativ i den tidligere regerings aftale om sundhedsreform fra 2022. Kvalitetsplanen er et nationalt styringsredskab, som til en vis grad kan understøtte udvikling af det primære sundhedsvæsen. Det sker via kvalitetsstandarder med anbefalinger og bindende krav til indsatsen.

Kvalitetsplan og -standarder kan medvirke til fagligt at løfte et givent område og ensrette indsatser på tværs af landet som led i en omstillingsproces indenfor de primære sundhedsopgaver, hvor der i dag er en begrænset national styring sammenlignet med det sekundære sundhedsvæsen. Kvalitetsplanen er afgrænset til de kommunale sundhedsindsatser, almenmedicinske tilbud og udgående rådgivende sygehusfunktioner efter sundhedsloven. Der findes i dag kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og akutfunktioner og forebyggelsesindsatsen for mennesker med kroniske sygdomme.

Kommissionen foreslår, at der indenfor rammerne af en national sundhedsplan sker en videreudvikling af kvalitetsstandarder. Kvalitetsstandarderne skal udvikles mod at kunne gå på tværs af sektorer, så sammenhængen i indsatserne styrkes for borgerne. Kvalitetsstandarder skal også give bedre mulighed for at stille krav om samarbejde i opgaveløsningen i det primære sundhedsvæsen. Formålet er at understøtte en styrket faglig bæredygtighed på områder, hvor der fx er en lille patientvolumen, eller hvor der er behov for særlige specialiserede kompetencer, som kræver samarbejde på tværs. En videreudvikling skal også indeholde en styrket monitorering, så det er muligt at følge effekten af indsatserne og foretage benchmarking af indsatsen.

Kvalitetsstandarder skal tage udgangspunkt i målgrupper og områder, hvor der er potentiale for omstilling til et lavere effektivt omkostnings- og omsorgsniveau, og hvor kvaliteten kan forbedres.

Forslag 4: Stærkere styring af den lægelige videreuddannelse og tilpasninger af medicinuddannelsen

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der indenfor rammerne af en national sundhedsplan indføres en stærkere styring af den lægelige videreuddannelse, og der gennemføres tilpasninger af universitetsuddannelsen for læger.

En mere hensigtsmæssig styring af fordelingen af uddannelsesforløb har potentiale til at understøtte en bedre geografisk fordeling af ressourcer. Den lægelige videreuddannelse og universitetsuddannelse skal samtidig bidrage til den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere forløb skal foregå i det primære sundhedsvæsen. Et centralt sigte er at styrke generalistkompetencerne hos de sundhedsprofessionelle, som skal afspejles i indholdet i grund- og videreuddannelsen.

---

205 Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, "Robusthedskommissionens anbefalinger", 2023.

Forslaget indeholder følgende elementer:

- Hoveduddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse skal i højere grad sammensættes, så uddannelseslæger bruger en større del af deres uddannelsesforløb udenfor universitetshospitalerne i de større byer. Det kan ledsages af tiltag, der skal sikre læger en større tilskyndelse til at søge uddannelsesforløb i de specialer og områder, som i dag er vanskelige at besætte.
- Dimensioneringen af den lægelige videreuddannelse skal ske på baggrund af stærkere viden om det fremtidige behov for speciallæger. Der skal udvikles et værktøj til at estimere efterspørgslen efter sundhedspersonale, bl.a. speciallæger.
- Målbeskrivelser for lægespecialer, som angiver de nødvendige kompetencer, der skal opnås i den lægelige videreuddannelse, skal have et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer.
- Der skal etableres en bedre kommunikation om eksisterende meritmuligheder for speciallæger til at blive speciallæger i almen medicin. Det skal sikre, at flere speciallæger bliver opmærksomme på mulighederne for at blive speciallæge i almen medicin og ad den vej understøtte flere almenmedicinske kompetencer i sundhedsvæsenet.

Foruden en stærkere styring af den lægelige videreuddannelse foreslår kommissionen tilpasninger af universitetsuddannelsen for læger. Det indebærer, at:

- Dimensioneringen af universitetsuddannelsen for læger skal understøtte en hensigtsmæssig vækst af læger fremover. Mekaniske fremskrivninger indikerer, at der i 2035 vil være et udbud af læger, som ligger betydeligt over den mekaniske fremskrivning af efterspørgslen (se kapitel 4). Selvom fremskrivningerne er behæftet med en vis usikkerhed, er det kommissionens vurdering, at fremskrivningerne bør give anledning til at overveje, om den nuværende dimensionering af universitetsuddannelsen for læger understøtter en hensigtsmæssig vækst i antallet af læger.
- Universitetsuddannelsen for læger skal tilrettelægges med henblik på, at der kommer et større fokus på de almene sundhedsindsatser, og der generelt bliver skabt et bedre grundlag for at uddanne flere læger med brede generalistkompetencer. Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at medicinstuderende skal have mere praktik i almenmedicinske tilbud for at understøtte et øget kendskab til og interesse for det primære sundhedsvæsen hos de studerende.
- Kommissionen finder det relevant at se på potentialet for at placere pladser på medicinstudiet udenfor de store universitetsbyer. Lægernes uddannelsessted har nemlig betydning for deres efterfølgende arbejdssted.[206] En ændret geografisk fordeling af uddannelsespladser vil derfor kunne understøtte en mere hensigtsmæssig geografisk fordeling af læger på sigt. For at sikre en høj kvalitet i uddannelsen er det dog en forudsætning, at uddannelsespladserne fortsat placeres på steder med stærke forsknings- og undervisningsmiljøer.

Boks 11.3

Opbygning af den lægelige grund- og videreuddannelse og betydningen af den geografiske placering af videreuddannelsen for lægernes efterfølgende arbejdssted

Grunduddannelsen (medicinstudiet) er tilrettelagt som en bachelor- og kandidatuddannelse i medicin på Københavns Universitet, Aarhus Universitet, Syddansk Universitet og Aalborg Universitet. Bachelor- og kandidatuddannelsen er samlet normeret til seks år. Udover uddannelserne på de fire universiteter er der en kandidatuddannelse i Køge, oprettet i 2019 og udgående fra Københavns Universitet, og en kandidatuddannelse i Esbjerg, oprettet i 2022 og udgående fra Syddansk Universitet.

Den lægelige videreuddannelse (uddannelse til speciallæge) består af tre forløb:

- Etårig klinisk basisuddannelse (KBU)
- Etårigt introduktionsforløb

206 Sundhedsstyrelsen. "Lægeprognose 2021-2045 – Udbuddet af læger og speciallæger". Sundhedsstyrelsen, 2022.

- Hoveduddannelsesforløb af typisk fire-fem års varighed

Sundhedsstyrelsen fastsætter dimensioneringen af uddannelsesforløb for hvert speciale og indenfor tre såkaldte videreuddannelsesregioner (Nord, Syd og Øst). Det er de tre videreuddannelsesregioner, som fordeler forløbene internt i videreuddannelsesregionerne, udarbejder uddannelsesprogrammer m.v.

Den geografiske placering af videreuddannelsen har i nogen grad betydning for lægernes arbejdssted efter endt videreuddannelse. De læger, der tager deres lægelige videreuddannelse i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark, arbejder i høj grad i samme region to år efter speciallæge-anerkendelse (henholdsvis 84 pct., 82 pct. og 86 pct.). Af de læger, som er uddannet i Region Sjælland, arbejder 58 pct. af speciallægerne i regionen to år efter speciallægeanerkendelse. Af de læger, som er uddannet i Region Nordjylland, arbejder 66 pct. i regionen to år efter speciallægeanerkendelse.

Sundhedsstyrelsen, Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2024).

Forslag 5: Styrket forskning i det primære sundhedsvæsen

En af forudsætningerne for at styrke det primære sundhedsvæsen er, at der kommer mere forskningsbaseret viden om sundhedsfaglige indsatser med fokus på hele borgerens forløb.[207] En analyse konkluderer, at den nuværende forskning i det primære sundhedsvæsen er spredt ud på en række forskellige forskningsmiljøer, og kredsen af forskningsaktører må betegnes som lille sammenlignet med gruppen af aktører, der forsker i det sekundære sundhedsvæsen.[208] Det er Sundhedsstrukturkommissionens vurdering, at en vellykket omstilling af sundhedsvæsenet forudsætter, at beslutningstagere og sundhedsprofessionelle får det bedst mulige vidensgrundlag, og at sundhedsvæsenet bliver en mere lærende organisation.

Med afsæt i en national sundhedsplan foreslår Sundhedsstrukturkommissionen, at sundhedsfaglig forskning, herunder ph.d.-forløb, i højere grad skal målrettes sundhedstjenesteforskning med fokus på patientforløb med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad det sekundære sundhedsvæsen og specialiserede sundhedsindsatser.

Forslaget kan udmøntes ved, at de ansvarlige myndigheder opretter flere ph.d.-forløb, som er målrettet sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen, og tilsvarende færre ph.d.-forløb med et specifikt fokus på det sekundære sundhedsvæsen. Det kan også indebære, at ph.d.-forløb i højere grad skal besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger. Det vil medføre en reduktion i antallet af læger med en ph.d.-uddannelse.

Kommissionen hæfter sig ved, at knap 400 læger med en dansk kandidatuddannelse påbegyndte en sundhedsfaglig ph.d.-uddannelse i 2021.[209] Det svarer til ca. 30 pct. af de færdiguddannede læger samme år. Sundhedsstrukturkommissionen anerkender, at det er en vigtig del af lægens rolle at bidrage aktivt til udvikling af faget gennem deltagelse i forsknings- og udviklingsprojekter.[210] En tidligere analyse viser dog, at relativt få læger er forskningsaktive efter erhvervelsen af den sundhedsvidenskabelige ph.d.-grad.[211] Blandt de personer, der i perioden 1995-2013 tog en ph.d.-uddannelse, var kun 21 pct. forskningsaktive to år efter erhvervelsen af ph.d.-graden.

207 Sundhedsstyrelsen. "Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen – En national strategi". Sundhedsstyrelsen, 2022.

208 Rambøll Management Consulting, "Kortlægning af behov og rammer for forskning om det primære sundhedsvæsen", 2021.

209 Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus baseret på data fra Danmarks Statistik.

210 Sundhedsstyrelsen. "De syv lægeroller". Version 2.0. Sundhedsstyrelsen, 2013.

211 Fosbøl, Emil L., Philip L. Fosbøl, Sofie Rerup, Lauge Østergaard, Mohammed H. Ahmed, Jawad Butt, Julie Davidsen, Nirusiya Shanmuganathan, Simon Juul, og Christian Lewinter. "Low Immediate Scientific Yield of the PhD among Medical Doctors". BMC Medical Education 16, nr. 1 (december 2016).

En ph.d.-uddannelse vægtes højt indenfor mange lægespecialer, og en ph.d.-uddannelse kan være en nødvendig forudsætning for at blive ansat i en hoveduddannelsesstilling.[212] Kommissionen foreslår, at der skal være mere fokus på at ændre lægers incitament til at erhverve sig en ph.d.-grad. Det kan fx gøres ved, at en ph.d.-uddannelse i mindre grad skal være meritgivende for en ansættelse i en hoveduddannelsesstilling. Et ændret incitament kan fx understøttes gennem en tilpasning af de syv lægeroller, som danner grundlaget for specialernes beskrivelse af nødvendige kompetencer hos en speciallæge.

Forslag 6: Styring af det højt specialiserede sygehusområde

Overordnet set varetages sygehusopgaver i dag på to niveauer: et hovedfunktionsniveau og et specialiseret niveau. Det specialiserede niveau er yderligere opdelt i henholdsvis regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner.[213]

Det specialiserede sygehusområde er generelt kendetegnet ved høj faglig prestige. Det specialiserede sygehusområde udgør en ret begrænset del af den samlede sygehusaktivitet (ca. 10 pct.), men vurderes at udgøre en betydelig del af det samlede økonomiske ressourcetræk i sygehussektoren.

Med afsæt i en national sundhedsplan foreslår Sundhedsstrukturkommissionen, at de sygehusansvarlige myndigheder får redskaber til at sikre et balanceret ressourceforbrug på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde. Den myndighed, som har ansvaret for sygehusene, har også ansvaret for at sikre, at ressourcerne mellem det specialiserede og almene niveau fordeles mest hensigtsmæssigt. Der er på den ene side behov for at sikre fortsat høj kvalitet og udvikling indenfor det specialiserede område. På den anden side risikerer området at tiltrække uforholdsmæssigt mange ressourcer på bekostning af det almene sygehusniveau. Det kan føre til en fordeling af ressourcer, som ikke nødvendigvis afspejler befolkningens behov for sundhedsydelser. Der er derfor behov for, at de nationale og sygehusansvarlige myndigheder følger aktivitets- og ressourceudviklingen på det specialiserede område tættere.

Det forudsætter generelt opbygning af en bedre og mere præcis monitorering af området. I dag er det fx vanskeligt præcist at opgøre de udgifter, der går til specialiseret behandling, fordi behandlingen ofte vil ske i kombination med almene sygehusindsatser. En bedre og mere præcis monitorering kan danne grundlag for, at centrale og decentrale myndigheder bedre kan modvirke en eventuel uhensigtsmæssig aktivitetsudvikling. Et konkret redskab til at reducere aktiviteten på det specialiserede område kan være faglige visitationsretningslinjer indenfor udvalgte områder, som skal understøtte en skarpere visitation til en given behandling.

Kommissionen har også overvejet stærkere styringstiltag, som mere direkte kan føre til en dæmpet aktivitet på det højt specialiserede sygehusområde. Tiltagene omfatter aktivitetsloft for højt specialiseret behandling. Loftet betyder, at aktiviteten på det højt specialiserede område ikke må overstige et aftalt loft indenfor en bestemt periode. Aktivitetsloftet skal aftales politisk mellem staten og de sygehusansvarlige myndigheder for at sikre en politisk forpligtelse på at overholde loftet.

Derudover foreslår kommissionen en tilpasset afregningsmodel for højt specialiseret behandling for de sygehusansvarlige myndigheder. I dag foregår der en mellemregional afregning, når en borger, som er bosat i en region, modtager behandling i en anden region. En tilpasset afregningsmodel kan indebære indførelsen af et tillæg for højt specialiseret behandling, der lægges oven i den normale behandlingstakst, som den sygehusansvarlige myndighed betaler. Formålet vil være at begrænse incitamentet til at få patienter ind i et højt specialiseret behandlingsforløb.

Sundhedsstrukturkommissionen understreger, at fordele og ulemper ved en stærkere styringsmodel skal overvejes og belyses nærmere. En væsentlig ulempe ved en stærkere styring af området er, at det kan medføre risiko for, at nogle patienter med et reelt behov for højt specialiseret behandling oplever længere ventetid, fx i en situation hvor den sygehusansvarlige myndighed har nået et givet aktivitetsloft.

---

212 Epinion. "Undersøgelse af den lægevidenskabelige ph.d.-uddannelse". Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016.

213 Sundhedsstrukturkommissionen, "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport", 2024.

Forslag 7: Sundhedscentre som ramme for indsatser i det primære sundhedsvæsen og attraktive arbejdspladser

Mange steder i landet er der etableret sundhedscentre, som rummer forskellige kombinationer af indsatser og med forskellig grad af samarbejde og integration mellem indsatserne. Erfaringer tilsiger, at en fælles fysisk ramme ikke automatisk skaber større sammenhæng og integration mellem indsatserne, men de rummer et potentiale for styrket tværsektorielt samarbejde og koordination af patientforløb.[214] Sundhedscentres potentiale for at understøtte sammenhæng i patientforløb skal ses i sammenhæng med, at et forbedret kendskab til kollegaer og øvrige indsatser understøtter koordinering, samarbejde og sparring.

Sundhedscentre kan have en særlig relevans, hvor der er langt til sygehuset, fordi sundhedscentre kan indeholde udstyr eller specialiserede indsatser, som i dag varetages på hovedfunktionsniveau på sygehuset eller i speciallægepraksis, og som understøtter, at mere diagnostik varetages udenfor sygehusene. Det bidrager til, at flere forløb starter og afsluttes i det primære sundhedsvæsen, ligesom der bliver mindre rejsetid for borgere, som bor i områder med langt til sygehuset. For borgeren, der fx udskrives fra sygehuset til et midlertidig ophold, kan det betyde, at der er mulighed for at blive set af en læge, og der kan igangsættes et sammenhængende genoptræningsforløb, som fortsætter indenfor de samme rammer også efter borgeren er tilbage i eget hjem.

Samtidig kan sundhedscentre danne rammen for attraktive arbejdspladser for sundhedspersonale i det primære sundhedsvæsen gennem etablering af et stærkt tværfagligt miljø. På den måde kan etablering af sundhedscentre også være med til at give en stærkere tilskyndelse til at søge mod områder, hvor der i dag opleves rekrutteringsudfordringer. Det gælder fx speciallæger i almen medicin eller sygeplejersker.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at flere borgere, fx med alderssvækkelse eller en kombination af kronisk sygdom og social udsathed, skal have mulighed for at tilgå sundheds- og plejeindsatser i et lokalt sundhedscenter, hvor tilbuddene er sammensat ud fra lokale forhold og behov. Kommissionen finder, at samling af flere indsatser indenfor en ramme kan understøtte, at borgeren med behov for flere samtidige indsatser modtager sammenhængende forløb.

Sundhedscentre kan understøtte samarbejde mellem det primære sundhedsvæsen, det sekundære sundhedsvæsen og civilsamfund, men det kræver, at den konkrete konstruktion af sundhedscentret tilpasses ressourcer og udfordringer i et lokalsamfund. Nogle gange vil det være bedst at samle sundhedstilbud på en fysisk matrikel, mens der andre gange med fordel kan etableres "murstensløse centre". Tilsvarende kan der udbygges sundhedsindsatser, fx i form af et almenmedicinsk tilbud, hvor der er fokus på, at tilbud til socialt udsatte grupper tænkes sammen med andre sociale, sundheds- eller civilsamfundsindsatser indenfor rammerne af et lokalt sundhedscenter. Gode innovative løsninger skal deles med sundhedscentre i hele landet, og der bør generelt følges op og evalueres på brugen af sundhedscentre.

Kommissionen foreslår, at den nærmere udmøntning af de midler, der er afsat til nærhospitaler i forbindelse med sundhedsreformaftalen for 2022, skal ses i sammenhæng med behovet for en generel udbygning af det primære sundhedsvæsen. Det gælder bl.a. behovet for styrkede fysiske rammer for det almenmedicinske tilbud, fx i form af innovative lokale sundhedscentre og investeringer i ny teknologi til at understøtte sammenhæng og omstilling.

Samling og reduktion af eksisterende styringsredskaber og planer

De nuværende statslige styrings- og planlægningsredskaber, fx specialeplan, kvalitetsplan, faglige retningslinjer og dimensionering af den lægelige videreuddannelse, bør indtænkes og tilpasses indenfor rammen af en national sundhedsplan. Det vil fx være relevant at se på tilpasninger af den nuværende specialeplan,

214 KORA, Martin Sandberg Buch, og Mette Bjerregaard. "Status og fremadrettede perspektiver for udvikling og samarbejde: Nakskov Sundhedscenter og Kalundborg Sundheds- og Akuthus samt Lægecenter". KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, 2016.

som regulerer den specialiserede behandling på sygehusene, for at sikre et større fokus på de almene kompetencer og indsatser. Det er samtidig et væsentligt hensyn at fastholde de opnåede kvalitets- og ressourcemæssige gevinster ved en samling af specialiserede behandlinger.

En national sundhedsplan bør også føre til en generel samling og reduktion i det samlede antal statslige styringsredskaber og planer på sundhedsområdet. Afhængig af forvaltningsmodellen for sundhedsvæsenet (se kapitel 15) vil det tilsvarende være relevant at indtænke og eventuelt samle øvrige relevante nationale og decentrale aftaler, fx sundhedsaftaler, praksisplaner, det nationale kvalitetsprogram, inklusive nationale mål, og nationale sundhedsprofiler indenfor rammerne af en national sundhedsplan.

Formålet med samlingen er at lette arbejdsgange og reducere behovet for administration og skabe grundlag for i højere grad at kunne koordinere tiltag og planer på tværs. Det vil være med til at understøtte en samlet fælles retning for omstillingen af sundhedsvæsenet.

Den nationale sundhedsplan skal være tilstrækkelig fleksibel til, at den skal kunne rumme en løbende fremkomst af nye behandlinger og tilsvarende løbende teknologiske og kompetencemæssige udviklinger, hvor udrulningen ikke skal forsinkes unødigt af en national sundhedsplan.

En national sundhedsplan sætter strategisk retning for lokale sundhedsplaner, udarbejdet af decentrale myndigheder

Den nationale sundhedsplan skal sætte en overordnet strategisk retning for decentrale, lokale sundhedsplaner. De lokale planer udarbejdes med afsæt i de nationale principper og krav. De lokale planer skal have et relativt driftsnært fokus og beskrive, hvordan enhederne varetager opgaver på tværs af indsatser, forløb, målgrupper og tilsvarende. Det gælder også den konkrete opgavefordeling mellem det specialiserede og almene niveau. En lokal sundhedsplan kan fx indeholde en beskrivelse af, hvordan der sikres behandling af beboere på plejehjem fremfor på sygehuset ved almenmedicinsk lægedækning døgnet rundt, etablering af aftaler med sygehuse om specialistrådgivning, digitale løsninger og sikring af de nødvendige kompetencer og udstyr til at understøtte undersøgelse og behandling på plejehjem.

Sundhedsstrukturkommissionen lægger som udgangspunkt op til, at de relevante myndigheder sender de lokale sundhedsplaner i høring hos Sundhedsstyrelsen, som får til opgave at rådgive om og godkende de udarbejdede lokale sundhedsplaner.

Samlet vurdering af forslag

I det følgende afsnit foretages en overordnet vurdering af de præsenterede forslag til en tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet. Vurderingen foretages på baggrund af de hensyn, der blev opstillet i kapitel 6.

Sundhedsstrukturkommissionens forslag vurderes at understøtte et sundhedsvæsen med øget geografisk lighed i adgangen til sundhedstilbud af høj kvalitet. Forslagene understøtter samlet set en fordeling af ressourcer, som i højere grad målrettes de områder af landet, hvor behovet er størst. En øget andel af de samlede ressourcer til det primære sundhedsvæsen vurderes at understøtte en organisering med relevante sundhedstilbud tæt på borgerne, som samtidig sikrer mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer.

Et væsentligt opmærksomhedspunkt for kommissionen er, at forslaget om at udarbejde en national sundhedsplan ikke må medføre øget administration. Sundhedsstrukturkommissionen lægger derfor vægt på, at en national sundhedsplan skal indebære en forenkling og en samlet reduktion i nuværende statslige styringsredskaber.

Kommissionen vurderer, at forslaget om en tilpasset ressourcefordeling mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen skal implementeres gradvist over en periode på fx fem til ti år i takt med, at der opbygges kapacitet i det primære sundhedsvæsen, og sygehusene omstilles.

Kapitel 12: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Psykiatrien er en væsentlig del af det samlede sundhedsvæsen, og flere af de udfordringer, der opleves generelt i sundhedsvæsenet, gælder i høj grad i psykiatrien. Psykiatrien er dog kendetegnet ved en anden organisering end øvrige sygehusspecialer og har historisk været organisatorisk adskilt fra somatikken på sygehusene (se kapitel 3 og 7). Derudover er indsatsen i kommunerne for mennesker med psykiske lidelser typisk forankret et andet sted end sundheds- og ældreindsatsen og involverer ofte flere forvaltninger, afhængigt af den enkeltes alder og livssituation.

Når Sundhedsstrukturkommissionen har valgt at præsentere en særskilt anbefaling og en række tilhørende forslag for psykiatrien, skyldes det, at kommissionen ser det som en helt afgørende opgave for sundhedsvæsenet at skabe bedre rammer for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Der er behov for, at kvaliteten af behandlingen løftes, og sammenhængen i indsatsen på tværs af sektorerne styrkes. Samtidig er kapaciteten i både behandlingspsykiatrien og i de kommunale indsatser udfordret (se kapitel 4). Stadig flere efterspørger udredning og behandling for psykiske lidelser, ligesom det stigende antal ældre borgere vil medføre, at flere udvikler demenssygdomme, som kræver samtidig behandling og støtte i forhold til at håndtere både somatiske og psykiske udfordringer. Herudover står den psykiske lidelse sjældent alene, idet den ofte følges af samtidige somatiske udfordringer. Det gør det relevant at overveje, om den nuværende organisering af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er tidssvarende i forhold til at kunne møde målgruppens sammensatte og meget forskellige støtte- og behandlingsbehov.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler derfor ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, bl.a. at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen. Ændringerne skal understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Kommissionens forslag skal ses i sammenhæng med kommissionens øvrige anbefalinger om ny styring af almenmedicinske tilbud, bedre fordeling af ressourcer og styrkede rammer for digitalisering og data (se kapitlerne 9-11). Forslagene skal også ses i lyset af og gennemføres i sammenhæng med igangværende og kommende initiativer, bl.a. i regi af 10-årsplanen for psykiatrien og anbefalingerne i det faglige oplæg til 10-årsplanen om løbende kapacitetsopbygning, hvor både indsatsen i kommuner, regioner og det almenmedicinske tilbud prioriteres.

Kapitel 12 beskriver først potentialer ved styrket sammenhæng og kvalitet i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser. Dernæst beskrives udviklingen i indsatsen i de seneste år for mennesker med psykiske lidelser. Efterfølgende beskrives kommissionens anbefaling og tilhørende forslag. Afslutningsvis vil kommissionen vurdere anbefalingen med afsæt i de hensyn, som er præsenteret i kapitel 6.

Potentialer ved en styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Der er de seneste år iværksat en række centrale nationale initiativer med fokus på at udvikle og styrke indsatserne for mennesker med psykiske lidelser. Afsættet har været Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsens "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser" fra 2022[215]. Oplægget gør status på udviklingen i forekomsten af psykiske lidelser, udviklingen i indsatsen på tværs af centrale aktører og identificerer de væsentligste udfordringer på området (se boks 12.1).

Boks 12.1
Væsentligste udfordringer på psykiatriområdet, udpeget i Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsens faglige oplæg fra 2022 til 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed

- Utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng
- Utilstrækkelig kvalitet og tværfaglighed i de eksisterende tilbud
- Utilstrækkelige forebyggende og tidlige indsatser
- Stigmatisering og manglende prioritering og ligestilling på området
- Utilstrækkelig forskning, faglig udvikling og manglende prestige i at arbejde på området

Oplægget peger på, at manglende sammenhæng mellem indsatsen i kommuner, regioner og praksissektoren, som alle spiller en væsentlig rolle i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, i dag er en af de væsentligste udfordringer. Psykiatriske patientforløb er, sammenlignet med mange forløb i det øvrige sundhedsvæsen, sjældent lineære med veldefinerede faser. Mennesker med psykiske lidelser har ofte behov for både udredning og behandling af såvel psykisk som somatisk sygdom, og de har ofte behov for hjælp til at få hverdagen til at fungere.

Hvis der i den nuværende struktur skal leveres sammenhængende forløb af høj kvalitet for den enkelte, forudsætter det i mange tilfælde meget tæt samarbejde og koordination mellem kommuner, regioner og almenmedicinske tilbud, og det vil typisk være forløb af høj kompleksitet med mange og hyppige sektorskift og parallelle indsatser.

Mennesker med svære psykiske lidelser har ofte behov for længevarende indsatser, og en stor del kan have vanskeligt ved selv at koordinere egne forløb og navigere rundt mellem forskellige tilbud i forskellige sektorer. Desuden kan den psykiske lidelse og begrænsningerne herved have negativ påvirkning på uddannelse, beskæftigelse og det generelle helbred, og der ses en statistisk sammenhæng mellem psykiske lidelser og somatisk sygdom og øget dødelighed.

Der er i de senere år sket en betydelig aktivitetsstigning i den regionale psykiatri, særligt i børne- og ungdomspsykiatrien, og en stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser, der modtager en visiteret social indsats (se boks 12.2) med et deraf følgende øget behov for løbende kapacitetsopbygning i både kommuner og regioner. På trods af, at der i perioden fra 2011 til 2021 samlet set har været en stigning på ca. 30 pct. i antallet af sundhedsfagligt personale ansat på psykiatriske sygehuse, herunder en stigning i læger på 38 pct., opleves der mange steder udfordringer med at rekruttere og fastholde kompetent personale.[216] En analyse viser bl.a., at de mere decentralt placerede sygehuse i psykiatrien generelt har de største

215 Sundhedsstyrelsen, "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser", 2022.
216 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

udfordringer med at rekruttere og fastholde sundhedsfagligt personale, særligt læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, men at alle dele af psykiatrien har udfordringer med at rekruttere bestemte personalegrupper eller personale med særlige kompetencer inden for psykiatri.[217]

Der kan også konstateres problemer med et uhensigtsmæssigt stort antal henvisninger og tilbagehenvisninger mellem sektorerne, hvorved ventetiden forlænges, de administrative byrder forøges inklusiv træk på faglige ressourcer til visitationsprocesser, og tilliden mellem patient og sundhedsvæsen kompromitteres.

Boks 12.2
Udvalgte fakta om mennesker med psykiske lidelser

- For nogle mennesker er psykisk sygdom en kronisk lidelse i mindre eller mere svær grad. For andre er psykisk sygdom forbigående og noget, de kommer sig helt eller delvist over.[218]
- Antallet af voksne med kontakt til den regionale psykiatri er steget fra ca. 90.000 i 2009 til ca. 121.000 personer i 2022, hvilket svarer til en stigning på ca. 35 pct.[219]
- Antallet af børn og unge med kontakt til den regionale psykiatri er steget fra ca. 25.000 i 2009 til ca. 46.000 personer i 2022. Det svarer til en stigning på ca. 87 pct.[220]
- Andelen af de voksne i psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser, var ca. 19 pct. i 2020-2022. Indsatser vedrører længerevarende og midlertidigt botilbud, socialpædagogisk støtte i eget hjem, ledsagerordning, aktivitets- og samværstilbud m.m.[221]
- Generelt har der i perioden 2018-2022 været en stigning i andelen af voksne i psykiatrien, der også modtager sociale indsatser.[222]
- Det skønnes, at ca. 80 pct. af befolkningen på et tidspunkt i løbet af livet vil få en psykisk lidelse, og ca. 30 pct. vil få brug for psykiatrisk behandling.[223]
- Blandt børn og unge vil ca. 15 % blive diagnosticeret med en psykisk lidelse, inden de fylder 18 år.[224]
- Der ses en vedvarende høj andel af genindlæggelser på de psykiatriske afdelinger på ca. 25 pct.[225]
- Ca. 25 % af alle henvendelser til almen praksis skønnes at vedrøre psykiske problemstillinger.[226]

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at tiltag, der kan styrke sammenhæng og øge kvaliteten i den tværgående indsats på psykiatriområdet, har et betydeligt potentiale for at løfte sundheden og livskvaliteten for mennesker med psykiske lidelser. Der er brug for at kunne tilbyde mere helhedsorienterede indsatser, som tager højde for det enkelte menneskes behov. Bedre sammenhæng er også en væsentlig forudsætning for, at de enkelte indsatser i kommuner, regioner og almenmedicinske tilbud tilsammen danner et effektivt forløb, som gavner den enkelte bedst muligt og samtidig sikrer mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer.

217 Sundhedsstyrelsen, "Anbefalinger til rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale i psykiatrien", 2020.

218 Sundhedsstyrelsen, "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser", 2022.

219 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

220 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

221 Sundhedsstyrelsen, "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser", 2022.

222 Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. "Overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser", 2024.

223 Kessing, Lars Vedel, Simon Christoffer Ziersen, Avshalom Caspi, Terrie E. Moffitt, og Per Kragh Andersen. "Lifetime Incidence of Treated Mental Health Disorders and Psychotropic Drug Prescriptions and Associated Socioeconomic Functioning". JAMA Psychiatry 80, nr. 10 (1. oktober 2023): 1000.

224 Sundhedsstyrelsen, "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser", 2022.

225 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

226 Sundhedsstyrelsen, "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser", 2022.

Sundhedsstrukturkommissionen ser herudover et væsentligt potentiale i tidlige og forebyggende indsatser, som kan hjælpe mennesker, så psykiske problemer og sygdomme ikke opstår eller udvikler sig og forværres. Dermed kan der gives den rette støtte, hjælp og behandling i tide og på rette niveau ud fra den enkeltes behov og forudsætninger, ligesom de eksisterende ressourcer fokuseres, hvor de kan gøre bedst og mest mulig gavn. Det kan fx hjælpe børn og unge til at komme hurtigere tilbage til en normal hverdag med skole og fritidsaktiviteter, og det kan være med til at forebygge og mindske presset på den regionale psykiatri.

Boks 12.3

Lettilgængeligt behandlingstilbud i kommunerne til børn og unge i psykisk mistrivsel eller med symptomer på psykisk lidelse

Kommunerne er med "Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed" fra 2022 forpligtede til at etablere lettilgængelige behandlingstilbud, hvor børn og unge i psykisk mistrivsel og deres familier skal tilbydes hurtig hjælp, når behovet opstår og med så tæt en kobling til barnet eller den unges hverdagsmiljø som muligt.

Det lettilgængelige behandlingstilbud skal i overensstemmelse med de faglige rammer, der er udarbejdet for tilbuddet, tilbyde behandling af ensartet og høj kvalitet på tværs af kommunerne.[227] Tilbuddet indgår i den samlede tilbudsvifte til børn og unge i tæt samspil med de øvrige tilbud og rammer i kommunerne og den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Tilbuddet skal understøttes af regionernes børne- og ungdomspsykiatri og sikre, at den rette hjælp og behandling gives på rette niveau til de relevante målgrupper. Derudover skal regionerne via initiativet om hurtig opstart af behandling i børne- og ungdomspsykiatrien bidrage til, at også børn og unge med behov for behandlingsindsats i psykiatrien får hurtig hjælp.

Sundhedsklyngerne skal løbende drøfte tilbuddets funktion og bidrage til effektivt samarbejde og koordination med øvrige regionale og kommunale tilbud, herunder navnlig i forhold til samspillet med de almenmedicinske tilbud. Der er planlagt en evaluering af tilbuddet i 2026, hvor der bl.a. skal ses på, om der skal sættes yderligere ind eller ændres på rammerne for tilbuddet.

Udvikling af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Der har de seneste år været stigende fokus på udvikling af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser. Der er således iværksat en række markante initiativer og prioriteringer på psykiatriområdet gennem økonomiaftaler med kommuner og regioner, finanslovsaftaler og politiske aftaler om en 10-årsplan for psykiatrien[228] og om en bedre psykiatri[229], som bygger på anbefalingerne i Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsens faglige oplæg til 10-årsplanen.[230]

Sundhedsstrukturkommissionen noterer sig, at der allerede er sket en gradvis kapacitetsopbygning på tværs af det samlede psykiatriområde, og der er og vil blive iværksat en række nye og konkrete sundheds- og socialfaglige indsatser i både kommuner, regioner og de almenmedicinske tilbud. Sektorerne er gensidigt afhængige af indsatsen hos hinanden, og der er brug for både tidlige og forebyggende indsatser, øget fokus på tidlig opsporing og social- og sundhedsfaglig støtte og behandling, der er tilpasset den enkeltes forudsætninger og behov. Indsatserne skal foregå på tværs af kommuner, regioner og de almenmedicinske tilbud.

---

227 Sundhedsstyrelsen, "Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel", 2023.

228 Sundhedsministeriet. "Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed". 2022.

229 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Aftale om en bedre psykiatri - hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne". 2023.

230 Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

Derudover ser kommissionen positivt på, at behandlingen til mennesker, der både har en psykisk lidelse og en behandlingskrævende rusmiddelproblematik, fra september 2024 bliver samlet i et nyt, integreret dobbeltdiagnosetilbud i regionerne. Dermed sikres målgruppen et samlet tilbud af høj kvalitet samlet hos én myndighed.

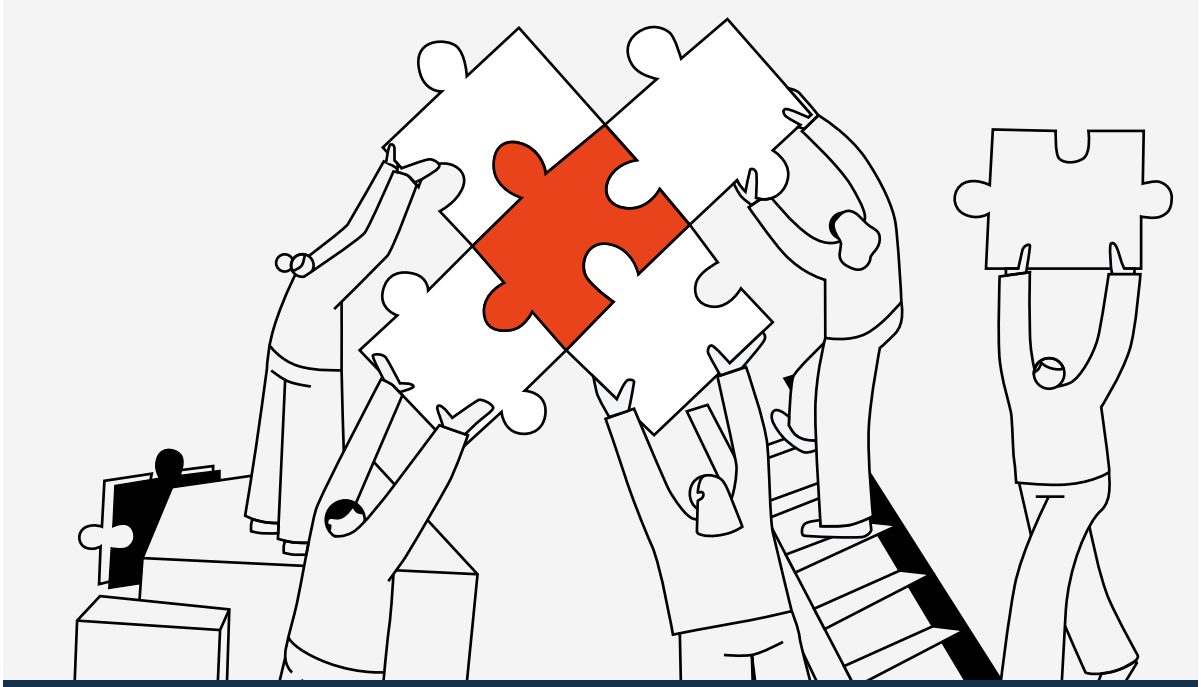
Det er Sundhedsstrukturkommissionens opfattelse, at der inden for de seneste år er sket en positiv udvikling på området. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer samtidig, at der fortsat er behov for at styrke det samlede psykiatriområde og have fokus på løbende kapacitetsopbygning på tværs af regioner og kommuner. En fortsat kapacitetsopbygning i det primære sundhedsvæsen er væsentlig for at mindske presset på behandlingspsykiatrien. I den forbindelse har kommissionen noteret sig, at den nuværende regering vil prioritere 3,2 mia. kr. frem mod 2030 til psykiatriområdet på tværs af sektorer. Det betyder, at psykiatrien vil være løftet med i alt 4,3 mia. kr. siden 2019.

Derudover ser Sundhedsstrukturkommissionen positivt på, at regeringen i andet halvår 2024 vil præsentere et samlet udspil til en ny psykiatriplan frem mod 2030, og regeringen i den sammenhæng har anmodet et bredt sammensat nationalt råd for psykiske lidelser og mental sundhed (psykiatrirådet) om at rådgive om udarbejdelse af udspillet. Psykiatrirådet skal i den forbindelse rådgive om rækkefølge og prioritering af anbefalinger i det faglige oplæg til 10-årsplanen, som endnu ikke er igangsat, hvor der fortsat vurderes at være behov for en styrkelse eller udbygning.

Kommissionens forslag skal ses i lyset af og gennemføres i sammenhæng med de nævnte igangværende og kommende initiativer i regi af en ny psykiatriplan og anbefalingerne i det faglige oplæg om løbende kapacitetsopbygning, hvor både indsatsen i kommuner, regioner og almenmedicinske tilbud prioriteres.

Anbefaling: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet. Ændringerne skal understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.



Boks 12.4
Anbefaling 4

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser

Boks 12.5
Forslag

1. Psykiatrien skal integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen. Formålet er at sikre bedre sammenhæng for patienter med psykiske lidelser, styrke muligheden for at somatiske lidelser opdages og behandles mere effektivt hos mennesker med psykiske lidelser, sikre nemmere adgang til psykiatriske kompetencer for somatiske patienter og bidrage til et styrket ledelsesmæssigt fokus og tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning.
2. Det tværsektorielle samarbejde om mennesker med psykiske lidelser skal styrkes. Forslaget involverer krav om fasttilknyttede læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien og overvejelser om tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet.
3. Udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien skal styrkes. Formålet er at sikre hurtigere udbredelse og bedre udnyttelse af digitale løsninger, som kan skabe bedre tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp på rette niveau. Det gælder generelt for sundhedsvæsenet. Udvikling af digitale løsninger har dog et særligt potentiale inden for psykiatrien, hvor de kan være med til at afhjælpe, at en psykisk lidelse udvikler sig eller forværres og kræver mere specialiseret behandling.

Forslag 1: Psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen

Det står regionerne frit for at organisere indsatsen i det sekundære sundhedsvæsen, herunder hvorvidt psykiatrien og somatikken organisatorisk skal hænge sammen, eller, om områderne skal være adskilte. Dog har alle regioner indrettet sig sådan, at de psykiatriske sygehuse organisatorisk er adskilte fra den øvrige sygehussektor. Psykiatrien består derfor af selvstændige organisatoriske enheder i form af psykiatrisygehuse med egen ledelse og administration. Det vil sige med egne budgetter, ledelsesansvar og ansættelsesforhold, adskilt fra somatikken.[231]

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at de sygehusansvarlige myndigheder gennemfører en organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken i en samlet ledelses- og organisationsstruktur, som lige- og sidestiller psykiatrien med somatikken.

Forslaget skal bl.a. ses i lyset af, at mennesker med psykiske lidelser gennemsnitligt har en markant øget forekomst af somatisk sygdom, jf. boks 12.6, og ofte har komplicerede forløb med behov for forskellige og samtidige indsatser inden for både psykiatrien og somatikken. Der ses markant overdødelighed for især mennesker med svære psykiske lidelser, som i nogen grad kan forklares af eksterne årsager (selvmord, mord og ulykker), men størstedelen af de tabte leveår skyldes overdødelighed som følge af somatisk sygdom. Somatisk sygdom kan være med til at komplicere forløb og medføre mange kontakter med indsatser i forskellige dele af sundhedsvæsenet. Samtidig forstærker psykiske og somatiske sygdomme hinanden så den ene sygdom påvirker forløb og konsekvenser af den anden sygdom.

Boks 12.6

Øget forekomst af somatisk sygdom og markant overdødelighed – ulighed i sundhed

- Sammenlignet med resten af befolkningen har mennesker med psykiske lidelser gennemsnitligt en markant øget forekomst af sygdomme som fx hjertekarsygdomme, diabetes, astma og allergi.[232]
- Mennesker med psykiske lidelser har øget forekomst af risikofaktorer, såsom rygning, dårlig kost, fysisk inaktivitet og alkohol, for udvikling af somatisk sygdom og under-diagnosticering og mindre effektiv behandling.[233]
- Mennesker med psykiske lidelser er ofte i kontakt med somatikken. Ud af de samlede sygehuskontakter foregår over halvdelen af sygehusophold, det vil sige ambulante kontakter og indlæggelser, på somatiske afdelinger.[234]
- Mennesker med psykiske lidelser lever i gennemsnit 7-10 år kortere end mennesker uden psykisk lidelse.[235]
- Mennesker med de sværeste psykiske lidelser lever gennemsnitligt 15-20 år kortere end mennesker uden psykisk lidelse. Størstedelen af de tabte leveår skyldes overdødelighed på grund af somatisk sygdom og øget selvmordsrisiko.[236]

231 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

232 Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

233 Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

234 Indenrigs- og Sundhedsministeriets beregninger på baggrund af opgørelser fra Sundhedsstyrelsen, Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023 og CPR-registeret pr. 10. marts 2023.

235 Plana-Ripoll, Oleguer, Carsten Bøcker Pedersen, Esben Agerbo, Yan Holtz, Annette Erlangsen, Vladimir Canudas-Romo, Per Kragh Andersen, m.fl. "A Comprehensive Analysis of Mortality-Related Health Metrics Associated with Mental Disorders: A Nationwide, Register-Based Cohort Study". The Lancet 394, nr. 10211 (november 2019): 1827–35.

236 Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

- Psykiske lidelser er en væsentlig risikofaktor for selvmord og selvmordsforsøg. Mennesker, der har været indlagt på grund af en psykisk lidelse, har en ca. 20 gange højere selvmordsrate end resten af befolkningen. [237]
- Hos mennesker med skizofreni skyldes ca. 60 % af overdødeligheden somatisk sygdom. For mennesker med bipolar lidelse eller skizofreni er dødeligheden af hjertekarsygdomme 2-3 gange højere end resten af befolkningen.[238]

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer på den ene side, at den nuværende adskilte ledelses- og organisationsstruktur kan give psykiatrien mulighed for at udvikle eget speciale og faglighed. En selvstændig ledelse kan give mulighed for at have særskilt fokus på egne faglige miljøer og fastholde og udbygge en nødvendig specialisering på psykiatriområdet i forhold til målgruppens behov og forudsætninger. En selvstændig psykiatri kan derudover potentielt i højere grad fastholde og tiltrække ressourcer ved ikke at skulle konkurrere herom med andre sygehusområder. På den anden side vurderer kommissionen, at opdelingen medfører øget risiko for silotænkning, der kan gøre det vanskeligere at samarbejde om den konkrete behandling, hvor der ofte vil være behov for både en somatisk og en psykiatrisk indsats.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at fordelene ved en organisatorisk integration mellem psykiatrisk og somatisk udredning, diagnostik og behandling samlet set er større end ulemperne. En integration kan være med til at sikre færre overgange og dermed bedre sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser.[239] Det faglige oplæg til 10-årsplanen for psykiatrien peger på, at samarbejde mellem somatikken og psykiatrien ikke alle steder er tilstrækkelig, og at der kan være udfordringer med at sikre integration af behandlingen på tværs af psykiatriske og somatiske afdelinger. Det er særligt vigtigt at sikre sammenhæng for mennesker med multisygdom, som i endnu højere grad har behov for støtte og opfølgning, hvis de skal undgå frafald og forværring af deres sygdom. En organisatorisk samling vil samtidig sikre nemmere adgang til og udnyttelse af psykiatriske kompetencer, hvor der måtte være behov for det i somatikken, både i akutte og planlagte forløb.

De fysiske symptomer bliver ofte overset hos mennesker med psykiske lidelser, både af dem selv og af sundhedsvæsenet. En integreret ledelses- og organisationsstruktur vil kunne skabe grundlag for en øget opmærksomhed på at opspore og behandle samtidig somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser ved at bringe relevante sundhedsfaglige kompetencer bedre sammen. En integration vil dermed kunne øge mulighederne for, at somatiske lidelser opdages og behandles mere effektivt hos mennesker med psykiske lidelser, end det sker i dag.

Ved i højere grad at kunne have fokus på at opspore og behandle somatiske lidelser, er det kommissionens vurdering, at en stærkere integration kan være med til at mindske den markante ulighed i sundhed, der ses blandt mennesker med psykiske lidelser. Det er også vurderingen, at det kan bidrage til et opgør med den udbredte stigmatisering på området, som det faglige oplæg til 10-årsplanen peger på som en udfordring, og som har konsekvenser for mennesker med psykiske lidelser, og som kan udgøre en generel barriere for den nødvendige udvikling af området.

En organisatorisk integration af somatikken og psykiatrien kan bidrage til et styrket ledelsesmæssigt fokus og tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning. Det faglige oplæg til 10-års planen for psykiatrien peger på, at de områder fortsat er en udfordring.[240] Styrket forskning, forebyggelse og behandling vil give et løft af kvalitet i indsatserne

237 Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

238 Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

239 Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

240 Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

og vil øge mulighederne for rekruttering og fastholdelse af faggrupper i psykiatrien. Ved i højere grad at samle forskningsressourcer og forskningsmiljøer, understøttes ensartede tværfaglige og evidensbaserede behandlingstilbud af høj kvalitet til gavn for alle, uanset om lidelsen er af psykisk eller somatisk karakter.

En organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken vil være et vigtigt element i at omstille sundhedsvæsenet til i højere grad end i dag at håndtere et stigende antal mennesker med flere sygdomme på samme tid. Håndtering af multisygdom kræver et sundhedsvæsen, der ser på hele sygdomsbilledet og leverer en sammenhængende indsats af høj kvalitet.

Det er dermed kommissionens samlede vurdering, at fordelene ved at integrere psykiatri og somatik er større end de fordele, der er ved at fastholde en adskillelse. Kommissionen foreslår derfor, at de sygehusansvarlige myndigheder gennemfører en organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken i én samlet ledelses- og organisationsstruktur, som lige- og sidestiller psykiatrien med somatikken.

Forslaget indebærer organisatoriske ændringer i den eksisterende sygehusstruktur med etablering af nye ledelsesstrukturer og arbejdsgange, og der må i en overgangsperiode forventes omstillings- og implementeringsomkostninger. Det skal bl.a. ses i lyset af, at den administrative adskillelse af somatik og psykiatri har været gældende siden slutningen af 1980'erne (se kapitel 3). Der vil dog også være administrative fordele ved en samlet ledelses- og organisationsstruktur, fx ved at kunne samle funktioner som HR, økonomi og IT.

Ændringerne kan gennemføres løbende over en periode, hvor der også tages højde for det aktivitetspres, der aktuelt opleves i psykiatrien. Ændringerne forudsætter et stærkt ledelsesmæssigt fokus på at skabe tryghed for mennesker med psykiske lidelser og medarbejdere i psykiatrien i en overgangsperiode (se kapitel 16).

Forslag 2: Styrket tværsektorielt samarbejde om mennesker med psykiske lidelser

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår tiltag, der skal styrke samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almenmedicinske tilbud om mennesker med psykiske lidelser. Tiltagene i dette afsnit skal ses i sammenhæng og vedrører:

- Krav om fasttilknyttede læger på botilbud
- Nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien
- Tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet

Krav om fasttilknyttede læger

Indsatsen til mennesker med psykiske lidelser indtænkes som et centralt element i den nye organisering af de almenmedicinske tilbud (se kapitel 9). For at imødekomme patienternes behov, skal det almenmedicinske tilbud varetage flere og mere komplekse opgaver. Det omfatter også en styrket behandling af mennesker med psykiske lidelser.

Forslagene til ændret organisering af det almenmedicinske tilbud indebærer bl.a., at opgavebeskrivelsen fremover skal fastsættes af nationale myndigheder og fx indeholde en forpligtigelse for den myndighed, der er ansvarlig for det almenmedicinske tilbud, til at tilvejebringe en fasttilknyttet læge på botilbud. Myndigheden gives derudover kompetence til at benytte forskellige kliniktyper i form af alment praktiserende læger, offentligt drevne klinikker eller udbudsklinikker og gives mulighed for at etablere eller udbyde 'fokuserede almenmedicinske tilbud', hvor der fx kan etableres et almenmedicinsk tilbud i sammenhæng med øvrige sundheds- eller plejeindsatser målrettet bestemte grupper, som fx borgere på botilbud.

Kommissionen foreslår i den sammenhæng, at beboere, bl.a. mennesker med psykiske lidelser, der bor på et botilbud, skal have tilbud om at vælge en læge, som er fasttilknyttet botilbuddet. Kravet om at tilvejebringe indsatsen fastlægges som en del af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud, hvor den myndighed, som er ansvarlig for det almenmedicinske tilbud, bliver forpligtet til at tilvejebringe tilbuddet. Det skal nærmere fastlægges, hvilke botilbud som skal omfattes.

Boks 12.7
Kort om sociale botilbud

Målgruppen for midlertidigt ophold i boformer efter servicelovens § 107 og for længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 dækker over et bredt spektrum af mennesker med forskellige diagnoser, fysiske og psykiske funktionsnedsættelser og behov for hjælp og støtte. I de sociale tilbud varetager især socialpædagoger opgaven. Men der er også ansat en række andre faggrupper såsom social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter og lærere. Der er også ansat medarbejdere med andre typer af uddannelser og medarbejdere, som ikke har en uddannelse. En analyse viser, at kun 55 pct. af medarbejderne i socialpsykiatrien har en uddannelse inden for social- eller sundhedsområdet.[241]

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at beboerne på botilbud tilknyttes en tovholderfunktion, der skal sikre et mere sammenhængende forløb i forhold til de aktører inden for og uden for botilbuddet, som er involverede i indsatsen over for den enkelte beboer. Tovholderen kan fx være en kommunal sygeplejerske. Tovholderen skal inddrage beboerne og være ansvarlig for at koordinere behandlingsforløbet og samtidig fungere som bindeled på tværs af almenmedicinsk tilbud, sygehus og kommune. Det skal bidrage til at skabe et mere sammenhængende forløb gennem tydelighed omkring faggruppers ansvar og roller, overgange mellem sektorer, indhold i indsatsen m.v.

Forslaget skal ses i sammenhæng med eksisterende ordninger om udgående teams fra behandlingspsykiatrien. Et eksempel er botilbudsteams, der skal understøtte bedre sundhedsfaglig indsats og samarbejde på tværs af socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien for mennesker med psykiske lidelser, der bor på botilbud. En erfaringsopsamling om botilbudsteams viser, at faste og tilgængelige botilbudsteams, der sammen med medarbejderne på botilbud prioriterer et tæt samarbejde, giver en bedre behandling og en bedre koordineret indsats for beboere på botilbuddet.[242]

Forslagene skal sikre en stærkere forebyggende og behandlende indsats til beboere på botilbud. Fast tilknytning af læger vil skabe bedre forudsætninger for, at både somatisk og psykisk sygdom kan opdages og behandles effektivt og tidligere med tilfredsstillende kvalitet. Det skal være med til at sikre større sundhed og livskvalitet for beboere på botilbud og medvirke til at undgå forebyggelige sygehusindlæggelser.

Fasttilknyttede læger på botilbud vil i højere grad tage udgangspunkt i den enkelte beboers behov og sikre en løbende kontakt til lægen, som for nogle ellers ikke vil finde sted. Manglende lægebesøg kan skyldes en række barrierer, som ofte kan være lavpraktiske, men som for sårbare mennesker kan føles uoverskuelige, fx udfordringer med tidsbestilling, begrænsede åbningstider eller manglende viden om relevante sundhedstilbud.

Et fast samarbejde med lægen betyder, at vejen fra den enkelte til lægen bliver kortere for mennesker med psykiske lidelser. Samtidig vil sundhedsindsatsen blive en mere integreret del af det samlede botilbud. Faste læger tilknyttet bosteder skal således arbejde både med de enkelte beboere og samarbejde med personalet, og dermed bidrage til styrkede sundhedsfaglige kompetencer på botilbuddene.

241 Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

242 Sundhedsstyrelsen, og Social- og Boligstyrelsen. "Erfaringsopsamling af botilbudsteams". Sundhedsstyrelsen, 2024.

Forslaget kan tage afsæt i erfaringerne fra ordningen med fasttilknyttede læger på plejecentre, som netop har vist, at en fasttilknyttet læge kan skabe bedre koordinering af pleje, øge lægens erfaring med målgruppen og sikre et mere tæt forhold mellem patient og læge, som samlet kan løfte kvaliteten og bl.a. reducere antallet af sygehusindlæggelser (se boks 12.8.)

Boks 12.8
Erfaringer med fasttilknyttede læger på plejehjem

Med overenskomsten for almen praksis fra 2022 blev ordningen med fasttilknyttede læger på plejehjem en del af overenskomsten. Ca. 90 pct. af plejehjemsbeboere er i dag omfattet af tilbud om fasttilknyttet læge. Formålet med ordningen er at skabe en bedre kvalitet i indsatsen for beboerne på plejehjemmet, bl.a. gennem styrket kommunikation, tilgængelighed og samarbejde mellem plejepersonalet og den alment praktiserende læge, så der sikres størst mulig faglig indsigt, god medicinhåndtering og kontinuitet i pleje- og behandlingsforløbene. Formålet er desuden at reducere omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Ordningen er overvejende finansieret ved, at beboerne vælger den fastilknyttede alment praktiserende læge, som deres egen læge. Dertil kommer honorering for et antal timer til rådgivning af personalet.

Erfaringerne med ordningen viser, at fasttilknyttede læger betyder tættere samarbejde mellem lægen og plejepersonalet, bedre behandling og opfølgning for patienten, bedre medicinhåndtering, færre indlæggelser og genindlæggelser og dermed mindre pres på sygehusenes akutmodtagelser[243]

Sundhedsstrukturkommissionen hæfter sig ved, at der tidligere har været iværksat tiltag, der skulle styrke den sundhedsfaglige indsats på botilbud. Med satspuljeaftalen for 2017-2020 blev der indgået en politisk aftale om at etablere en ordning med faste læger på botilbud. Med overenskomstaftale om almen praksis fra juni 2021 blev der indført et sundhedstjek, hvis formål er at forebygge og eventuelt behandle somatiske sygdomme hos voksne, som opholder sig på botilbud. Alle praktiserende læger er forpligtet til at indgå i den styrkede indsats. I begge tilfælde er der dog tale om indsatser, som ikke har opnået betydelig og ønsket udbredelse inden for de nuværende rammer. Kommissionen vurderer, at forslagene om fasttilknyttede læger på botilbud vil kunne understøtte den ønskede udbredelse.

Nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien

Kommissionen foreslår, at sammenhængen og kvaliteten i den sundhedsfaglige indsats til mennesker med psykiske lidelser, som også modtager indsatser på socialområdet (socialpsykiatrien), styrkes gennem nationale kvalitetsstandarder for opgavevaretagelsen.

Høj kvalitet i den sundhedsfaglige indsats er afgørende for, at mennesker med psykiske lidelser kan hjælpes til at komme tilbage til hverdagslivet. Det fremgår af det faglige oplæg til 10-årsplanen for psykiatrien, at der i dag ikke er en tilstrækkelig kvalitet i tilbuddene i socialpsykiatrien. Oplægget peger bl.a. på, at der er begrænset adgang til sundhedsfaglig viden for personalet, og at tilbuddene ikke i tilstrækkelig grad er målrettet den enkeltes behov.

Det faglige oplæg konkluderer, at mange mennesker med psykiske lidelser oplever, at deres forløb er præget af utilstrækkeligt samarbejde og utilstrækkelig vidensdeling og koordination mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

243 Christensen, Line Due, Claus Høstrup Vestergaard, Morten Bondo Christensen, og Linda Huibers. "Health Care Utilization Related to the Introduction of Designated GPs at Care Homes in Denmark: A Register-Based Study". Scandinavian Journal of Primary Health Care 40, nr. 1 (2. januar 2022): 115–22.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der udarbejdes og implementeres kvalitetstandarder, der fastlægger anbefalinger og forpligtende krav til den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien, herunder for indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser på botilbud. Kvalitetsstandarderne for den sundhedsfaglige indsats skal beskrive samspillet med de sociale indsatser og udarbejdes under inddragelse af relevante myndigheder under Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

Kvalitetsstandarder skal være med til at løfte og ensarte kvaliteten i de sundhedsfaglige indsatser for mennesker med psykiske lidelser, som modtager samtidige indsatser fra sundheds- og socialområdet. Kvalitetstandarder skal også understøtte den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet, hvor langt flere forløb varetages i det primære sundhedsvæsen. Det er til gavn for den enkelte, som kan modtage indsatser i trygge og vante omgivelser og er med til at understøtte en effektiv anvendelse af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet. Kvalitetsstandarder har også til formål at understøtte bedre sammenhæng for den enkelte ved at tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen mellem relevante aktører.

Kvalitetstandarder skal dermed ses i sammenhæng med en national sundhedsplan (se kapitel 11). En national sundhedsplan skal også gælde for psykiatrien og sætte en strategisk retning for udviklingen af indsatser for mennesker med psykiske lidelser, herunder tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Kommissionen lægger vægt på, at kvalitetstandarder også omfatter anbefalinger og krav til sygehusene om at påtage sig en generelt større rolle i forhold til udvikling af det primære sundhedsvæsen. Det handler fx om, at de almenmedicinske tilbud skal have let og hurtig adgang til faglig rådgivning og psykiatriske vurderinger fra sygehusene. Tilsvarende kan gælde for andre sundhedstilbud i det primære sundhedsvæsen (se kapitel 12).

Kommissionen har i den forbindelse drøftet en problemstilling om tilbagehenvisninger fra psykiatrien til almenmedicinske tilbud. En tilbagehenvisning er udtryk for, at psykiatrien sender en henvisning tilbage til den henvisende læge, som dermed fastholder behandlingsansvaret. Der skal skelnes imellem mangelfulde henvisninger, som tilbagevises, fordi de ikke opfylder kravene for en henvisning til den regionale psykiatri, og tilbagehenvisninger, hvor henvisningerne opfylder henvisningskravene til den regionale psykiatri, men tilbagehenvises på baggrund af sundhedsfaglig visitation.

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har i 2020 foretaget en rundspørge blandt deres medlemmer, der viser, at op i mod 90 procent af de alment praktiserende læger jævnligt oplever problemer med tilbagehenvisninger i psykiatrien. Problemet gælder særligt for børne-og ungdomspsykiatrien. Tilbagehenvisninger kan være med til at skabe usikkerhed og tvivl hos den enkelte om det videre behandlingsforløb og risiko for forværring af tilstanden, hvis den almenmedicinske læge ikke har alternative muligheder for at tilbyde relevant udredning og behandling.

Kommissionen mener, at tilbagehenvisninger bør minimeres og altid ledsages af en begrundelse, som kan være med til at oplyse og vejlede den henvisende læge. Kommissionen noterer sig samtidig, at Sundhedsstyrelsen sammen med regionerne har igangsat et arbejde, der skal kvalificere en opgørelsesmodel for tilbagehenvisninger. Modellens formål er at sikre et nationalt overblik over tilbagehenvisninger og et mere sammenligneligt datagrundlag på tværs af regionerne. Arbejdet skal ses med regionernes egne tiltag om at forbedre henvisningspraksissen. Det lærende aspekt i tilbagehenvisningerne skal være med til at belyse, hvordan regionerne fremover kan arbejde systematisk med at indsamle data og følge omfanget og årsager til tilbagehenvisninger. Arbejdet skal også være med til at forbedre samarbejdet og dialogen om den enkelte patient mellem den alment praksiserende læge og den regionale psykiatri og dermed mindske risikoen for tilbagehenvisninger.

Forslaget skal derudover ses i tæt sammenhæng med udarbejdelse og implementering af forløbsbeskrivelser for specifikke patientgrupper i psykiatrien. Arbejdet er sat i gang i regi af 10-årsplanen for psykiatri. Forløbsbeskrivelser er som udgangspunkt faglige anbefalinger om fx faglig og organisatorisk kvalitet og samarbejde på tværs af indsatser, mens kvalitetsstandarder indeholder forpligtende krav og anbefalinger til relevante myndigheder. Kvalitetsstandarder kan indeholde eller referere til relevante anbefalinger fra forløbsbeskrivelser og bidrage til stærkere implementering af anbefalinger for bedre og mere sammenhængende forløb.

Tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet

Det faglige oplæg til 10-årsplanen for psykiatrien anbefaler, at der bør etableres et stærkt myndighedssamarbejde, som understøtter en tværsektoriel og sammenhængende indsats til mennesker med psykiske lidelser. Samarbejde er særligt vigtigt i lyset af, at forløb på psykiatriområdet foregår på tværs af forskellige lovgivningsområder, herunder på tværs af sundhedsloven og serviceloven.

Sundhedsstrukturkommissionen er enig i anbefalingen og lægger samtidig vægt på, at samarbejde på psykiatriområdet på tværs af alle involverede sektorer bør være en del af det generelle tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet for at sikre, at psykiatri indtænkes som en del af det samlede sundhedsvæsen.

Psykiatriområdet indgår som en del af samarbejdet i de nuværende sundhedsklynger. Analyse af sundhedsklyngerne, som er gennemført for Sundhedsstrukturkommissionen, peger på, at der på tværs af de regionale og kommunale deltagere i sundhedsklyngerne opleves vanskeligheder ved at repræsentere det samlede psykiatriske område i klyngesamarbejdet.[244] Det skyldes især, at psykiatriområdet dækker over flere forvaltnings- og myndighedsområder. Det giver et vanskeligt dilemma med at få den nødvendige indsigt ind i sundhedsklyngen uden at gøre deltagerkredsen for omfattende.

Kommissionens forslag om en organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken vurderes alt andet lige at reducere udfordringen på den regionale side, idet der i udgangspunkt vil være én ledelse for den samlede sygehussektor repræsenteret i klyngesamarbejdet. Kommissionen finder det derudover relevant, at der fra kommunal side fortsat er fokus på at sikre en tilstrækkelig inddragelse af relevante kommunale forvaltninger ind i klyngesamarbejdet. I kapitel 15 om forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet indgår yderligere forslag om sundhedsklynger. Kommissionen lægger desuden vægt på, at der etableres relevante myndighedssamarbejder på tværs af behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Sundhedsstrukturkommissionen har overvejet muligheden for tværfaglige fora målrettet udvalgte målgrupper af mennesker med psykiske lidelser, hvor samarbejdet har et bredere perspektiv end sundhed og mental trivsel. Det kan være samarbejde om børn og unge, hvis formål er at forbedre sundhed og trivsel og samtidig understøtte, at flere unge gennemfører en uddannelse. Det kan være samarbejde målrettet voksne med støtte- og plejebehov, hvor indsatser, der skal forbedre sundhed, tænkes sammen med indsatser, der skal sikre tilknytning til arbejdsmarkedet.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår på baggrund af bl.a. erfaringerne fra sundhedsklyngerne, at relevante myndigheder fremover vurderer behovet for særskilte fora på det psykiatriske område, navnlig hvor problemstillingerne går på tværs og involverer andre aktører og forvaltninger end dem, der normalt indgår i klyngesamarbejdet.

Forslag 3: Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien

Der er behov for at sikre hurtigere udbredelse af digitale løsninger og bedre datadeling, som kan skabe bedre tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp på rette niveau på tværs af det samlede sundhedsvæsen (se kapitel 10). Udbredelse af digitale løsninger har et særligt potentiale inden for psykiatrien, hvor de kan være med til at afhjælpe, at mistrivsel eller lettere psykiske lidelser forværres og kræver mere specialiseret behandling. Styrket udbredelse af digitale løsninger er særligt påkrævet i psykiatrien i lyset af det aktuelle kapacitetspres.[245]

Digitale løsninger i psykiatrien kan forbedre tilgængelighed, kvalitet og effektivitet af psykiatriske behandlingstilbud, fx i form af videokonsultationer, digital selvmonitorering, virtual reality-baseret terapi, digital terapi i hjemmet, øget automatisering og brug af kunstig intelligens til understøttelse af klinisk administrative opgaver, diagnostik og behandlingsvalg. Digitale løsninger, der kan bidrage til at fremme

244 Implement Consulting Group, "Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb", 2024.
245 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

mental sundhed og forebygge psykiske lidelser, er fx apps og websider med viden og værktøjer, der styrker mental sundhed og træner strategier til håndtering af belastninger i hverdagen. Digitale løsninger som apps og websider kan udbredes på befolkningsniveau og på den måde nå mange i målgruppen med en evidensbaseret indsats.

Digitalisering i psykiatrien har dermed store potentialer for at give mennesker med psykiske lidelser lettere adgang til forebyggelse, støtte og behandling. Digitale løsninger skal integreres i psykiatriens tilbud og være med til at sikre sammenhæng i patientforløb og støtte til recovery – før, under og efter kontakt til psykiatrien. Der er allerede opbygget stor viden og erfaring på området, og der er eksempler på digitale tilbud i drift flere steder i landet (se boks 12.9).

Boks 12.9
Digital terapi ved depression og angst

Internetpsykiatrien.dk, som drives af Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark, tilbyder evidensbaseret, digital terapi for let til moderat depression og angst. Behandlingen foregår i et online selvhjælpsprogram med skriftlig støtte og feedback fra en psykolog. Tilbuddet er landsdækkende, gratis og for personer over 18 år.

Med "Aftale om en bedre psykiatri – hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne" fra november 2023 var der enighed om at styrke Internetpsykiatrien.dk med henblik på at give flere adgang til behandlingstilbuddet. Det skal ses på baggrund af, de senere års stigning i forekomsten af angst og depression i befolkningen.

Sundhedsstrukturkommissionen mener, at der er behov for fortsat fokus på udvikling og udbredelse af digitale løsninger på psykiatriområdet for at kunne imødekomme det stigende behov for hjælp og de deraf følgende kapacitetsudfordringer og nogle steder mangel på medarbejdere i psykiatrien. Med digitale løsninger kan de eksisterende ressourcer udnyttes bedst muligt.

Digitale indsatser forbliver ofte lokale, selvom de med fordel kan koordineres og udbredes på tværs af landet. Større kendskab til digitale indsatser og fælles prioritering af udvikling og implementering af effektive og brugervenlige løsninger, der adresserer de største behov, kan give større fremdrift i udvikling og skalering af digitale løsninger og derved større mulighed for, at flere får gavn af digitale behandlingstilbud i psykiatrien.

Der er et stort uudnyttet potentiale for deling af data mellem aktørerne i de psykiatriske behandlingsforløb. Bedre datadeling mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri kan understøtte samarbejde og kommunikation om behandlingsforløb og bidrage til, at mennesker med psykiske lidelser får bedre, mere veltilrettelagte og sammenhængende forløb. Det handler om udvikling af platforme til tværsektoriel datadeling og forpligtende anvendelse af fælles standarder i den tværsektorielle kommunikation. Der bør også sikres mulighed for at dele patientdata på populationsniveau, som understøtter kvalitetsudvikling og forskning. Bedre datadeling i psykiatrien bør ses i forlængelse af kommissionens forslag til ændret organisering og ny styring af digitalisering og data (se kapitel 10), som bl.a. skal understøtte bedre datadeling i det samlede sundhedsvæsen. Samtidig bør tiltag til bedre datadeling i psykiatrien tage afsæt i evalueringen af de nuværende juridiske rammer i den igangværende analyse af juridiske barrierer for datadeling på tværs af sektorer i patientbehandling, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet igangsatte på baggrund af aftalen om sundhedsreformen i 2022.

En klar national strategi for den digitale udvikling i sundhedsvæsenet og en målrettet investering skal udbygge og skalere relevante digitale løsninger til mange flere mennesker med psykiske lidelser. Forslaget om styrket udbredelse af digitale løsninger i psykiatrien skal derfor ses i tæt sammenhæng med kommissionens anbefaling om en ny organisering og styring af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet (se kapitel 10).

Samlet vurdering af forslag

I det følgende foretager Sundhedsstrukturkommissionen en samlet vurdering af forslag til ændringer af organiseringen og samarbejdet inden for psykiatriområdet, som er præsenteret i kapitlet. Vurderingen foretages på baggrund af de hensyn, der blev opstillet i kapitel 6.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at anbefaling og forslag understøtter et sundhedsvæsen med høj kvalitet i opgaveløsningen. En organisatorisk integration af psykiatrien med det samlede sygehusvæsen vil øge mulighederne for, at somatiske lidelser opdages og behandles mere effektivt hos mennesker med psykiske lidelser, end tilfældet er i dag. Krav om fasttilknyttede læger på botilbud vurderes at kunne sikre en stærkere forebyggende og behandlende indsats til beboere på botilbud og vil skabe bedre forudsætninger for, at både somatisk og psykisk sygdom kan opdages og behandles effektivt og tidligere med tilfredsstillende kvalitet. Nationale kvalitetsstandarder vurderes at kunne løfte og ensarte kvaliteten i de sundhedsfaglige indsatser for mennesker med psykiske lidelser, som modtager samtidige indsatser fra sundheds- og socialområdet. Forslaget om styrket udbredelse af digitale løsninger i psykiatrien vurderes bl.a. at kunne forbedre kvaliteten af psykiatriske behandlingstilbud.

Forslagene understøtter desuden et sundhedsvæsen, som er tilgængeligt for borgerne, når og hvor de har brug for det. Et væsentligt formål med kravet om fasttilknyttede læger på botilbud er, at der i højere grad skal tages udgangspunkt i den enkelte beboers behov og sikre en løbende kontakt til lægen, som for nogle ellers ikke vil finde sted. Styrket udbredelse af digitale løsninger i psykiatrien skal ligeledes understøtte en øget tilgængelighed af de psykiatriske behandlingstilbud ved at sikre hurtigere hjælp på rette niveau på tværs af det samlede sundhedsvæsen.

Sundhedsstrukturkommissionens forslag bidrager til et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb. En organisatorisk integration af psykiatrien med det samlede sygehusvæsen vil bl.a. sikre færre sektorovergange for patienten og dermed understøtte en bedre sammenhæng for mennesker med psykiske lidelser. Krav om fasttilknyttede læger på botilbud vil understøtte, at sundhedsindsatsen bliver en mere integreret del af det samlede botilbud, og kvalitetsstandarder skal understøtte bedre sammenhæng for den enkelte ved at tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen mellem relevante aktører.

Endelig vurderer kommissionen, at forslagene understøtter et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer. En organisatorisk integration af psykiatrien med det samlede sygehusvæsen vil udover at sikre øge kvalitet og sammenhæng for patienterne også understøtte en effektiv brug af knappe personaleressourcer ved at bringe relevante sundhedsfaglige kompetencer bedre sammen. Krav om fasttilknyttede læger og kvalitetstandarder skal understøtte den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet, hvor langt flere forløb varetages uden for sygehusene. Det er til gavn for den enkelte, som kan modtage indsatser i trygge og vante omgivelser, og det er samtidig med til at understøtte en effektiv anvendelse af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet. Styrket udbredelse af digitale løsninger i psykiatrien kan være med til at afhjælpe, at mistrivsel eller lettere psykiske lidelser forværres og kræver mere specialiseret behandling og er dermed særligt påkrævet i psykiatrien i lyset af det aktuelle kapacitetspres.

Sundhedsstrukturkommissionen er opmærksom på, at forslaget om organisatorisk integration af psykiatrien med det samlede sygehusvæsen vil medføre implementeringsomkostninger i en overgangsperiode. Ændringerne kan bør så vidt muligt gennemføres løbende over en periode, og der bør tages højde for det aktivitetspres, der aktuelt opleves i psykiatrien.

Kapitel 13: Private aktører og patientrettigheder

I Danmark er der en lang tradition for at bruge private aktører som en del af opgaveløsningen i sundhedsvæsenet. Et af kommissoriets sigtelinjer er: "Et sundhedsvæsen, der understøtter frit valg og patientrettigheder, og sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen".[246] Sundhedsstrukturkommissionen har ikke indgående behandlet alle private aktører i sundhedsvæsenet. I stedet har kommissionen fokuseret på udvalgte private aktører i form af praktiserende speciallæger og private kommercielle sygehuse. Derudover er alment praktiserende læger behandlet i kapitel 9.

Praktiserende speciallæger er efter de alment praktiserende læger den ressourcemæssigt største aktør på praksisområdet. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at de praktiserende speciallæger bl.a. kan bidrage til øget geografisk lighed og en omkostningseffektiv brug af de samlede ressourcer. Kommissionen noterer sig, at aftalesystemet for de praktiserende speciallæger generelt set fremstår som velfungerende. Dog understøtter organiseringen ikke i tilstrækkeligt omfang en optimal udnyttelse af de praktiserende speciallægers samlede ressourcer i forhold til at sikre omstilling af sundhedsvæsenet. Den rolle og funktion, som kan varetages af praksissektoren, varierer betydeligt på tværs af specialer.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler derfor, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses for at understøtte en mere effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Hvad angår de private kommercielle sygehuse, varetager de som en stor del af deres aktivitet offentligt finansieret patientbehandling. De private kommercielle sygehuse er desuden en forudsætning for flere af de rettigheder, som patienter har i sundhedsvæsenet. Samspillet mellem det offentlige sundhedsvæsen og de private kommercielle sygehuse har derfor betydning for patienters behandling og oplevelse af sundhedsvæsenet.

I kapitel 13 beskrives først en anbefaling om at tilpasse organisering og styring af praktiserende speciallæger. Anbefalingen skal ses i sammenhæng med kommissionens anbefaling om organisering og styring af det almenmedicinske tilbud, da de to områder i dag reguleres efter samme hovedprincipper (se kapitel 9). I anden del af kapitlet vurderer Sundhedsstrukturkommissionen brugen af private sygehuse, sundhedsforsikringer og patientrettigheder. For de private sygehuse er omkring halvdelen af aktiviteten offentligt finansieret, mens den anden halvdel er privat finansieret typisk via en sundhedsforsikring. En beskeden del er baseret på egenbetaling. Derfor vurderes den private sygehusaktivitet i sammenhæng med en vurdering af sundhedsforsikringer og patientrettigheder.

Baggrund for og sammenhæng mellem private aktører, sundhedsforsikringer og patientrettigheder

I Danmark er der tradition for at bruge private aktører som en del af det samlede sundhedstilbud. For de private aktører gælder, at offentlige udgifter og omfanget af regulering varierer betydeligt på tværs af områder og indsatser, ligesom sammenhængen med patientrettigheder og sundhedsforsikringer varierer, jf. tabel 13.1.

246 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen", 2023.

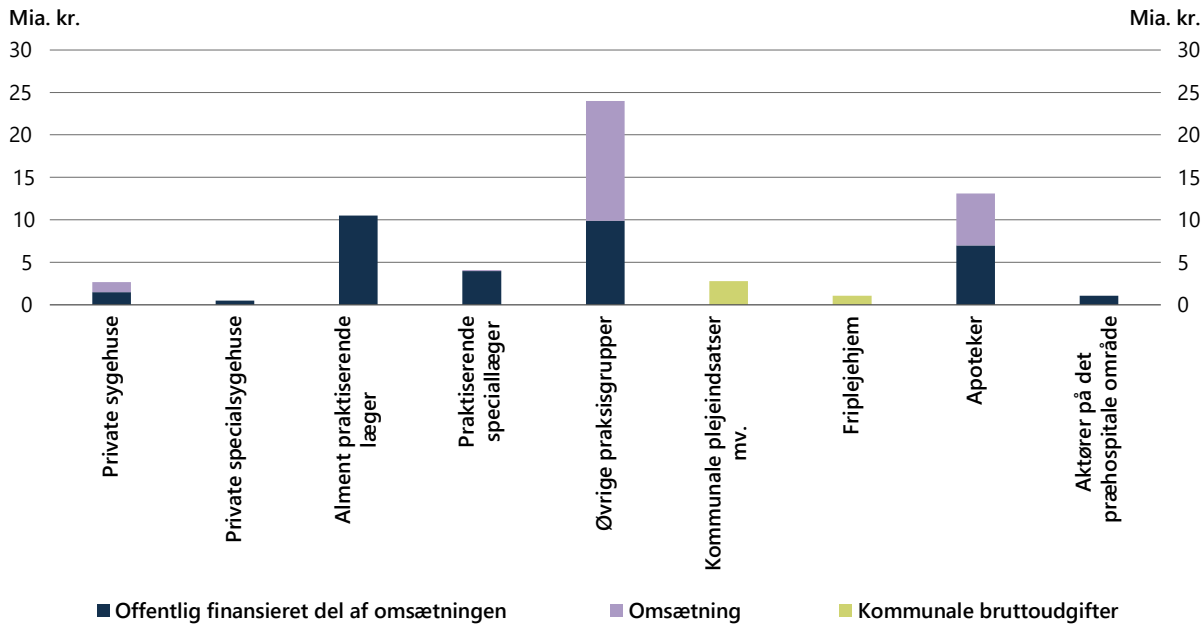
Tabel 13.1
Udvalgte private aktører på sundheds- og ældreområdet, hovedgrupper

Aktør	Økonomi	Rammer og regulering
Private kommercielle sygehuse	Omsætning på 2,7 mia. kr., heraf offentligt finansieret aktivitet på 1,5 mia. kr., i 2022	Udbudsaftaler (ca. 0,6 mia. kr.) og aktivitet afledt via patientrettigheder (knap 0,9 mia. kr.) Den privatfinansierede aktivitet er typisk via private sundhedsforsikringer.
Private specialsygehuse	Offentlig finansieret udgift på ca. 0,5 mia. kr. i 2023.	Efter sundhedslovens § 79, stk. 2, yder regionerne sygehusbehandling ved en række private specialsygehuse indenfor årlig økonomisk ramme fastsat ved bekendtgørelse.
Alment praktiserende læger	Offentligt finansieret udgift på ca. 10,5 mia. kr. i 2022.	Overenskomst, lokale aftaler m.v. og egenfinansiering.
Praktiserende speciallæger	Omsætning på 4,1 mia. kr., heraf offentligt finansieret aktivitet på 4,0 mia. kr. i 2022.	Overenskomst, lokale aftaler og gennem det udvidede sygehusvalg (patientrettigheder) hvad angår den offentligt finansierede aktivitet og via private sundhedsforsikringer og egenfinansiering.
Øvrige praksisgrupper (fysioterapeuter, fodterapeuter, psykologer, kiropraktorer, tandlæger og tandplejere)	Omsætning på 24,0 mia. kr., heraf offentligt finansieret aktivitet på 9,9 mia. kr. i 2022.	Overenskomst hvad angår den offentligt finansierede aktivitet og private sundhedsforsikringer og egenfinansiering.
Private leverandører af kommunale plejeindsatser m.v.	Kommunens bruttoudgifter til private leverandører af personlig pleje, praktisk hjælp og madservice i eget hjem, plejehjem, plejeboliger og beskyttede boliger udgjorde 2,8 mia. kr. i 2022. Personlig pleje og praktisk hjælp omfatter størstedelen af de kommunale plejeindsatser.	Udbud afledt af ret til frit valg.
Friplejehjem	Kommunens bruttoudgifter til friplejehjem var 1,1 mia. kr. i 2022.	Lov om friplejeboliger afledt af ret til frit valg.
Apoteker	Omsætning på 13,1 mia. kr. heraf offentlig finansieret aktivitet på 7,0 mia. kr.	Apotekerloven.
Private aktører på det præhospitale område (ambulancedrift)	Offentlig finansiering er groft skønnet til at udgøre ca. 1,1 mia. kr.	Regionerne kan vælge, om de selv vil varetage ambulancedriften eller helt eller delvist benytte sig af andre regionale, kommunale eller private leverandører, jf. bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet. Private aktører tildeles opgave efter udbud.

Anm.: Omsætning for private kommmercielle sygehuse er opgjort som bruttoomsætning. Omsætningen for praktiserende speciallæger, øvrige praksisgrupper og apoteker mv. inkluderer både aktivitet dækket af det offentlige, forsikringer og husholdningsernes egenbetaling. Kommunens bruttoudgifter til private leverandører af personlig pleje, praktisk hjælp og madservice og friplejehjem dækker kun over kommunernes udgifter til private leverandører. Bruttoudgifterne opgøres uden at fratrække modtagernes egenbetaling. Skøn for offentlig finansering af private aktører på det præhospitale område er baseret på regionernes indberetninger til Rigsrevisionen til brug i notat om tilrettelæggelsen af en større undersøgelse af ambulancedriften i regionerne (marts 2024).

Kilde: Sundhed Danmark, branchestatistik 2022, Bekendtgørelse om økonomiske rammer for frit valg til private specialsygehuse m.v. og for specialiseret ambulant behandling på Øfeldt Centrene, Finansministeriet, Rigsrevisionen, DST tabel SHA1 og Kommunernes regnskaber, 2022.

Figur 13.1
Økonomi for udvalgte private aktører på sundheds- og ældreområdet, hovedgrupper



Anm.: Omsætning for private kommmercielle sygehuse er opgjort som bruttoomsætning. Omsætningen for praktiserende speciallæger, øvrige praksisgrupper og apoteker m.v. inkluderer både aktivitet dækket af det offentlige, forsikringer og husholdningsernes egenbetaling. Kommunens bruttoudgifter til private leverandører af personlig pleje, praktisk hjælp og madservice og friplejehjem dækker kun over kommunernes udgifter til private leverandører. Bruttoudgifterne opgøres uden at fratrække modtagernes egenbetaling. Skøn for offentlig finansering af private aktører på det præhospitale område er baseret på regionernes indberetninger til Rigsrevisionen til brug i notat om tilrettelæggelsen af en større undersøgelse af ambulancedriften i regionerne (marts 2024).

Kilde: Sundhed Danmark, branchestatistik 2022, Bekendtgørelse om økonomiske rammer for frit valg til private specialsygehuse mv. og for specialiseret ambulant behandling på Øfeldt Centrene, Finansministeriet, Rigsrevisionen, DST tabel SHA1 og Kommunernes regnskaber, 2022.

Traditionen for private aktører er stærk og langvarig i særligt praksissektoren. Sektoren består næsten udelukkende af privatpraktiserende sundhedspersoner. Praksissektoren udgør i dag 12-13 pct. af de regionale sundhedsudgifter og er i overvejende grad offentligt finansieret og reguleret via overenskomster.

Private kommercielle sygehuse og sundhedsforsikringer er kommet til indenfor de seneste 30-35 år og er til sammenligning nyere private aktører og ordninger på sundhedsområdet. De private sygehuse varetager både privat og offentligt finansierede opgaver, og de private sygehuse er bl.a. en del af forudsætningen for at have patientrettigheder om hurtig udredning og behandling. De kommercielle private sygehuse er i sammenligning med det offentlige sygehusvæsen af relativ beskeden størrelse, men deres omsætning er vokset relativt kraftigt over de senere år.

I samme periode er der løbende indført en række markante patientrettigheder i sundhedsvæsenet. Rettighederne har til formål at sikre patienter flere valgmuligheder og hurtigere adgang til udredning, behandling og genoptræning i sundhedsvæsenet. Private sundhedsforsikringer er dels arbejdsgiver- og pensionskassebetalte forsikringer, hvor næsten alle privatansatte i dag er dækket af en sundhedsforsikring, dels individuelt tegnede ordninger gennem Sygesikringen "danmark", hvis primære formål er at dække patienters egenbetaling i sundhedsvæsenet.

Private aktører og patientrettigheder er en del af den samlede organisering af sundhedsvæsenet. Rammerne og reguleringen af aktører og ordninger har derfor også en betydning for, hvordan borgerne oplever sundhedsvæsenet. Det gælder fx i forhold til tilgængelighed af tilbud, valgmuligheder og sammenhæng i borgernes forløb. Private aktører og rettigheder påvirker også de offentlige myndigheder på sundheds-området. Private kommercielle sundhedsaktører skaber fx en konkurrence, som alt andet lige kan give det offentlige sundhedsvæsen en stærkere tilskyndelse til at sikre en mere effektiv opgaveløsning. Et privat marked kan også påvirke det offentlige sundhedsvæsens muligheder for adgang til kvalificeret arbejdskraft,

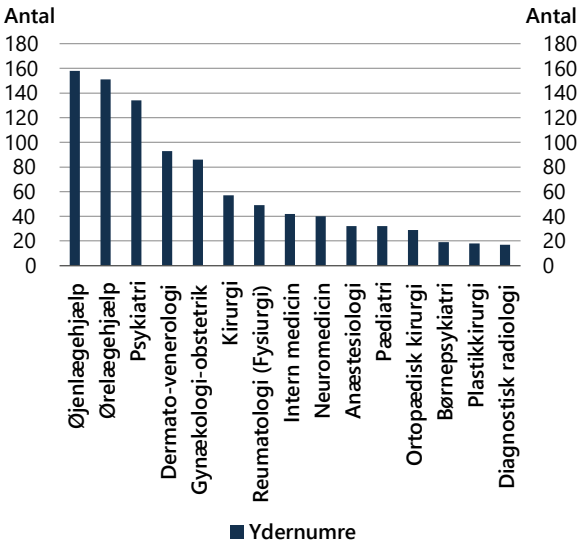
hvis private sundhedsaktører tiltrækker en øget del af den samlede sundhedsfaglige arbejdsstyrke. Patientrettigheder er et relativt markant styringsinstrument, som er med til at skabe øget politisk opmærksomhed på og prioritering af de områder, hvor rettigheder er indført. Samtidig er der en risiko for, at det sker på bekostning af de områder, der ikke er dækket af patientrettigheder.

Det er overvejelserne om gensidig påvirkning mellem offentlige og private aktører på sundhedsområdet, som er afsættet for Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger i kapitel 13 om hensigtsmæssig brug af private aktører og patientrettigheder.

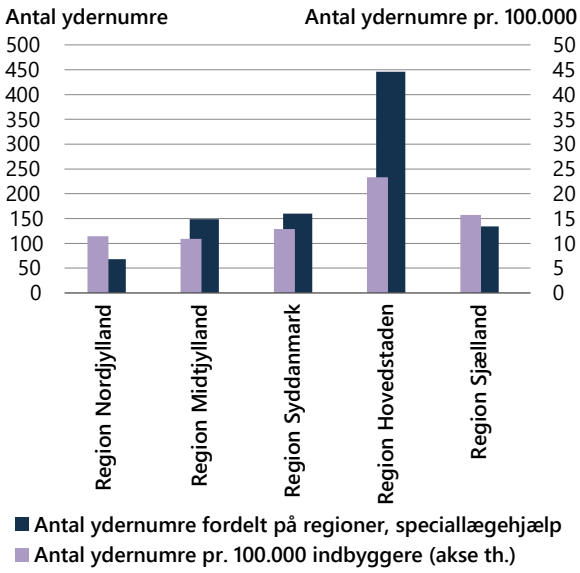
Praktiserende speciallæger

De praktiserende speciallæger er selvstændigt erhvervsdrivende speciallæger, som varetager behandling på hovedfunktionsniveau i egne klinikker.[247] De kan betragtes som en del af det sekundære sundhedsvæsen. Der er i dag knap 1.000 speciallægeklinikker fordelt på 15 medicinske specialer, som dækker over 910 fuldtidskapaciteter, jf. figur 13.2. Den mest udbredte praksisform er enkeltmandspraksis på fuldtid. Siden 2007 er antallet af klinikker faldet med ca. 100 fra 1.086 til 983, mens antallet af lægekapaciteter er steget med ca. 20. I 2022 var de regionale udgifter til speciallægehjælp på knap 4 mia. kr., og der var i alt ca. 5,3 mio. kontakter til praktiserende speciallæger fordelt på ca. 2 mio. borgere.

Figur 13.2
Fordeling af ydernumre på medicinske specialer



Figur 13.3
Fordeling af ydernumre på regioner



Kilde: Esundhed (CSC Scandihealth & Danske Regioner), Danmarks Statistik, egne beregninger.

Der er store forskelle mellem regionerne i antallet af speciallægepraksis per 100.000 indbyggere, jf. Figur 13.3. Forskellene i fordelingen af speciallæger er også at finde på tværs af kommuner i henholdsvis Øst- og Vestdanmark. I nogle hovedstadskommuner er der seks gange så mange praktiserende speciallæger pr. indbygger som i nogle kommuner i bl.a. Vest- og Nordjylland.[248]

247 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

248 FAPS og Danske Regioner, "En fælles retning – en fælles vision for speciallægepraksis", 2021.

Styringen af speciallægepraksis er kompleks, men tre styringsinstrumenter er særligt relevante at fremhæve. De praktiserende speciallæger reguleres i høj grad af Overenskomst om speciallægehjælp. Specialeplanen og den regionale praksisplan har også stor betydning for sektorens funktion og kapacitetsplanlægningen, jf. boks 13.1.

Boks 13.1
Styring af decentrale speciallægetilbud

Overenskomsten om speciallægehjælp

I overenskomsten aftaler Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS), hvilke sundhedsydelser der omfattes af overenskomsten, hvilke servicekrav der skal opfyldes, størrelsen af den økonomiske ramme og det medfølgende honorar for ydelser. Herunder aftales bl.a. regler for budgetregulering, henvisningspraksis, tilgængelighed og regler om kontrol og kvalitet. Det er hovedmålsætningen med overenskomsten at sikre befolkningen adgang til speciallægehjælp med hovedsageligt fuldtidspraktiserende speciallæger, uden tidsbegrænset ydernummer.

Specialeplan

Sundhedsstyrelsen regulerer gennem specialevejledningerne de enkelte medicinske specialers kerneopgaver, organisering og forhold, som er af væsentlig betydning for specialets og sygdomsområdets videre udvikling. Specialeplanen er sygehusfokuseret og omhandler behandling på specialfunktionsniveau, men beskriver også relevante snitflader til opgaver i praksissektoren og det kommunale sundhedsvæsen.

Praksisplan for speciallægehjælp

De enkelte regioner udarbejder med bidrag fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAS) en praksisplan for speciallægehjælp, som sætter rammen for tilrettelæggelsen af kapacitetsplanlægning og udvikling af kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Kilde: Sundhedsloven, Overenskomst om Speciallægehjælp

Potentialer ved at tilpasse rammer for praktiserende speciallæger

Der er både styrker og udfordringer forbundet med den nuværende organisering af de praktiserende speciallæger, men også uforløste potentialer. Den mest udbredte praksisform er fuldtids-enkeltmandspraksis. Det er en indretning, der rummer en række styrker. De praktiserende speciallæger har typisk stor kontinuitet i klinikken og mange års erfaring med de typiske opgaver i praksissektoren. Det betyder mulighed for kontinuitet i patienternes behandlingsforløb, og de praktiserende speciallæger kan opnå gode og langvarige samarbejdsrelationer med aktørerne i det primære sundhedsvæsen, navnlig det almenmedicinske tilbud, og de øvrige aktører i det sekundære sundhedsvæsen. Den nuværende indretning medvirker indenfor nogle specialer til at lette adgangen til behandling i geografiske områder med langt til sygehuset. Sektorens høje grad af aktivitetsbaseret finansiering tilskynder til en høj grad af omkostningseffektivitet i den enkelte klinik. Sundhedsstyrelsen vurderer, at speciallægepraksis effektivt kan varetage og afslutte flere ambulante behandlingsforløb for en række målgrupper. Det kan fx være opfølgning og kontrol af patienter med kroniske lidelser, ikke-akutte børnesygdomme, angst og depression og udredning af medicinske og kirurgiske mavetarmsygdomme.

Et potentiale ved den nuværende organisering er overenskomstens nyligt tilføjede mulighed for at etablere satellitpraksis. Satellitpraksis indebærer, at en praktiserende speciallæge et antal dage om ugen flytter sin klinik til en sekundær placering, som fx kan være i et sundhedshus eller på anden vis tæt på andre lokale sundhedstilbud. Satellitpraksis udgør dermed en mulighed for, at omplacere dele af den eksisterende kapacitet i speciallægepraksis til andre områder, hvor alternativet er en nedskalering af kapacitet i et givent

område. Det kan også medføre en udvidelse af kapaciteten, hvis en praktiserende speciallæge får tilladelse til at ansætte en assisterende speciallæge i sin normale praksis, når speciallægen er fraværende på grund af arbejde i en satellitpraksis. Dermed kan de praktiserende speciallæger understøtte adgang til et nært speciallægetilbud. Muligheden for at etablere satellitpraksis er et eksempel på, hvordan der indenfor aftalesystemets rammer, arbejdes med at adressere udfordringer i forhold til den geografiske fordeling af ydernummerkapaciteten.

Organisationsformen med enkeltmandspraksis kan også medføre visse udfordringer. Der er risiko for faglig isolation i det omfang, at den daglige lægefaglige sparring med kolleger indenfor eget eller andre specialer er fraværende. Lægens tilegnelse af den nyeste viden og metode indenfor specialet falder i et vist omfang tilbage på den enkelte læge.[249] Opgaver, som kan varetages af praktiserende speciallæger, vil i udgangspunktet være opgaver, som kan håndteres monofagligt og vedrører relativt rutineprægede sundhedsmæssige problemstillinger. Sundhedsstyrelsen vurderer dog, at organiseringen i små selvstændige enheder med stærke incitamenter til høj aktivitet kan udgøre en barriere for at indgå i systematisk kvalitetsudvikling, forskning og kompetenceudvikling i det omfang, at de aktiviteter ikke er honoreret eller nærmere reguleret.[250]

Organiseringen af de praktiserende speciallæger i selvstændige enheder, som virker relativt autonomt, kan i visse tilfælde udgøre en barriere i forhold til en fleksibel udnyttelse af den samlede speciallægekapacitet. Indenfor specialer, hvor der kan opstå betydelig ventetid samlet og i den enkelte klinik, og hvor der er delvist overlappende opgaveløsning mellem sygehus og praktiserende speciallæger, kan organiseringen være en barriere for at opnå en samlet prioritering af de patienter med størst og mest akut behov samt en effektiv opgaveplacering. For de alment praktiserende læger betyder det, at der ved beslutning om at henvise patienten til enten praktiserende speciallæge eller sygehus skal være en tydeligt defineret arbejdsdeling mellem sygehus og praktiserende speciallæge og kendskab til forventet ventetid. Fra et patientperspektiv er fraværet af en fælles indgang til speciallægehjælp særligt en barriere for borgere med lav sundhedskompetence, da borgerne selv må forventes at fremsøge relevante klinikker på sundhed.dk og vurdere den angivne ventetid. Ikke-akutte patienter prioriteres af den enkelte klinik indenfor de overenskomstfastsatte rammer.

En anden udfordring er den geografisk ulige fordeling af praktiserende speciallæger, jf. Figur 13.3. Fordelingen er historisk betinget i den forstand, at regionerne og deres forgængeres udstedelse af ydernumre er omkostningsfulde at omgøre. Derudover afspejler ydernummerfordelingen de enkelte regioners forskellige rekrutterings- og befolkningsmæssige forhold, fordi antallet af speciallæger i regionen har betydning for de enkelte regioners beslutning om at udvide kapaciteten gennem oprettelsen af nye ydernumre.[251] Endelig afspejler ydernummerfordelingen forskellige tilgange til at disponere de økonomiske og medicinske ressourcer indenfor et geografisk område. Speciallægepraksis, der virker efter en nationalt fastsat overenskomst og relativt autonomt, kan dermed ud fra et planlægningsperspektiv udgøre en begrænsning på muligheden for at prioritere den samlede speciallægekapacitet og opgaveløsning indenfor et givent speciale.

Overvejelser om ændret organisering og styring

Sundhedsstrukturkommissionen har vurderet de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger indenfor rammerne af den udvikling, som sundhedsvæsenet står overfor. Det samlede behandlingsbehov er stigende som følge af, at antallet af borgere med behov for behandling stiger. Samtidig har en større andel af patienterne behov for behandlingsforløb, som er forankret i det primære sundhedsvæsen med støtte fra det sekundære sundhedsvæsen.

249 Vestergaard, Leif og Frank Ingemann. "Idépapir om speciallægepraksis", 2024.

250 Bendix, Henrik W., Digmann, Annemette, Per Jørgensen, og Kjeld Møller Pedersen. Ledelse i sundhedsvæsenet - på hospitaler, i kommuner og i praksis. 1. e-Bogsudgave. Gyldendal Business, 2017.

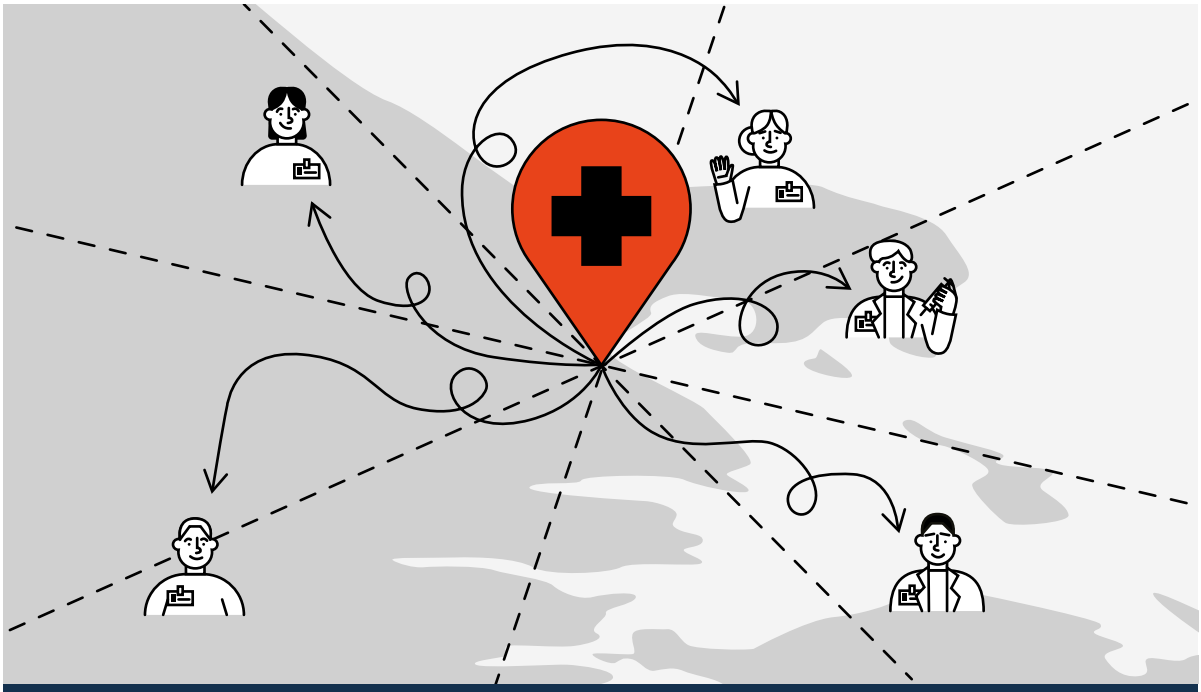
251 FAPS og Danske Regioner, "En fælles retning – en fælles vision for speciallægepraksis", 2021.

Sundhedsstrukturkommissionen noterer sig, at aftalesystemet for de praktiserende speciallæger generelt set fremstår som velfungerende. Der er en generel enighed mellem parterne om de udfordringer, som sektoren og sundhedsvæsenet står overfor, og der er besluttet tiltag for at adressere udfordringer indenfor rammerne af overenskomstsystemet.[252]

I relation til omstilling af sundhedsvæsenet er det dog kommissionens vurdering, at organiseringen ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter en optimal udnyttelse af de praktiserende speciallægers samlede ressourcer. Det kommer til udtryk ved en uensartet anvendelse af praktiserende speciallæger på tværs af landet samt manglende redskaber til at prioritere på tværs af patientpopulationen i de specialer, som oplever kapacitetsudfordringer. Kommissionen noterer sig i den forbindelse, at den rolle og funktion, som kan varetages af praksissektoren, varierer betydeligt på tværs af specialer. Det er baggrunden for den anbefaling og de forslag, som præsenteres i det følgende afsnit.

Anbefaling: Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses med henblik på at understøtte en mere effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet, jf. boks 13.2.



Boks. 13.2
Anbefaling 5

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses med henblik på at understøtte en mere effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

252 Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger, "Overenskomst om Speciallægehjælp", 2022.

Boks 13.3
Forslag

1. Planlægning af det praktiserende speciallægetilbud skal ske indenfor en styrket national ramme, som understøtter en ændret geografisk fordeling og mere effektiv brug af speciallægetilbuddet i det samlede sundhedsvæsen.
2. Det lovmæssige grundlag for ledelse af samarbejde med speciallægepraksis skal styrkes, og den ansvarlige myndigheds organisatoriske fokus på ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling skal skærpes.
3. Der skal være en fælles indgang og prioritering af patienter, som kan understøtte, at patienter med størst behov prioriteres højest for en mere effektiv anvendelse af ressourcerne.

Forslag 1: Nationalt understøttet planlægning for bedre geografisk fordeling og ressourceeffektivitet

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at praksisplanlægningen af det decentrale speciallægetilbud, som i dag varetages af regionerne, skal understøttes af en national ramme for anvendelse af praktiserende speciallæger. En styrket national ramme indebærer, at Sundhedsstyrelsen overordnet vejleder om, hvilke behandlinger på alment niveau, der er egnede til at blive placeret hos praktiserende speciallæger og det forventede omfang af behandlingerne indenfor en given sygdomsvægtet population. Sundhedsstyrelsen kan desuden vejlede om, hvilke opgaver der bør løses i de almenmedicinske tilbud med faglig støtte fra decentrale speciallægetilbud. I den nærmere udformning af initiativet kan der hentes inspiration i kommissionens forslag til at indføre en nationalt fastsat opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud (se kapitel 9).

Formålet er at understøtte, at ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes effektivt som følge af en omkostningseffektiv opgaveplacering. Derudover skal forslaget understøtte mere lige adgang og en aktiv praksisplanlægning, som tager hensyn til udviklingen i behandlingsbehovet og opgavefordelingen mellem almenmedicinske tilbud, speciallægetilbud og sygehussektoren.

På baggrund af Sundhedsstyrelsens vejledning vil den ansvarlige myndighed fortsat foretage en konkret behovsvurdering for sundhedsydelser i et geografisk område og planlægge, hvordan borgere bedst sikres en rimelig adgang til speciallægehjælp, bl.a. gennem en praksisplan for speciallægepraksis.

Vejledningen kan bl.a. tage hensyn til:

- Princippet om behandling på laveste effektive omkostnings- og omsorgsniveau
- Geografisk variation i sundhedsbehov
- Geografisk fordeling af øvrige sundhedstilbud
- Rekrutteringsforhold (fx mangel på speciallæger i praksisegnede specialer)

Konsekvensen af en mere behovsbaseret praksisplanlægning vil formentlig være, at der i området omkring hovedstaden vil skulle afvikles ydernumre til speciallægehjælp, mens kapaciteten, bl.a. i Vestdanmark, skal udvides. Den ansvarlige myndighed har i dag visse muligheder for at oprette midlertidige ydernumre og flytte, nedlægge eller omfordele ydernumre. De muligheder bruges dog sjældent.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) har i overenskomsten aftalt en mulighed for at reducere kapaciteten af praktiserende speciallæger mod en kompensation efter aftalte takster. Reduktionen forudsætter, at den samlede plan for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening viser, at kapaciteten klart overstiger det aktuelle behov. Muligheden for at tilbagekøbe ydernumre anvendes sjældent af regionerne.

Hvis regionerne vil udvide antallet af ydernumre, kan der oprettes nye fuldtidsydernumre. I overenskomsten findes alternative muligheder for at udvide speciallægekapaciteten, som i dag anvendes i begrænset omfang. Regionerne har mulighed for at udstede et "ydernummer på licens", som ikke kan videresælges og er tidsbegrænset til ti år. Den konstruktion giver mulighed for at udvide den decentrale behandlingskapacitet med større fleksibilitet ved behov for kommende tilpasninger.

Sundhedsstrukturkommissionen bemærker, at myndighederne skal sikre sig, at overenskomsten om speciallægehjælp indeholder de nødvendige og relevante værktøjer for den ansvarlige myndighed. Det indebærer bl.a., at den ansvarlige myndighed har mulighed for at foretage eventuelle tilpasninger af kapaciteten.

Forslag 2: Ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår at etablere et styrket lovmæssigt grundlag for, at den myndighed, som er ansvarlig for speciallægetilbuddet, kan specificere krav til samarbejdet mellem speciallægetilbuddene og det øvrige sundhedsvæsen. I forlængelse heraf foreslår kommissionen, at de samme myndigheder styrker deres fokus på at lede samarbejde med og kvalitetsudvikling i sektoren.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at dialogen mellem regionerne og de enkelte klinikker i vid udstrækning centrerer sig om ydelser og afregning og i mindre udstrækning fokuserer på kvalitetsudvikling.[253] De ansvarlige myndigheder kan derfor overveje at etablere en enhed, som er dedikeret til at lede den faglige udvikling og samarbejdet på tværs af speciallægetilbuddene (se også kapitel 9). Placeringen af ansvaret i en enhed skal samle den eksisterende viden og ekspertise om sektoren og yderligere professionalisere den ansvarlige myndigheds opgavevaretagelse overfor de praktiserende speciallæger. Enheden skal have kendskab til og forståelse for arbejdet i speciallægepraksis og samle ansvaret for kvalitetsudvikling, samarbejdsflader og kontrol og opfølgning.

Den enkelte klinikejer er fortsat ansvarlig for at tilrettelægge, organisere og lede klinikken i henhold til gældende aftaler og forpligtigelser. Styrket faglig ledelse sigter på at skabe gode rammer for opgaveløsningen og udvikling, god balance mellem opgaver, kapacitet og kompetencer og sikre høj kvalitet og velfungerende samarbejdsrelationer og patientforløb.

Der er flere fordele ved etableringen af en enhed med ledelsesfunktion rettet mod de praktiserende speciallæger. For det første kan det bidrage til udvikling af sektoren ud fra lokale behov. For det andet styrkes den økonomiske og ledelsesmæssige kontrol med nationalt aftalte krav. For det tredje styrkes det organisatoriske fokus hos de ansvarlige myndigheder på de praktiserende speciallægers kvalitet og aktivitet.

Det er naturligvis vigtigt ved etableringen af en ledelsesfunktion rettet mod de praktiserende speciallæger, at funktionen tilrettelægges og praktiseres på en måde, så de praktiserende speciallæger oplever den som understøttende og udviklende frem for kontrollerende.

Sundhedsstrukturkommissionen ser forslaget som et vigtigt supplement til den nuværende organisering, hvor rammerne for den faglige kvalitetsudvikling i sektoren aftales i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS).

Forslag 3: Fælles indgang, forbedret kapacitetsudnyttelse og prioritering på hovedfunktionsniveau

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der igangsættes et arbejde i Sundhedsstyrelsen med deltagelse af parterne, relevante faglige selskaber og patientforeninger med fokus på at beskrive løsninger til, hvordan grundlaget for at prioritere patienter på tværs af den samlede speciallægekapacitet kan styrkes. Det kan navnlig være relevant i forhold til specialer, som oplever ventelister og delvist overlappende opgaveløsning mellem sygehus og praktiserende speciallæger, og hvor der dermed er risiko for, at patienter samme behov

253 Vestergaard, Leif og Frank Ingemann. "Idépapir om speciallægepraksis", 2024.

prioriteres forskelligt og oplever forskellige ventetider. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at det fx kan være relevant at afsøge muligheden for en fælles indgang til behandling på alment niveau eller en fælles venteliste for praktiserende speciallæger.

Kommissionen foreslår videre, at der tages stilling til, om de forslag, der opstilles til ændret organisering i relation til de almenmedicinske tilbud, har tilsvarende relevans for de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger. I takt med, at der gøres erfaringer med en ny organisering af det almenmedicinske tilbud, kan det overvejes, hvorvidt de forslag kan overføres til det øvrige praksisområde, bl.a. de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger. Det gælder især forslaget om en national fastsat opgavebeskrivelse og forslaget om et nyt system for håndtering af tvister (se kapitel 9).

Som beskrevet ovenfor bør arbejdet munde ud i forslag, som kan forbedre ressource- og kapacitetsstyring på hovedfunktionsniveau. Hvert forslag vil være forbundet med en række forskellige styrker og svagheder, som skal belyses grundigt.

Samlet vurdering af forslag

I det følgende afsnit foretages en overordnet vurdering af de præsenterede forslag med afsæt i de opstillede hensyn (se kapitel 6).

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at forslagene understøtter geografisk lighed i adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet. Ved at understøtte planlægningen af kapaciteten i speciallægepraksis med udgangspunkt i befolkningens sundhedsbehov kan fordelingen i højere grad tage højde for geografiske afstande og den sundhedsmæssige tilstand i befolkningen. Forslagene understøtter i et vist omfang mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer. En nationalt understøttet praksisplanlægning forbedrer grundlaget for en samlet set mere effektiv ressourceudnyttelse. Forslaget om at undersøge mulighederne for fælles indgang og prioritering af patienter har potentiale i forhold til at sikre mere lighed i sundhed og øget tilgængelighed, men kan afhængig af udformningen også medføre øget administration og uigennemsigtig prioritering set fra et patientperspektiv.

Et styrket organisatorisk fokus hos de ansvarlige myndigheder og et styrket lovgrundlag for at påvirke henholdsvis kvalitetsudvikling og samarbejde vil i mindre omfang forbedre grundlaget for den politiske styring under hensyntagen til de forhold, som er fastsat ved overenskomst.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at de opstillede forslag til speciallægepraksis kan supplere den eksisterende organisering af sektoren, og de kan implementeres løbende uden væsentlig negativ påvirkning af driften.

Overvejelser om hensigtsmæssig brug af private sygehuse, sundhedsforsikringer og patientrettigheder

Det er Sundhedsstrukturkommissionens udgangspunkt, at fremtidens sundhedsvæsen fortsat skal være bygget op om et stærkt offentligt finansieret sundhedsvæsen, hvor borgerne har let og lige adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet. Brugen af private aktører kan i nogle tilfælde være et godt supplement til det offentlige sundhedsvæsen. Det kan fx være i situationer med ventetider i det offentlige sundhedsvæsen, hvor de ansvarlige myndigheder kan udnytte ledig privat kapacitet til gavn for borgerne. Hertil kommer, at private sygehuse giver reelt indhold til det udvidede frie sygehusvalg.

Det er udgangspunktet for kommissionens anbefalinger, at det offentligt finansierede sundhedsvæsen skal styrkes, så det er bedre rustet til at imødegå fremtidens udfordringer. Styrkelsen er samtidig afgørende for at fastholde en stærk opbakning til det offentlige sundhedsvæsen. Hvis opbakningen til det offentlige sundhedsvæsen falder, kan det skabe grundlag for en øget udbredelse af privatfinansierede sundhedstilbud, som risikerer at skabe en øget ulighed i sundhed.

Det er udgangspunktet, som ligger til grund for kommissionens overvejelser i de følgende afsnit om hensigtsmæssig brug af private sygehuse, sundhedsforsikringer og patientrettigheder.

Private sygehuse og klinikker

Der findes overordnet to typer af private sygehuse i Danmark: de kommercielle private sygehuse og ikke-kommercielle specialsygehuse.

De kommercielle private sygehuse omfatter i dag to landsdækkende kæder af private sygehuse og en række mindre selvstændige sygehuse og klinikker. På det seneste er også psykiatriske privatsygehuse og klinikker kommet til. De kommercielle private sygehuse udfører både offentlig og privat finansierede sundhedsopgaver. De ikke-kommercielle specialsygehuse drives af patientforeninger eller fonde, der er offentligt finansierede, og hvor de enkelte specialsygehuse hver især retter sig mod specifikke patientgrupper, bl.a. patienter med muskelsvind og patienter med epilepsi. Patienter har almindeligt frit valg til disse specialsygehuse indenfor en økonomisk ramme. De ikke-kommercielle specialsygehuse behandles ikke yderligere i kapitlet.

Aktivitet og volumen for de kommercielle private sygehuse

Den samlede omsætning for de kommercielle private sygehuse var i 2022 på ca. 2,7 mia. kr.[254] Omsætningen for offentligt henviste patienter var på 1,5 mia. kr. og tegner sig for ca. halvdelen af den samlede omsætning. Den øvrige del af omsætningen vedrører primært forsikringspatienter, som udgør ca. 40 pct. af den samlede omsætning. Omsætningen for offentligt henviste patienter vedrører både patienter, der henvises gennem det udvidede frie sygehusvalg og gennem regionale udbudsaftaler. I 2022 udgjorde omsætningen for patienter henvist gennem det udvidede frie sygehusvalg ca. 855 mio. kr., mens omsætningen fra de regionale udbudsaftaler udgjorde ca. 648 mio. kr.

Omsætningen i 2022 var højere end i både 2020 og 2021, hvor omsætningen var henholdsvis 1,7 og 2,2 mia. kr. Ifølge brancheforeningen Sundhed Danmark kan stigningen bl.a. forklares ved en stigning i antallet af offentligt henviste patienter. Stigningen skal ses i sammenhæng med regionernes afvikling af behandlingsefterslæb i efter COVID-19, hvor også privat kapacitet er taget i anvendelse.[255]

Regionernes udgifter til de offentlige sygehuse var til sammenligning ca. 114 mia. kr. i 2022.[256] De kommercielle private sygehuse er dermed i sammenligning med det offentlige sygehusvæsen fortsat af relativ beskeden størrelse, men er vokset over de senere år.

I 2022 havde 353 læger og 647 sygeplejersker deres primære beskæftigelse på et privat sygehus.[257] Antallet inkluderer ikke læger og sygeplejersker med sekundær beskæftigelse på private sygehuse. Bibeskæftigelse blandt læger vurderes at være relativt udbredt og kan omfatte bibeskæftigelse på et privat sygehus eller klinik. Ifølge Sundhed Danmark var hovedparten af læger på de kommercielle private sygehuse i 2022 enten ansat på konsulentbasis (53,4 pct.) eller deltidsansat (19,6 pct.), mens andelen af læger fastansat på fuldtid udgjorde 12,9 pct. For sygeplejersker var andelen af fuldtidsansatte 44,4 pct., mens 36,3 pct. var deltidsansatte.[258] Der er til sammenligning ansat ca. 20.000 læger og ca. 40.000 sygeplejersker på offentlige sygehuse.

Overvejelser om hensigtsmæssig brug af private sygehuse

Regionernes udgifter til udredning og behandling på private sygehuse udgør en forholdsvis lille andel af de samlede offentlige sygehusudgifter. Antallet af læger og sygeplejersker med primær beskæftigelse på et privat sygehus er meget lavt i forhold til antallet med primær beskæftigelse på offentlige sygehuse. Hovedparten af læger på de kommercielle private sygehuse er således enten ansat på konsulentbasis eller som deltidsansatte.

---

254 Sundhed Danmark. "Branchestatistik 2022", 2023.

255 Danske Regioner, "Statusredegørelse for regionernes afvikling af efterslæb. Opfølgning på aftale om akutplanen 4. kvartal 2023", 2024.

256 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

257 Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR). Forløbsdatabase, DREAM og Det Statistiske Autorisationsregister, Sundhedsdatastyrelsen, u.å.

258 Sundhed Danmark. "Branchestatistik 2022", 2023.

Selvom de offentlige udgifter til private sygehuse samlet set udgør en lille andel af de samlede sygehusudgifter, kan privat aktivitet fylde forholdsvis meget indenfor visse specialer, fx indenfor det ortopædiske område. Sundhedsstrukturkommissionen lægger vægt på, at de sygehusansvarlige myndigheder er opmærksomme på, at brug af privat kapacitet ikke må medføre en sårbarhed for det offentlige sundhedsvæsen på områder, fx ortopædkirurgi, hvor private sygehuse står for en forholdsvis stor del af den offentligt finansierede aktivitet. Kommissionen lægger desuden vægt på, at de sygehusansvarlige myndigheder forsat skal bruge den private kapacitet strategisk og i videst muligt omfang på en måde, som understøtter sammenhæng i borgernes forløb og en omkostningseffektiv udnyttelse af de samlede ressourcer. Det kan indebære en øget strategisk anvendelse af udbudsaftaler med private sygehuse og klinikker med henblik på, at den private kapacitet indgår som en del af den offentlige behandlingskapacitet. Brug af privat kapacitet gennem udbudsaftaler giver de sygehusansvarlige myndigheder et bedre grundlag for at tilrettelægge forløb med bedre sammenhæng for patienter og størst mulig omkostningseffektivitet sammenlignet med anvendelse af privat kapacitet som følge af det udvidede frie sygehusvalg.

Sundhedsstrukturkommissionen ser positivt på aftalen om akutplan for sygehusvæsenet, der er indgået mellem regeringen og Danske Regioner, og som indeholder elementer om brug af privat kapacitet. Aftalen indebærer fx øget samarbejde mellem offentlige og private sygehuse, øget dialog om uddannelsen af sundhedspersonale, styrket samarbejde om kapacitet og hensyn til bemanding på offentlige sygehuse, løbende og tæt dialog i forum for offentligt og privat sygehussamarbejde og tilsagn om mulighed for løbende tildeling af specialiserede sygehusfunktioner.

Private sundhedsforsikringer

Omkring 5,4 mio. danskere har i dag en privat sundhedsforsikring. 2,7 mio. danskere har en sundhedsforsikring gennem deres private arbejdsgiver eller pensionskasse. Yderligere 2,7 mio. danskere har selv tegnet og betalt for medlemskab af 'danmark'. Det skønnes, at mindst 20 pct. er dobbeltforsikrede.[259] Antallet af personer med en sundhedsforsikring er steget relativt markant i de seneste 20 år, jf. figur 13.4.

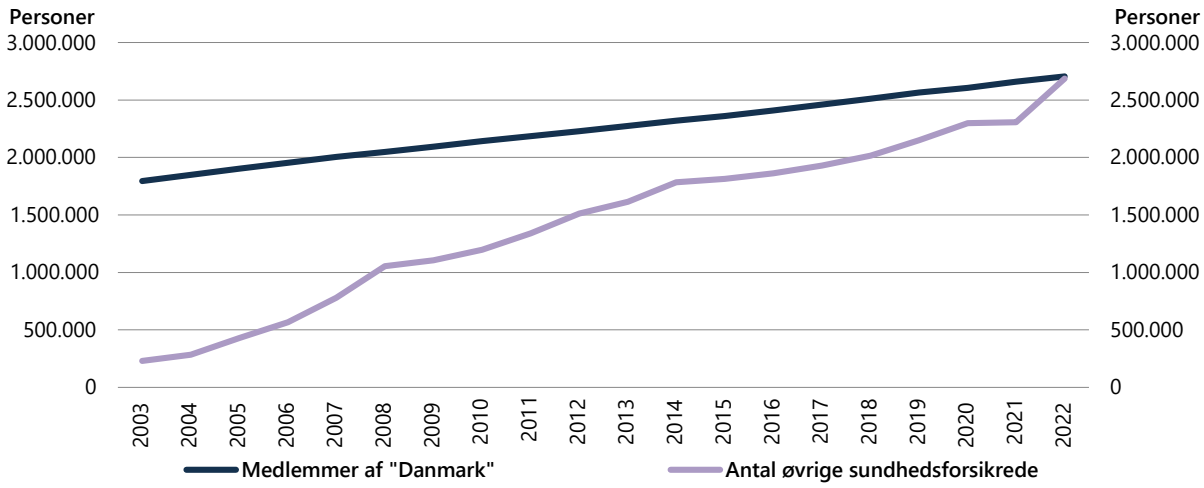
Forskellige faktorer har drevet udviklingen i brugen af de to forsikringstyper. For "danmarks" vedkommende hænger udviklingen formodentlig sammen med brugerbetalingen for bl.a. receptmedicin og voksentandpleje. For de arbejdsgiverbetalte forsikringer hænger udviklingen formodentlig sammen med, at medarbejdere i stigende grad forventer det som et personalegode, med den stigende beskæftigelse, og med det faktum at sundhedsforsikringer i højere grad er blevet gjort tilgængelige, fx gennem arbejdsmarkedspensionsordningerne. Dertil kommer, at ventetider til operation på offentlige sygehuse antages at spille en rolle for udbredelsen af sundhedsforsikringer.

Selvom et stort antal danskere har en privat sundhedsforsikring, udgør forsikringsbranchen i dag en lille andel af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet svarende til ca. 2 pct. (6 mia. kr.).[260]

259 Kiil, Astrid, og Kjeld Møller Pedersen. The Danish Survey on Voluntary Health Insurance 2009. DaCHE discussion papers 2009:3, University of Southern Denmark, Dache - Danish Centre for Health Economics, 2009.

260 Danmarks statistik. "SHA1: Udgifter til sundhed efter funktion, aktør, finansieringskilde og prisenhed. 2023-tal". u.å.

Figur 13.4
Antallet af sundhedsforsikrede, 2003-2022



Anm.:
Kilde: Forsikring og Pension, Sygesikringen 'danmark'

Sundhedsstrukturkommissionen har gennemført en analyse af udviklingen af sundhedsforsikringer baseret på offentligt tilgængelige data og litteratur på området.[261]

Formålet med analysen er at beskrive udviklingen af sundhedsforsikringer over de senere år. Med afsæt i eksisterende litteratur afdækker analysen, hvordan sundhedsforsikringer påvirker aktiviteten i almenmedicinske tilbud, om sundhedsforsikringer anvendes til at komme hurtigere i behandling, om sundhedsforsikringer kan siges at aflaste de offentlige sygehuse, og om sundhedsforsikringer unødigt trækker arbejdskraft ud af det offentlige sundhedsvæsen. Analysens væsentligste konklusioner er gengivet i boks 13.2.

Boks 13.2
Væsentlige konklusioner fra analyse om sundhedsforsikringer

- Sundhedsforsikringerne finansierer i stigende grad områder, hvor der er egenbetaling på sundhedsområdet, mens udgifter til operationer udgør en stadig mindre del af sundhedsforsikringernes samlede udgifter.
- Forsikringer gennem arbejdsgiver eller pensionskasse ophører normalt, når borgeren forlader arbejdsmarkedet. Det kan for ældre borgere være vanskeligt at opfylde optagelsesbetingelserne i "danmark". Det formodes derfor, at der blandt gruppen personer over 60 år er forskel på, hvem der har en sundhedsforsikring. Personer, der ikke har været dobbeltforsikrede og alene har haft en arbejdsgiverbetalt forsikring, er sandsynligvis ikke forsikringsdækkede.
- Der er begrænset viden om, hvordan private sundhedsforsikringer påvirker aktiviteten i almenmedicinske tilbud. En del alment praktiserende læger udtrykker, at de føler sig pressede til at henvise patienter med private sundhedsforsikringer uden overbevisende lægefaglig indikation. Samtidig viser en undersøgelse, at forsikrede i højere grad henvises til fysioterapi og kiropraktik end ikke-forsikrede. Det gælder alene for de arbejdsgiverbetalte forsikringer.

261 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

- Sundhedsforsikringer kan være med til at frigøre ressourcer i de offentlige sygehuse. Et tidligere dansk studie har vist, at ansatte med en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring alt andet lige anvender det offentlige sygehusvæsen 10 pct. mindre end ikke-forsikrede.
- Helt eller delvist forsikringstilskud til sundhedsydelser med brugerbetaling forventes at øge den efterspurgte mængde, fordi brugerne ser det som lavere brugerbetaling eller gratisydelser.
- Der er umiddelbart ikke tegn på, at sundhedsforsikringer trækker ressourcer ud af de offentlige sygehuse i betydeligt omfang. Det kan dog ikke udelukkes, at der kan være udfordringer indenfor enkelte specialer eller fagområder, fx indenfor børne- og ungepsykiatrien. I perioden fra 2017 til 2021 er der sket en stigning på 63 pct. i antallet af speciallæger med psykiatriske specialer med beskæftigelse i den private sektor. Til sammenligning er der i samme periode sket en stigning på 11 pct. for speciallæger med psykiatriske specialer, der er beskæftiget i den offentlige sektor. Antallet af ydernumre indenfor voksen- og børnepsykiatri er kun steget med to ydernumre fra 2018-2022. Det er dog ikke muligt at konkludere, om udviklingen er drevet af forsikringspatienter.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

Overvejelser om private sundhedsforsikringer

Sundhedsstrukturkommissionens overvejelser om sundhedsforsikringer giver ikke anledning til anbefalinger om reguleringsmæssige ændringer i forhold til sundhedsforsikringer. Sundhedsforsikringer udgør en lille andel af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet, og der er fx ikke tegn på, at sundhedsforsikringer i væsentligt omfang trækker ressourcer ud af det offentlige sundhedsvæsen. Kommissionen har dog særligt drøftet to forhold, som relaterer sig til sundhedsforsikringer. Det ene handler om almenmedicinske tilbuds rolle som gatekeeper for sundhedsforsikrede og det andet om potentielle udfordringer relateret til ulighed i adgang til sundhedsydelser. Begge dele udfoldes i det følgende.

Alment praktiserende læger som gatekeeper for sundhedsforsikrede

De alment praktiserende læger fungerer som gatekeepers for sundhedsforsikringerne i den forstand, at lægerne henviser til nogle af de ydelser, som de arbejdsgiverbetalte forsikringer også dækker, og hvor konsultationshonoraret dækkes af den offentlige sygesikring. I det omfang, der kræves lægehenvisning til ydelser under de arbejdsgiverbetalte forsikringer, vil det optage tid hos de alment praktiserende læger.

Kommissionen har været særligt opmærksom på, om sundhedsforsikringer kan siges at påvirke aktiviteten i det almenmedicinske tilbud i unødig grad. Der er dog på nuværende tidspunkt begrænset viden om, hvordan de arbejdsgiverbetalte private sundhedsforsikringer påvirker aktiviteten i det almenmedicinske tilbud. En spørgeskemaundersøgelse fra 2017 om alment praktiserende lægers holdninger, bl.a. til arbejdsgiverbetalte forsikringer, viste, at næsten halvdelen af de praktiserende læger ofte føler sig pressede til at henvise patienter med private sundhedsforsikringer, selvom der ikke var nogen lægefaglig indikation.[262]

Sundhedsstrukturkommissionen noterer sig dog, at det er langt fra alle ydelser, hvor forsikringsselskaberne stiller krav om lægeerklæring. Et nyligt studie finder, at henvisninger med afsæt i sundhedsforsikringer alene udgør 1,5 pct. af den alment praktiserende læges henvisninger.[263] En artikel fra 2021 om defensiv medicin, det vil sige handlinger, der strider imod lægens faglighed, men udføres på grund af krav eller pres, viste, at alment praktiserende læger i Region Syddanmark i 1 pct. af tilfældene angav sundhedsforsikringer som årsag.[264]

---

262 Andersen, Merethe K., Elisabeth Assing Hvidt, Kjeld M. Pedersen, Jesper Lykkegaard, Frans B. Waldorff, Anders P. Munck, og Line B. Pedersen. "Defensive Medicine in Danish General Practice. Types of Defensive Actions and Reasons for Practicing Defensively". Scandinavian Journal of Primary Health Care 39, nr. 4 (2021): 413–18.

263 Olsen, J.K., J. Lykkegaard, A. Munck, P. Ahnfelt-Mollerup, S. Nyvan Marisusen, og Kjeld Møller Pedersen. "Henvisningsaudit blandt praktiserende læger i Region Syddanmark". APO, Forskningsenheden for almen praksis, SDU, 2024.

264 Andersen, Merethe K., Elisabeth Assing Hvidt, Kjeld M. Pedersen, Jesper Lykkegaard, Frans B. Waldorff, Anders P. Munck, og Line B. Pedersen. "Defensive Medicine in Danish General Practice. Types of Defensive Actions and Reasons for Practicing Defensively". Scandinavian Journal of Primary Health Care 39, nr. 4 (2021): 413–18.

Lægeforeningen og Forsikring og Pension har indgået aftale om retningslinjer for indhentning af attester, bl.a. udstedelse af lægehenvisning. Aftalen regulerer forholdet mellem alment praktiserende læge og forsikringsselskabet i de tilfælde, hvor den praktiserende læge udleverer helbredsoplysninger og erklæringer til forsikringsselskabet og fastsætter honorering af lægen fra forsikringsselskabet. Det fremgår af retningslinjerne, at det er lægen, der vurderer, om der er lægelig indikation for, om en patient bør have udstedt en lægehenvisning, og den vurdering skal foretages uafhængigt af, om patienten har en sundhedsforsikring eller ej.

Kommissionen har drøftet, om forsikringsselskaberne eventuelt bør ansætte egne læger til at visitere patienter til indsatser, der kræver lægeerklæring. Formålet vil i givet fald være at aflaste alment praktiserende læger. Kommissionen har dog ikke fundet anledning til at foreslå en sådan ændring, som vil have karakter af, at der opbygges et parallelt system for henvisninger af de sundhedsforsikrede.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at det almenmedicinske tilbud fortsat bør varetage rollen som gatekeeper, også for patienter med en sundhedsforsikring, for at henvisning til og træk på de sundhedsfaglige ressourcer sker på sundhedsfaglig indikation. Dermed mindskes risikoen for et uhensigtsmæssigt træk på knappe personaleressourcer i sundhedsvæsenet.

Kommissionen understreger, at det også indebærer, at den lægefaglige vurdering skal være uafhængig af, om en patient har en sundhedsforsikring eller ej. En særskilt organisering for visitation til ydelser, som er dækket af en sundhedsforsikring, vurderes at kunne skabe en unødig øget kompleksitet for både patienter og sundhedspersoner. Den nuværende organisering, hvor forsikringsselskaber betaler de alment praktiserende læger for ydelser, og hvor de alment praktiserende læger samtidig fastholder deres rolle som faglig gatekeeper, vurderes derfor mest hensigtsmæssig.

Ulighed i adgangen til sundhedsydelser som følge af private sundhedsforsikringer

Sundhedsstrukturkommissionen har drøftet, om den stigende udbredelse af sundhedsforsikringer bidrager til en øget social og geografisk ulighed i adgangen til sundhedsydelser. Det skal ses i lyset af, at det primært er borgere udenfor arbejdsmarkedet, som ikke forventes at være dækket af en arbejdsgiverforsikring. Det samme kan være tilfældet for ældre borgere, som også kan have vanskeligt ved at opfylde optagelsesbetingelserne i "danmark". Der er derfor grundlag for at forvente en ulige fordeling af sundhedsforsikringer blandt borgere. Den ulige fordeling vil også have en geografisk dimension med færrest sundhedsforsikrede i områder med socialt udsatte, arbejdsløshed og mange ældre borgere.

Hvis sundhedsforsikringer bruges til at undgå offentlige ventelister og komme hurtigere i behandling i den private sektor, vil en ulige fordeling af sundhedsforsikringer føre til ulighed i adgang til sundhedsydelser. Forsikringspatienter, der bruger deres forsikring til at få operationer, undersøgelser eller lignende på et privathospital, kan komme hurtigere i behandling, hvis ventetiden til et privat tilbud er kortere end i det offentlige sundhedsvæsen. Når forsikringspatienter anvender et privat tilbud i stedet for et offentligt tilbud, kan det samtidig være med til at aflaste de offentlige sygehuse.

Kommissionen noterer sig i den forbindelse, at alle patienter har ret til at vælge et privat sygehus, som regionerne har indgået aftale med, hvis ikke det offentlige kan udrede eller behandle patienten indenfor 30 dage. Sundhedsstrukturkommissionen bemærker samtidig, at udgifter til operationer udgør en stadig mindre del af sundhedsforsikringernes samlede udgifter. Forsikringspatienter, der anvender deres forsikring til at komme i behandling hos en praktiserende speciallæge, der tilbyder behandling af privatbetalende, bl.a. forsikringspatienter, undgår også en offentlig venteliste.

Kommissionen hæfter sig dog ved, at der med overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger (FAS) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) er aftalt en række bestemmelser, der regulerer speciallægernes beskæftigelse ved siden af overenskomstopgaverne. Bestemmelsernes formål er at sikre, at speciallægernes bibeskæftigelse ikke har tidsmæssig eller indholdsmæssige konsekvenser for speciallægernes offentlige opgaver efter overenskomsten. Der indgår lignende bestemmelser i overenskomsterne, for bl.a. fysioterapeuter og psykologer.

Patienter med en sundhedsforsikring, der dækker egenbetaling på offentligt tilbudte behandlinger, såsom psykologbehandling, fysioterapi og kiropraktik, har samme ventetid i det offentlige som ikke-forsikrede patienter.

Sundhedsstrukturkommissionen finder det hensigtsmæssigt, at der er et løbende samarbejde og en løbende dialog mellem det offentlige sundhedsvæsen og forsikringsselskaberne om brugen af sundhedsforsikringer. Det skal understøtte en hensigtsmæssig brug af den samlede sundhedsfaglige kapacitet, bl.a. i det almenmedicinske tilbud og på områder, hvor der særligt er mangel på personale, fx indenfor psykiatriområdet. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer desuden, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis der kan indgås aftale med forsikringsselskaberne og "danmark" om på fortrolig vis at give enten Danmarks Statistik eller Sundhedsdatastyrelsen adgang til fx socioøkonomiske oplysninger om forsikringstagerne og ydelsesstatistik. Det vil gøre det muligt at få nærmere indblik i, hvilke borgere, som typisk står uden en sundhedsforsikring og bedre mulighed for løbende at følge udviklingen.

Patientrettigheder

Patienter er sikret en række rettigheder i mødet med sundhedsvæsenet. Patienter har nogle grundlæggende rettigheder, som fx handler om ret til informeret samtykke, ret til indsigt i egen journal, ret til at fravælge behandling og krav om fortrolighed fra sundhedspersoner. De rettigheder har kommissionen ikke behandlet. Patienter har derudover en række rettigheder, som handler om at sikre patienter frit valg og hurtig udredning, behandling og genoptræning i sundhedsvæsenet, jf. boks 13.3.

Boks 13.3

Oversigt over udvalgte patientrettigheder om frit valg og hurtig udredning, behandling og genoptræning

- Frit sygehusvalg betyder, at patienter, der er henvist til udredning eller behandling på sygehus, kan vælge mellem bopælsregionens egne sygehuse, andre regioners sygehuse og private specialsygehuse, som er nævnt i sundhedslovens § 79, stk. 2.
- Det udvidede frie sygehusvalg betyder, at patienter har ret til at vælge et privat sygehus, som regionerne har indgået aftale med, hvis ikke det offentlige kan udrede (på grund af manglende kapacitet), undersøge (til brug for praktiserende læge) eller behandle en færdigudredt patient indenfor 30 dage. Det udvidede frie sygehusvalg indebærer også, at en patient kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, når det regionale sygehus ændrer datoen for kirurgisk behandling, uanset om det er muligt at tilrettelægge en ny behandlingsdato indenfor den samlede periode på 30 dage. I perioden fra den 1. juni 2023 til og med den 31. december 2024 indtræder retten til udvidet frit sygehusvalg for somatisk behandling dog efter 60 dage som et led i aftale om en akutplan for sygehusvæsenet.
- Retten til hurtig udredning (udredningsret) giver patienter ret til udredning indenfor 30 dage efter henvisning, hvis det er fagligt muligt. Hvis ikke det er muligt at udrede patienten indenfor 30 dage, skal der laves en udredningsplan.
- Frit valg til genoptræning giver patienter, som udskrives til genoptræning, ret til frit at vælge leverandør, hvis kommunen ikke kan tilbyde genoptræning indenfor syv dage.
- De maksimale ventetider giver patienter ret til at komme hurtigt i behandling ved mistanke om alvorlig, livstruende sygdom. De maksimale ventetider gælder på kræft- og hjerteområdet. Hvis de fastsatte maksimale ventetider ikke kan overholdes, skal patienten tilbydes behandlingstilbud enten i bopælsregionen, en anden region, på et privat sygehus eller et sygehus i udlandet.
- Frit lægevalg giver som udgangspunkt borgere i sygesikringsgruppe 1 ret til frit at vælge mellem mindst to alment praktiserende læger eller klinikker indenfor en afstand af 15 km fra bopælen. Er der ikke mindst to læger eller klinikker med åben for tilgang at vælge imellem indenfor denne afstand, skal regionen anvise borgere andre lægevalgsmuligheder.

Rettighederne er indført og løbende udvidet siden starten af 1990'erne for at sikre patienterne hurtig udredning og behandling og styrke deres valgmuligheder. Rettighederne vurderes generelt at være en stærk drivkraft til at forbedre patienternes oplevelser i sundhedsvæsenet. Det frie sygehusvalg giver fx den enkelte patient bedre mulighed for at vælge et tilbud, som bedst passer til den enkeltes behov. Det

almindelige frie sygehusvalg, det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning er alt andet lige med til at sikre kortere ventetid og dermed hurtigere behandling for mange patienter. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer generelt, at rettigheder på kræft- og hjerteområdet har været et blandt flere elementer, som har været med til at sikre et markant løft af kvaliteten i behandlingen af livstruende sygdomme i de sidste 20-30 år.

I praksissektoren er der som udgangspunkt frit valg af læge for borgerne og til at vælge mellem klinikker. Det kan dog begrænses af klinikkernes ventetider, klinikker i det almenmedicinske tilbud med lukket for tilgang for nye patienter og af udfordringer med at sikre lægedækning.

Sundhedsstrukturkommissionen er samtidig opmærksom på, at patientrettigheder også kan have uhensigtsmæssige konsekvenser for sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionen har bl.a. peget på, at patientrettigheder kan vanskeliggøre mulighederne for at foretage faglige skøn og prioriteringer i sundhedsvæsenet.[265] Et stærkt styringsmæssigt fokus på at overholde bestemte ventetider kan i princippet lede til uhensigtsmæssige prioriteringer hos de driftsansvarlige myndigheder.[266]

Patientrettigheder kan desuden bidrage til at styrke den politiske opmærksomhed på de områder, hvor rettigheder er indført. Det kan betyde, at de områder sikres en relativt højere prioritering sammenlignet med områder, hvor der ikke gælder tilsvarende rettigheder for patienten.

Overvejelser om patientrettigheder

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at patientrettigheder om frit valg og hurtig udredning, behandling og genoptræning generelt udgør en positiv drivkraft i sundhedsvæsenet, som er med til at løfte kvaliteten og forbedre patienternes oplevelser i sundhedsvæsenet. Kommissionen lægger dog samtidig vægt på, at der skal være opmærksomhed på de andre afledte konsekvenser af patientrettigheder, som beskrevet ovenfor.

Det er et centralt sigte for Sundhedsstrukturkommissionen, at sundhedsvæsenet skal omstilles, så langt mere behandling foregår udenfor sygehusene i det primære sundhedsvæsen. Der bør i den forbindelse være et fokus på, at patientrettigheder tænkes ind i den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet. Ved overvejelser om eventuel indførelse af nye eller tilpasninger af eksisterende patientrettigheder bør et væsentligt hensyn bl.a. være, at rettighederne ikke fører til en øget prioritering af det sekundære sundhedsvæsen på bekostning af det primære sundhedsvæsen.

Frit valg på ældreområdet

Kommunerne skal sikre, at borgere, der ønsker det, frit kan vælge mellem mindst to leverandører af personlig pleje, praktisk hjælp og madservice, hvor den ene leverandør kan være kommunen. Der er ca. 300 private leverandører af hjemmehjælp i eget hjem. Blandt alle modtagere af hjemmehjælp i eget hjem i alderen 67 år og derover benyttede godt 40 pct. sig af en privat leverandør i 2022.[267] Kommunerne har også mulighed for at anvende private leverandører på rehabiliteringsforløb, som har været lovpligtige siden 2015, men de er ikke forpligtede til at etablere frit valg af rehabiliteringsforløb.

De seneste ti år er antallet af private leverandører af hjemmehjælp i eget hjem faldet. Mens der i 2013 var 459 private leverandører, var det faldet til 287 i 2019. Herefter har antallet af private leverandører ligget nogenlunde stabilt omkring 300.[268] Bruttoudgifter til private leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp udgør 2,8 mia. kr. (senest tal er fra 2022), hvilket svarer til 12,8 pct. af de samlede bruttoudgifter til personlig pleje og praktisk hjælp.

Sundhedsstrukturkommissionen har drøftet frit valg på ældreområdet overordnet. På den ene side er frit valgs formål at sikre borgerne en bedre mulighed for at vælge de tilbud, som passer den enkelte borger bedst. Kommissionen noterer sig, at en relativ stor andel af modtagere af hjemmehjælp i eget hjem i alderen

265 Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, "Robusthedskommissionens anbefalinger", 2023.

266 VIVE, Betina Højgaard, Jakob Kjellberg, og Mickael Bech. "Den statslige styring af det regionale sundhedsområde: analyse af centrale instrumenter". VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

267 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Redegørelse om ældreområdet 2024", 2024

268 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Redegørelse om ældreområdet 2024", 2024.

67 år og derover netop benytter sig af en privat leverandør. En tidligere undersøgelse om holdningen til frit valg blandt modtagere af hjemmehjælp viser, at hovedparten (61 pct.) af de adspurgte mener, at ordningen om frit valg er vigtig eller meget vigtig.[269] Frit valg kan også skabe konkurrence mellem leverandører, som principielt kan være med til at understøtte en øget kvalitet og mere effektiv opgavevaretagelse til gavn for borgerne. På den anden side har kommissionen en opmærksomhed på, at brugen af private aktører indebærer, at indsatsen for den enkelte borger bliver delt mellem henholdsvis en offentlig og privat leverandør. Det kan risikere at skabe en fragmentering i indsatsen og et brud i ansvarskæden. Det stiller under alle omstændigheder store krav til samarbejde og kommunikation mellem den kommunale og private leverandør, fx om at sikre fokus på opsporing og tidlige indsatser.

Kommissionen har noteret sig den aftale mellem regeringen og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre om en reform af ældreområdet, som blev indgået i april 2024. I aftalen er der bl.a. enighed om en udvidelse af det frie valg for borgeren og helhedspleje og borgernær visitation.

Det fremgår af aftalen, at helhedspleje bl.a. indebærer, at offentlige og private leverandører skal kunne levere hele indsatsen i alle pleje- og omsorgsforløb. Med helhedspleje vil én leverandør have det samlede ansvar for borgerens forløb. Det vil sige, at leverandøren skal kunne levere både praktisk hjælp, personlig pleje, genoptræning, som ikke sker i tilknytning til sygehusindlæggelse, og rehabiliterende og forebyggende indsatser. Aftale om ældrereform og ældrelov beskrives yderligere i kapitel 14.

269 Sundheds- og Ældreministeriet, "Servicetjek af det frie valg på ældre", 2018.



4

Del 4

Opgavesamling, forvaltningsmodeller, implementering og økonomi

I rapportens fjerde del beskrives ændringer i forvaltningsstrukturen i form af ændret opgaveplacering eller i antallet af enheder eller niveauer. Herudover gennemgås perspektiver på ledelse og implementering af en eventuel reform ud fra kommissionens anbefalinger, forslag og modeller, og hvorvidt de forskellige anbefalinger, forslag og modeller vurderes at være samlet set udgiftsneutrale.

Kapitel 14 analyserer og vurderer potentialet ved og konsekvenser af en ændret opgaveplacering inden for sundhedsområdet og nærliggende områder. Kapitlet adresserer den del af kommissoriet, som handler om at vurdere indenfor hvilke områder og målgrupper, der er særligt potentiale for forbedringer i samspillet på tværs af sektorer og øget omstilling. Kapitlet opstiller tre niveauer af opgavesamlinger, hvor formålet er at forbedre de organisatoriske rammer for at understøtte tidlige og effektive indsatser for en voksende gruppe af mennesker med kronisk sygdom og ældre med pleje- og træningsbehov.

Kapitel 15 opstiller og vurderer tre forvaltningsmodeller for det danske sundhedsvæsen. Modellerne adskiller sig fra hinanden i deres placering af det politiske ansvar for sundhedsvæsenet og samling af opgaveansvar indenfor sundheds- og ældreområdet. Sundhedsstrukturkommissionens opgave, beskrevet i kommissoriet, er bl.a. at opstille forskellige modeller, som understøtter et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen, præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering.

Kapitel 16 beskriver kommissionens overvejelser om ledelsesopgaven som følge af kommissionens anbefalinger, forslag og modeller. Hvis de organisatoriske forandringer skal føre til reelle forbedringer i de sundhedstilbud, som gives til borgerne, kræver det dedikeret ledelse på alle niveauer af ledelseskæden. Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en national implementeringsplan for en reform af sundhedsvæsenet.

Kapitel 17 præsenterer en vurdering af, om kommissionens anbefalinger, forslag og modeller til en ændret organisering kan forudsættes at være samlet set udgiftsneutrale og ikke medføre øget træk på personalekapacitet. Den opgave er givet i kommissoriet, og alle anbefalinger, forslag og modeller har som bærende sigte, at de bl.a. skal understøtte en bedre brug af både økonomiske ressourcer og personaleressourcer, så der skabes mere værdi for patienterne med de ressourcer, der prioriteres til sundhedsvæsenet.

Kapitel 14: Samling af flere opgaver hos én myndighed

I kapitel 14 vurderer Sundhedsstrukturkommissionen potentialer ved og konsekvenser af en ændret opgaveplacering indenfor sundhedsområdet og nærliggende områder. Samling af opgaver, som er gensidigt afhængige, under én myndighed kan understøtte sammenhæng og omstilling i opgaveløsningen, investeringer i tidlige og effektive indsatser og høj kvalitet i sundhedstilbuddene.

Kapitlet adresserer den del af kommissoriet, som handler om at vurdere indenfor hvilke områder og målgrupper, der er særligt potentiale for forbedringer i samspillet på tværs af sektorer og øget omstilling. Vurderingen skal ifølge kommissoriet bl.a. omfatte de største kronikergrupper, borgere med multisygdom, herunder samtidig somatisk og psykisk sygdom, og ældre medicinske patienter. Sundhedsstrukturkommissionen er også blevet bedt om at forholde sig til samspillet med nærliggende områder, som er tæt koblet til sundhedsområdet i det omfang, det vurderes relevant for at sikre bedre sammenhæng.

Indledningsvist beskrives kommissionens generelle overvejelser om at samle ansvaret for opgaver hos én myndighed. Herefter følger en kort fremstilling af tre forskellige niveauer af opgavesamlinger, som i dag er delt på tværs af sektorer. I det følgende afsnit gennemgås de kommunale opgaver på sundheds- og ældreområdet og dele af socialområdet med fokus på at beskrive, hvilke indsatser der ligger indenfor de enkelte opgaveområder, hvordan de typisk er organiserede i kommunerne, og hvilket samspil der er mellem de opgaver og opgaverne, som i dag varetages af sygehuse og praksissektor. For hvert opgaveområde vil der blive foretaget en vurdering af, om der er potentielle fordele ved at samle ansvaret for den enkelte opgave under samme overordnede ledelse, som også har ansvaret for sygehuse og praksissektor, herunder tilrettelæggelsen af det almenmedicinske tilbud.

Efter gennemgangen af hvert opgaveområde opstiller og vurderer kommissionen tre opgavesamlinger, som efter kommissionens vurdering kan ses som henholdsvis en stor opgavesamling, en mellemstor opgavesamling og en mindre opgavesamling.

Kapitlet og de tre niveauer af opgavesamling skal læses i sammenhæng med kapitel 15 om forvaltningsmodeller for fremtidens sundhedsvæsen. I kapitlet her vurderer kommissionen, hvilke opgaver der med fordel kan samles under én myndighed. I kapitel 15 opstilles tre forskellige modeller for, hvordan den myndighed kan organiseres og styres betinget af, hvilke og hvor mange opgaver der samles under myndighedens ansvar.

For en mere detaljeret beskrivelse af organiseringen, opgaverne og opgaveløsningen indenfor det kommunale sundhedsområde og de nærliggende områder henvises til kapitlet om det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder i baggrundsrapporten.[270]

Overvejelser om sammenhæng og omstilling gennem opgavesamling

Sundhedsstrukturkommissionen ser ikke samling af opgaveansvaret under én myndighed som det eneste middel til at skabe stærkere sammenhæng og omstilling i sundhedsvæsenet. Sammenhæng ved opgavesamling har dog nogle klare fordele, som gør det særligt vigtigt at afsøge de potentialer, der knytter sig til en samling af opgaveansvaret. For det første giver opgavesamling reel mulighed for at skabe sammenhængende patientforløb, hvis hele patientforløbet ligger under én myndigheds ansvar, end hvis det er delt

270 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

mellem to eller flere myndigheder. For det andet styrker det muligheden for at bruge ressourcerne mere effektivt, både økonomiske, teknologiske og personalemæssige ressourcer, hvis den samme myndighed har ansvaret for sammenhængende opgaver.

Dét understreges af analysen af styrker og svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet i kapitel 8. I forhold til styrken ved et samlet opgaveansvar kan det fx konstateres, at der indenfor henholdsvis sygehuse og praksissektor, som er underlagt den samme myndighed, er sket en løbende tilpasning af opgavefordelingen mellem faggrupper. Det er en udvikling, som har været muliggjort af, at det er sket indenfor den samme organisatoriske, ledelsesmæssige og økonomiske ramme. Den form for løbende tilpasning og omstilling af opgavefordelingen bidrager til målet om, at behandling skal ske på det laveste effektive omkostnings- og omsorgsniveau.

Omvendt er der mange eksempler på organisatoriske barrierer, hvor sektoropdelingen bliver en forhindring for tilpasningen af opgaver. I takt med at sygeplejersker i kommunerne, ikke mindst efter etableringen af de kommunale akutfunktioner i sygeplejen, kan udføre flere og flere opgaver, bliver der fx et stærkere fagligt grundlag for opgaveudvikling og tilpasning af opgaveløsningen fra læger til andet sundhedspersonale. Det vil også kunne understøtte, at opgaven løses på laveste effektive omkostnings- og omsorgsniveau. Adskillelsen af læger og plejepersonale i separate sektorer økonomisk og ledelsesmæssigt bliver imidlertid en barriere for at indhøste fordelene ved opgavetilpasning i praksis.

Mere generelt kan der peges på, at der knytter sig både økonomiske, styringsmæssige og faglige udfordringer til den organisatoriske adskillelse mellem på den ene side sygehusene og det almenmedicinske tilbud og på den anden side det sundhedsfaglige personale i kommunerne, som i høj grad får delegeret opgaver fra læger på sygehuse og alment praktiserende læger.

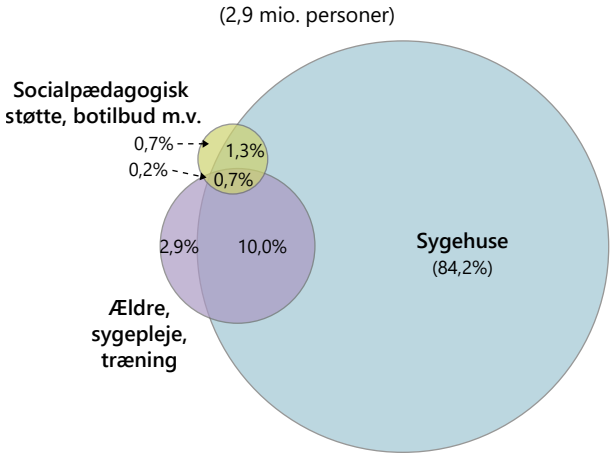
Den økonomiske udfordring knytter sig særligt til opgaveudvikling, hvor det særligt fra kommunernes side er oplevelsen, at der flyttes opgaver men ikke kapacitet fra det regionale myndighedsområde til den kommunale sektor. I forlængelse af den økonomiske udfordring opstår en styringsmæssig udfordring, da fraværet af fælles opgaveansvar giver behov for kompenserende tiltag i form af typisk administrativt tunge forhandlinger og aftaler om regulering og kompensation af de opgaver, der skal løses på tværs af sektorgrænser. Den faglige udfordring knytter sig bl.a. til de kommunale medarbejderes behov for et tæt, fleksibelt og løbende samarbejde med læger om håndteringen af stadigt mere syge og mere ustabile patienter. Særligt siden 2007 har udviklingen betydet, at kommunerne skal håndtere flere og mere komplekse borgere, uden at der er sket en tilsvarende tilpasning af samarbejdet med de alment praktiserende læger og lægerne på sygehusene, som befinder sig udenfor den kommunale sektor.

Der er derfor gode argumenter for at skabe bedre sammenhæng og omstilling ved opgavesamling. Imidlertid er der også hensyn, som trækker i en anden retning. Samler man rigtig mange opgaver under én myndighed, får man typisk skabt nogle meget store organisatoriske enheder, som i sig selv kan skabe nye styrings- og ledelsesudfordringer internt i organisationen. Det kan med andre ord skabe stordriftsulemper og give udfordringer med at få den nødvendige ledelsesmæssige nærhed til opgaveløsningen. Dertil kommer, at det i praksis langt fra altid er enkelt at skelne mellem, hvilke opgaver der har så stærk indbyrdes afhængighed, at de organisatorisk burde hænge sammen, og hvilke opgaver der har så stærk afhængighed til andre opgaver udenfor sundhedsområdet, at det vil skabe væsentlige nye snitflader, hvis de bliver lagt sammen under én myndighed med ansvaret for sundhedsområdet.

Med afsæt i de generelle overvejelser om fordele og ulemper ved at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet ved samling af opgaver, præsenteres i næste afsnit en kort sammenfatning af kommissionens overvejelser om opgavesamling efterfulgt af en nærmere analyse af opgaverne på det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder.

Figur 14.1 viser en oversigt over antallet af borgere, som har modtaget indsatser på mindst én af de tre områder, og hvordan de fordeler sig på henholdsvis sygehusområdet, indsatser indenfor det kommunale ældre- og træningsområde og/eller sygepleje og dele af socialområdet. Den samlede population er ca. 2,9 mio. borgere. Det svarer til, at ca. halvdelen af befolkningen er i kontakt med sygehusvæsenet indenfor et år.

Figur 14.1
Borgere med kontakt til sygehuse og udvalgte kommunale indsatser på ældre- og træningsområdet, kommunal sygepleje og dele af socialområdet (2,9 mio. personer)



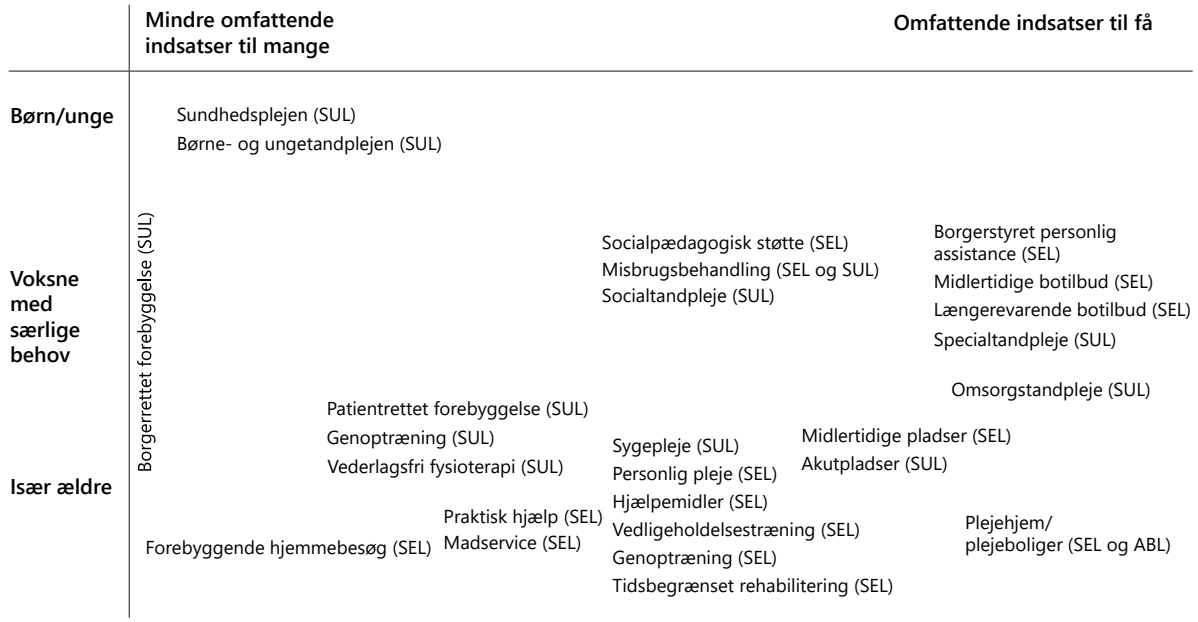
Anm.: "Sygehuse" dækker over alle former for sygehuskontakter herunder både somatisk og psykiatrisk sygehusbehandling. "Ældre, sygepleje, træning" dækker over: Kommunal sygepleje (SUL), forebyggende hjemmebesøg (SEL), personlig pleje i eget hjem (SEL), praktisk hjælp i eget hjem (SEL), personlig pleje og praktisk hjælp i plejebolig (SEL), rehabilitering (SEL), vedligeholdelsestræning (SEL), genoptræning (SEL). "Socialpædagogisk støtte, botilbud m.v." dækker over: Øvrig socialpædagogisk støtte (der ikke leveret på botilbud), ledsageordning, aktivitets- og samværsydelse, socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud, længerevarende botilbud inklusiv tilknyttede ydelser, midlertidige botilbud inklusiv tilknyttede ydelser, borgerstyret personlig assistance, kontaktperson for døvblinde, individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte, kontant tilskud til ansættelse af hjælpere, gruppebaseret socialpædagogisk hjælp og støtte.

Figur 14.1 viser, at omkring 84 pct. af populationen alene er i kontakt med sygehusene i løbet af et år. 10 pct. af populationen modtager indsatser på både sygehusområdet og ældre- og træningsområdet og/eller kommunal sygepleje. For især ældre- og træningsområdet og sygepleje, men også for udvalgte indsatser på socialområdet, gælder, at en stor andel også har modtaget en sygehusindsats.

Figur 14.2 giver et overblik over opgaveområderne indenfor det kommunale sundhedsvæsen og nærliggende områder, som kommissionen har forholdt sig til. Indsatserne på områderne ydes ikke alene efter sundhedsloven, men i vidt omfang også efter lov om social service.

Som det fremgår af udfordringsbilledet (se kapitel 4), vil der i de kommende år blive flere ældre borgere og flere borgere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser samtidig med, at der vil være stigende knaphed på visse personaleressourcer i sundhedsvæsenet. Sundhedsstrukturkommissionen har på den baggrund og med udgangspunkt i kommissoriet derfor i særlig grad rettet fokus mod, hvordan en styrket opgaveløsning for de pågældende målgrupper kan understøttes ved ændret organisering.

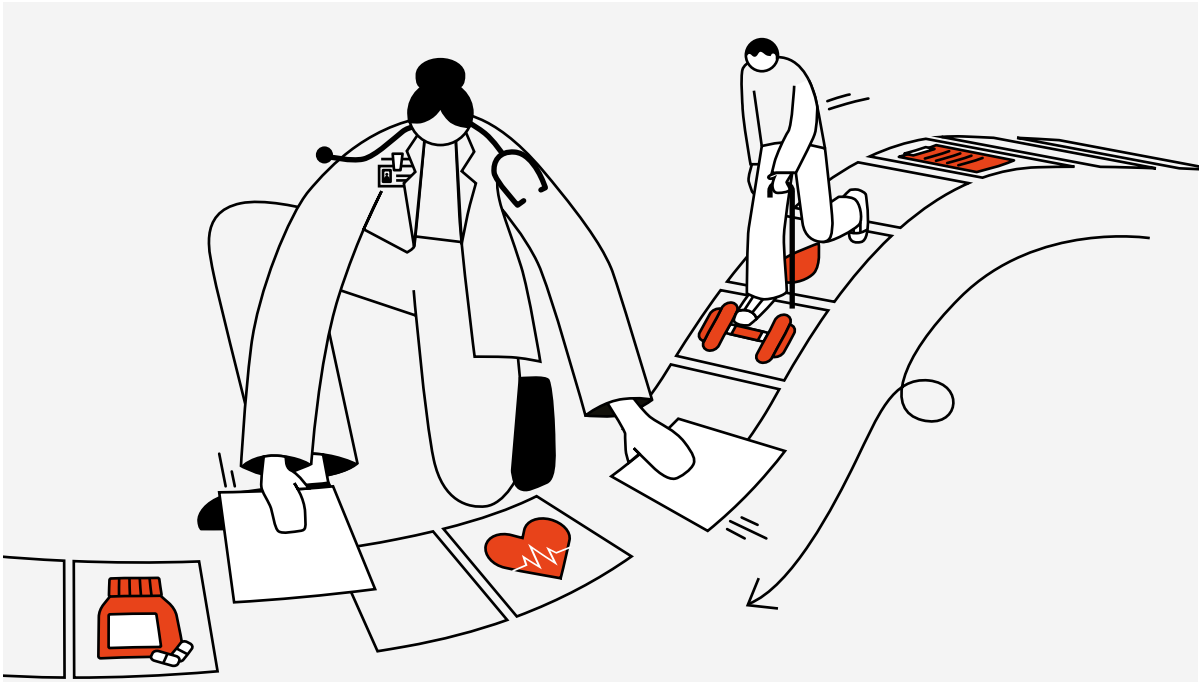
Figur 14.2
Det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder



Anm.: "SUL" står for sundhedslov, "SEL" står for servicelov, "ABL" står for almenboliglov.

I de resterende dele af kapitlet gennemgås område for område opgaver og indsatser indenfor det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder, som kommissionen har vurderet ud fra fordele og ulemper ved en ændret opgaveplacering. På baggrund af den systematiske gennemgang af sammenhængen mellem de kommunale opgaver og de opgaver, der i dag løses i sygehus- og praksissektoren, og en vurdering af opgavernes sammenhæng med andre kommunale opgaver, beskrives tre niveauer af opgavesamlinger.

For alle tre opgavesamlinger er formålet at forbedre de organisatoriske rammer for at understøtte tidlige og effektive indsatser for en voksende gruppe af mennesker med kronisk sygdom og ældre med pleje- og træningsbehov. Potentialet for forbedret sammenhæng og omstilling varierer på tværs af de tre samlinger, og det varierer også, i hvor høj grad en samling af opgaverne under én myndighed påvirker den samlede kommunale opgaveportefølje.



De tre opgavesamlinger er:

4. En stor opgavesamling: Størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed.
5. En mellemstor opgavesamling: Størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed, mens kommunerne bevarer ansvaret for plejehjem og plejebolig.
6. En mindre opgavesamling: Dele af den kommunale sygepleje, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsindsatsen, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed. Derudover indgår overvejelser om ændret regulering i relation til hjælpemidler og behandlingsredskaber og midlertidige pladser og akutpladser, som har betydning for opgavedelingen mellem sektorerne.

Markante ændringer i opgaveplacering vil indebære omstillings- og implementeringsomkostninger, og enhver samling af opgaver hos én myndighed vil medføre nye snitflader til øvrige indsatser. Stillingtagen til ændret opgaveplacering skal derfor ske ud fra en samlet vurdering af, hvorvidt fordelene ved opgavesamlingen opvejer de ulemper, der er forbundet med den.

De overordnede rammer for kommunernes varetagelse af opgaverne på sundhedsområdet og nærliggende områder

I det følgende afsnit beskrives og analyseres rammerne for kommunernes varetagelse af opgaverne på sundhedsområdet og nærliggende områder. Derudover beskrives, hvordan nogle kommunale opgaver kan anskues en led i en samlet indsatstrappe. Endelig beskrives kort den kommende ældrelov.

Specifikke opgaver fremfor bredt definerede opgaveområder

Rammerne for den kommunale opgaveløsning er grundlæggende anderledes end for sygehus- og praksissektoren. For sygehus- og praksissektoren er sundhedsloven karakteriseret ved at beskrive brede funktionsområder. Fx har regionsrådet ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver og for at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner. Sundhedsloven beskriver ikke, at sygehuse skal sikre, at der fx leveres diagnostiske ydelser, at der både skal være ambulante funktioner og

stationær kapacitet, eller at der skal ydes sygepleje på sygehuse. Kun med enkelte undtagelser beskrives enkeltydelser og specifikke indsatser, der vedrører sygehuse eller praksissektor. På sygehusområdet sker regulering af, hvilke funktioner der skal være til stede, bl.a. gennem specialeplanlægningen.

For kommunerne stiller sundhedsloven derimod krav om, at kommunerne bl.a. skal levere sundhedsydelser indenfor sundhedspleje til børn, tandpleje til børn og bestemte og beskrevne grupper af voksne, alkohol- og lægelige stofmisbrugsbehandling, sygepleje efter lægehenvisning, genoptræning efter udskrivelse fra sygehus og med et lægefagligt begrundet behov. Det kommunale sundhedsområde er dermed ikke et bredt funktionsområde, som det gælder for sygehus- og praksissektoren. Samtidig stilles der i lovgivningen på de fleste kommunale opgaveområder mere specifikke krav til konkrete indsatser.

De senere år har der været øget fokus på kvaliteten af kommunernes indsatser på sundhedsområdet. Det afspejler sig i nationale kvalitetsstandarder med krav til kommunale akutfunktioner i sygepleje og til indsatsen målrettet borgere med kroniske sygdomme. Her stilles der fx krav til medarbejdernes kompetencer, tilgængeligt udstyr m.v.

Udviklingen ses ikke på samme måde i sygehus- og praksissektoren, hvor rammerne for og tilgangen til styring af kvaliteten i behandlingen af borgerne er anderledes. Til gengæld stilles der krav i form af patientrettigheder, nationale kliniske retningslinjer, kræftpakker m.v., og organiseringen af den specialiserede sygehusbehandling er underlagt national koordinering gennem specialeplanlægningen.[271]

Fra enkeltydelser til samlet indsatstrappe på ældreområdet

En stor del af kommunernes opgaveportefølje vedrører indsatser, der gives i borgerens eget hjem og typisk til ældre borgere. Det er de opgaver, som Sundhedsstrukturkommissionen har defineret under ældreområdet og sygepleje. Selvom de kommunale indsatser er defineret langt mere specifikt i paragraffer i sundhedsloven og serviceloven, kan de ses i sammenhæng, da de kan betragtes som en samlet indsatstrappe. Indsatstrappen udgør et spektrum fra mindre omfattende indsatser, fx midlertidige indsatser, til mere omfattende indsatser, som typisk er varige indsatser.

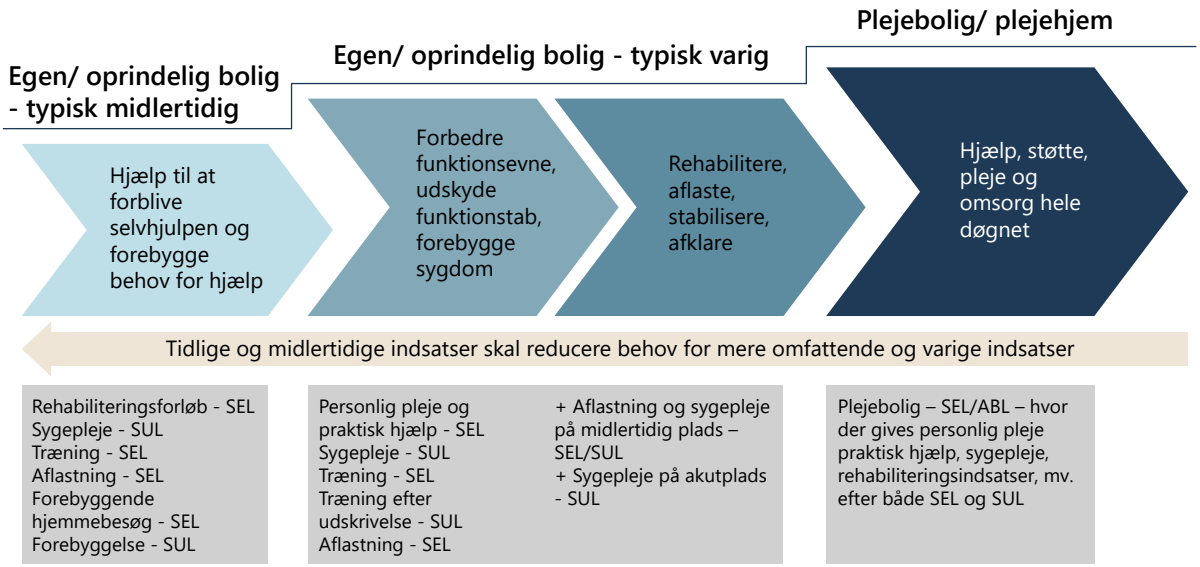
I den ene ende af det spektrum er indsatser målrettet selvhjulpne og raske ældre, hvor formålet er at forebygge, at de får behov for hjælp. Får borgerne behov for ydelser, handler næste trin på indsatstrappen om at levere ydelser midlertidigt og med et rehabiliterende sigte, så borgerne igen kan blive selvhjulpne i videst muligt omfang. Næste trin på indsatstrappen handler om borgere, der på grund af sygdom eller anden funktionsnedsættelse har behov for mere varige ydelser. Næste trin er borgere, som i en periode er enten så syge eller funktionsnedsatte, at kommunen vurderer, at der er behov for et midlertidigt ophold, fx på akutplads. Endelig indeholder sidste trin på indsatstrappen de borgere, som har behov for en plejebolig. Overgangen mellem de forskellige trin på indsatstrappen fastsættes ikke ud fra objektive kriterier, men tager afsæt i konkrete vurderinger af den enkelte borgers ønsker og behov som følge af sygdom og funktionsnedsættelse, muligheder for bedringer, risiko for forværring, sammenholdt med de konkrete muligheder, kompetencer og kapacitet på de enkelte trin på indsatstrappen.

Målgruppen er ikke alene ældre over 67 år, men borgere, der på grund af sygdom eller anden funktionsnedsættelse, som ikke skyldes sygdom, har behov for hjælp. På alle trin af indsatstrappen er målet at forebygge udvikling eller forværring af sygdom og funktionstab og om muligt hjælpe borgerne ned af indsatstrappen.

Figur 14.3 illustrerer indsatstrappen i forhold til borgere, der typisk er ældre, og som på grund af sygdom eller funktionsnedsættelse har behov for hjælp.

271 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

Figur 14.3
Indsatstrappe relateret til borgere, der typisk er ældre, og som har behov for hjælp



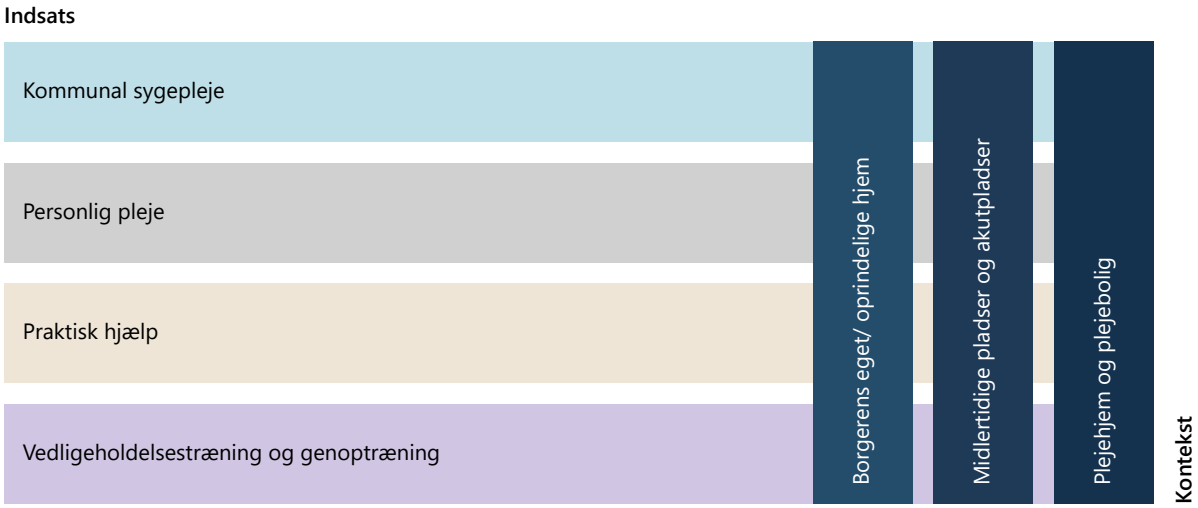
Mange af indsatserne i indsatstrappen gives ofte i sammenhæng, fx i forbindelse med morgen-, middag- og aftenrutine. Det betyder, at den samme medarbejder i forbindelse med ét besøg hos borgeren kan varetage opgaver på tværs af servicelov og sundhedslov. Indsatserne i trappen er sammenhængende og skal illustrere en tværgående og tværfaglig, rehabiliterende indsats fremfor kompenserende enkeltydelser.

Indsatstrappen er ikke skarpt afgrænset fra andre kommunale områder eller fra det øvrige sundhedsvæsen. Fx er vedligeholdende træning, som genoptræning og hjælpemidler uden eller med forudgående indlæggelse, med til at højne borgerens funktionsniveau og dermed hjælpe borgeren ned ad indsatstrappen.

De samme indsatser, der gives i borgernes hjem, herunder plejehjem og plejebolig, gives også som en del af ophold på midlertidige pladser og på botilbud. Den faglige indsats, der leveres som et led i ophold på midlertidige pladser og sociale botilbud, gives med forskellig vægtning afhængig af formålet med opholdet og i sammenhæng med andre indsatser. Ud over sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og diverse træningsindsatser gives bl.a. også socialpædagogisk støtte jf. servicelovens § 85 i eget hjem og på sociale botilbud. De indsatser, der gives i borgernes eget hjem, substituerer i varierende grad hinanden.

Figur 14.4 illustrerer, at de samme indsatser gives i forskellige kommunale kontekster.

Figur 14.4
De samme indsatser gives i borgerens eget hjem, midlertidlige pladser og plejehjem og plejebolig



Aftale om ældrereform og ældrelov

Den 18. april 2024 indgik regeringen og en bred kreds af Folketingets partier (Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre) en aftale om en ældrereform. Med reformen iværksættes en ældrelov, som skal tilvejebringe de overordnede lovgivningsmæssige rammer for fremtidens ældrepleje.

Social-, Bolig-, og Ældreministeriet har oplyst følgende om den kommende ældrelov, og det gengives her som en del af rammerne for kommunernes varetagelse af opgaver på ældreområdet:

- Ældreloven vil som udgangspunkt finde anvendelse for personer, der har nået folkepensionsalderen og har behov for hjælp og støtte i den daglige livsførelse, pga. nedsat funktionsevne, der er opstået i forbindelse med aldringen.
- Personer, der opfylder ovenstående kriterier og omfattes af ældreloven og har behov for hjælp efter ældreloven til praktiske opgaver, personlig pleje og omsorg m.v., vil stadig kunne modtage specialiseret hjælp efter serviceloven, fx hvis de på grund af et handicap har behov for en specialiseret indsats m.v. Yngre personer, fx personer med et handicap, der har brug for fx praktisk hjælp til fx rengøring, vil forsat kunne få hjælp til det efter reglerne i serviceloven.
- Det fastsættes i loven, at ældreplejen skal bygge på følgende bærende værdier: 1) Selvbestemmelse for den ældre og 2) Tillid til medarbejderne og ledelse og 3) Et tæt samspil med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund.
- Med ældreloven skal forebyggelse have en fremtrædende plads i ældreplejen. De nuværende forebyggende hjemmebesøg erstattes af en pligt til en generel forebyggende indsats.
- Med ældreloven indføres såkaldt helhedspleje i form af få rummelige og fleksible pleje- og omsorgsforløb, som både offentlige og private leverandører skal kunne levere. Det betyder bl.a., at ældreplejens kerneydelser skal tildeles i form af kommunalt fastsatte rummelige pleje- og omsorgsforløb, som skal udgøre en ramme for hjælpen ud fra den ældres aktuelle behov og ønsker. Udgangspunktet for hjælpen vil fortsat være de nuværende kerneydelser i ældreplejen, som fremgår af serviceloven, og som vil fremgå af ældreloven i forbindelse med regulering af pleje- og omsorgsforløbene.
- Madservice (nuværende § 83, stk. 1, nr. 3) vil fortsat være en del af hjælpen i en ny ældrelov, men indgår ikke som en del af helhedsplejen og pleje- og omsorgsforløbene.

Ældreloven træder i kraft den 1. juli 2025.

Gennemgang af opgaverne på det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder

I det følgende belyses kommunernes opgaveløsning på sundhedsområdet og nærliggende områder. Gennemgangen er opdelt efter, hvilke opgaver der i dag typisk er organiseret sammen i kommunerne. Det betyder, at kommunal sygepleje beskrives i sammenhæng med ældreområdet, og at træningsområdet er beskrevet særskilt. Beskrivelsen afviger dermed fra den indledende begrebsdefinition i kapitel 1.

For hver opgave foretages en overordnet analyse af, i hvilken udstrækning opgaven har sammenhæng til henholdsvis opgaverne, der løses i sygehus- og praksissektoren og til andre af kommunernes opgaver. Opgørelserne af aktivitet, økonomi og medarbejdere trækker på datakilder, som ikke nødvendigvis kan afgrænses nøjagtigt til enkelte indsatsområder. Medarbejdertallene afspejler fx, at de ansatte registreres, hvor de har deres primære opgave. Særligt opgørelserne af aktiviteten på tværs af indsatser skal tages med forbehold. Den nærmere metode og forbehold er beskrevet i baggrundsrapporten.[272]

Antallet af medarbejdere, der beskæftiger sig med de forskellige indsatser, dækker udelukkende over kommunalt ansatte og opdeles på følgende stillingsbetegnelser: sygeplejersker, social- og sundheds-assistenter, social- og sundhedshjælpere, ergo- og fysioterapeuter, læger, tandplejepersonale, ufaglært sundhedspersonale, øvrigt sundhedspersonale og ikke-sundhedsfagligt personale. Ufaglært sundheds-personale dækker over ufaglærte, som varetager social- og sundhedsfaglige opgaver. Øvrigt sundheds-personale dækker over en række stillingsbetegnelser, fx beskæftigelsesvejledere, plejere, sygehjælpere, sundhedsplejersker og jordemødre. Ikke-sundhedsfagligt personale dækker over en række stillings-betegnelser, som ikke er sundhedsrelaterede. Det inkluderer bl.a. stillingsbetegnelser såsom social-pædagoger og omsorgs- og pædagogmedhjælpere men også administrativt personale og akademikere. Medarbejderne opgøres som fuldtidsansatte og vil derved være mindre end antallet af ansatte.

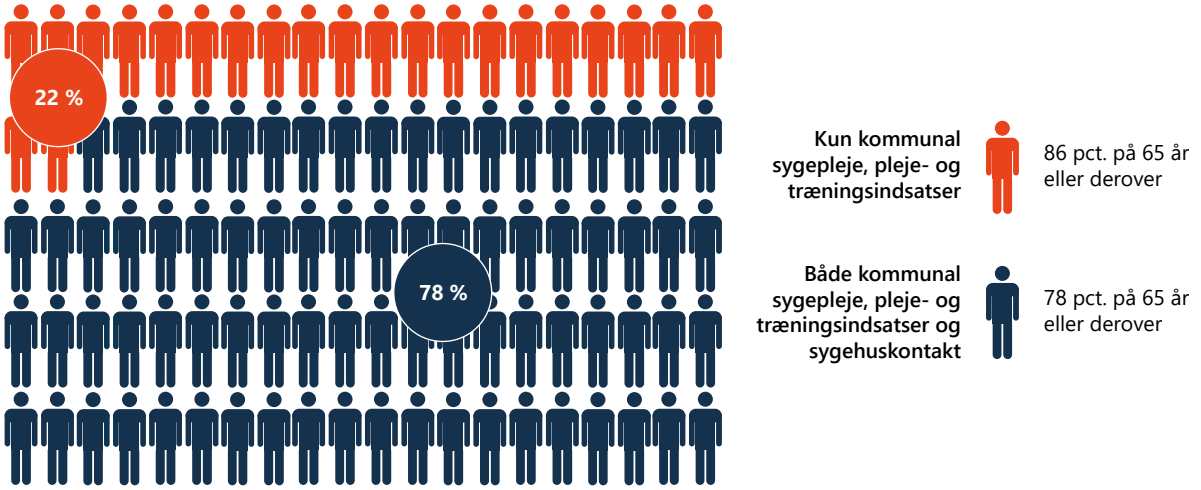
Ældreområdet og kommunal sygepleje

De opgaveområder og tilhørende paragraffer i sundhedsloven og i serviceloven, som er omfattet af ældre-området, indeholder som hovedregel ikke en aldersgrænse. En betydelig del af borgerne er ældre, men der er fx ca. 20 pct. af modtagerne af kommunal sygepleje, og 16 pct. af modtagerne af personlig pleje og praktisk hjælp, som er under 65 år. Langt hovedparten af de ældre borgere over 65 år modtager ikke ydelser på ældreområdet.

Knap 80 pct. af de borgere, som modtager kommunal sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og/eller træningsindsatser, er indenfor samme år i kontakt med sygehusene. Det svarer med en vis usikkerhed til omkring 310.000 borgere, og 78 pct. af dem er over 65 år. Det er dermed en forholdsvis stor gruppe af borgere, som har kontakt til både det kommunale ældre- og træningsområde og kommunal sygepleje og til det sekundære sundhedsvæsen.

272 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

Figur 14.5
Borgere med kontakt til kommunal sygepleje og pleje- og træningsindsatser, fordelt ud fra om de også har kontakt til sygehuset, 2019



Anm.: Kommunal sygepleje, pleje- og træningsindsatser dækker over følgende ydelser efter serviceloven: forebyggende hjemmebesøg, visiteret personlig pleje og praktisk hjælp i eget hjem, genoptræning, vedligeholdelsestræning og rehabilitering, samt følgende ydelse efter sundhedsloven: kommunal sygepleje. Det er ikke alle kommuner, der indberetter data for alle indsatser, og derfor er opgørelsen kun en indikator for de samlede overlap mellem sektorer.

Kilde: Egne beregninger baseret på Danmark Statistik

Personlig hjælp og pleje, praktisk hjælp og støtte og madservice (hjemmepleje)

Til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver, skal kommunerne efter servicelovens § 83 tilbyde:

1. Personlig hjælp og pleje
2. Hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet
3. Madservice

Personlig hjælp og pleje kan omfatte indsatser relateret til personlig hygiejne (fx bad, hårvask), assistance til toiletbesøg, ernæring og mobilitet (fx assistance til vending i en seng). Praktisk hjælp kan omfatte rengøring, tøjvask, skift af sengelinned, indkøb og anretning af mad. Madservice er primært madudbringning.

Formålet med hjælp til personlig pleje er, at borgeren kan leve så normalt og selvstændigt et liv som muligt. Det vil sige, at støttens formål er at hjælpe borgeren i relation til fx personlig hygiejne og mobilitet, som kræver sundhedsfaglige kompetencer. Indsatsen kan også være i form af psykisk støtte og vejledning til at løse opgaver, som borgeren har svært ved at overskue på egen hånd.

Kommunerne skal sikre, at borgerne ved løsningen af opgaverne har frit valg imellem mindst to leverandører, hvoraf mindst en skal være privat. Omkring 40 pct. af de personer, der modtager hjemmepleje, benytter en privat leverandør. De 40 pct. modtager dog ikke nødvendigvis alle ydelser fra private leverandører. Omkring 14 pct. af kommunens udgifter til personlig og praktisk hjælp går til private leverandører. Der var i 2021 ca. 300 private leverandører af hjemmepleje i eget hjem.[273]

273 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Redegørelse om ældreområdet 2023", 2023.

Boks 14.1
Personlig pleje og praktisk hjælp i tal

Borgere

I 2022 modtog ca. 156.000 personlig pleje og/eller praktisk hjælp. Heraf var cirka 26.000 personer under 65 år. 61.000 personer modtog både personlig pleje og praktisk hjælp i hjemmet, ca. 14.000 modtog udelukkende personlig pleje i eget hjem, og ca. 81.000 borgere modtog udelukkende praktisk hjælp i hjemmet.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Sammenhæng

79 pct. af de borgere, der modtog personlig pleje i hjemmet, havde indenfor samme år sygehuskontakt. 70 pct. modtog indenfor samme år kommunal sygepleje. 78. pct. af de borgere, der modtog praktisk hjælp i hjemmet havde indenfor samme år sygehuskontakt. 56 pct. modtog indenfor samme år kommunal sygepleje.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Udgifter

I 2022 brugte kommunerne 15,8 mia. kr. på personlig pleje, praktisk hjælp og madservice under SEL § 83 samt rehabilitering under SEL § 83 a i eget hjem, hvor 12,8 mia. kr. dækkede udgifter til personer på 67 år og derover, mens de resterende 3 mia. kr. dækkede personer under 67 år. Det er omkring 14 pct. af kommunens udgifter til personlig og praktisk hjælp, der går til private leverandører.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Medarbejdere

I 2023 var der ansat 28.848 fuldtidspersoner i kommunerne til at udføre personlig pleje, praktisk hjælp, madservice og tidsbegrænset rehabilitering i eget hjem (SEL §§ 83 og 83 a), hvoraf 1.234 var sygeplejersker, 6.798 var social- og sundhedsassistenter, 13.064 var social- og sundhedshjælpere, 418 var ergo- og fysioterapeuter, 4.318 var ufaglært sundhedspersonale, 1.441 var øvrigt sundhedspersonale og 1.575 ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Leverandører

Ca. 40 pct. af dem, der modtager hjemmepleje, benytter en privat leverandør. Det er især praktisk hjælp, der udføres af private, da 46,8 pct. af dem, der udelukkende modtager praktisk hjælp, modtager hjælpen af private leverandører, mens det kun er 8,6 pct. af dem, der udelukkende modtager personlig pleje, der benytter en privat leverandør. For borgere, der modtager begge dele, benytter 40,9 pct. en privat leverandør. De modtager dog ikke nødvendigvis alle ydelser fra private leverandører. Personer under 65 år benytter i lidt højere grad private leverandører (44,3 pct.) men variationen på tværs af alder er ikke stor.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistik, AED12 og REGKC.

Praktisk hjælp har ikke en tæt sammenhæng med de indsatser, som foregår på sygehuse og i praksissektor. Der er samtidig tale om opgaver med lav kompleksitet, som ikke kræver en sundhedsfaglig autorisation og ofte varetages af ufaglærte. Det er dermed i nogen udstrækning en anden faggruppe end dem, som varetager den personlige pleje, og som beskrives i de følgende afsnit. Der er dog tale om en indsats, som kan have en vigtig forebyggende rolle blandt skrøbelige ældre borgere, idet medarbejdere, der udfører praktisk hjælp, også har til opgave at have blik for borgerens almene tilstand med henblik på tidlig opsporing af sygdomsforværring eller funktionsnedsættelse m.v.

Personlig pleje har derimod en tættere sammenhæng med de indsatser, som foregår på sygehuse og i praksissektor, idet borgere, der udskrives fra sygehus, ofte har behov for pleje. Når borgeren er på sygehuset, varetages plejen af sygehuspersonalet. Personlig pleje er derfor i nogen udstrækning en forudsætning for, at borgeren kan være i eget hjem i stedet for på et sygehus. Indsatsen varetages i stor udstrækning af sundhedsfagligt uddannet personale herunder social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere og er en vigtig del af en kæde af indsatser, der skal forebygge forværring af sygdom. De samme medarbejdere vil ofte varetage opgaver relateret til sygepleje.

Personlig pleje er derfor en af de indsatser, som er vigtige i forhold til at skabe sammenhæng for patienter og borgere, og det er et centralt led i den løbende opgaveudvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Der er dermed potentiale for at samle ansvaret for indsatsen med sygehus- og praksissektoren.

Indsatsen har dog samtidig en tæt sammenhæng til især sygepleje, rehabiliterende indsatser og den del af den praktiske hjælp, som handler om at tilberede måltider morgen, middag og aften, som typisk også er der, en borger har behov for personlig pleje fx i forbindelse med at komme ud af sengen m.v. Derudover er der tale om en indsats, som er substituerbar med bl.a. plejeboliger, jf. den tidligere beskrevne indsatstrappe. Isoleret betragtet vil en samling af personlig pleje med sygehus- og praksissektoren derfor skabe nye snitflader til bl.a. plejeboligområdet.

Tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb

Kommunerne skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb ifølge servicelovens § 83 a til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, det vil sige hjemmepleje. Rehabiliteringsindsatser kan fx omfatte træningsindsatser, fokus på ernæring eller væskeindtag, medicingennemgang og fokus på borgerens sociale liv. Kommunen har pligt til at tilbyde et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb forud for vurdering af behov for hjemmepleje.

Korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb blev indført i forlængelse af Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger fra 2013 og udgør et lovgivningsmæssigt tiltag for at understøtte et paradigmeskift fra kompenserende til rehabiliterende hjælp.[274]

Boks 14.2
Tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb i tal

Borgere

Danmarks Statistik offentliggør ikke landstotaler for antal modtagere af tidsbegrænset rehabilitering, da tallene vurderes for usikre. Det skyldes bl.a., at rehabilitering i nogle kommuner registreres som hjemmepleje eller genoptræning.

Sammenhæng

89 pct. af de borgere, der er registrerede som modtagere af tidsafgrænset rehabilitering, havde indenfor samme år sygehuskontakt. 66 pct. modtog indenfor samme år sygepleje, og 66 pct. modtog indenfor samme år praktisk hjælp.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Økonomi og medarbejdere

Kommunernes udgifter til tidsafgrænset rehabilitering og medarbejdere, der foretager tidsafgrænset rehabilitering, kan ikke adskilles fra personlig pleje og praktisk hjælp.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistik, REGKC og Kommunernes og regionernes løndatakontor, september 2023.

274 Hjemmehjælpskommissionen. "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats". Hjemmehjælpskommissionen, Sekretariatet, 2013.

Som det gælder for personlig pleje og praktisk hjælp, har dele af indsatsen tæt sammenhæng til indsatser, der foregår på sygehus- og i praksissektor. Indsatsen er i nogen udstrækning en forudsætning for, at borgeren kan udskrives til en indsats i eget hjem. Formålet med korterevarende rehabiliteringsforløb er at levere en tidsafgrænset indsats, som forbedrer borgerens funktionsevne og nedsætter eller udsætter behovet for personlig og praktisk hjælp m.v. Derfor hænger den tidsbegrænsede rehabilitering tæt sammen med personlig pleje og praktisk hjælp, fordi de udgør to trin i indsatstrappen. Indsatsen har også sammenhæng til genoptræningsindsatser og øvrige rehabiliteringsindsatser, der kan foregå parallelt med tidafgrænsede rehabiliteringsforløb. Derfor er det også afgørende, at den myndighed, der har opgaven med at levere tidsafgrænset rehabilitering, har incitamenter til at nedsætte behovet for hjælp.

Forebyggende hjemmebesøg

Efter servicelovens 79 a skal kommunalbestyrelsen tilbyde mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 82 år. Ved særlige omstændigheder skal det forebyggende hjemmebesøg tilbydes fra 65 år. Kommunen kan undtage de borgere, som både modtager personlig pleje og praktisk hjælp.

Boks 14.3
Forebyggende hjemmebesøg i tal

Borgere

Ca. 95.000 borger modtog i 2022 forebyggende hjemmebesøg.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Sammenhæng

70 pct. af de borgere, der modtog forebyggende hjemmebesøg, havde indenfor samme år sygehuskontakt. 26 pct. modtog indenfor samme år sygepleje.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Udgifter

Kommunernes udgifter til forebyggende hjemmebesøg udgjorde 0,2 mia. kr. i 2022.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistik, REGKC.

Medarbejdere

Antallet af kommunalt ansatte, der varetager opgaverne under SEL §§ 79 og 79 a, kan ikke adskilles fra de ansatte, der varetager opgaverne forbundet med tilbud med aktiverende sigte under SEL § 79 og midlertidige ophold og aflastning under SEL § 84. Kommunerne har samlet ansat 5.718 fuldtidspersoner til at varetage opgaverne forbundet med midlertidige ophold under SEL § 84, stk. 2, afløsning og aflastning under SEL § 84, stk. 1, og forebyggende hjemmebesøg under SEL § 79 a og tilbud med aktiverende og forebyggende sigte under SEL § 79. Heriblandt er der ansat 835 sygeplejersker, 1.962 social- og sundhedsassistenter, 551 social- og sundhedshjælpere, 958 ergo- og fysioterapeuter, 178 ufaglært sundhedspersonale, 415 øvrigt sundhedspersonale og 818 ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Ydelsen er primært ikke-behovsbaseret og kræver ikke visitation eller lægelig henvisning. Formålet med indsatsen er at understøtte borgere, der i forvejen er selvhjulpne, i at forblive selvhjulpne. Derfor hænger indsatsen sammen med mere omfattende og varige indsatser som personlig pleje og praktisk hjælp. Fordi indsatsen er rettet mod så bred en målgruppe, har den ikke tæt sammenhæng til indsatsen på sygehuse og i praksissektor og kan varetages af alle kommuner uanset størrelse. Der er derfor ikke væsentlige fordele forbundet med at samle indsatsen under samme myndighed, som har ansvar for sygehuse og praksissektor. Indsatsen forventes at blive afskaffet med den nye ældrelov.

Kommunal sygepleje

Kommunerne er efter sundhedslovens § 138 ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvisning til personer med ophold i kommunen. Det er primært de alment praktiserende læger, der henviser til kommunal sygepleje. Kommunen kan derudover tildele kommunal sygepleje uden lægehenvisning. Sygepleje ydes til patienter i alle aldre i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet. Målet er at skabe mulighed for, at patienten kan blive i eget hjem, herunder plejebolig m.v., hvad enten der er tale om sygdom af midlertidig eller kronisk art eller forskellige handicap.

Siden 2023 har kommunerne haft pligt til at have en akutfunktion i sygeplejen, som lever op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder på området. Akutfunktioner behandles i det efterfølgende afsnit.

Indtil en lovændring i 2023 hed sygepleje i kommunerne hjemmesygepleje. Lovændringen tydeliggør imidlertid, at sygepleje i kommunerne udføres mange andre steder end i hjemmet.

Kommunerne kan frit vælge, om sygeplejen tilrettelægges ved, at kommunen selv eller i samarbejde med andre kommuner ansætter sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andet personale eller ved at indgå aftale med private leverandører om varetagelse af opgaven. Sygepleje kan dermed udføres af mange faggrupper. Den enkelte kommune vurderer, hvilke uddannelsesmæssige kvalifikationer og kompetencer udøvelsen af forskellige former for sygepleje kræver. Kommunerne kan organisere sig forskelligt, og derfor er det ikke alle kommuner, der har en organisatorisk enhed, der hedder "sygeplejen" eller lignende. Kommunerne kan også vælge at organisere sygeplejen sammen med hjemmeplejen eller i mindre tværfaglige selvstyrende teams.

De borgerrettede indsatser i den kommunale sygepleje er ifølge Fælles Sprog III opdelt i 28 forskellige indsatser. En mindre gruppe ydelser tegner sig for langt hovedparten af den kommunale sygepleje. Medicinadministration, medicindispensering, kompressionsbehandling og sårbehandling udgør langt hovedparten af den kommunale sygepleje. I praksis dækker opgaverne over medicingivning og hjælp til at få støttestrømper på eller af og er oftest integreret i den samlede opgaveløsning, som et morgen- eller aftenbesøg hos en borger udgør.

En stor del af sygeplejen i kommunerne ydes af medarbejdere i de organisatoriske enheder, der typisk benævnes hjemmeplejen, og den ydes ofte som led i daglige besøg (typisk morgen og aften), hvor der samtidig og som en integreret del af morgen- eller aftenrutinen også leveres ydelser efter servicelovens § 83 – både praktisk hjælp "fra køkken til bord" og personlig pleje "fra bord til mund". Det betyder, at ydelser efter serviceloven og sundhedsloven løses integreret under de samme borgerbesøg og af én og samme medarbejder. Set fra et borgerperspektiv er det afgørende, at opgaver i relation til borgernes krop – i langt højere grad end opgaver i relation til borgernes hjem, som fx rengøring og tøjvask – løses samlet, helhedsorienteret og af så få forskellige medarbejdere som muligt.

Fordi så stor en del af sygeplejeindsatserne er centreret omkring ydelser, der leveres som en integreret del af daglige rutinebesøg, hvor der også ydes personlig pleje og praktisk hjælp, peger data på, at hovedparten af de sygeplejeindsatser, der leveres til borgere i eget hjem, udføres af social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i hjemmeplejen. Ud over medarbejderne i hjemmeplejen kan sygepleje også ydes af medarbejdere på plejehjem, bosteder, i rehabiliteringsteams og på midlertidige pladser. Hertil kommer, at alle borgere har ret til frit valg af leverandør af hjemmepleje. I det omfang kommunen vælger at overdrage ydelser, der er tæt integreret med personlig pleje, til leverandører, yder de også sygepleje på samme vis som i den kommunale hjemmepleje.

Den kommunale sygepleje kan tilrettelægges, så der er mulighed for differentiering af forløb, hvor formålet er at understøtte, at alle borgere har de bedst mulige forudsætninger for effekt af de sygeplejefaglige indsatser. Indsatserne kan variere i omfang og varighed, og hvorvidt borgeren fx er i stand til fremmøde på sygeplejeklinik eller skal modtage kommunal sygepleje i eget hjem eller i andre boformer.

Boks 14.4
Kommunal sygepleje i tal

Borgere

Ca. 145.000 borgere modtog i 2022 kommunal sygepleje i eget hjem. Heraf er ca. 30.000 under 67 år. Der er ikke data for antallet af borgere, der modtager kommunal sygepleje som led i ophold på fx plejehjem, midlertidige pladser, botilbud eller tilbud i kommunale sygeplejeklinikker m.v.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Sammenhæng

82 pct. af de borgere, der modtager kommunal sygepleje, har indenfor samme år sygehuskontakt.
43 pct. af de borgere, der modtager sygepleje, modtager indenfor samme år praktisk hjælp i hjemmet.
31 pct. modtager indenfor samme år personlig pleje i hjemmet.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Udgifter

Kommunerne benyttede i 2022 6,4 mia. kr. på den kommunale sygepleje (SUL §§ 138 og 139). Det inkluderer alt sygepleje leveret i kommunerne udover det udført i forbindelse med boformer (SEL §§ 107-110), boformer (socialtilsynsloven § 4, stk. 1, nr. 3) og stofmisbrugsbehandling (SEL § 101 og SUL § 142).

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Medarbejdere

Kommunerne havde i 2023 ansat 6.131 fuldtidspersoner i 2023, som primært varetog kommunal sygepleje. Heraf var 5.460 sygeplejersker, 330 social- og sundhedsassistenter, 55 social- og sundhedshjælpere, 62 ergo- og fysioterapeuter, 42 ufaglært sundhedspersonale, 72 øvrigt sundhedspersonale og 110 ikke-sundhedsfagligt personale. Kommunen har yderligere ansatte, som varetager sygeplejeopgaver, men som ikke indgår i opgørelsen, da det ikke er deres primære opgave. På baggrund af et casestudie af flere kommuner er det skønnet, at social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere varetager 61-85 pct. af sundhedslovsindsatserne i eget hjem.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024 og VIVE, Sidsel Vinge, og Emmy Hjort-Enemark Topholm, Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne, bd. 2021 (VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021).

Leverandører

Den kommunale sygepleje leveres primært af kommunale leverandører.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistik, REGKC.

Kommunal sygepleje har tæt sammenhæng til indsatser, der foregår på sygehuse og i praksissektoren, idet særligt ældre borgere ofte udskrives fra sygehus med fortsat behov for pleje og behandling i hjemmet. Derfor er indsatsen en forudsætning for, at borgerne kan udskrives til eget hjem. Sygeplejen er en del af de indsatser, der er centrale for løbende udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet, og der kan være potentiale for at samle sygeplejen med sygehus- og praksissektor. Det forhold, at sygeplejen ofte kommer i borgerens hjem, giver gode muligheder for at understøtte behandling i borgerens hjem og bidrage til at forebygge indlæggelser.

Indsatsen har dog samtidig tæt sammenhæng til mange dele af den kommunale opgaveløsning og kan varetages af medarbejdere, der ikke er sygeplejersker. Når indsatsen leveres i borgerens eget hjem, sker det ofte i forbindelse med personlig pleje og praktisk hjælp og dermed i forbindelse med andre indsatser, der gives morgen, middag og aften. Fra et borgerperspektiv er det vigtigt, at indsatsen kan leveres sammenhængende, det vil sige på samme tid og af de samme medarbejdere m.v.

Sygepleje kan også være udkørende og fungere som selvstændig enhed, der har særlige kompetencer, og som leverer indsatser i borgerens eget hjem, herunder plejehjem, på midlertidige pladser og sociale botilbud. Sygeplejen kan også være en integreret del af indsatsen på plejehjem, midlertidige pladser og botilbud. Ved en samling af sygeplejen med sygehus- og praksissektor vil der behov for at håndtere snitflader til områderne.

Akutfunktioner i sygeplejen

Sundhedsstyrelsen udgav i 2014 anbefalinger til akutfunktioner i hjemmesygeplejen. I 2018 blev anbefalingerne ændret til bindende kvalitetsstandarder. Fra 2023 er det blevet til krav om, at alle kommuner skal have en akutfunktion i sygeplejen. En akutfunktion kan organiseres forskelligt. I Sundhedsstyrelsens krav til akutfunktioner er udgangspunktet, at de er matrikelløse. De to hyppigste former for organisering af akutfunktioner er udkørende akutteams og akutpladser (en variant af midlertidige pladser, der behandles i næste afsnit). Akutfunktioner kan også være integrerede i den kommunale sygepleje og ikke skilt ud i en særligt organisatorisk enhed.

Det kommunale akutområde er vokset frem over tid, og nogle af de første akutteams og akutpladser blev indført i 1990'erne. Dengang var der primært tale om enkeltstående tilbud af mindre omfang, og det var langt fra noget, alle kommuner tilbød. Ligeledes var der ikke nogen klar, entydig eller fælles forståelse af, hvad de akutteams, akutstuer eller akutpladser, der dengang blev etableret, skulle kunne. Der har dermed gennem tiden eksisteret forskellige former for kommunale akutteams og akutpladser. I første halvdel af 2010'erne skete der en betydelig vækst i antallet. Andelen af kommuner med akutteams steg fra 26 pct. i 2013 til 53 pct. i 2015 og lå i 2020 på 93 pct. Andelen af kommuner med akutpladser steg fra 41 pct. i 2013 til 71 pct. i 2015, men faldt herefter til 53 pct. i 2020.[275] I 2020 havde alle kommuner en akutfunktion. Nogle kommuner har etableret egne akutfunktioner, andre har etableret tværkommunale akutfunktioner. Akutteams er den mest udbredte organiseringsform i kommunerne. Nogle kommuner har kombineret akutteams med akutpladser.[276]

I kvalitetskravene for kommunale akutfunktioner beskrives, at kvaliteten af indsatsen er særligt udfordret på områder, hvor patientunderlaget er lille, hvorfor indsatsen bør forankres hos få personer med de rette fagligheder. I forlængelse heraf bør kommuner med et lille patientgrundlag for akutfunktionen samarbejde om opgavevaretagen med henblik på at etablere den tilstrækkelige faglige robusthed. Udfordringen forstærkes yderligere, når kommunerne skal leve op til kravet om en døgndækket akutfunktion. En undersøgelse af en række kommuners erfaring med at etablere kommunale akutfunktioner viste, at på trods af kravet om, at akutfunktioner er tilgængelig døgnet rundt, var der ingen af de undersøgte kommuner, som vurderede, at der var tilstrækkelig volumen til at fastholde et fagligt bæredygtigt tilbud om natten. En af kommunerne pegede på, at der skulle være et betydeligt befolkningsunderlag, som var større end den pågældende kommunes indbyggertal på 75.000 borgere for at opretholde en fuldt døgndækket funktion. Sundhedsstyrelsen vurderer, at der med en fremtidig omstilling af sundhedsvæsenet må forventes behov for yderligere kapacitetsopbygning i de kommunale akutfunktioner. Det kan være sygepleje til mennesker med multisygdom, subakutte og akutte patienter med somatisk sygdom, ligesom der er behov for at kapaciteten i akutfunktionerne i stigende grad koordineres med det almenmedicinske tilbud og sygehusene.[277]

Som det gælder for den øvrige sygepleje, er der tæt sammenhæng mellem akutfunktioner og indsatser, der forgår på sygehuse og i praksissektor, idet borgere, der udskrives fra et sygehus, ofte har brug for sygepleje herunder indsatser fra kommunernes akutfunktioner. Indsatsen er et centralt led i den løbende udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet, og derfor kan der være et potentiale i at samle opgaven med sygehus- og praksissektor.

---

275 VIVE, Sidsel Vinge, Martin Sandberg Buch, og Pia Kürstein Kjellberg. "Det kommunale akutområde: erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner". VIVE – Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

276 Sundhedsstyrelsen. "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner". Sundhedsstyrelsen, 2023.

277 Sundhedsstyrelsen, "Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning", 2024.

Som det gælder for sygeplejen samlet set, er indsatsen integreret i mange dele af den kommunale opgaveløsning, dog i lidt mindre grad end sygeplejen, idet akutfunktionerne i nogen udstrækning er organiserede som selvstændige teams og fungerer som udkørende enheder til borgerens eget hjem, botilbud m.v.[278] Indsatsen kan i nogle kommuner omfatte akutpladser, der er en variant af midlertidige pladser (se afsnit om midlertidige pladser). Akutfunktioner og akutpladser kan ikke betragtes særskilt. En særskilt samling af akutpladser og akutfunktioner med sygehus og praksissektor vil skabe snitflader til den øvrige del af sygeplejen, og de kommunale indsatser som sygeplejen har sammenhæng med.

Midlertidige pladser

Kommunerne kan efter servicelovens § 84, stk. 2, tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje. Indsatsen, der leveres på midlertidige pladser, er bl.a. sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp, træning og rehabilitering. Indsatserne gives med forskellig vægtning afhængig af formålet med opholdet. De midlertidige pladser er ikke en "skal-opgave" i kommunerne. Det betyder variation i antal, kompetencer, målgrupper m.v. En undersøgelse estimerer, at der er omkring 3.800 midlertidige pladser, hvoraf hovedparten drives efter serviceloven, og ca. 200 pladser er akutpladser.[279] KL vurderer ligeledes, at der er ca. 3.600 midlertidige pladser (eksklusivt Københavns Kommune).

En del af borgerne, der har ophold på midlertidige pladser, er syge, ustabile eller svækkede, og der findes forskellige løsninger på lægedækning af de midlertidige pladser. De almindelige ordninger gælder lægedækning ved borgerens egen læge, det vil sige det almenmedicinske tilbud. Med Aftale om akutplan for sygehusvæsenet fra februar 2023 blev det aftalt, at regionerne vil implementere 72-timers behandlingsansvar for patienter, som udskrives fra sygehuse.[280] Det gælder bl.a. patienter der udskrives til kommunale midlertidige pladser og akutpladser. Derudover er der fx kommuner, som honorerer sygehuse for lægedækning, sygehuslæger som "går stuegang", eller kommuner der ansætter læger som konsulenter på de midlertidige pladser.

Tilknytningen af læger har på forskellig vis medvirket til at løse udfordringerne, men indtrykket er, at det er sket usystematisk og i varierende grad. Kommunerne kan opkræve egenbetaling for bl.a. linned på midlertidige pladser oprettet efter serviceloven. Det kan der ikke for akutpladser efter sundhedsloven. I praksis er det vanskeligt at skelne mellem, om en borger bør tilbydes et ophold som en akutplads efter sundhedsloven eller en midlertidig plads efter serviceloven.

Boks 14.5
Midlertidige pladser i tal

Borgere

En undersøgelse estimerer, at der er omkring 3.800 midlertidige pladser, hvoraf hovedparten drives efter serviceloven, og ca. 200 pladser er akutpladser. KL vurderer på baggrund af Danmarks statistik, at der er ca. 3.600 midlertidige pladser (eksklusivt Københavns Kommune).

Kilde: Implement Consulting Group. "Den kommunale sundhedsindsats". 2023.

278 VIVE, Sidsel Vinge, Martin Sandberg Buch, og Pia Kürstein Kjellberg. "Det kommunale akutområde: erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner". VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

279 Implement Consulting Group. "Den kommunale sundhedsindsats". 2023.

280 Regeringen, og Danske Regioner. "Aftale om en akutplan for sygehusvæsenet". 2023.

Udgifter

Kommunerne havde i 2022 udgifter på 1,9 mia. kr. til tilbud om midlertidige pladser under SEL § 84, stk. 2, og tilbud om afløsning og aflastning under SEL § 84, stk. 1, hvor udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp og madservice givet i forbindelse med aflastningsopholdet eller aflastning i eget hjem er inkluderet i opgørelsen. Udgifterne til midlertidige pladser og afløsning og aflastning kan ikke adskilles. Opgørelsen kan være behæftet med usikkerhed, og udgifterne kan være undervurderet på grund af at flere kommuner registrerer midlertidige pladser forkert. Nogle udgifter til midlertidige pladser forventes fx at registreres som udgifter til plejehjem og plejeboliger, hvor de midlertidige pladser primært er placerede.

Opgørelsen er eksklusive aflastning under SEL § 84, stk. 1, givet til børn (barnets lov § 90) og som kontant tilskud til modtageren, som selv varetager opgaven (§ 95, stk. 1-3). Kommunerne har udgifter på 0,3 mia. kr. om året til kontante tilskud til borgere, som selv varetager opgaver under SEL § 83 og § 84, stk. 1, jf. § 95 stk. 1-3.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024, Statistikbanken, Danmarks statistik, REGKC og Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed, "Kommunal sygepleje til ældre", 2022.

Medarbejdere

Kommunerne havde i 2023 ansat 5.718 fuldtidspersoner til at varetage opgaverne forbundet med midlertidige ophold under SEL § 84, stk. 2, afløsning og aflastning under SEL § 84, stk. 1, forebyggende hjemmebesøg under SEL § 79 a og tilbud med aktiverende og forebyggende sigte under SEL § 79. Antallet af ansatte, som udfører opgaver under SEL §§ 84, 79 a og 79, kan ikke adskilles, men der var heriblandt ansat 835 sygeplejersker, 1.962 social- og sundhedsassistenter, 551 social- og sundhedshjælpere, 958 ergo- og fysioterapeuter, 178 ufaglært sundhedspersonale, 415 øvrigt sundhedspersonale og 818 ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

De midlertidige pladser, som anvendes til borgere, der udskrives fra sygehus med fortsat behov for pleje, har tæt sammenhæng med indsatsen i sygehus- og praksissektoren og er i nogen udstrækning forudsætning for, at borgeren kan udskrives til en indsats tættere på eget hjem. Indsatsen er et resultat af den løbende omstilling af sundhedsvæsenet. Der kan derfor isoleret betragtet være potentiale i en samling med sygehus- og praksissektor med henblik på at give muligheder for en samlet tværgående styring og planlægning af sengekapacitet og dermed skabe bedre muligheder for lægetilknytning til pladserne.

Indsatsen, der leveres under ophold på midlertidig plads, er imidlertid også væsentligt overlappende med indsatser, der gives i borgerens eget hjem herunder plejehjem og plejebolig. Det gælder bl.a. personlig pleje og praktisk hjælp, sygepleje og diverse træningsindsatser. Samtidig kan den midlertidige plads være et led i kommunens afklaring af, om borgeren er i målgruppen for en plejebolig. En særskilt samling af de midlertidige pladser vil dermed skabe snitflader til den indsats.

Aflastning og afløsning

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne efter servicelovens § 84, stk. 1. Aflastning gives udenfor hjemmet fx på en midlertidig plads, mens afløsning gives i hjemmet. Opgaven har ikke tæt sammenhæng med indsatsen, der foregår i sygehus- og praksissektoren, og kommissionen vurderer ikke, at der er et væsentligt potentiale forbundet med samling af opgaven. Midlerne hertil indgår i udgifterne beskrevet under midlertidige pladser.

Plejehjem og plejebolig

Kommunerne skal efter servicelovens § 192 a tilbyde ældre, der har særligt behov for en plads på et plejehjem eller for en almen plejebolig jf. § 5, stk. 2, i lov om almene boliger m.v. en sådan plads eller bolig senest to måneder efter optagelse på en venteliste. Plejebolig er det sidste trin i indsatstrappen på det kommunale ældreområde. Indsatsen indeholder bl.a. hjemmepleje og sygepleje.

Ældre borgere, der bor på plejehjem eller i plejebolig, er i dag i gennemsnit ca. 83 år. Mere end tre ud af fire har en kronisk sygdom, knap halvdelen lider af demens, og hver tredje lider af multisygdom. Udviklingen på området har dermed medført, at kommunerne i stigende grad varetager komplekse sundhedsopgaver i plejen og behandlingen af ældre borgere. I perioden 2009-2023 er der kommet over 30 pct. flere ældre over 80 år.

Boks 14.6
Plejehjem og plejebolig i tal

Borgere

Der var 42.072 personer indskrevet i plejehjem, beskyttede boliger, friplejehjem og plejebolig i 2022. Heraf var 2.476 indskrevet i plejehjem, 367 indskrevet i beskyttede boliger, 1.794 indskrevet i friplejeboliger og 37.435 indskrevet i plejeboliger. Ca. 93 pct. var personer på 67 år eller derover.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Sammenhæng

Plejehjemsbeboere er blandt de 10 pct. i befolkningen, som har det højeste forbrug af sundheds- og plejeydelser. I sammenligning med øvrige ældre, som er blandt de 10 pct. i befolkningen med det højeste forbrug af sundheds- og plejeydelser, har plejehjemsbeboere i gennemsnit færre kontakter til det somatiske sygehusvæsen.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets benchmarkingenhed. 2024. Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Udgifter

Kommunerne havde i 2022 udgifter på 26,1 mia. kr. til plejehjem og plejeboliger m.v. Det inkluderer udgifter for 25,1 mia. kr. til personlig og praktisk hjælp og madservice under SEL § 83, rehabiliteringsforløb under SEL § 83 a og socialpædagogisk støtte under SEL § 85 givet i plejehjem, plejeboliger og beskyttede boliger og udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp og madservice under SEL § 83 givet i friplejeboliger. Opgørelsen inkluderer også udgifter på 0,9 mia. kr. til selve boligdelen af plejehjem og 0,1 mia. kr. til socialpædagogisk bistand under SEL § 85, genoptræning under SEL § 86, ledsagelse under SEL §§ 97 og 98 og behandlingsmæssige tilbud under SEL § 102 m.v., givet i forbindelse med friplejeboliger.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024 og Statistikbanken, Danmarks statistik, REGKC.

Medarbejdere

Der er hele 43.133 fuldtidspersoner ansat i kommunerne til at varetage opgaverne forbundet med plejehjem, plejeboliger m.v. Personerne varetager alle opgaverne beskrevet ovenfor eksklusiv de opgaver, som varetages af private udbydere. Ud af de ansatte er 2.941 sygeplejersker, 11.365 social- og sundhedsassistenter, 13.973 social- og sundhedshjælpere, 597 ergo- og fysioterapeuter, 5.720 ufaglært sundhedspersonale, 3.619 øvrigt sundhedspersonale og 4.918 ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Leverandører

Friplejeboligleverandører er private, som driver friplejeboliger i konkurrence med kommunerne.

Ældre borgere, der bor på plejehjem eller i plejebolig, har behov for pleje og omsorg hele døgnet, og der er i praksis ofte tale om en varig indsats. Indsatsen, der foregår på plejehjem og i plejebolig, er bl.a. sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp og træningsindsatser. Indsatsen er dermed forbundet med den indsats, der foregår i sygehus- og praksissektor. Ældre borgere, der bor på plejehjem eller i plejebolig, er skrøbelige, og derfor er det vigtigt, at deres samlede behov i størst muligt omfang varetages på plejehjemmet, bl.a. at den sundhedsfaglige indsats understøttes af almenmedicinske kompetencer.

Træningsområdet

I det følgende afsnit beskrives træningsområdet på tværs sundhedsloven og serviceloven samlet. Det afviger fra begrebsdefinitionerne i kapitel 1.

Træningsområdet består samlet set af tre forskellige opgaver:

- Vedligeholdende træning og genoptræning efter serviceloven § 86
- Genoptræning efter udskrivelse efter sundhedslovens § 140
- Vederlagsfri lægehenvist fysioterapi efter sundhedslovens §§ 140 a og b

Træningsområdet er tæt forbundet med ældreområdet, idet træning er med til at understøtte, at borgeren genvinder selvhjulpenhed, fx efter sygdom eller sygehusindlæggelse. Målgruppen er ikke kun, men i overvejende grad, ældre. Træningsområdet adskiller sig fra ældreområdet, bl.a. fordi indsatsen dækker over mindre kompliceret genoptræning til relativt mange borgere og genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau til relativt få borgere.

Hjælpemiddelområdet er beskrevet som en del af træningsområdet, idet hjælpemidler ofte anvendes som led i en indsats, der skal bidrage til at gøre borgeren selvhjulpen. Det skal bemærkes, at hjælpemiddelområdet som regel er en del af den kommunale, centrale visitation og ikke integreret med træningsområdet.

Boks 14.7
Træningsområdet i tal

Borgere

Ca. 12.000 borgere modtog i 2022 genoptræning uden forudgående indlæggelse. Heraf var ca. 2.000 borgere under 65 år. Ca. 13.000 borgere modtog vedligeholdende træning. Heraf var ca. 1.400 under 65 år. Der blev udarbejdet ca. 209.000 genoptræningsplaner i 2022. I 2018 havde ca. 288.000 personer ét eller flere hjælpemidler, der var bevilliget efter servicelovens § 112, og som var blevet udleveret via kommunernes hjælpemiddeldepoter. Det svarer til 5 pct. af den danske befolkning. Ca. tre fjerdedele af modtagerne af hjælpemidler er over 65 år.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Sammenhæng

79 pct. af de borgere, der i 2019 modtog vedligeholdelsestræning, havde indenfor samme år sygehuskontakt. 53 pct. modtog indenfor samme år sygepleje. 85 pct. af de borgere, der i 2019 modtog genoptræning efter serviceloven, havde indenfor samme år sygehuskontakt. 49 pct. modtog inden for samme år sygepleje.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Udgifter

I 2022 var kommunernes samlede udgifter på træningsområdet inklusive hjælpemidler 7,4 mia. kr. Heraf gik 1,9 mia. kr. til lægehenvist genoptræning og genoptræning efter udskrivelse fra sygehus efter SUL § 140 og fysioterapi udført i kommunalt regi efter SUL § 140 a. Yderligere 1,2 mia. kr. gik til vederlagsfri fysioterapi udført hos private leverandører under SUL § 140 a og 140 b, mens 1 mia. kr. gik til genoptræning uden foregående indlæggelse og vedligeholdelsestræning efter SEL § 86. De sidste 3,3 mia. kr. gik til hjælpemidler givet under SEL § 112.

Opgørelsen inkluderer ikke udgifter til genoptræning og vedligeholdelsestræning efter SEL § 86 udført i forbindelse med ophold i botilbud efter SEL §§ 107-110, ophold i friplejeboliger og vedligeholdelsestræning til børn efter barnets lov § 90. Opgørelsen inkluderer dog udgifter til personbefordringer givet i forbindelse med både SUL § 140 og SEL § 86.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024, Statistikbanken, Danmarks statistik, REGKC og kommunale særindberetninger.

Medarbejdere

Der var i 2023 ansat 4.601 fuldtidspersoner i kommunerne til at varetage opgaverne forbundet med genoptræning og vedligeholdelsestræning efter SUL §§ 140, 140 a og 140 b og SEL § 86. Kommunalt ansatte i forbindelse med SUL § 140 a omfatter ansatte, som varetager den fysioterapi, som leveres i kommunalt regi. Blandt dem var 195 sygeplejersker, 407 var social- og sundhedsassistenter, 48 var social- og sundhedshjælpere, 3.434 var ergo- og fysioterapeuter, 30 var ufaglært sundhedspersonale, 90 var øvrigt sundhedspersonale og 395 var ikke-sundhedsfagligt personale.

Der var herudover ansat 1.036 fuldtidspersoner til at varetage opgaver relateret til hjælpemidler under SEL § 112, hjælp til boligindretning under SEL § 116, støtte til individuelle befordringer under SEL § 117 og støtte til køb af bil under SEL § 115. Blandt personerne var 35 sygeplejersker og 314 ergo- og fysioterapeuter og 687 ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Vedligeholdende træning og genoptræning uden tilknytning til sygehusindlæggelse

Efter servicelovens § 86 skal kommunen tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Ifølge servicelovens § 86, stk. 2, skal kommunen tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder på grund af fysisk eller psykisk nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer til personer, der har behov for det.

Målgruppen for genoptræning er typisk ældre borgere, der efter sygdom eller ulykke, som ikke er behandlet i sygehusregi, er midlertidigt svækkede. Tilbuddet om genoptræning kan fx være relevant for en ældre borger, som er svækket efter længere tids sengeleje i hjemmet på grund af influenza eller efter et fald, og hvor der er behov for at genvinde mistet eller reduceret funktionsevne. Målgruppen for vedligeholdelsestræning efter serviceloven er alle borgere uanset alder og omfatter træning til personer med fx kroniske lidelser, i det omfang personerne har brug for individuel træning med henblik på at kunne vedligeholde fysiske, psykiske og sociale færdigheder.

I modsætning til genoptræning efter sundhedsloven er der ikke et krav i serviceloven om en lægefaglig vurdering af behovet for genoptræning eller vedligeholdende træning. Det vil dog ofte være den alment praktiserende læge eller hjemmeplejen, der konstaterer behovet for genoptræning. Behovet for genoptræning vil også kunne opfanges i forbindelse med udførelsen af de forebyggende hjemmebesøg eller andre former for opfølgning og har dermed tæt sammenhæng med ældreområdet.

Tilbud om vedligeholdelsestræning og genoptræning skal i mange tilfælde ses i sammenhæng med genoptræning efter sundhedsloven. Ofte vil der i forlængelse af et afsluttet genoptræningsforløb være behov for vedligeholdende træning med henblik på at fastholde den erhvervede funktionsevne. På den måde hænger træningsområdet på tværs af sundhedslov og servicelov sammen.

Indsatsen har ikke i høj grad direkte sammenhæng til indsatsen på sygehus- og i praksissektor, men kan medvirke til at forebygge indlæggelser. Indsatsen har tæt sammenhæng med personlig pleje og praktisk hjælp, da indsatsens formål er at gøre borgerne selvhjulpne og reducere behovet for personlig pleje og praktisk hjælp. Det er vigtigt, at den myndighed, der har opgaven med den vedligeholdende træning og genoptræning uden tilknytning til sygehusindlæggelse, har incitament til at reducere behovet for mere omfattende og varige indsatser. En selvstændig samling af vedligeholdende træning og genoptræning uden tilknytning til sygehusindlæggelse med sygehus- og praksissektor vil skabe snitflader til indsatserne og til det øvrige træningsområde.

Genoptræning efter udskrivelse fra sygehus og genoptræningsplaner

Kommunerne har siden 2007 haft ansvar for genoptræning efter udskrivelse fra sygehuset for alle patienter uanset alder og diagnose, som udskrives fra sygehuset med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Siden er området vokset kraftigt.

Indsatsen dækker over mange former for genoptræning fra genoptræning efter hofteoperation, som mange borgere har behov for, til omfattende og kompleks genoptræning og rehabilitering efter hjerneskade, som en mindre gruppe borgere har behov for. Regionerne har driftsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau. Kommunerne har finansieringsansvaret for al genoptræning efter udskrivelse fra sygehuse.

Tabel 14.1
Typer af genoptræning efter udskrivelse fra sygehus

Niveau	Genoptræning på alment niveau		Genoptræning på specialiseret niveau	Rehabilitering på specialiseret niveau
	Basalt niveau	Avanceret niveau		
Driftsansvar	Foregår i kommunen, som også visiterer.	Foregår i kommunen, som også visiterer.	Kommunen har finansieringsansvaret, mens regionerne har driftsansvaret.	Foregår i kommunen. Eksempelvis på specialiserede enheder.
Patientgruppe	Patienter har enkle og afgrænsede funktionsevne-nedsættelser fx en brækket hofte eller en knæskade.	Patienter har omfattende funktionsevne-nedsættelser fx efter amputation af kropsdel eller blodprop i hjernen.	Patienter har komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktions-evne-nedsættelser og eventuelt alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet.	Patienter har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevne-nedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder – oftest omfattende mentale funktionsned-sættelser. Fx patienter med erhvervet hjerne-skade.
Krav til indsatsen	Organiseres som monofaglige eller tværfaglige indsatser. Ikke særlige krav til organisering.	Tværfaglige indsatser, som kræver tæt koordinering af forløbet. Kan være brug for tvær-kommunale samarbejder ift. at sikre kompe-tencer.	Brug for tæt koordine-ring af genoptræning, udredning og ambulant sygehus-behandling. Disse genoptrænings-indsatser samles på sygehuse med den rette ekspertise.	Der er særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering. Indsatsen samles på et begrænset antal rehabiliterings-tilbud.
Genoptrænings-planer i 2022 (i alt 208.963)	Almen genoptræning (basalt + avanceret niveau): **190.290 genoptræningsplaner**		**18.063 gen-optræningsplaner**	**610 gen-optræningsplaner**

Kilde: Landspatientregisteret (LPR) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen, Vejledning nr 9538 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner

Hvis en patient har et lægefagligt behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehuset, har regionerne ansvar for at tilbyde og udarbejde en individuel genoptræningsplan, som beskriver patientens behov for genoptræning ud fra tre niveauer af genoptræning, som bl.a. definerer, om genoptræningen skal leveres af sygehuset. Det skal bl.a. sikre faglig bæredygtighed og kvalitet i indsatsen. Kommunen har stadig finansieringsansvaret og afgør det konkrete indhold og omfang af indsatsen, men kommunerne kan ikke styre antallet af patienter, som henvises til indsatsen. Hvis ventetiden til genoptræning overstiger syv dage, har borgerne ret til at vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør.

Genoptræning efter sundhedsloven er dermed begrænset til at kunne iværksættes efter forudgående sygehuskontakt. Det betyder fx, at de alment praktiserende læger ikke kan udarbejde genoptræningsplaner. Det kan medføre unødig aktivitet på sygehusene, eller at der iværksættes aktivitet i praksissektoren, hvor der er egenbetaling fx fysioterapi.

Der har gennem årene været stillet spørgsmål ved, om kommunernes størrelse og befolkningsgrundlag gør det muligt for den enkelte kommune at levere faglig bæredygtig genoptræning og rehabilitering på specialiseret og avanceret niveau. Det gælder bl.a. indsatsen til mennesker med erhvervet hjerneskade, hvor Sundhedsstyrelsen tidligere har anbefalet, at de fleste patienter vil have brug for genoptræning på avanceret niveau ved personale med særlige kompetencer. Det fremgår også af anbefalingerne, at de fleste kommuner pga. deres befolkningsunderlag vil have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper.[281] Udvalget for evalueringen af kommunalreformen anbefalede bl.a. øget tværkommunalt samarbejde om almen ambulant genoptræning efter sundhedslovens § 140 med henblik på at sikre forsvarlig løsning af opgaver, som kræver en større patientvolumen, end den enkelte kommune har.[282] Sundhedsstyrelsen vurderer, at der fortsat kun i ringe grad er etableret tværkommunale samarbejder på området.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der på en række andre områder vil være behov for samling og specialisering for at opbygge ensartede tilbud af høj kvalitet. Det gælder bl.a. genoptræning efter benamputation, genoptræning mindre grupper af kræftpatienter, børn og unge der har været gennem svær sygdom og mennesker med psykiske traumer eller progredierende sygdom som sclerose og ALS.[283]

I mange tilfælde vil en efterfølgende træningsindsats være central for, at borgeren får effekt af fx en operation og kan vende tilbage til arbejde og blive selvhjulpen. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer ikke, at genoptræningsindsatsen i stor udstrækning er et centralt led i den løbende omstilling af sundhedsvæsenet. I takt med omstilling mod at mere behandling vil foregå i almenmedicinsk tilbud vil genoptræning uden forudgående sygehuskontakt dog blive mere centralt.

Genoptræning efter udskrivelse fra sygehus spænder bredt fra almen genoptræning til mange til avanceret og specialiseret genoptræning og rehabilitering til få. Der vil være potentiale for, at rammerne for bæredygtig opgaveløsning i de specialiserede og avancerede indsatser styrkes, hvis de samles med sygehus- og praksissektor. Det kan til gengæld risikere at udtynde fagligheden i de brede genoptræningsindsatser.

Vederlagsfri fysioterapi

Kommunen skal efter sundhedslovens § 140 a, stk. 1, tilbyde vederlagsfri fysioterapi herunder ridefysioterapi hos fysioterapeuter i praksissektoren efter lægehenvisning. Kommunerne kan også vælge at tilbyde vederlagsfri fysioterapi på egne institutioner eller ved at indgå aftaler med andre kommuner eller private institutioner. Langt størstedelen af patienter, der har en henvisning til vederlagsfri fysioterapi, modtager dog behandlingen i praksissektoren. Målgruppen er personer, som har et svært fysisk og varigt handicap eller funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom.

Indsatsen er ikke i høj grad forbundet med indsatsen, der foregår i sygehus- og praksissektoren. Dog har målgruppen typisk behov for flere indsatser herunder fra sygehus- og praksissektor. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer ikke, at en særskilt samling af vederlagsfri fysioterapi har stort potentiale i forhold til sammenhæng og omstilling. Det vil samtidig skabe snitflader til den øvrige træningsindsats.

---

281 Sundhedsstyrelsen, "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade - apoleksi og transitorisk cerabral iskæmi (TCI) - traume, infektions, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati", 2020.

282 Underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen – Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud. "Afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen – socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud". Social- og Integrationsministeriet, 2012.

283 Sundhedsstyrelsen, "Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning", 2024.

Hjælpemidler

Kommunerne skal efter servicelovens § 112 yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne, i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet eller er nødvendigt for, at den pågældende kan udøve et erhverv. Hjælpemidler kan dermed være med til at lette tilværelsen for personer med en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse ved at sikre, at de kan klare flere af hverdagens gøremål selv. Der findes mange forskellige typer af hjælpemidler. Som eksempler kan nævnes en rollator, en badebænk, en toiletforhøjer og en kørestol, men der kan også være tale om avanceret teknologi. En stor del af de hjælpemidler, der visiteres kommunalt, er til ældre borgere, der har brug for redskaber, der kan støtte dem til en nemmere hverdag.

Som et integreret led i en behandling på sygehuset eller som led i fortsættelse af en iværksat behandling, kan en borger blive forsynet med et behandlingsredskab, som bevilliges af regionen. Det samme produkt kan være henholdsvis et hjælpemiddel eller et behandlingsredskab afhængig af konteksten, det anvendes i.

I takt med sundhedsvæsenets udvikling, hvor flere sygehusopgaver håndteres i borgerens eget hjem eller på midlertidige kommunale pladser og i takt med den teknologiske udvikling, er sondringen mellem hjælpemidler og behandlingsredskaber blevet mere vanskelig. Det giver løbende afgrænsningsudfordringer mellem regioner og kommuner, som der siden strukturreformen i 2007 er brugt administrative ressourcer af et vist omfang på at afklare.

Hjælpemiddelområdet har tæt sammenhæng til sygehus- og praksissektoren, idet tildeling af hjælpemidler kan være et led i, at borgeren kan udskrives fra sygehus til en opfølgende indsats i eget hjem. Hjælpemidler kan reducere behovet for personlig pleje og praktisk hjælp, og dermed bør myndigheden, der er ansvarlig for tildeling af hjælpemidler have incitament til at reducere behovet for mere omfattende indsatser. En særskilt samling af hjælpemiddelområdet vil skabe snitflader til indsatserne. Hjælpemiddelområdet har også store snitflader til handicapområdet i kommunerne.

Patientrettet forebyggelse til mennesker med kronisk sygdom

Efter sundhedslovens § 119, stk. 3, skal kommunen etablere patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen. Begrebet patientrettet forebyggelse adskiller sig fra borgerrettet forebyggelse ved at være målrettet borgere, der allerede har en kronisk sygdom. Derfor er patientrettet forebyggelse i vidt omfang sammenfaldende med rehabiliteringsforløb til mennesker med kronisk sygdom.

Efter sundhedslovens § 119 er de direkte borgerrettede indsatser på området beskrevet i Fælles Sprog III i indsatskataloget til sundhedsfremme og forebyggelse. Her anvendes følgende direkte borgerrettede indsatser: Afklarende samtale, behovssamtale, afsluttende samtale, opfølgning, sygdomshåndtering, mental håndtering, vejledning og introduktion til fysiske aktiviteter, fysisk træning, færdighedstræning, kostvejledning, diætbehandling og madlavning i praksis.

Siden strukturreformen i 2007 har der været fokus på den forebyggende og rehabiliterende indsats til mennesker med kroniske sygdomme. Op gennem 2010'erne har indsatsen til mennesker med kronisk sygdom været centreret omkring sygdomsspecifikke forløbsprogrammer. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2012 en generisk beskrivelse af, hvad et forløbsprogram er. Et forløbsprogram handler om tidlig opsporing, forebyggelse og behandling for en række patientgrupper og beskriver opgavefordeling, koordinering og kommunikation mellem sygehuse, praksissektoren og kommuner.

Efterfølgende var der nationalt fokus på opbygning og implementering af forløbsprogrammer for de store folkesygdomme, som diabetes type-2, KOL, hjertekarsygdom og kræft. Hver region udarbejdede lokale forløbsprogrammer indenfor de forskellige sygdomsområder. Det konkrete indhold i forløbsprogrammerne tager udgangspunkt i de nationale retningslinjer og anbefalinger indenfor hvert sygdomsområde. Fælles for alle forløbsprogrammer er, at kommunernes rolle primært er at tilbyde rehabiliteringsindsatser, der typisk indeholder elementer af træning, sygdomsmestring, ernæringsindsatser og eventuelt også nikotinafvænning.

Kommunerne opbyggede diagnosespecifikke forebyggelsestilbud, og det var alment praktiserende læger og læger på sygehuse, der kunne henvise til tilbuddene. Arbejdsdelingen og organisering viste sig i praksis at være udfordrende. Både fordi mange kommuner havde svært ved at opretholde tilbud på grund af få henvisninger, som følge af manglende kendskab hos lægerne til tilbuddene, selvom der er tale om store folkesygdomme. Problemet var også, at mange borgere havde behov for mere individuelt sammensatte tilbud end de sygdomsspecifikke patientskoler med fastlagte forløb, som ofte var baseret på holdundervisning. Mange kommuner tog konsekvensen af den manglende henvisningspraksis og åbnede op for, at borgerne selv kunne henvende sig med henblik på et tilbud om forebyggelse.

Der har i forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammerne aldrig været en national monitorering af, hvor mange patienter der fra det alment medicinske tilbud og sygehuse blev henvist til og modtog patientrettet forebyggelse i kommunerne. Derfor findes der ikke nationale opgørelser over antallet af patienter, som gennem årene er blevet henvist til patientrettet forebyggelse via forløbsprogrammernes patientskoler og tilbud i kommunerne.

En analyse foretaget af KL for perioden 2014-2017 viser, at antallet af elektroniske henvisninger fra almen praksis til kommunale patientrettede forebyggelsestilbud fra 2014 til 2017 steg fra 13,3 til 15,6 årlige henvisninger pr. praksis. Det svarer til en stigning på 18 pct. Knap en fjerdedel af alle lægepraksisser foretog slet ingen henvisninger i løbet af 2014-2016. I 2017 var det ca. en femtedel, der ikke henviste nogen patienter til forløbene.[284]

Som led i den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen udsendte Sundhedsstyrelsen i januar 2024 bindende kvalitetsstandarder til forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom kommunerne. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder anbefaler individuelt sammensatte tilbud efter behov og efter en såkaldt "afklarende samtale", som kommunen skal tilbyde. I kvalitetsstandarderne anbefales det, at borgere selv bør kunne henvende sig eller henvises fra øvrige kommunale områder til en afklarende samtale. Læger kan fortsat henvise til den afklarende samtale.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der ses udfordringer med at opnå et grundlag for faglig bæredygtighed herunder personalekompetencer og effektiv ressourceanvendelse i de kommunale forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom. Kvalitetsstandarderne på området beskriver, at kommuner i tilfælde af lille volumen af borgere med behov for samme indsats med sygdomsspecifikke elementer kan indgå i tværkommunalt samarbejde om indsatserne. Fx har tilbud om diætbehandling varieret som en følge af, at tilbuddet skal varetages af klinisk diætist, hvis kompetencer kan være svære at udbytte fuldt ud, når volumen er lille. Hertil kommer, at selv store kommuner med et formodet stort grundlag for høj volumen til forebyggelsestilbud kan opleve, at de alment praktiserende læger og sygehuse kun henviser få personer til tilbuddene. Det kan forstærke kommunernes udfordring med at opnå tilstrækkeligt volumen.[285]

Boks 14.8
Patientrettet forebyggelse i tal

Borgere

Der findes ikke nationale opgørelse over antallet af borgere, der modtager patientrettet forebyggelse.

Udgifter

Det er ikke muligt at opgøre udgifterne til patientrettet forebyggelse isoleret, da tiltagene i vidt omfang er integrerede som en del af opgaveløsningen på andre områder, heriblandt borgerrettet forebyggelse. Ifølge den kommunale kontoplan var de samlede udgifter til borger- og patientrettet forebyggelse 1,3 mia. kr. i 2022.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

284 KL, og Mette Egsdal. "Almen praksis henvisning til kommunale forebyggelsestilbud (2014-2017)". 2018.

285 Sundhedsstyrelsen, "Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning", 2024.

Medarbejdere

Til at udføre opgaverne forbundet med borger- og patientrettet forebyggelse havde kommunen ansat 1.605 fuldtidspersoner i 2023, hvor 318 var sygeplejersker, 10 var social-og sundhedsassistenter, 440 var ergo- og fysioterapeuter, 205 var øvrigt sundhedspersonale og 632 var ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Indsatsen har sammenhæng til sygehus- og praksissektoren på den måde, at den rette indsats til borgerne kan reducere behovet for sygehusindsats for en stor gruppe, som vil vokse i takt med den demografiske udvikling. Indsatsen er et vigtigt led i den løbende omstilling af sundhedsvæsenet. Kommunerne er ikke forpligtede til at tilbyde indsatser til borgere i risiko for kronisk sygdom, og Sundhedsstruktur-kommissionen vurderer, at der er et forebyggelsespotentiale ved styrket prioritering af forebyggelsestilbud til borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom. På det område vil der særligt være overlap til de borger-rettede forebyggelsestilbud.

Det er en central del af indsatsen til mennesker med kronisk sygdom at understøtte dem i at leve med en eller flere kroniske sygdomme i hverdagen, herunder i familie- og arbejdslivet, og i øvrigt gøre dem selvhjulpne og reducere behovet for varig hjælp i hjemmet, træning, forhindre forværring af sygdom m.v.

Hvis opgaven samles med sygehus- og praksissektoren, vil der skabes snitflader til andre dele af den kommunale opgavevaretagelse. Det gælder især for borgere under pensionsalderen, som kan være afhængige af indsatser, der understøtter deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Derudover vil der skabes snitflader til den borgerrettede forebyggelse, idet nogle indsatser, fx alkohol- og nikotinafvænningstilbud, er overlappende med den patientrettede forebyggelse.

Borgerrettet forebyggelse

Kommunerne skal efter sundhedslovens § 119, stk. 1, varetage sine opgaver i forhold til borgerne på en måde, så der skabes "rammer for en sund levevis". Desuden skal de ifølge sundhedslovens § 119, stk. 2, "etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne". På den måde er der to elementer i opgaven. Stk. 1 skal løses som led i kommunens opgavevaretagelse på alle øvrige relevante områder. Stk. 2 vedrører etablering af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Indsatsen kan være holdtilbud eller individuelle tilbud, der fx kan foregå i et sundhedscenter.

Borgerrettet forebyggelse dækker den brede forebyggelsesindsats til alle borgere. Opgaven kan tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der bl.a. omfatter faglige anbefalinger til indsatser indenfor felterne: fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer og tobak. Anbefalingerne er vejledende og ikke bindende. Det er op til kommunerne selv at vurdere, hvilke forebyggende og sundhedsfremmende tilbud den enkelte kommune finder relevante at udbyde til hvem og i hvilket omfang.

Kommunens borgerrettede forebyggelsesindsats fletter sammen med andre kommunale områder som skole- og daginstitutioner, natur, miljø, kultur, fritid og vejnet m.v., hvor kerneopgaven er en anden end sundhed. Opgaverne løses derfor også af medarbejdere, der har andre faglige baggrunde end sundhedsfaglig baggrund.

Boks 14.9
Borgerrettet forebyggelse i tal

Borgere

Der findes ikke nationale opgørelser af antallet af borgere, der modtager borgerrettet forebyggelse.

Økonomi

Det er ikke muligt at opgøre udgifterne til borgerrettet forebyggelse isoleret, da tiltagene i vidt omfang er integreret som en del af opgaveløsningen på andre områder, heriblandt patientrettet forebyggelse. Ifølge den kommunale kontoplan var de samlede udgifter til borger- og patientrettet forebyggelse 1,3 mia. kr. i 2022.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Medarbejdere

Til at udføre opgaverne forbundet med borger- og patientrettet forebyggelse havde kommunen ansat 1.605 fuldtidspersoner i 2023, hvoraf 318 var sygeplejersker, 10 var social-og sundhedsassistenter, 440 var ergo- og fysioterapeuter, 205 var øvrigt sundhedspersonale og 632 var ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Den borgerrettede forebyggelse hænger meget tæt sammen med mange af kommunernes øvrige områder og er ikke tæt forbundet med sygehus- og praksissektor. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer ikke, at der er potentiale for sammenhæng og omstilling ved særskilt samling af den borgerrettede forebyggelse med sygehus- og praksissektor. Den borgerrettede forebyggelse har dog betydning for behovet for sygehusindsatser og indsatser i praksissektoren på lang sigt.

Sundhedsplejen og forebyggende sundhedsydelser til børn og unge

Kommunerne har ansvaret for at levere forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Opgaven løses i den kommunale sundhedspleje. Indsatsen har hjemmel i sundhedslovens §§ 120-126, som beskriver kommunernes opgave relativt detaljeret.

Sundhedsplejen tilbyder både en række forebyggende sundhedsydelser til alle børn og forældre og mere målrettede indsatser til børn og familier med øgede behov. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle børn og forældre tilbydes fem til seks besøg i barnets første leveår, hvor barnets og familiens trivsel er i fokus. Derudover skal kommunerne tilbyde to forebyggende helbredsundersøgelser i henholdsvis første og sidste skoleår. Hertil kommer en række øvrige tiltag i skolealderen, der både kan være individuelle eller gruppebaserede tilbud og anbefalinger om tilbud i småbørnsalderen mellem et år og skolestart. De borgerrettede tilbud på området har karakter af et bredt forebyggende og screeningsmæssigt tilbud, der tilbydes alle børn og forældre. Derudover bistår sundhedsplejen skoler, daginstitutioner m.v. om almene, sundhedsfremmende og forebyggende foranstaltninger.

Indsatsen leveres af kommunalt ansatte sundhedsplejersker og et mindre antal terapeuter. Uddannelsen til sundhedsplejerske er én ud af i alt syv specialuddannelser til sygeplejersker. Dermed er alle sundhedsplejersker også sygeplejersker.

Boks 14.10
Sundhedsplejen og forebyggende ydelser til børn og unge i tal

Borgere

Der findes ikke opgørelser over antallet af borgere, der modtager tilbud om sundhedspleje. Alle forældre til nyfødte bliver tilbudt besøg fra sundhedsplejen, og alle børn i skolealderen tilbydes helbredsundersøgelse.

Økonomi

Kommunernes samlede udgifter til sundhedsplejen til børn og unge under SUL §§ 120-126 var 1,3 mia. kr. i 2022.

Kilde**:** Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Medarbejdere

Der var ansat 2.140 fuldtidspersoner til at varetage opgaven i 2023, hvoraf 84 var sygeplejersker, 1.668 sundhedsplejersker, 150 var ergo- og fysioterapeuter, ti var læger, 50 øvrigt sundhedspersonale og 178 var ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Sundhedsstrukturkommissionen har i lyset af kommissoriet ikke behandlet området dybdegående. Kommissionen vurderer ikke, at indsatsen er et centralt led i den løbende omstilling af sundhedsvæsenet. Opgaven har sammenhæng til sygehus- og praksissektor, når barnet er født, og mor og barn udskrives fra sygehus. For nogle familier kan der være behov for en koordineret indsats mellem sundhedspleje og det almenmedicinske tilbud og/eller sygehus og eventuelt sociale indsatser i kommunen. Den brede, kontinuerlige indsats i sundhedsplejen foregår i tæt samarbejde med skoler og daginstitutioner.

Tandplejeområdet

Kommunerne skal efter sundhedsloven vederlagsfrit tilbyde alle børn og unge tandpleje, omsorgstandpleje til personer kun vanskeligt kan benytte de almindelige tandplejetilbud, specialtandpleje til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl. og socialtandpleje til borgere med særlige sociale problemer. Der benyttes private leverandører til at udføre opgaverne, og herudover køber kommunerne ydelserne hos hinanden og regionerne.

Boks 14.11
Tandplejeområdet i tal

Borgere

Der findes ikke opgørelser for antal personer, som modtager ydelser i den kommunale tandpleje.

Økonomi

Kommunernes samlede udgifter til børne- og ungetandplejen var 2,0 mia. kr. i 2022. Kommunernes samlede udgifter til voksentandplejen var 0,4 mia. kr. i 2022. Heraf gik 0,2 mia. kr. til omsorgs- og specialtandplejen, mens udgifterne til socialtandplejen ikke kan opgøres.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024 og Statistikbanken, Danmarks statistik, REGKC.

Medarbejdere

Kommunerne havde i 2023 ansat 3.230 fuldtidspersoner i den kommunale tandpleje bestående af 881 tandlæger, 2.191 øvrigt tandplejepersonale og 158 ikke-sundhedsfagligt personale. De ansatte varetog både voksentandplejen og børne- og ungetandplejen.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Leverandører

87,1 pct. af aktiviteten i børne- og ungetandplejen varetages af kommunernes egne klinikker, mens 9,9 pct. købes hos private og 3,0 pct. købes af andre kommuner. Omsorgs- og specialtandplejen leveres primært af kommunernes egne klinikker, som står for 58,1 pct. af aktiviteten. Herudover køber kommunerne 8,6 pct. af ydelserne fra hinanden, 13,8 pct. af ydelserne fra private og 19,5 pct. fra regionerne.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistik, REGKC.

Børne- og ungetandplejen

Kommunerne skal efter sundhedslovens § 127 tilbyde alle børn og unge, der er under 22 år, er født efter den 31. december 2003 og har bopæl i kommunen, vederlagsfri forebyggende og behandlende tandpleje. Det overordnede formål med det kommunale børne- og ungdomstandplejetilbud er at fremme tandsundheden blandt børn og unge og forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning i tænder, mund og kæber. Det kommunale børne- og ungdomstandplejetilbud er vederlagsfrit og kan tilbydes på offentlige klinikker eller hos praktiserende tandlæger.

Kommissionen har i lyset af kommissoriet ikke behandlet området indgående. Kommissionen vurderer ikke, at indsatsen har tæt sammenhæng til sygehus- og praksissektor, og at der er ikke et væsentligt potentiale for sammenhæng og omstilling ved særskilt at samle tandplejeområdet med sygehus- og praksissektor.

Omsorgs-, special- og socialtandplejen

Kommunerne skal efter sundhedslovens §§ 131-134 tilbyde omsorgs-, special- og socialtandpleje. Størstedelen af omsorgstandplejens personkreds bor i pleje- og ældreboliger og modtager alderspension, imens en mindre andel består af udviklingshæmmede og sindslidende voksne uden behov for specialtandpleje. Omsorgstandplejen er målrettet personer, hvis egenomsorg er så begrænset, at de har behov for hjælp til at udføre almindelige daglige funktioner eller for egentlig pleje.

Målgruppen for specialtandpleje er børn og voksne, der er sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., og som ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksistandplejen eller i omsorgstandplejen.

Kommissionen har i lyset af kommissoriet ikke behandlet området indgående. Kommissionen vurderer ikke, at indsatsen har tæt sammenhæng til sygehus- og praksissektor, og der er ikke et væsentligt potentiale for sammenhæng og omstilling ved særskilt at samle tandplejeområdet med sygehus- og praksissektor.

Socialpsykiatrien og handicapområdet

Kommunalbestyrelsen skal efter servicelovens § 85 tilbyde, hjælp, omsorg eller støtte og optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Kommunerne kan efter servicelovens § 107 tilbyde midlertidige ophold i boformer til personer, som på grund af betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det. Kommunerne skal efter servicelovens § 107, stk. 2, tilbyde midlertidigt ophold til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige,

daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte, og til personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af vanskelighederne ikke kan klare sig uden støtte.

Derudover skal kommunerne efter servicelovens § 108 tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket behovene på anden vis.

Endvidere skal kommunerne efter servicelovens § 96 tilbyde borgerstyret personlig assistance. Borgerstyret personlig assistance ydes som tilskud til dækning af udgifter ved ansættelse af hjælpere til pleje, overvågning og ledsagelse til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har et behov, som gør det nødvendigt at yde en ganske særlige støtte.

Siden strukturreformen har kommunerne haft det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på det specialiserede socialområde, herunder socialpsykiatrien og handicapområdet. Socialpsykiatrien betegner det område i kommunerne, som varetager indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Indsatsen reguleres primært af serviceloven og barnets lov og er i kommunerne typisk placeret i sammenhæng med sociale indsatser til fx børn og voksne med handicap.

Indsatsen til målgruppen dækker over hjælp i hjemmet fx socialpædagogisk støtte og midlertidige og længerevarende botilbud. Indsatserne udgør – som på ældreområdet – en indsatstrappe fra mindre omfattende indsatser i borgens eget hjem til omfattende og varige indsatser fx botilbud. Indsatserne substituerer ikke hinanden på samme måde som på ældreområdet. Der er visitationskriterier knyttet til hver indsats, og hvis borgeren opfylder kriterierne, kan borgeren modtage den pågældende indsats. For en del af gruppen af borgere med funktionsnedsættelse er kerneformålet med indsatserne ikke at mindske behovet for varige indsatser, men derimod at indsatserne varigt skal kompensere for følgerne af funktionsnedsættelsen. Funktionsnedsættelsen og det deraf affødte kompensationsbehov vil i nogle tilfælde være varigt og livslangt.

Indsatsen omfatter en bred vifte af tilbud fra rådgivning og vejledning, tidlige forebyggende indsatser, støtte i eget hjem, aktivitets- og samværstilbud, misbrugstilbud og midlertidige og længerevarende bo- og botilbudslignende tilbud. Hertil kommer en lang række åbne, uvisiterede sociale tilbud såsom den opsøgende støtte- og kontaktpersonordning, akuttilbud og natcaféer. Indsatsen sker i en vis udstrækning i samarbejde med civilsamfundet i form af recovery-skoler, peer-to-peer, boligsociale indsatser, frivilligcentre m.v. og skal generelt understøtte den enkeltes deltagelse i almindelige fællesskaber i civilsamfundet.

Samarbejdet mellem socialpsykiatrien og den regionale psykiatri er en særlig udfordring. Det gælder både for voksne og børn med psykiske lidelser. Den regionale psykiatri oplever problemer med mangel på de rette tilbud til borgerne i socialpsykiatrien, manglende kapacitet i forhold til botilbud og bostøtte, og deraf udfordringer med lange ventetider og manglende gennemsigtighed og uklar organisering i kommunerne.[286] Hvis kommunerne ikke står klar med et relevant tilbud, kan det give unødigt mange færdigbehandlingsdage i den regionale psykiatri.

Kommunerne oplever omvendt, at patienter udskrives tidligere fra den regionale psykiatri, der øger efterspørgsel på og krav til de kommunale indsatser, bl.a. øgede krav til tilstedeværelse af sundhedsfaglige kompetencer og hertil udfordringer med kapacitet og rekruttering af medarbejdere i kommunen. Yderligere oplever kommunerne uensartet praksis i regionerne og en forskellig forståelse af, hvornår en patient bør udskrives. Desuden oplever kommunerne, at flere patienter udskrives med kort varsel og uden kommunens vidende.[287]

286 Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

287 VIVE, Katrine Iversen, Didde Cramer Jensen, Mathias Ruge, og Mads Thau. "Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

Siden strukturreformen i 2007 og efter evalueringen af reformen i 2013 er der blevet rejst kritik af, at der er sket en afspecialisering af området. En kritik, der bl.a. blev undersøgt i forbindelse med evalueringen af det specialiserede socialområde. Der findes i dag ikke en fælles definition af eller standard for, hvilke typer af problemstillinger der kalder på en højt specialiseret indsats, eller hvilke krav der kan stilles til de leverandører, der skal levere den. Det er derfor ikke muligt hverken at be- eller afkræfte, at der er sket en afspecialisering på det specialiserede socialområde.

Med aftalen om en 10-årsplan for psykiatrien i september 2022 blev der afsat midler til udarbejdelsen og implementering af forløbsbeskrivelser, som skal sikre, at mennesker med svære psykiske lidelser tilbydes en sammenhængende, systematisk, ensartet og evidensbaseret indsats på tværs af sektorer, herunder socialpsykiatrien og den regionale psykiatri, og at både den organisatoriske og den faglige kvalitet i indsatserne styrkes.[288]

Servicelovens bestemmelser om personlig og praktisk hjælp og socialpædagogisk støtte overlapper til en vis grad hinanden. Det kan i nogle tilfælde være vanskeligt at fastslå, om borgeren skal bevilges praktisk hjælp eller socialpædagogisk støtte. Det understreges af, at Ankestyrelsen har udarbejdet principafgørelser, hvor der opstilles retningslinjer for, hvornår hjælpen skal ydes efter bestemmelsen om socialpædagogisk støtte, og hvornår hjælpen hører under bestemmelsen om personlig og praktisk hjælp. Hvis borgeren har brug for hjælp til praktiske opgaver og personlig pleje, og hjælperen skal være til stede under udførelsen, så skal hjælpen som udgangspunkt bevilges efter bestemmelsen om praktisk hjælp og personlig pleje. Hvis borgeren har behov for hjælp til opgaver, som ikke er praktisk hjælp eller personlig pleje, skal kommunen overveje, om hjælpen skal bevilges efter bestemmelsen om socialpædagogisk støtte. Hjælpen bevilges efter bestemmelsen om socialpædagogisk støtte, hvis støttebehovet hovedsageligt består i hjælp til at strukturere eller skemalægge udførelsen af almindelige dagligdags opgaver. Det kan fx være rengøring i hjemmet, som borgeren kan udføre selvstændigt uden at have behov for en hjælper i nærheden. Hjælperen behøver derfor som udgangspunkt ikke at være til stede under borgerens udførelse af opgaverne.

Det betyder, at personlig pleje og praktisk hjælp og socialpædagogisk støtte i høj grad er substituerbare indsatser. Idet forvaltningen af ældreområdet og socialområdet typisk er adskilt i hver sin forvaltning, er der i dag snitflader mellem forvaltningerne på området. På samme måde er der i nogen udstrækning også snitflader mellem plejehjem og plejebolig og længerevarende botilbud mellem to kommunale forvaltninger.

Boks 14.12
Socialpædagogisk støtte og borgerstyret personlig assistance

Borgere

Ca. 48.000 borgere modtog i 2022 socialpædagogisk støtte i hjemmet. Ca. 1.600 modtog i 2022 borgerstyret personlig assistance.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Sammenhæng

Ca. 56 pct. af de borgere, der modtager socialpædagogisk støtte, er indenfor samme år i kontakt med det somatiske sygehusvæsen. 32 pct. er inden for samme år i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Derudover er der en vis sammenhæng mellem det brede socialområde og beskæftigelsesområde. 35 pct. af de borgere, der modtager indsatser på socialområdet, modtager indenfor samme år beskæftigelsesrettede indsatser.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

288 Sundhedsministeriet. "Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed". 2022.

Udgifter

Kommunernes samlede udgifter i 2022 til socialpædagogisk støtte i eget hjem (SEL § 85) var 3,1 mia. kr. Opgørelsen indeholder ikke udgifter relateret til socialpædagogisk støtte givet i friplejeboliger. Kommunernes samlede udgifter til borgerstyret personlig assistance (SEL § 96) var i 2022 2,1 mia. kr.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Medarbejdere

Det er ikke muligt at adskille de kommunalt ansatte, som varetager socialpædagogisk støtte under SEL § 85, fra dem, som varetager borgerstyrret personlig assistance under SEL § 96, behandlingstilbud under SEL § 102, pasning af nærtstående under SEL § 118 og tilbud om hjælp og støtte under SEL §§ 82 a-c. Der var i 2023 ansat 4.528 fuldtidspersoner til at varetage opgaverne. Herunder var 133 personer sygeplejersker, 559 social- og sundhedsassistenter, 47 social og sundhedshjælpere, 351 ergo- og fysioterapeuter, 32 ufaglært sundhedspersonale, 39 øvrigt sundhedspersonale og 3.367 ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Boks 14.13
Midlertidige botilbud i tal

Borgere

Ca. 8.400 borgere havde i 2022 et ophold på et midlertidigt botilbud.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Udgifter

Kommunerne havde udgifter på 5,57 mia. kr. til midlertidige botilbud under SEL § 107, som inkluderer udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp og madservice under SEL § 83, rehabilitering under SEL § 83 a, genoptræning under SEL § 86, socialpædagogisk støtte under SEL § 85, behandlingstilbud under SEL § 102 og sygepleje under SUL §§ 138 og 139 udført i forbindelse med det midlertidige botilbud.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Medarbejdere

Kommunerne havde ansat 2.310 fuldtidspersoner til at varetage opgaverne forbundet med de midlertidige botilbud under SEL § 107. Heraf var der ansat 99 sygeplejersker, 326 social- og sundhedsassistenter, 45 social- og sundhedshjælpere, 153 ergo- og fysioterapeuter, 14 ufaglært sundhedspersonale, 24 øvrigt sundhedspersonale og 1.649 ikke-sundhedsfagligt personale. De medarbejdere varetog også personlig og praktisk hjælp og madservice under SEL § 83, rehabilitering under SEL § 83 a, genoptræning under SEL § 86, socialpædagogisk støtte under SEL § 85, behandlingstilbud under SEL § 102 og kommunal sygepleje under SUL § 138 og 139 udført i forbindelse med det midlertidige botilbud.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Leverandører

I 2020 gik 50 pct. af kommunernes udgifter til botilbud m.v. til eksterne køb. Heraf gik 21 pct. til køb hos andre kommuner, 12 pct. til køb hos regionerne og 22 pct. til køb hos private leverandører. Selvom opgørelsen primært dækker botilbud under SEL §§ 108 og 107 og § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn, dækker den også socialpædagogisk støtte under SEL § 85, behandlingstilbud under SEL § 102, afløsning og aflastning under SEL § 84 stk. 1, og midlertidige pladser under SEL § 84, stk. 2. Udgifterne til botilbuddene udgør dog ca. 70 pct. af udgifterne til de samlede områder, som inkluderes i opgørelsen.

Kilde: VIVE, 2022. Kommunernes køb og salg af botilbud på voksenområdet, 2011-2020.

Boks 14.14
Længerevarende botilbud i tal

Borgere

Ca. 5.600 borgere havde i 2022 et ophold i et længerevarende botilbud.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Udgifter

Kommunernes udgifter til længerevarende botilbud under SEL § 108 var på 6,6 mia. kr. i 2022, som inkluderer udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp og madservice under SEL § 83, rehabilitering under SEL § 83 a, genoptræning under SEL § 86, socialpædagogisk støtte under SEL § 85, behandlingstilbud under SEL § 102 og hjemmesygepleje under SUL §§ 138 og 139 udført i forbindelse med botilbuddet.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Medarbejdere

Kommunerne havde ansat 5.687 fuldtidspersoner til at varetage opgaverne forbundet med de længerevarende tilbud under SEL § 108 i 2022. Det inkluderer 155 sygeplejersker, 872 social- og sundhedsassistenter, 161 social- og sundhedshjælpere, 215 ergo- og fysioterapeuter, 52 ufaglært sundhedspersonale, 120 øvrigt sundhedspersonale og 4.112 ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Leverandører

I 2020 gik 50 pct. af kommunernes udgifter til botilbud m.v. til eksterne køb. Heraf gik 21 pct. til køb hos andre kommuner, 12 pct. til køb hos regionerne og 22 pct. til køb hos private leverandører. Selvom opgørelsen primært dækker botilbud under SEL §§ 108 og 107 og § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn, dækker den også socialpædagogisk støtte under SEL § 85, behandlingstilbud under SEL § 102, afløsning og aflastning under SEL § 84, stk. 1, og midlertidige pladser under SEL § 84, stk. 2. Udgifterne til botilbuddene udgør dog ca. 70 pct. af udgifterne til de samlede områder, som inkluderes i opgørelsen.

Kilde: VIVE, 2022. Kommunernes køb og salg af botilbud på voksenområdet, 2011-2020.

Indsatsen i socialpsykiatrien og på handicapområdet har for nogle grupper sammenhæng til indsatsen i sygehus- og praksissektoren. Dele er indsatsen er substituerbar med indsatser på ældreområdet. Det gælder særligt socialpædagogisk støtte. Derudover har særligt længerevarende botilbud snitflader til plejehjem og plejebolig i situationer, hvor personerne med handicap bliver 65 år. Indsatsen har samtidig tæt sammenhæng misbrugsområdet og til kommunale områder, som ikke er nærliggende til sundhedsområdet. Det gælder i særlig grad beskæftigelsesområdet.

Misbrugsområdet

Med strukturreformen i 2007 fik kommunerne ansvaret for misbrugsbehandling. Tilbud om behandling af alkoholmisbrug reguleres i sundhedsloven. Efter sundhedslovens § 141, skal kommunen tilbyde vederlagsfri behandling til borgere, der ønsker at modtage behandling for alkoholmisbrug. Alkoholbehandlingen skal iværksættes senest 14 dage efter, at borgeren har henvendt sig med et ønske om at komme i behandling.

Tilbud om behandling af stofmisbrugsbehandling reguleres i både sundhedsloven, serviceloven og barnets lov. Det følger af sundhedslovens § 142, at kommunen skal tilbyde en vederlagsfri lægesamtale til borgere, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling. Det følger derudover, at kommunen skal tilbyde vederlagsfri lægelig stofmisbrugsbehandling. Behandling skal iværksættes senest 14 dage efter borgerens henvendelse.

Herudover er kommunen forpligtet til at tilbyde social stofmisbrugsbehandling til personer med et stofmisbrug efter servicelovens § 101. Behandling skal iværksættes senest 14 dage efter borgerens henvendelse til kommunen. Kommunen er derudover forpligtet til at tilbyde anonym, ambulant stofmisbrugsbehandling til personer, der har et stofmisbrug, men ikke andre sociale problemer efter servicelovens § 101 a.

Offentligt finansieret misbrugsbehandling leveres af både offentlige og private behandlingsinstitutioner. Det skyldes, at det for alkoholmisbrugsbehandling efter sundhedsloven såvel som for stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven og serviceloven gælder, at kommunerne kan tilvejebringe behandlingstilbud på egne institutioner eller indgå aftale med andre kommuner, regioner og private institutioner om tilvejebringelse af behandlingstilbud. Både sundhedsloven og serviceloven giver desuden borgerne mulighed for at vælge en anden behandlingsinstitution, fx en privat institution end den som kommunen har visiteret til.

Siden strukturreformen i 2007 har der været sammenhængsproblemer for mennesker, som både har et alkohol- eller stofmisbrug og en psykisk lidelse (dobbeltdiagnose). Borgere med dobbeltdiagnose oplever, at hjælpen er usammenhængende og utilstrækkelig. Det skyldes, at behandling af misbrug som udgangspunkt er et kommunalt ansvar, og behandling af psykiske lidelser som udgangspunkt er et regionalt ansvar. Det delte ansvar er en udfordring for behandlingen af de mennesker, som har behov for integreret behandling af deres misbrug og psykiske lidelse.

I 2023 indgik regeringen, KL og Danske Regioner en aftale, der bl.a. indebar, at regionerne får ansvaret for et integreret tilbud til voksne mennesker med dobbeltdiagnoser. Samtidig blev det aftalt at omlægge de nuværende 114 særlige pladser på psykiatrisk afdeling til 88 pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri og målrettet samme gruppe.

Boks 14.15
Misbrugsområdet i tal

Borgere

Der var i 2022 ca. 19.000 voksne, der modtog stofmisbrugsbehandling efter SEL § 101 eller SUL § 142. Der var i 2022 ca. 25.000 borgere, som var 15 år eller derover, som modtog alkoholbehandling efter SUL § 141.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Udgifter

Kommunernes samlede udgifter til misbrugsbehandlingsområdet var i 2022 1,5 mia. kr. Heraf gik 0,5 mia. kr. til behandling af alkoholmisbrug under SUL § 141, 1,0 mia. kr. til social behandling af mennesker med stofmisbrug under SEL § 101 og lægelig stofmisbrugsbehandling under SUL § 142 og 0,01 mia. kr. til anonymt ambulant behandlingstilbud til personer med stofmisbrug under SEL § 101 a.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024 og Statistikbanken,

Medarbejdere

Kommunerne havde i 2023 ansat ca. 481 fuldtidspersoner til at varetage behandlingen af alkoholmisbrug under SEL § 141, hvor 99 var sygeplejersker, 29 var social- og sundhedsassistenter, 9 var ergo- og fysioterapeuter, 13 var læger, 151 var øvrigt sundhedspersonale og 330 var ikke-sundhedsfagligt personale. Kommunerne havde derudover ansat 1.132 fuldtidspersoner til at varetage behandlingen af stofmisbrugere, hvoraf 196 var sygeplejersker, 101 var social-og sundhedsassistenter, 15 var ergo- og fysioterapeuter, 10 var læger, 322 var øvrigt sundhedsfagligt personale og 810 var ikke-sundhedsfagligt personale.

Kilde: Sundhedsstrukturkommissionen, "Baggrundsrapport", 2024.

Leverandører

Baseret på skøn er 74 pct. af brugerne i stofmisbrugsbehandling i deres egen kommune, 12 pct. er i behandling ved en anden kommune, 8 pct. er i behandling ved en regional leverandør, og 7 pct. er i behandling ved en privat leverandør. 80 pct. af kommunerne havde et kommunalt behandlingstilbud, 19 pct. havde et privat tilbud, som leverede offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling og 1 pct. havde et fælleskommunalt samarbejde om alkoholbehandling.

Kilde: SFI og Maren Sørensen, Den sociale stofmisbrugsbehandling. Del 4. Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder (SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2009) og Sundhedsstyrelsen, COWI, og Decide, "Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling", 2019.

Misbrugsindsatsen har for nogle grupper tæt sammenhæng til indsatsen i sygehus- og praksissektoren. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer ikke, at indsatsen er et centralt led i den løbende omstilling af sundhedsvæsenet. Indsatsen har tæt sammenhæng til socialområdet og beskæftigelsesområdet.

Samling af flere opgaver hos én myndighed

Det forudgående afsnit rummer en gennemgang af de kommunale indsatser på sundheds- og ældreområdet og udvalgte dele af socialområdet. Der er løbende redegjort for sammenhængen mellem de enkelte indsatser og tilknyttede indsatser med særligt fokus på, hvorvidt indsatserne er en del af en samlet indsatstrappe, hvorvidt de er gensidigt substituerbare med andre indsatser, og hvorvidt de i dag leveres i tæt sammenhæng med indsatser i sygehus- og praksissektor og andre kommunale indsatser.

I tabel 14.2 er vist en kategorisering af kommunernes opgaver på sundhedsområdet og nærliggende områder ud fra opgavernes sammenhæng med opgaver, der løses i sygehus- og praksissektor, potentiale for omstilling, udfordringer med bæredygtighed i opgavevaretagelsen og ud fra sammenhæng med andre kommunale opgaver. Kommissionen har kategoriseret opgaverne på baggrund af gennemgangen i de forudgående afsnit. Opgaverne i den første gruppe er dem, som kommissionen vurderer har størst potentiale ved at samle i samme myndighed, som har ansvaret for sygehuse og praksissektor, mens opgaverne i den sidste gruppe har mindst potentiale.

Tabel 14.2

Kategorisering af opgaver på det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder i forhold til grad af sammenhæng, omstillingspotentiale og udfordringer med bæredygtigheden i opgavesløsningen.

Gruppe	Sammenhæng, omstilling, bæredygtighed	Opgaver
1	• Stærk sammenhæng til opgaverløsningen i sygehus- og praksissektor. • Vigtigt led i omstilling af den samlede opgaveløsning i sundhedsvæsenet. • Udfordringer med bæredygtighed i opgaveløsningen eller for en del af opgaven. • Tæt sammenhæng til opgaver på ældre- og træningsområdet.	• Kommunal sygepleje • Patientrettet forebyggelse • Genoptræning efter indlæggelse • Midlertidige pladser og akutpladser • Hjælpemidler
2	• Sammenhæng til opgaveløsningen i sygehus- og praksissektor • Delvist led i omstillingen af den samlede opgaveløsning i sundhedsvæsenet. • Ikke udfordringer med bæredygtighed i opgaveløsningen • Tæt sammenhæng til kommunale sundhedsopgaver og tæt indbyrdes sammenhæng.	• Personlig pleje og praktisk hjælp • Forebyggende hjemmebesøg • Tidsbegrænset rehabiliteringedlige-holdelsestræning • Genoptræning uden forudgående indlæggelse • Vedligeholdelsestræning

Gruppe	Sammenhæng, omstilling, bæredygtighed	Opgaver
3	• Sammenhæng til opgaveløsningen i sygehus- og praksissektor. • Delvist udfordringer med bæredygtighed i opgaveløsningen. • Tæt sammenhæng til andre kommunale områder, som ikke er nærliggende til det kommunale sundhedsområde fx beskæftigelsesområdet.	• Socialpsykiatri og handicapområdet • Misbrugsområdet
4	• Delvist sammenhæng til opgaveløsningen i sygehus- og praksissektoren • Ikke centralt led i omstillingen af den samlede opgaveløsningen i sundhedsvæsenet • Ikke udfordringer med bæredygtgíghed i opgaveløsningen. • Tæt sammenhæng til andre kommunale områder, som ikke er nærliggende til det kommuale sundhedsområde.	• De kommunale tandplejeordninger • Sundhedsplejen • Borgerrettet forebyggelse

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at hvis der som led i en ny forvaltningsstruktur skal samles flere opgaver hos en ny myndighed, som har ansvar for sygehuse og praksissektoren, vil der være flest fordele ved at samle hovedparten af kommunernes opgaver på ældre- og træningsområdet, kommunal sygepleje og patientrettet forebyggelse.

Der kan også være ulemper forbundet med en sådan opgavesamling. Der vil være tale om en betydelig ændring af den kommunale opgaveportefølje, og der vil være betydelige omstillings- og implementeringsomkostninger forbundet med sammenlægningen af to centrale velfærdsområder, som i et vist omfang er kendetegnet ved forskellige mål og regulering. Kommissionen har derfor også overvejet potentialet for sammenhæng og omstilling gennem samling af færre opgaver. En samling af færre opgaver giver mulighed for og incitament til at skabe sammenhæng, omstilling og bæredygtighed for en mindre gruppe borgere.

Kommissionen har overordnet drøftet og overvejet potentialet for sammenhæng og omstilling ved at omfatte socialpsykiatri og handicapområdet i en stor opgavesamling. Overvejelserne tager bl.a. afsæt i inspiration fra Finland, hvor der i 2023 blev gennemført en reform af sundhedsvæsenet. Reformen har bl.a. medført en sammenlægning af sundhed, ældrepleje og andre af de sociale tilbud herunder det specialiserede voksenområde i én samlet organisation og under ét budget. En sådan opgavesamling ville betyde, at den ansvarlige myndighed ville kunne prioritere over en meget bred kæde af indsatser. Kommissionen vurderer dog, at opgavesamlingen indebærer væsentlige snitflader til kommunernes beskæftigelsesindsats og vil medføre indgribende konsekvenser for den kommunale konstruktion, og som derfor ligger udenfor kommissionens kommissorium at behandle dybdegående.

På den baggrund præsenteres følgende opgavesamlinger:

1. En stor opgavesamling: Størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed.
2. En mellemstor opgavesamling: Størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed, mens kommunerne bevarer ansvaret for plejehjem og plejebolig.
3. En mindre opgavesamling: Dele af den kommunale sygepleje, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsindsatsen, sygehus og praksissektor samles under én myndighed. Derudover indgår overvejelser om ændret regulering i relation til hjælpemidler og behandlingsredskaber og midlertidige pladser og akutpladser, som har betydning for opgavedelingen mellem sektorerne.

I tabel 14.3 fremgår overblik over de nuværende kommunale serviceudgifter, herunder udgifter til administration, forbundet med henholdsvis stor, mellemstor og mindre opgavesamling.

Tabel 14.3
Skøn over økonomien for indsatserne i opgavesamlingerne (mia. kr.)

	Stor opgavesamling	Mellemstor opgavesamling	Mindre opgavesamling
Kommunernes nuværende serviceudgifter	56-67 mia. kr.	31-38 mia. kr.	<10 mia. kr.

Anm.: Udgiftsskønnene opgøres som de samlede servicedriftsudgifter (dranst 1), som er relateret til indsatserne i pakkerne, opgjort i pl-22. Opgørelserne baseres på udgifterne til indsatserne i opgavesamlingerne, som præsenteret i kapitlet. Aldersgrænserne skønnes for personlig pleje, praktisk hjælp, madservice, tidsbegrænset rehabilitering, hjælpemidler, plejehjem og plejeboliger, mens udskillelse af praktisk hjælp og madservice skønnes på baggrund af antal visiterede timer og relative timepriser. Opgørelserne inkluderer en proportional andel af de centrale administrationsudgifter under funktion 6.45.50, 6.45.51, 6.45.52 og 6.45.47, der vurderes at skulle rykkes med i opgaveflyttene. Følgeudgifter, såsom kommunernes udgifter ifm. hospiceophold, køb af sygehusydelser, plejetakst for færdigbehandlede patienter samt plejevederlag m.v. i forbindelse med pasning af døende i eget hjem inkluderes i den store og mellemstore opgavesamling. Disse opgøres på baggrund af funktion 4.62.90 og 5.30.36. Skønnet for den mellemstore opgavesamling er eksklusive alle udgifter til plejehjem og plejeboliger m.v. Skønnet for den mindre opgavesamling er et øvre skøn, som medregner alle udgifter til den kommunale sygepleje, alle genoptræningsindsatser under sundhedsloven og patientrettet forebyggelse, selvom kun noget af den kommunale sygepleje og nogle af genoptræningsindsatserne under sundhedsloven indgår i opgavesamlingen. Der benyttes et groft skøn for at adskille patientrettet forebyggelse fra borgerrettet forebyggelse. En nærmere beskrivelse af hvordan indsatserne afgrænses i kontoplanen fremgår af baggrundsrapporten.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistik, REGKC og AED022 og egne beregninger.

Kommissionen noterer sig, at der er indgået en aftale om en ældrereform. Et centralt element i aftalen er helhedsplejen, som skal understøtte, at ældre fremover kan tilbydes mere sammenhængende pleje- og omsorgsforløb. Det er kommissionens vurdering, at en opgavesamling, hvor kommunernes opgaver på ældre- og træningsområdet, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed, er forenelig med ældreaftalens intentioner om helhedspleje. Samtidig vurderer kommissionen, at en sådan opgavesamling er fuldt forenelig med, at pleje og omsorg for ældre skal foregå nært herunder i borgerens eget hjem og tilrettelægges under hensyn til lokale vilkår.

1. Stor opgavesamling af ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse med sygehus- og praksissektor

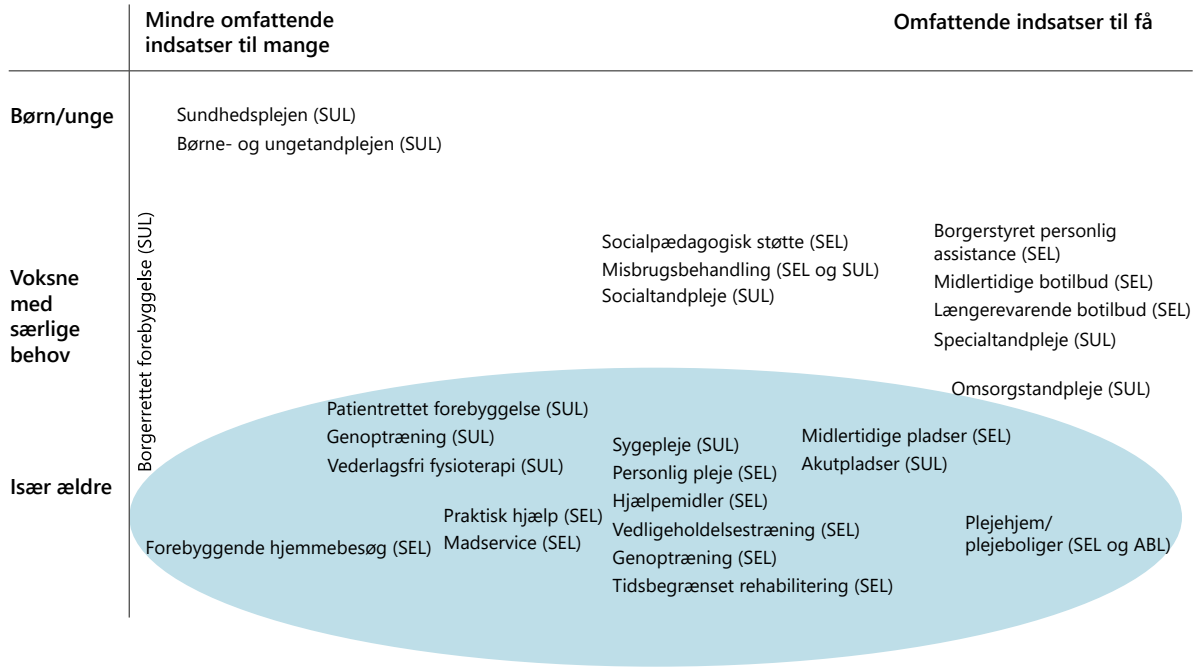
Med afsæt i kapitlets analyser finder kommissionen det relevant at opstille forskellige varianter af opgavesamling, som placerer ansvaret for hovedparten af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse, sygehuse og praksissektor under én myndighed.

De omfattede kommunale områder er:

- Ældreområdet
- Træningsområdet inklusivt hjælpemiddelområdet
- Kommunal sygepleje
- Patientrettet forebyggelse til mennesker med kroniske sygdomme

Opgavesamlingen tager højde for medarbejdersammenfald i opgaveløsningen i dag, og den sikrer, at indsatser, der substituerer og indgår i en samlet indsatstrappe, ikke placeres på hver side af sektorgrænsen. Figur 14.6 illustrerer, hvilke dele af det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder der indgår i opgavesamlingen.

Figur 14.6
Stor opgavesamling: Ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse samles med sygehus- og praksissektor



Indenfor opgavesamlingen kan der laves forskellige opgavesnit, men det er alle varianter af en større opgavesamling, som indebærer, at de fleste af kommunernes opgaver på ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse samles med sygehus- og praksissektoren.

Variant A. Ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse samles med sygehus- og praksissektor

Variant A samler alle indsatser på ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse med sygehus- og praksissektor. Opgavesamlingen vil skabe det størst mulige potentiale for sammenhæng for en stor gruppe borgere, som i dag har forløb på tværs af sektorer. Opgavesamlingen giver den ansvarlige myndighed incitament til at prioritere hen over kæden af tidlige, forebyggende indsatser, behandling, opfølgning og rehabilitering. Det styrker i videst mulige omfang rammerne for at skabe gode, tidlige og opfølgende indsatser, der reducerer behovet for sygehusindsatser, som er i tråd med omstillingen af opgaverne i sundhedsvæsenet.

Opgavesamlingen vil indebære nye snitflader til socialområdet fx mellem personlig pleje og social-pædagogisk støtte og mellem plejebolig og socialt botilbud. De indsatser er i høj grad substituerbare. Derfor kan der opstå uklarhed mellem myndighederne om, hvem der har ansvaret for indsatsen til borgeren. Den udfordring vil skulle adresseres, bl.a. ved klare snitfladebeskrivelser. Samtidig kan der overvejes særskilte finansieringselementer.

Det skønnes, at de kommunale udgifter til de omfattede områder i dag udgør 67,1 mia. kr. svarende til 23,8 pct. af de samlede kommunale udgifter.

Variant B. Ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse for borgere over 67 år samles med sygehus- og praksissektor

Variant B samler ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse med sygehus- og praksissektor, men med den udtagelse at ansvaret for nogle indsatser på ældreområdet til personer under folkepensionsalderen (aktuelt 67 år) forbliver et kommunalt ansvar. Det skal understøtte, at der er et mere sammenhængende ansvar for borgere under pensionsalderen, som også typisk er dem, som får sociale og beskæftigelsesrettede indsatser.

De opgaver, der er omfattet af en aldersgrænse, er:

- Personlig pleje
- Praktisk hjælp
- Madservice
- Forebyggende hjemmebesøg
- Tidsbegrænset rehabilitering
- Hjælpemidler
- Midlertidige pladser
- Plejehjem og plejebolig

Som for variant A vil opgavesamlingen her skabe det størst mulige potentiale for omstilling af opgaveløsningen og sammenhæng for en stor gruppe borgere, som i dag har forløb på tværs af sektorer. Samtidig samles ansvaret for indsatsen til en mindre gruppe borgere under 67 år hos kommunen. Det understøtter et klart myndighedsansvar for borgere under 67 år, som har sammensatte behov, fx hjælp og pleje i hjemmet og behov for beskæftigelsesindsatser. Målgruppen modtager en bred vifte af indsatser og er typisk borgere under 67 år.

Som følge af aldersgrænsen kan der opstå risiko for, at kommunerne har svært ved at skabe bæredygtighed i driften af fx personlig pleje og praktisk hjælp, fordi målgruppen for indsatsen er lille. For at kompensere for det bør den nye myndighed have forsyningspligt overfor kommuner, der ikke selv ønsker at levere indsatser som fx hjemmepleje til borgere under 67 år. Kommunen skal bevare forsyningsansvaret og have mulighed for at sikre forsyningen på anden vis.

Der kan som følge af aldersgrænsen opstå risiko for, at kommunerne nedprioriterer de tidlige og forebyggende indsatser til de borgere, der befinder sig tæt på grænsen til folkepensionsalderen, idet ansvaret for indsatsen til borgeren herefter vil overgå til den nye myndighed. Der vil være behov for yderligere belysning af, hvilken myndighed der har ansvar for indsatser relateret til at afhjælpe nedsat funktionsevne hos borgere med handicap, når de fylder 67 år. I praksis vil deres behov for støtte både være relateret til deres oprindelige funktionsnedsættelse og alderssvækkelse. Udfordringen findes i dag internt mellem kommunale forvaltninger, men vil blive forstærket ved en deling af ansvaret mellem to myndigheder.

Kommissionen noterer sig, at regeringens ældreudspil indebærer en tilsvarende aldersgrænse, hvor fx personlig pleje og praktisk hjælp til borgere over folkepensionsalderen får hjemmel i den ny ældrelov, og i serviceloven til personer under folkepensionsalderen. Derudover bemærker kommissionen, at Københavns Kommune har etableret social hjemmepleje til borgere under 65 år, som er særligt udsatte og sårbare.

Det skønnes, at de kommunale udgifter til de omfattede områder i dag udgør 62,4 mia. kr. svarende til 22,1 pct. af de samlede kommunale udgifter.

Variant C. Ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse samles med sygehus- og praksissektor bortset fra praktisk hjælp og madservice

Variant C samler ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse, men uden praktisk hjælp og madservice, der udgør en del af ældreområdet (SEL § 83, stk. 1, nr. 2 og nr. 3), som forbliver et kommunalt ansvar. Rationalet er, at samlingen af opgaver afgrænses til de indsatser, der mere direkte vedrører borgernes sundhed.

Som for variant A vil opgavesamlingen her skabe det størst mulige potentiale for omstilling af opgaveløsningen og sammenhæng for en stor gruppe borgere, som i dag har forløb på tværs af sektorer. Samtidig fokuseres samlingen af opgaver til de opgaver, der har fokus på borgerens sundhed, og som udføres af sundhedsfagligt uddannede.

Som det gælder for variant A, indebærer samlingen af opgaver nye snitflader til socialområdet, som vil skulle håndteres. Kommissionen har overvejet muligheden for, at alene de dele af praktisk hjælp, som indebærer rengøring, tøjvask og indkøb, forbliver et kommunalt ansvar. Madservice og tilberedning af mad kan ses i tæt sammenhæng med plejeindsatsen både i forhold til, at den rette ernæring har betydning for borgerens helbred, og idet tilberedning af mad sker i sammenhæng med, at borgeren skal hjælpes op af sengen om morgenen og i seng om aftenen.

Kommissionen noterer sig, at adskillelsen af personlig pleje og praktisk hjælp er i modstrid med "helhedspleje", som det er beskrevet i "Aftale om en reform af ældreområdet" af 18. april 2024, idet personlig pleje og praktisk hjælp med opgaveflytning vil tilhører forskellige myndigheder.[289]

Det skønnes, at de kommunale udgifter til de omfattede områder i dag udgør 59,5 mia. kr. svarende til 21,1 pct. af de samlede kommunale udgifter.

Variant D. Ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse samles med sygehus og praksissektor bortset fra praktisk hjælp og madservice og for borgere over 67

Variant D samler ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse, men uden praktisk hjælp og madservice og med aldersgrænse på visse indsatser. Rationalet for samlingen af opgaver er, at den fokuserer på opgaver, der har fokus på borgerens sundhed. Samtidig understøtter aldersgrænsen et samlet ansvar for yngre borgere med behov for en bred vifte af indsatser. De opgaver, der er omfattet af en aldersgrænse, svarer til variant B.

Som for variant A, B og C vil samlingen af ældre- og træningsområde, sygepleje og patientrettet forebyggelse med sygehus- og praksissektor skabe det størst mulige potentiale for omstilling af opgaveløsningen og sammenhæng for en stor gruppe borgere, som i dag har forløb på tværs af sektorer.

Som for variant B indebærer samlingen af opgaver, at den nye myndighed får forsyningspligt overfor kommuner, der ikke selv ønsker at levere indsatser som fx personlig pleje, praktisk hjælp, madservice, hjælpemidler og plejebolig til borgere under 67 år. Det skal understøtte bæredygtig opgaveløsning. Som for variant B kan der opstå risiko for, at kommunerne vil nedprioritere de tidlige og forebyggende indsatser til de borgere, der befinder sig tæt på grænsen til folkepensionsalderen, idet borgeren og ansvaret herfor vil overgå til den nye myndighed. Som det gælder for variant B, vil overvejelser om ansvaret for indsatser til borgere over 67 år med handicap skulle adresseres nærmere.

Som for variant C har kommissionen overvejet muligheden for, at alene de dele af praktisk hjælp, som indebærer rengøring, tøjvask og indkøb forbliver et kommunalt ansvar. Som for variant C noterer kommissionen sig, at adskillelsen af personlig pleje og praktisk hjælp er i modstrid med helhedspleje som beskrevet i "Aftale om en ældrereform" af april 2024.

Det skønnes, at de kommunale udgifter til de omfattede områder i dag udgør 55,6 mia. kr. svarende til 19,7 pct. af de samlede kommunale udgifter.

Vurdering af en stor opgavesamling

I det følgende vurderer Sundhedsstrukturkommissionen den store opgavesamling op mod den nuværende organisering af sundhedsvæsenet med udgangspunkt i de seks hensyn (se kapitel 6). Samtidig understreges det, at vurderingen ikke kan ske fuldstændig uafhængig af, hvilken forvaltningsstruktur sundhedsvæsenet bygges op omkring, hvorfor kapitlet bør læses i sammenhæng med kapitel 15.

289 Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Liberal, Alliance, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre om en reform af ældreområdet". 2024.

Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter faglig bæredygtighed i leveringen af sundhedsydelser.

En stor opgavesamling kan bidrage til at skabe høj kvalitet i kraft af, at den skaber væsentligt bedre rammer for bæredygtighed i opgaveløsningen for de opgaver, der samles med sygehus- og praksissektor, idet opgaverne vil blive samlet i en organisatorisk enhed, som er større end den enkelte kommune. Varianterne B og D, hvor ansvaret mellem kommune og den nye myndighed er adskilt af en aldersgrænse, indebærer forringede rammer for bæredygtig opgaveløsning for så vidt angår de opgaver, hvor kommunerne bevarer ansvaret for borgere, der er under folkepensionsalderen. En forsyningspligt hos den nye myndighed skal kompensere for det.

Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter, at der er relevante sundhedstilbud tæt på borgerne.

Opgavesamlingen medvirker til at understøtte den generelle omstilling af sundhedsvæsenet og indebærer et potentiale for, at flere sundhedstilbud kan leveres tæt på eller i borgerens eget hjem. Da mange af indsatserne i dag foregår i borgerens eget hjem, er risikoen for, at indsatsen flytter længere væk fra borgerne, begrænset. Dog kan opgavesamlingen potentielt forringe borgernes adgang til relevante sundhedstilbud, der ikke foregår i borgerens hjem, da der er risiko for, at den ansvarlige myndighed vil indfri stordriftsfordele gennem centralisering og geografisk samling af de opgaver. Det gælder fx midlertidige pladser og plejeboliger. På den baggrund kan det overvejes, om der som konsekvens skal stilles afstandskrav til de tilbud.

Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter, at der tages et samlet ansvar for borgernes forløb.

Opgavesamling vil skabe incitament til prioritering af sammenhængende forløb, da indsatsen samles hos én myndighed for en stor og voksende gruppe af borgere, der har brug for indsatser på ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse og samtidig behov for indsatser fra sygehus og almenmedicinske tilbud. Der vil fortsat være borgere, der har forløb på tværs af sektorer, men det vurderes at være væsentligt færre borgere end under den nuværende opgavefordeling.

Samlingen af ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse med sygehus- og praksissektor vil skabe nye snitflader mellem ældreområdet (under ny myndighed) og socialpsykiatri og handicapområdet (kommunalt ansvar) og dermed på tværs af sektorgrænser. Der er tale om indsatser, der i dag substituerer hinanden indenfor de kommunale myndigheder. Afgrænsningen mellem henholdsvis hjemmepleje og socialpædagogisk støtte og henholdsvis plejehjem og længerevarende botilbud skal afklares nærmere i en eventuel lovgivningsproces. Der kan fx overvejes særskilte finansieringselementer.

Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter omkostningseffektivitet og effektiv brug af personaleressourcer.

Opgavesamlingen vil skabe incitament til omstilling af opgaveløsningen og dermed bidrage til effektiv ressourceudnyttelse, da opgavesamlingen indebærer, at den ansvarlige myndighed har incitament til at prioritere hen over en bred kæde af opgaver fra forebyggelse og tidlige indsatser, behandling, opfølgning og rehabilitering. Det giver de bedste rammer for at kunne prioritere, planlægge og implementere omkostningseffektive indsatser og anvende de tilgængelige personaleressourcer effektivt. Det kan fx gøre sig gældende i forhold til:

- Den akutte indsats, hvor der vil være mulighed for samlet koordinering og organisering af de døgndækkede funktioner, der kommer i borgerens eget hjem, fx kommunale akutfunktioner og den præhospitale indsats herunder lægevagt.
- At styrke overgangen mellem udskrivelse fra sygehus til fortsat behandling i eget hjem og dermed reducere omfanget af indlæggelser, der kunne have være forebygget.

- At styrke forebyggelses- og rehabiliteringsindsatsen til mennesker med kroniske sygdomme, så flere modtager en evidensbaseret, effektiv, mindre omfattende indsats, herunder understøttelse i egenomsorg, som alternativ til mere omfattende sygehusindsatser.

Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter politisk opmærksomhed for væsentlige udfordringer og problemer og politiske prioriteringer og reformkapacitet.

Opgavesamlingen indebærer forbedrede rammer for politisk opmærksomhed og handling på væsentlige udfordringer, bl.a. udfordringer, der knytter sig til den ændrede demografi med flere ældre på den ene side og de begrænsede personaleressourcer på den anden.

Hensyn 6: Implementeringsomkostninger

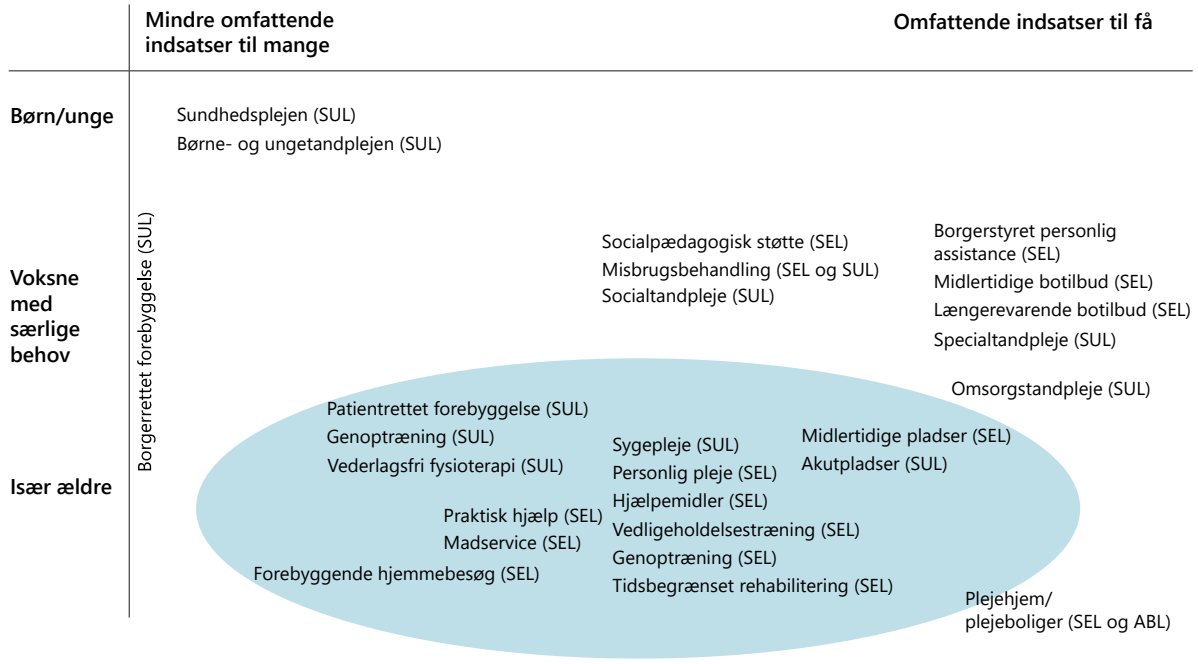
Der er omfattende implementeringsomkostninger forbundet med en stor opgavesamling, og den indebærer en meget stor ændring af den kommunale opgaveportefølje, som kan svække kommunernes prioriteringsrum.

2. Mellemstor opgavesamling af ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse med sygehus- og praksissektor men kommuner bevarer ansvaret for plejehjem og plejebolig

Sundhedsstrukturkommissionen har overvejet en mellemstor opgavesamling, hvor ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse samles med ansvaret for sygehus- og praksissektor, men hvor plejehjem og plejeboliger og de sundheds- og omsorgsopgaver, der ydes i forbindelse med driften, fortsat varetages af kommunerne. Samtidig deler kommunerne og den nye myndighed finansieringsansvaret for plejehjem og plejeboliger. Det indebærer, at kommunerne har drifts-, myndigheds- forsynings- og delt finansieringsansvar, hvor en andel af finansieringsansvaret varetages af den nye myndighed.

I figur 14.7 fremgår i det gule felt de opgaver, der samles med sygehus- og praksissektor. De indsatser, som er en del af plejehjemsindsatsen, er for de borgere, der bor på plejehjem og i plejebolig, et kommunalt ansvar. Det gælder sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp og trænings- og rehabiliteringsindsatser. Opgaverne er dermed omfattet af delt finansiering. Kommunerne har omvendt ikke delt finansieringssvar for de ydelser, der gives borgere, der ikke bor på plejehjem eller i plejebolig.

Figur 14.7
Mellemstor opgavesamling: Ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse samles med sygehus- og praksissektor, men kommuner bevarer ansvaret for plejehjem og plejebolig



Rationalet for opgavesamlingen er, at der vil kunne etableres en konstruktion, hvor plejehjem og plejeboliger bibeholdes som en kommunal opgave for at skabe sammenhæng til kommunernes øvrige opgaver med tilvejebringelse af boliger og fysisk planlægning. Det betyder bl.a., at kommunerne bevarer ansvaret for samarbejdet med de almene boligselskaber. Opgavesamlingen betyder dermed, at mulighederne for, at plejeboliger og plejehjem integreres som en del af det øvrige lokalsamfund, by- og boligudvikling, bevares. Samtidig indebærer opgavesamlingen, at en større andel af den samlede opgaveportefølje bevares i kommunerne.

Med opgavesamlingen etableres en sektorovergang for borgere, når de flytter på plejehjem eller i plejebolig. For i et vist omfang at afbøde en uhensigtsmæssig incitamentsstruktur, hvor den nye myndighed har incitament til at flytte borgere fra støtte og omsorg i eget hjem og til en plejebolig i kommunerne, indebærer opgavesamlingen et delt finansieringsansvar mellem kommuner og den nye myndighed.

Det delte finansieringsansvar bidrager til at bevare en vis grad af ansvar hos den nye myndighed til at sikre sammenhæng til ydelserne indenfor særligt praktisk hjælp og personlig pleje (SEL § 83), som i et vist omfang er substituerbare med området for plejehjem og plejebolig. I fastsættelsen af fordelingen af udgiftsbyrden mellem den nye myndighed og kommuner vil der skulle tages hensyn til, at ydelserne er substituerbare, så den nye myndighed tilskyndes til at støtte borgere i at blive længst muligt i eget hjem fremfor at flytte borgeren på plejehjem eller i plejebolig. Omvendt skal byrdefordelingen samtidig fremme, at den nye myndighed ikke er tilbageholdende med at indstille borgere til plejehjem eller plejebolig. Der vil ligeledes skulle tages højde for, at kommunerne kan have økonomisk incitament til strengere visitationskrav, idet kommunerne først tager del i finansieringsansvaret for borgeren, når borgeren visiteres til en plejebolig.

Der vil skulle tages stilling til, hvordan visitationen og overgangen til plejeboliger indrettes, da borgeren vil komme fra et udgangspunkt, hvor det er den nye myndighed, der yder omsorg og støtte, og dermed angiveligt har bedre kendskab til borgerens samlede situation og behov. Visitationen og overgangen til plejeboliger skal i givet fald indrettes, så der tages højde for eventuelle uenigheder mellem kommuner og den nye myndighed, når der visiteres til plejebolig.

Der vil skulle tages stilling til kravene til kommunernes forsyningsansvar og kapacitetsstyring, bl.a. hvordan det sikres, at kommunerne stiller nok plejeboliger til rådighed, da kommunerne i udgangspunktet kan have økonomisk incitament til at begrænse antallet af plejeboliger. Der lægges op til, at gældende regler for takstfastsættelse, plejeboliggaranti, borgernes frie valg af plejebolig på tværs af kommunegrænser og private leverandører på området. Det vil sige, at friplejehjem fastholdes.

Som ved den store opgavesamling har kommissionen overvejet undervarianter af den mellemstore opgavesamling. Der er tale om de samme variationer som ved den store opgavesamling, det vil sige henholdsvis en aldersgrænse og udskillelse af praktisk hjælp og madservice.

Det skønnes, at de kommunale udgifter til områderne, inklusive relaterede administrationsudgifter i 2022, udgjorde i 30,5-37,8 mia. kr., som svarer til 10,8-13,4 pct. af de samlede kommunale udgifter.

Vurdering af mellemstor opgavesamling

I det følgende vurderer kommissionen den mellemstore opgavesamling op mod den nuværende organisering af sundhedsvæsenet med udgangspunkt i de seks hensyn (se kapitel 6). Det understreges, at vurderingen ikke kan ske fuldstændig uafhængigt af, hvilken forvaltningsstruktur der lægges ned over sundhedsvæsenet, hvorfor kapitlet skal læses i sammenhæng med kapitel 15.

Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter faglig bæredygtighed i leveringen af sundhedsydelser.

En mellemstor opgavesamling skaber bedre muligheder for bæredygtighed i opgaveløsningen på ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse, da en stor del af opgaverne samles i en organisatorisk enhed, som er større end den enkelte kommune. Det er typisk meget syge ældre borgere, der flytter på plejehjem eller i plejebolig, og derfor indebærer opgavesamlingen, at kommunerne fortsat vil skulle yde mange sundheds- og omsorgsopgaver i forbindelse med driften af plejehjem og plejeboliger, herunder sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp og træningsindsatser. En del af opgaverne vil dermed fortsat blive varetaget i mindre organisatoriske enheder, ligesom der vil ske en opbygning af delvist parallelle funktioner i de to sektorer.

Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter, at der er relevante sundhedstilbud tæt på borgerne.

Opgavesamlingen medvirker til at understøtte en omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere sundhedstilbud kan leveres tæt på eller i borgerens eget hjem. Opgavesamlingen kan dog potentielt forringe borgernes adgang til relevante sundhedstilbud, der ikke foregår i borgerens hjem. Det sker, hvis den nye myndighed vil indfri stordriftsfordele gennem centralisering og geografisk samling af de opgaver, der ikke leveres i borgerens eget hjem. Da plejebolig og plejehjem bevares som en kommunal opgave, vil der fortsat være rammer for, at opførelse og drift af plejebolig og plejehjem sker under hensyn til lokale forhold og integreres som en del af lokalsamfundet. Det gælder fx den overordnede by- og boligplanlægning i kommunerne. Imidlertid indebærer opgavesamlingen risiko for, at kommunerne har mindre incitament til at opføre og drifte plejehjem og plejebolig, fordi den nye myndighed har ansvaret for sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp m.v, som gives i borgerens oprindelige hjem.

Kommissionen bemærker, at de midlertidige pladser, som med opgavesamlingen vil samles med sygehus- og praksissektor i overvejende grad er placeret på plejehjem og i sammenhæng med plejeboliger. Den mellemstore opgavesamling indebærer dermed en snitflade i forhold til de midlertidige pladser.

Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter, at der tages et samlet ansvar for borgernes forløb.

En mellemstor opgavesamling giver stærkere tilskyndelse end i dag til at skabe sammenhæng i indsatserne for hjemmeboende borgere, da en større del af indsatserne samles hos én myndighed med ansvar for indsatser på ældre- og træningsområdet, sygepleje, patientrettet forebyggelse og indsatser fra sygehus og almenmedicinske tilbud.

Ansvaret for gruppen af borgere, der bor på plejehjem eller i plejebolig vil fortsat være delt mellem to myndigheder, da de ældre borgere på plejehjem eller i plejebolig fortsat vil have behov for ydelser i sygehus- og praksissektoren. Ansvaret for borgeren skifter desuden på et kritisk tidspunkt, hvor borgeren er skrøbelig og har et stort behov for omsorg og pleje. Mange af de borgere, der bor på plejehjem og i plejebolig, er skrøbelige, og sygehusindlæggelse kan have større negative konsekvenser for deres funktionsniveau og trivsel. Det er derfor centralt, at den sundhedsfaglige indsats for borgerne sker som en del af plejehjemsindsatsen.

Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

Kommissionens vurdering fokuserer på i hvilken grad opgavesamlingen understøtter omkostningseffektivitet og effektiv brug af personaleressourcer.

Med opgavesamlingen, der indebærer et delt finansieringsansvar, har den nye myndighed incitament til at prioritere hen over en bred kæde af opgaver fra forebyggelse og tidlige indsatser, behandling, opfølgning og rehabilitering. Det giver bedre rammer for at kunne prioritere, planlægge og implementere omkostningseffektive indsatser og anvende de tilgængelige personaleressourcer effektivt. Det gør sig særligt gældende i forhold til den akutte indsats, overgangen fra udskrivelse fra sygehus til behandling i eget hjem og styrket forebyggelse og rehabiliteringsindsats til mennesker med kroniske sygdomme.

Ved adskillelse af ansvaret for pleje i eget hjem og plejehjem og plejebolig risikerer ressourcerne ikke at blive udnyttet optimalt. Det kan særligt gøre sig gældende i forhold til sektorovergangen ved visitation og flytning til plejehjem og plejebolig, hvor de to myndigheders forskelligrettede økonomiske incitamenter kan forhindre den fagligt og økonomisk mest optimale indsats. Sektorovergangen findes ikke i dag. Medfinansieringen af plejeboligområdet skal have et omfang, der imødegår udfordringen.

Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter politisk opmærksomhed for væsentlige udfordringer og problemer og politiske prioriteringer og reformkapacitet.

Opgavesamlingen rummer potentiale for bedre rammer for politisk opmærksomhed og handling på væsentlige udfordringer for den myndighed, der overtager opgaver fra kommunerne. Der er imidlertid en række væsentlige styringsmæssige udfordringer forbundet med opgavesamlingen som følge af, at der sker en opsplitning af myndigheds-, drifts- og finansieringsansvar. Fx vil kommunernes styringsmuligheder begrænses i forhold til dag, fordi de med den mellemstore opgavesamling ikke har ansvaret for at iværksætte forebyggende indsatser eller give alternative foranstaltninger m.v., som kan træde i stedet for en plejebolig. Det indebærer en begrænsning af den politiske styring og ligeledes af den kæde af opgaver, som kommunernes i dag har ansvaret for, idet kommunerne med opgavesamlingen kun har ansvaret for ét led i kæden.

Hensyn 6: Implementeringsomkostninger

Opgavesamlingen vil medføre omfattende implementeringsomkostninger, idet der sker en meget stor ændring af den kommunale opgaveportefølje og opgaveporteføljen for den nye myndighed. Det bemærkes desuden, at der afhængigt af den konkrete model for delt finansiering risikerer at være administrative omkostninger forbundet med forvaltningen af finansieringsordningen.

3. Mindre opgavesamling eller tværkommunalt samarbejde for opgaver med nær sammenhæng til sygehus- og praksissektor

Sundhedsstrukturkommissionen har overvejet potentialet for at understøtte sammenhæng, faglig bæredygtighed og omstilling gennem mindre opgavesamlinger. En mindre opgavesamling af udvalgte nuværende kommunale opgaver med sygehus- og praksissektoren vil kunne tage udgangspunkt i de områder, som har nær sammenhæng til de regionale sundhedsopgaver, og hvor kommissionen vurderer, at der er potentiale i forhold til omstilling og udfordringer med faglig bæredygtighed, jf. tabel 14.2.

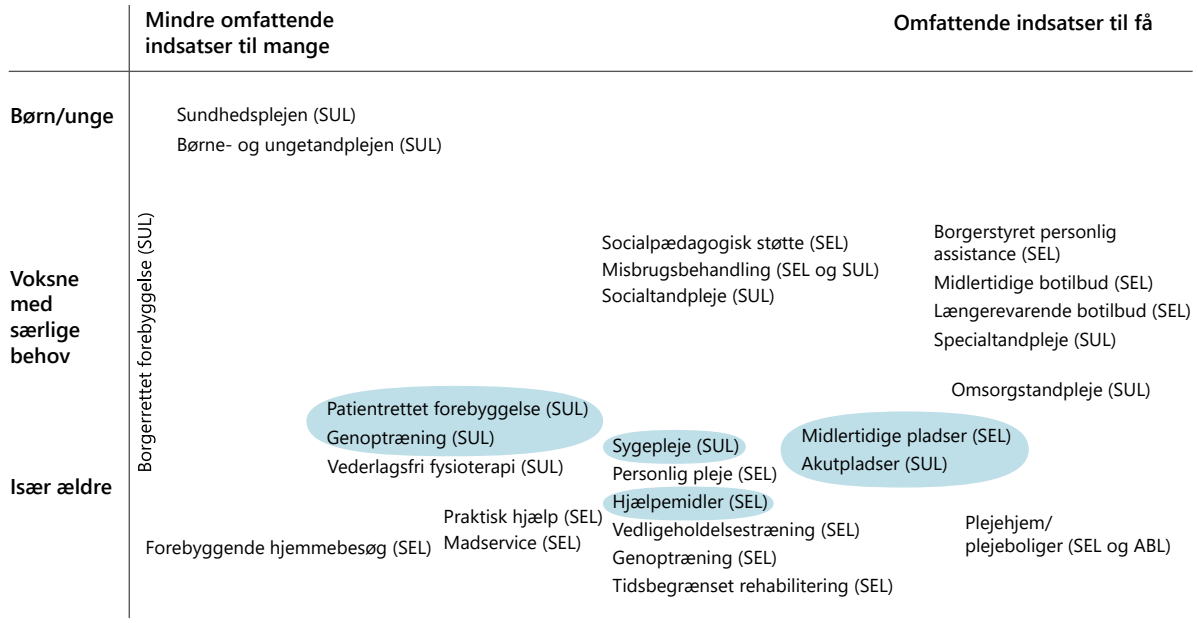
Kommissionen vurderer, at følgende kommunale opgaver er relevante for en mindre opgavesamling:

- Kommunal sygepleje
- Patientrettet forebyggelse
- Genoptræning efter indlæggelse
- Midlertidige pladser og akutpladser
- Hjælpemidler

Som et alternativ til en egentlig opgavesamling kan det på flere af de ovennævnte opgaver overvejes i stedet at indføre krav om tværkommunalt samarbejde. Kommissionen vurderer, at tværkommunalt samarbejde kan understøtte faglig bæredygtighed, men ikke sammenhæng i samme omfang som en egentlig opgavesamling, da der potentielt og afhængig af den konkrete konstruktion etableres nye enheder med snitflader til øvrige kommunale opgaver og sygehusområdet. Tværkommunalt samarbejde i kombination med kvalitetsstandarder kan understøtte omstilling og opgaveudvikling gennem en tættere regulering af samarbejdet over sektorgrænser, men kan ikke i samme grad som en opgavesamling understøtte en løbende tilpasning af opgaveløsningen til laveste effektive omkostnings- og omsorgsniveau med udgangspunkt i lokale forhold.

Figur 14.8 illustrerer, hvilke dele af det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder, der er omfattet eller delvist er omfattet af opgavesamlingen.

Figur 14.8
Mindre opgavesamling eller tværkommunalt samarbejde for opgaver med nær sammenhæng til sygehus- og praksissektor



En mindre opgavesamling indebærer et mindre potentiale for sammenhæng og omstilling i sammenligning med større opgavesamlinger. De kommunale sundhedsopgaver, som har tæt sammenhæng til regionale sundhedsopgaver, har også tæt sammenhæng med andre kommunale opgaver. Fx har sygepleje tæt sammenhæng med ældreområdet. Derfor indebærer mindre opgavesamlinger betydelige snitflader og udfordringer, som vil skulle håndteres.

Rationalet i en mindre opgavesamling er at understøtte kapacitetsudvikling og styrket opgaveløsning i det primære sundhedsvæsen ved at tage udgangspunkt i opgaver, som i varierende omfang ydes i forlængelse af udredning og behandling enten ved sygehus eller alment praktiserende læge.

Ændret opgaveplacering af dele af sygeplejen skal dermed understøtte udbygningen af det primære sundhedsvæsen, herunder den sundhedsfaglige indsats på midlertidige pladser. Tilsvarende skal en ændret opgaveplacering af patientrettet forebyggelses ses i sammenhæng med potentialet for at styrke indsatsen ved, at opgaveløsningen kobles med indsatser i sygehus- og praksissektoren.

I det følgende præsenteres kommissionens vurdering af fordele og ulemper ved ændret opgaveplacering indenfor de fem områder, som har tæt sammenhæng til de regionale sundhedsopgaver. Efterfølgende vurderer kommissionen en mindre opgavesamling op imod de seks hensyn.

Dele af den kommunale sygepleje og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed

Kommissionen har overvejet muligheden for, at ansvaret for en delmængde af sygeplejen og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed. Opgaver med særlig relevans er den del af den kommunale sygepleje, som vedrører forløb af høj kompleksitet kombineret med ofte subakut eller akut karakter, som kan medføre, at forløbene kan være uforudsigelige og/eller uafklarede og medføre behov for tæt observation og løbende justering af indsatser og behandlingsplan. Der er en sammenhæng til de opgaver, som er forsøgt beskrevet i kvalitetsstandarder for den kommunale akutfunktion. Dertil skal det fastlægges, om opgaver, som fx kan udføres på sygeplejeklinikker, også vil skulle omfattes af en ændret opgaveplacering. Det præcise funktionsområde og arbejdsdeling mellem de to myndigheder vil skulle fastlægges nærmere. Det kompliceres af, at opgavevaretagelsen af en række sygeplejeopgaver i praksis ofte udføres af social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i sammenhæng med øvrige opgaver.

Formålet med en opgavesamling er at understøtte udbygningen af kapacitet og kompetencer i det primære sundhedsvæsen ved, at sygeplejefaglige indsatser kan planlægges og udføres i sammenhæng med den præhospitale indsats og indsatser i det almenmedicinske tilbud. Faglig bæredygtighed og ressource-effektivitet understøttes i relation til døgndækkede akutfunktioner og sygeplejeopgaver, som varetages i henholdsvis kommunale sygeplejeklinikker, det almenmedicinske tilbud og den bredere præhospitale indsats.

Kommunerne vil bevare fuldt finansierings- og opgaveansvar for de dele af sygeplejen, som er mindre komplicerede og typisk foregår i sammenhæng med personlig pleje og praktisk hjælp. Afgrænsningen baseres på funktioner. Det er dermed ikke af betydning, om borgeren opholder sig i eget hjem, på midlertidig plads eller i plejebolig m.v.

En opdeling af den kommunale sygepleje er potentielt kompatibel med et eventuelt politisk ønske om at lade visse sygeplejeopgaver indgå som en del af helhedsplejen, da den del af sygeplejeopgaver, der knytter sig til den daglige pleje og sundhed, forbliver i kommunerne.

Opgavesamling vil indebære nye og betydelige snitflader mellem sygeplejeindsatser varetaget af forskellige myndigheder og til personlig pleje m.v. og et øget behov for adgang til faglig sparring for de tilbageværende sundheds- og plejeindsatser i kommunen. Der kan derfor også overvejes forskellige kompenserende tiltag i forhold til arbejdsdeling mellem ny myndighed og kommuner, som i dag varetager ansvaret og eventuelt fortsat kan være udførende på hele eller dele af opgaven.

Videre kan det overvejes, hvorvidt potentialerne ved en opgavesamling i et vist omfang kan opnås gennem mere forpligtende krav om tværkommunale samarbejder for funktioner, som kræver et vist patientunderlag. Tværkommunale samarbejder gennemført ved nye fælles enheder kan udgøre en ny snitflade til både de øvrige kommunale opgaver og til indsatser i sygehus- og praksissektor.

Patientrettet forebyggelse og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed

Kommissionen har overvejet mulighed for, at ansvaret for at tilbyde patientrettet forebyggelse samles under den myndighed, som også har ansvaret for sygehus- og praksissektor. De sundhedsfaglige indsatser angivet i kvalitetsstandarderne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom er forpligtende, mens kommunerne kan vælge også at tilbyde indsatserne til borgere i risiko for kronisk sygdom. Af hensyn til robusthed og kvalitet i de specifikke sundhedsopgaver bør ansvaret for de målgrupper fortsat være hos én myndighed. Resterende borgerrettede forebyggelsesindsatser afgrænses herfra.

En opgavesamling af patientrettet forebyggelse med sygehus- og praksissektor vil isoleret set understøtte sammenhæng for borgerne, idet overgangen mellem det behandlende sundhedsvæsen og den patientrettede forebyggelse fjernes. Samtidig understøttes en samlet planlægning og bæredygtig opgaveløsning i det primære sundhedsvæsen på tværs af indsatser målrettet borgere med kronisk sygdom. Samling i større enheder understøtter muligheden for etablering af målrettede tilbud og udnyttelse af potentialet for at udbrede teknologiske løsninger, så indsatserne kan foregå i borgernes eget hjem. Derudover vil gevinsten ved reduceret behov for fx sygehusbehandling i højere grad tilfalde den myndighed, som også investerer i patientrettet forebyggelse.

Den konkrete tilrettelæggelse vil ud fra lokale forhold fx kunne ske ved, at der etableres decentrale tilbud i sammenhæng med det almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor, hvor indsatserne tilvejebringes ved egne enheder, alment praktiserende læger eller via tilkøb fra og/eller i samarbejde med kommuner. Tilrettelæggelsen vil desuden kunne tage afsæt i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom og i de nationale forløbsprogrammer og anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kronisk sygdom.

Opgavesamlingen vil skabe en snitflade til den borgerrettede forebyggelse, som forbliver i kommunerne. Udfordring vil her særligt gælde den del af den borgerrettede forebyggelse, som har karakter af tilbud til borgere i risiko for kronisk sygdom (fx rygestopkurser). Adskillelsen af ansvar for henholdsvis borgerrettet og patientrettede tilbud af den karakter kan gøre det mindre bæredygtigt at opretholde de borgerrettede tilbud i kommunen. Som alternativ kan kommunen tilkøbe det fra den nye myndighed. Derudover etablerer opgavesamlingen snitflader til øvrige kommunale indsatser i form af personlig pleje og praktisk hjælp, og indsatser der understøtter borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det kan overvejes, hvorvidt potentialerne ved en opgavesamling i et vist omfang kan opnås gennem styrket regulering i form af kvalitetsstandarder, som forudsætter tværkommunale samarbejder. Det bemærkes her, at tværkommunale samarbejder gennemført ved nye fælles enheder også vil kunne udgøre nye snitflader til både de øvrige kommunale opgaver og til indsatser i sygehus- og praksissektor.

Dele af opgaven med genoptræning efter udskrivning og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed

Kommissionen har overvejet mulighed for at styrke den faglige bæredygtighed i dele af genoptræningen efter § 140, som følger af sundsloven. Mens der i dag er kommunalt finansieringsansvar for hele indsatsen, er driftsansvaret for det specialiserede niveau delt mellem kommuner og regioner. Formålet er at øge den faglige bæredygtighed og kvalitet i indsatsen og at adressere snitflader for borgere med komplicerede genoptræningsforløb, herunder med eventuelt længevarende sygehusindlæggelse.

En mulig løsning er at samle driftsansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau (ca. 500 genoptræningsplaner i 2022) med ansvaret for genoptræning på specialiseret niveau hos myndigheden med ansvar for sygehus- og praksissektoren. Den konkrete tilrettelæggelse af indsatser på specialiseret niveau kan forudsætte, at der etableres tilbud i tilknytning til eksisterende sygehusindsatser eller ved tilkøb hos private aktører.

Myndigheden med ansvar for sygehussektoren har også i dag ansvaret for at levere genoptræning på specialiseret niveau. Derudover har myndigheden også allerede ansvaret for genoptræning under indlæggelse og for at udarbejde genoptræningsplaner til rette niveau. Der vil skulle tages særskilt stilling til eventuelle ændringer i finansieringsansvaret.

Ansvaret for genoptræning på alment niveau (basalt og avanceret), som udgør langt størstedelen af personer, der udskrives med en genoptræningsplan (ca. 160.000 genoptræningsplaner i 2022), vil forblive i kommunerne. For de patienter vil det i fortsat gælde, at en af sygehuset udstedt genoptræningsplan giver ret for patienten til at modtage tilbud om genoptræning, der kan iværksættes indenfor syv dage. Der kan være anledning til at overveje reguleringen af området, da der er modsatrettede hensyn mellem kommunens mulighed for at prioritere indenfor ansvarsområdet og det forhold, at adgangen til at aktivere rettighederne efter sundhedsloven er bundet op på sygehuskontakt.

Genoptræning på alment niveau vil kunne tænkes sammen med genoptræning og rehabilitering i kommunerne efter serviceloven.

Et ændret opgaveansvar vil medføre nye snitflader mellem indsatser med tæt tilknytning til den specialiserede rehabilitering, fx indenfor specialundervisning, beskæftigelse, træning, ældre osv. Det vil bl.a. skulle håndteres med en klar afgrænsning af, hvornår borgere overgår fra den ene indsats og myndighed til den anden.

Ansvaret for behandling og sygepleje for borgere på midlertidige pladser samles under én myndighed og reglerne for ophold efter sundhedsloven præciseres

Borgere på midlertidige pladser kan potentielt modtage flere samtidige indsatser i form af sygepleje, personlig pleje, træning m.v. efter sundheds- og serviceloven og fra alment praktiserende læger og i sjældne tilfælde sygehus, som var det i borgernes hjem. Selve opholdet på en midlertidig plads ydes i hovedreglen efter serviceloven, men skal i visse tilfælde ydes efter sundhedsloven.

Målgruppen er i mange tilfælde udskrevet fra sygehuset til en midlertidig plads, da borgernes situation gør det uhensigtsmæssigt, at borgeren er i eget hjem. Det kan fx skyldes kombinationen af svært nedsat funktionsevne, et stort pleje- og sygeplejebehov og hindringer ved hjemlige forhold m.v. Kommissionen vurderer, at der opleves udfordringer særligt i relation til borgere, hvis helbredstilstand og behandling er meget omskiftelig. Derfor efterspørger kommunerne generelt stærkere tilknytning af og bedre adgang til lægekompetencer, som i særlig grad gør sig gældende i relation til midlertidige pladser.[290]

Kommissionen vurderer, at den demografiske udvikling kombineret med udviklingen mod kortere indlæggelser og et uændret antal af plejehjemspladser indebærer, at et stigende antal patienter med relativt komplekse problemstillinger håndteres i et samspil på tværs af sygehus, kommune og de alment praktiserende, herunder ved tilbud om ophold på midlertidige pladser. Det stiller skærpede krav til sundhedsvæsenet i form af sygeplejefaglige kompetencer i de kommunale sundhedsindsatser og tilgængeligheden til det almenmedicinske tilbud.

Kommissionen har overvejet en mulig ændret opgaveplacering i relation til midlertidige pladser. Hvis der gennemføres en opgavesamling, som vedrører dele af sygeplejen, vil det også medføre en ændret ansvarsdeling for indsatsen til borgere på midlertidige pladser og potentielt forbedre rammerne for at tilvejebringe og tilbyde sygeplejefaglige til fx ustabile borgere med ophold på midlertidig plads. En sådan opgavesamling understøtter i sig selv sammenhæng i indsatserne for de pågældende borgere, da der etableres et samlet ansvar for hovedparten af de sundhedsfaglige indsatser, som leveres under et midlertidigt ophold.

Kommissionen har overvejet og ser store fordele ved, at de kommunale midlertidige pladser får en fast tilknytning af almenmedicinske kompetencer. Det kan gennemføres gennem en forpligtigelse af den myndighed, som er ansvarlig for det almenmedicinske tilbud, til at tilvejebringe kompetencerne (se kapitel 8). Formålet ved fast tilknytning af fx en alment praktiserende læge er, at medarbejderne i det kommunale midlertidige tilbud opnår de fordele i form af adgang til generel sparring, uddannelse og rådgivning, som knytter sig til ordningen for fasttilknyttede læger til plejecentre. Derudover vil en fasttilknyttet læge i dialog med personalet og eventuelt borgerens alment praktiserende læge kunne iværksætte behandling ved akut eller nyligt opstående almenmedicinske problemstillinger.

290 Implement Consulting Group. "Den kommunale sundhedsindsats". 2023.

Forslaget om tilknytning af almenmedicinske kompetencer skal ses i sammenhæng med, at behandlingsansvaret for patienter på midlertidige pladser fastlægges mellem sygehus og borgerens alment praktiserende læge bl.a. afhængigt af patientens problemstilling, hvem der har henvist borgeren og tiden efter udskrivning. Det er kommissionens vurdering, at der kan knytte sig særlige udfordringer til etablering af samarbejdet med alment praktiserende læge og personalet på de midlertidige pladser som følge af 1) at borgeren opholder sig i fysisk større afstand til den praktiserende læge og 2) at der kontinuerligt skal etableres nye samarbejdsrelationer mellem personalet tilknyttet de midlertidige pladser og skiftende alment praktiserende læger, idet borgeren er i tilbuddet midlertidigt.

Kommissionen har videre overvejet, at der bør etableres en entydig hjemmel i sundhedsloven for kommunerne til at tilbyde midlertidige ophold (akutpladser) til borgere med behov for midlertidigt ophold, når borgeren udskrives dertil direkte fra sygehuset, og borgeren har behov for fortsat behandling eller sygepleje, som ikke kan varetages i borgerens eget hjem. Formålet med en hjemmel i sundhedsloven er en tydeliggørelse af, hvornår opholdet tilbydes efter sundhedsloven, og der dermed ikke kan opkræves egenbetaling. Kommunerne vil derudover fortsat i medfør af serviceloven kunne anvende midlertidige ophold i forbindelse med fx aflastningsophold uden sundhedsfagligt sigte.

I en mindre opgavesamling vurderer kommissionen, at det er mindre hensigtsmæssigt at flytte ansvaret for at tilbyde selve opholdet på midlertidig plads/akutplads til en anden myndighed end kommunen, da midlertidigt ophold substituerer øvrige kommunale indsatser i form af personlig pleje, praktisk hjælp, træning m.v. og plejehjemsindsats. Det kan dog overvejes at indføre en mulighed for, at myndigheden med ansvar for sygehus- og praksissektor medfinansierer en indsats i kommunerne i form af midlertidigt ophold. Der vil være ulemper forbundet med det, da der skabes et uklart myndighedsansvar i forhold til at tilvejebringe tilbud af permanent eller midlertidig karakter til borgere, som ikke kan opholde sig i eget hjem.

Det kan videre overvejes, om der som et supplement eller alternativ til en opgavesamling er behov for nærmere regulering eller vejledning i forhold til anvendelsen af midlertidige ophold, herunder hvornår og i hvilket omfang myndigheden med ansvar for sygehusområdet kan forudsætte at have adgang til at udskrive til midlertidige pladser. Regulering i form af kvalitetsstander vil kunne omfatte de sundhedsfaglige indsatser, bl.a. de sygeplejefaglige indsatser med eventuelt afledt behov for tværkommunale indsatser. Kommissionen vurderer, at der fortsat vil være behov for midlertidige ophold, fx i forlængelse af udskrivelse fra sygehuset, hvor det forudsættes, at den nye myndighed og kommunerne fortsat samarbejder om vurderingen af behovet for kapacitet m.v.

Ansvaret for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler samles eller præciseres

Ansvaret for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler opleves i praksis ofte uklare. Området er kendetegnet ved eksempler på, at syge borgere eller borgere med handicap kommer i klemme på grund af uklarhed om, hvorvidt myndigheds- og finansieringsansvaret er regionalt eller kommunalt. Uklarhederne giver samtidig anledning til øget administration i regioner og kommuner forbundet med afklaring af, om der er tale om et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel, og om udgiften dermed afholdes af region eller kommune.

Snitfladeproblematikkerne skal også ses i lyset af den udvikling, som sundhedsområdet har gennemgået de seneste år. Det gælder bl.a. den teknologiske udvikling, der understøtter mere hjemmebehandling og kortere indlæggelsesforløb, hvor patienten enten fortsætter sygehusbehandlingen i eget hjem eller i kommunal sygepleje. Uklarhed om, hvornår der er tale om fortsat sygehusbehandling i eget hjem eller kommunal sygepleje, afspejles ofte i uklarhed og uenighed om, hvornår der er tale om et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Det betyder, at der også alene indenfor sundhedslovens rammer er uklarhed om myndigheds- og finansieringsansvaret.

Kommissionen vurderer, at der ikke er snitfladeproblematikker ved alle typer af produkter eller situationer. Afgrænsningen af om et produkt er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel er på en række områder velfungerende bl.a. på baggrund af de afklaringskataloger, som regioner og kommuner har udarbejdet i fællesskab med ophæng i sundhedsaftalerne. Der er samtidigt områder og patientforløb, som bærer tydeligt præg af manglende sammenhæng og kassetænkning.

Sundhedsstrukturkommissionen har overvejet – såfremt der ikke gennemføres en større opgavesamling – at afgrænsningscirkulæret kan ophæves og erstattes af tydeligt defineret myndigheds- og finansieringsansvar for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler i medfør af sundhedsloven om henholdsvis regionsrådets ansvar for at varetage sygehusopgaver og kommunernes ansvar for visse sundhedsydelser. Det kan fx reguleres i bekendtgørelse om kommunal sygepleje, at udleveringen af nogle hjælpemidler/behandlingsredskaber, hvor der kan være et behandlingssigte, omfattes af kommunal sygepleje.

Kommissionens overvejelser skal ses i sammenhæng med, at kommuner og regioner ikke oplever, at afgrænsningscirkulæret i tilstrækkelig grad afklarer, hvornår der er tale om et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel ligesom afgrænsningscirkulæret ikke tydeligt adresserer finansieringsansvaret for de personaleressourcer, der knytter sig til anvendelsen af behandlingsredskaber og hjælpemidler i det omfang, borgeren ikke selv er i stand hertil.

Kommissionen ser et potentiale i, at der fastlægges en national procedure for, at der indenfor udvalgte sygdomsområder eller i forhold til specifikke produkter kan fastsættes et entydigt myndighedsansvar. Det gælder fx for produkter, der kan have et samtidigt behandlende formål efter sundhedsloven og et afhjælpende formål efter serviceloven, fx kompressionsstrømper, ortoser, sensorbaserede glukosemålere m.v.

I den sammenhæng kan det belyses, hvorvidt en løsning, hvor finansieringsansvaret for behandlingsredskaber og hjælpemidler i højere grad samles hos kommunerne, men hvor tildeling finder sted på baggrund af en lægefaglig vurdering, herunder på sygehus og i praksissektoren, kan understøtte både bedre sammenhæng borgerne og samtidig styrbarhed i forhold til kommunernes finansieringsansvar. En sådan løsning vil have ligheder med organiseringen af genoptræning, hvor kommunen er ansvarlig for opgaven, men skal følge en genoptræningsplan fra sygehuset.

Kommissionen har endelig notereret sig, at regeringen ifølge regeringsgrundlaget ønsker at forenkle reglerne for visitation til hjælpemidler, så borgerne oplever øget tilgængelighed, mindre ventetid og mere smidig visitation.

Vurdering af mindre opgavesamling

I det følgende vurderer kommissionen den mindre opgavesamling op mod den nuværende organisering af sundhedsvæsenet med udgangspunkt i de seks hensyn (se kapitel 6). Det understreges, at vurderingen ikke kan ske fuldstændig uafhængigt af, hvilken forvaltningsstruktur der lægges ned over sundhedsvæsenet, hvorfor kapitlet skal læses i sammenhæng med kapitel 15.

Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter faglig bæredygtighed i leveringen af sundhedsydelser.

Opgavesamling af dele af sygeplejen kan understøtte faglig bæredygtighed for komplicerede indsatser og døgndækning, men indebærer samtidig risici for den faglige bæredygtighed i varetagelsen af tilbageværende sygepleje og øvrige indsatser i tilknytning hertil. Opgavesamling af den patientrettede forebyggelse og driftsansvaret for specialiseret rehabilitering understøtter kvaliteten i selve opgaveløsningen.

Et samlet ansvar for behandling og sygeplejeindsatser, herunder tilknytning af almenmedicinske kompetencer på akutpladser, understøtter kvalitet i den del af opgaveløsningen, men skal vurderes i sammenhæng med den faglige bæredygtighed for øvrige midlertidige ophold og øget behov for koordinering med borgerens alment praktiserende læge.

Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter, at der er relevante sundhedstilbud tæt på borgerne.

Opgavesamlingen af dele af sygeplejen kan understøtte etableringen funktioner, som udfører kompliceret sygepleje i borgerens eget hjem og på ydertidspunkter, som kan modvirke risikoen for unødvendige indlæggelser. Delingen af sygeplejen kan samtidig indebære risiko for et uklart myndighedsansvar for behandling og opfølgning, som udføres i sygeplejen. Opgavesamling af den patientrettede forebyggelse

og driftsansvaret for specialiseret rehabilitering kan indebære en afvejning i forhold til tilgængelighed, hvis opgaveløsningen resulterer i øgede afstande. Det kan modgås ved at bruge flere digitale tilbud og opgaveløsning i sammenhæng med øvrige kommunale indsatser.

En præcisering af reglerne for brug af akutpladser efter sundhedsloven vil understøtte en mere klar retstilling for borgerne i forhold til egenbetaling, ligesom fastholdelsen af et kommunalt ansvar for at tilbyde akutpladser/midlertidige pladser vil fastholde et entydigt myndighedsansvar. En samling eller præcisering af ansvaret for tildeling af hjælpemidler og behandlingsredskaber understøtter borgerens adgang til hjælpemidler.

Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter, at der tages et samlet ansvar for borgernes forløb.

Opgavesamlingen af dele af sygeplejen understøtter samarbejdet mellem sygehus- og praksissektor og sygepleje i borgerens nærmiljø i forbindelse med fortsat sygehusbehandling eller akutte problemstillinger, herunder med et særligt potentiale i relation til den samlede præhospitale indsats. Løsningen eliminerer ikke sektorovergange for borgere med behov for fortsat kommunal indsats som fx sygepleje. Løsningen forudsætter derfor et øget koordineringsbehov, såfremt borgerne ikke skal opleve en negativ virkning som følge af en ny deling af myndighedsansvaret for sygeplejen. En løsning baseret på øget tværkommunalt samarbejde vil være forbundet med tilsvarende udfordringer.

Opgavesamling af den patientrettede forebyggelse og driftsansvaret for specialiseret rehabilitering understøtter sammenhæng til indsatser relateret til udredning og behandling, men vil også særligt for specialiseret rehabilitering kunne indebære nye snitflader til øvrige kommunale indsatser i potentielt flere forvaltninger. En løsning med øget tværkommunalt samarbejde vil i et vist omfang være forbundet med tilsvarende fordele og potentielt tilsvarende ulemper.

Et samlet ansvar for behandling og sygeplejeindsatser på midlertidige pladser og akutpladser understøtter sammenhæng i borgens forløb ved udskrivelse fra sygehus, men eliminerer ikke sektorovergange senere i forløbet eller snitflader til øvrige indsatser.

Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter omkostnings-effektivitet og effektiv brug af personaleressourcer.

Udskillelsen af dele af sygeplejen kan isoleret set risikere at svække effekten af tidlige og forebyggende sundheds- og ældreindsatser, hvis adgangen til sygeplejefaglige kompetencer tyndes ud i kommunerne, som en konsekvens af at kommunernes finansieringsansvar reduceres og incitamenterne dermed svækkes. Dertil kommer en risiko for kassetænkning som følge af en opsplitning af myndighedsansvaret for sygepleje i borgerens nærmiljø. Opgavesamling af den patientrettede forebyggelse har et planlægningsmæssigt og sundhedsøkonomiske potentiale ved at sammentænke og udbygge en fremtidig indsats med øvrige indsatser i sygehus- og praksissektor. Omvendt vil der ske en svækkelse af kommunernes mulighed for at agere på det incitament, som er til, at mennesker med kroniske sygdomme fungerer i deres hverdagsliv, herunder i familie- og arbejdslivet.

Tværkommunalt samarbejde kan isoleret set være forbundet med økonomiske fordele og mulighed for en bredere tilbudsporteføljе, såfremt tilbud etableres i samarbejder på tværs af kommuner.

Et samlet ansvar for behandling og pleje for borgere på sygehus, midlertidige pladser og i eget hjem understøtter en samlet planlægning og prioritering i forhold til, hvornår indsatser ydes bedst på sygehuset, og hvornår de kan varetages i borgerens eget hjem eller på en midlertidig plads. Indenfor rammerne af en lokal opgaveløsning kan løsningen understøtte, at de sundhedsfaglige indsatser på de midlertidige pladser bliver mere ensartede.

Kommissionen vurderer, at en nærmere regulering af brugen af midlertidige pladser i et vist omfang understøtter det tværsektorielle samarbejde, men indebærer også risiko for, at opgaveløsningen i for stort omfang koncentreres om stationære pladser med tilknyttede høje udgifter.

En samling eller præcisering af ansvaret for tildeling af hjælpemidler/behandlingsredskaber har potentiale til at understøtte en fortsat opgaveomstilling, hvor opgaveløsningen sker i borgerens eget hjem helt eller delvist selvhjulpent. En adskillelse af ansvaret for at tildele og finansiere hjælpemidler indebærer en risiko for svækket styrbarhed og prioriteringsmuligheder for kommunerne.

Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

Kommissionens vurdering fokuserer på, i hvilken grad opgavesamlingen understøtter politisk opmærksomhed for væsentlige udfordringer og problemer og politiske prioriteringer og reformkapacitet.

Opgavesamlingen af dele af sygeplejen understøtter, at myndigheden med ansvar for sygehus- og praksissektor kan gennemføre en omstilling af sundhedsvæsenet ved at styrke indsatser, der understøtter behandling og opfølgning udenfor sygehusene. Opsplitningen af myndighedsansvaret for den eksisterende kommunale sygepleje medfører samtidig et uklart ansvar og et øget behov for koordinering og en øget gensidig afhængighed i opgaveløsningen mellem myndighederne.

Hensyn 6: Implementeringsomkostninger

Der vil være implementeringsomkostninger ved en mindre opgavesamling. Det gælder særligt i forhold til delingen af den kommunale sygepleje, hvor der vil være ikke ubetydelige omkostninger forbundet med opdeling af en eksisterende opgave og etablering af nye arbejdsgange. De forventede fordele ved at samle den akutte indsats, der i dag er fordelt mellem to sektorer, må forventes at blive indfriet løbende over en periode.

Sammenfattende vurdering af de tre opgavesamlinger

Opgavesamlinger skal ses i sammenhæng med de øvrige forslag i de forudgående kapitler, som også skal bidrage til at sikre høj kvalitet, let adgang til relevante tilbud, sammenhæng, effektiv ressourceudnyttelse, styring og kontrol. Opgavesamling skal desuden ses i sammenhæng med det efterfølgende kapitel om forvaltningsmodeller, hvor spørgsmålet om opgavesamling kobles sammen med spørgsmålet om, hvordan den myndighed, der får ansvaret for opgaven, skal ledes og organiseres.

I de forudgående afsnit er de tre opgavesamlinger blevet vurderet op mod den nuværende ansvars- og opgavefordeling i sundhedsvæsenet. I følgende afsnit gives en kort sammenfattende vurdering af de tre opgavesamlinger set i forhold til hinanden.

Såfremt man vælger at foretage opgavesamlinger, der bl.a. omfatter ældreområdet, er det centralt, at opgaver, som med fordel løses tæt på og i borgeren eget hjem og med tilknytning til lokalsamfundet, fortsat løses og udvikles med den ramme som præmis. Og det er afgørende, at den nye myndighed balancerer behandlingsopgaven i sygehus- og praksissektoren mod opgaven med omsorg, nærvær, selvbestemmelse for den ældre m.v., som har forskellig karakter og forskellige formål.

En stor opgavesamling har den fordel, at den skaber det størst mulige rum for at kunne prioritere hen over en bred kæde af tidlige, forebyggende indsatser, behandling og opfølgende rehabilitering, pleje og omsorg. De sektorgrænser som i dag udgør barrierer for sammenhæng i borgerens forløb og omstilling af opgaveløsningen, vil med den store opgavesamling blive reduceret for en stor og voksende målgruppe. Det er dermed den store opgavesamling, kommissionen anser for at have det største potentiale for styrket sammenhæng og omstilling. Hertil kommer, at rammerne for at skabe bæredygtig opgaveløsning forbedres, idet en række af de opgaver, som kommunerne i dag har vanskeligt ved at varetage bæredygtigt, samles i større organisatoriske enheder.

En stor opgavesamling vil dog betyde, at nye opgavesnitflader skal håndteres. Det gælder særligt snitfladen mellem personlig pleje og praktisk hjælp og socialpædagogisk støtte. Snitfladen findes i dag mellem kommunale forvaltninger, men indenfor den samme myndighed, kommunen. Med en stor opgavesamling vil der være tale om en snitflade mellem to sektorer. En mulig løsning er derfor, at opgavesamlingen følger en aldersgrænse, hvor den nye myndighed har ansvar for bl.a. personlig pleje og praktisk hjælp til personer over folkepensionsalderen, mens kommunerne fortsat har ansvar for bl.a. personlig pleje og praktisk hjælp til personer under folkepensionsalderen i tillæg til socialpædagogisk støtte. Kommissionen noterer sig i den

sammenhæng, at den nye ældrelov vil indebære en aldersgrænse, der betyder, at personlig pleje og praktisk hjælp får hjemmel i henholdsvis den nye ældrelov for personer over folkepensionsalderen og i serviceloven for personer under folkepensionsalderen.

En stor opgavesamling vil også indebære nye snitflader på genoptræningsområdet, hvor der skabes en sektorovergang til indsatser, der relaterer sig til genoptræning og fortsat vil være placeret i kommunalt regi. Det er fx botilbud, støtte til familien, uddannelses- og beskæftigelsesindsats, specialundervisning m.v.

En stor opgavesamling indebærer desuden ulemper i form af store omstillings- og implementeringsomkostninger på både kort og mellemlang sigt. Samtidig vil opgavesamlingen betyde, at kommunernes samlede opgaveportefølje indskrænkes væsentligt, som svækker kommunernes prioriteringsrum.

En mellemstor opgavesamling skaber et stort rum for at kunne prioritere hen over en bred kæde af indsatser, men særligt målrettet de borgere, der ikke bor på plejehjem eller i plejebolig. Fordelen ved opgavesamlingen er, at ansvaret for plejebolig og plejehjem, og indsatserne, der er forbundet med driften, bevares i kommunerne i sammenhæng med det øvrige almenboligområde. Som for den store opgavesamling vil rammerne for bæredygtighed i opgaveløsningen styrkes for de opgaver, der samles med sygehus- og praksissektor, fordi de dermed vil være forankrede i en større organisatorisk enhed.

En mellemstor opgavesamling har den ulempe, at der skabes en ny sektorgrænse mellem de indsatser, der både kan foregå i borgerens oprindelige hjem og på plejehjem og i plejebolig. Det er fx personlig pleje, praktisk hjælp og sygepleje. Sektorgrænsen vil dermed gælde en relativt stor målgruppe. Opgavesamlingen indebærer medfinansiering af plejehjem og plejebolig fra den nye myndigheds side for at kompensere for uhensigtsmæssige incitamenter. Potentialet for sammenhæng og omstilling af opgaveløsningen er dermed svagere i sammenligning med den store opgavesamling. Som for den store opgavesamling vil den mellemstore opgavesamling indebære nye snitflader, som vil skulle håndteres. Det gælder særligt snitfladen mellem personlig pleje og praktisk hjælp og socialpædagogisk støtte og nye snitflader til indsatser relateret til genoptræning og patientrettet forebyggelse.

En mindre opgavesamling, som vedrører dele af sygeplejen, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsopgaven efter udskrivelse fra sygehus, medicinske kompetencer på de midlertidige pladser og mere entydigt ansvar for hjælpemidler og behandlingsredskaber indebærer et vist potentiale for sammenhæng, styrket kvalitet og omstilling. Rationalet i en mindre opgavesamling er at understøtte kapacitetsudvikling og styrket opgaveløsning i det primære sundhedsvæsen ved at tage udgangspunkt i opgaver, som i varierende omfang ydes i forlængelse af udredning og behandling enten ved sygehus eller almenmedicinsk tilbud. Potentialet for sammenhæng og omstilling er mindre end for den store og mellemstore opgavesamling, idet dele af de tidlige, forebyggende indsatser og den opfølgende indsats bevares i kommunerne.

En mindre opgavesamling indebærer videre potentiale for at organisere den samlede akutte indsats til bl.a. ældre borgere, som er i risiko for sygehusindlæggelse samlet. Opgavesamlingen indebærer desuden potentiale for, at borgere med kroniske sygdomme i højere grad støttes i egenomsorg. Dermed er der samlet set potentiale for, at efterspørgslen på sygehusindsatser reduceres. Den mindre opgavesamling indebærer også forbedrede rammer for bæredygtighed i løsningen af de opgaver, som har nær sammenhæng med sygehus- og praksissektoren, og hvor der i dag er udfordringer med bæredygtighed i opgaveløsningen særligt for mindre kommuner.

Den mindre opgavesamling indebærer også væsentlige ulemper. Det vil i praksis være vanskeligt at udskille den del af sygeplejen, der indgår i forløb, hvor borgeren har akutte eller subakutte tilstande med den del af sygeplejen, der er organiseret sammen med hjemmeplejen. Sygepleje udføres i mange forskellige sammenhænge fx borgerens eget hjem herunder plejehjem, midlertidige pladser og botilbud. Derfor forudsætter den mindre opgavesamling meget klart defineret myndighedsansvar, for sygepleje for at afbøde potentielle, væsentlige snitfladeudfordringer mellem den nye myndighed og kommunerne. En adskillelse af de sygeplejefaglige kompetencer kan risikere at udvande de sygeplejefaglige kompetencer i særligt kommunerne, og det kan betyde forringede muligheder for at benytte kompetencerne bedst muligt i kommunalt regi.

Med den mindre opgavesamling opstå nye sektorgrænser til indsatser relateret til genoptræning og patientrettet forebyggelse, som forsat varetages i kommunalt regi, ligesom det gælder for den store og mellemstore opgavesamling. Til gengæld skaber den mindre opgavesamling ikke nye sektorgrænser mellem personlig

pleje og praktisk hjælp og socialpædagogisk støtte, som er substituerbare indsatser. Samtidig vil en mindre opgavesamling indebære færre omstillings- og implementeringsomkostninger end den store og mellemstore opgavesamling. Opdelingen af den kommunale sygepleje kan dog vise sig vanskelig, og det kan risikere at betyde væsentlige snitfladeudfordringer for en stor målgruppe.

Det kan overvejes, om dele af potentialerne ved den mindre opgavesamling, vil kunne realiseres gennem øget brug af tværkommunalt samarbejde. Tværkommunalt samarbejde etablerer ikke en længere kæde af indsatser, som én myndighed kan prioritere over. Tværkommunalt samarbejde kan dog understøtte bæredygtighed i opgaveløsningen og høj kvalitet. Kvalitetsstandarder kan i et vist omfang understøtte omstilling på den måde, at det bidrager til forventningsafstemning mellem sektorerne, men ikke med samme muligheder for løbende tilpasningen af opgaveløsningen, som følger af en opgavesamling. Tværkommunalt samarbejde vil i sammenligning med opgavesamling betyde, at opgaverne bevares i kommunalt regi, men såfremt tværkommunalt samarbejde indebærer etableringen af nye fælles enheder, eller at opgaven løses af en anden kommune, vil der opstå snitflader mellem kommunerne, fx i de tilfælde hvor en borger modtager patientrettet forebyggelse af en anden kommune end bopælskommunen, og hvor borgeren samtidig modtager beskæftigelses- og familierettede indsatser af sin bopælskommune.

Kapitel 15: Forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet

I kapitel 15 opstiller og vurderer Sundhedsstrukturkommissionen tre forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet. Ifølge kommissoriet skal forvaltningsmodellerne understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er mere nært og bæredygtigt.

De tre forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet tager alle afsæt i kommissoriet og i analysen af væsentlige svagheder ved den nuværende styring og organisering af sundhedsvæsenet. I kapitel 8 blev der fremhævet tre udfordringer ved sundhedsvæsenets nuværende opgave- og ansvarsfordeling: 1) usammenhængende borger- og patientforløb, 2) for lidt og for langsom udvikling af det primære sundhedsvæsen tæt på borgerne og 3) for svag faglig bæredygtighed i løsningen af nogle af de sundhedsopgaver, som kommunerne i dag har ansvaret for.

Ingen model for organiseringen af sundhedsvæsenet vil fuldt ud leve op til alle væsentlige hensyn. Alle modeller vil have indbyggede svagheder, som må afvejes i forhold til de styrker, der knytter sig til den pågældende model. Kommissionen anbefaler ikke én konkret forvaltningsmodel, men i overensstemmelse med kommissoriet afvejes for hver af modellerne fordele og ulemper på baggrund af de hensyn, kommissionen opstiller i kapitel 6, og som også dækker de sigtelinjer, der er formuleret i kommissoriet.

Sundhedsstrukturkommissionen har ved opstillingen af forvaltningsmodeller lagt til grund, at der ikke bør være flere myndighedsniveauer end de tre, der eksisterer i dag (kommuner, regioner og stat). Opstillingen af modeller er desuden afgrænset af, at det ligger udenfor kommissoriet at forholde sig til kommunernes styreform og geografiske afgrænsning.

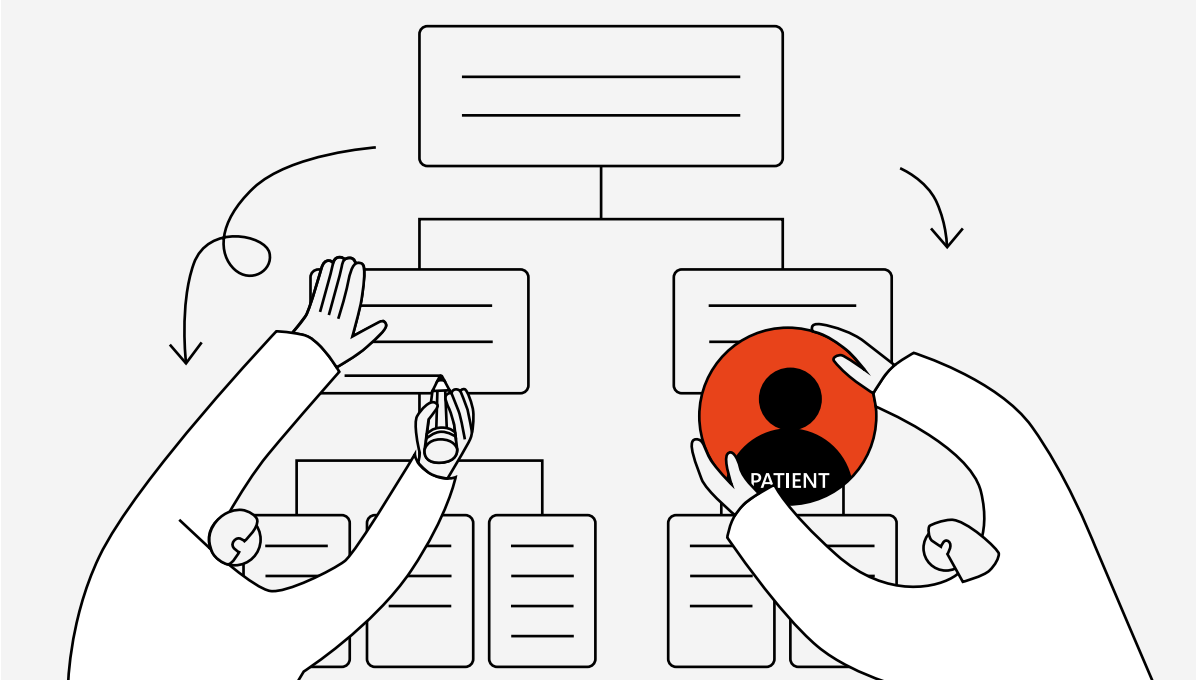
Kapitlet skal læses i sammenhæng med kapitel 14, der redegør for kommissionens analyse og vurdering af muligheden for en ændret opgaveplacering indenfor sundheds- og ældreområdet. Formålet med kapitel 14 og 15 er at afsøge og anbefale modeller for at skabe et mere nært, bæredygtigt og sammenhængende sundhedsvæsen ved hjælp af reformer af opgave- og ansvarsfordelingen i sundhedsvæsenet.

Et mere nært, bæredygtigt og sammenhængende sundhedsvæsen kan imidlertid også understøttes med andre organisatoriske tiltag end reformer af opgave- og ansvarsfordelingen. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at de løsninger, som er foreslået i kapitlerne 9-13, kan gennemføres og implementeres på tværs af de tre forvaltningsmodeller, som opstilles og vurderes i kapitlet her.

I opstillingen af forvaltningsmodeller er kommissionen blevet bedt om at beskrive modellernes eventuelle afledte konsekvenser for regionernes øvrige opgaveområde. De vil derfor blive beskrevet sidst i kapitlet.

Overordnet om forvaltningsmodellerne

De forvaltningsmodeller, som opstilles, adskiller sig på to væsentlige dimensioner, jf. tabel 15.1. Den ene dimension handler om placeringen af det politiske ansvar for sundhedsvæsenet. Her skelnes der mellem henholdsvis decentral og national politisk ledelse. Den anden dimension handler om samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet under én myndighed. Her skelnes der mellem en større samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet og en mindre eller ingen opgavesamling. Sundhedsstrukturkommissionen henviser til kapitel 14 for analyse og vurdering af potentialet for at samle opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag er underlagt forskellige myndigheder.



De første to modeller, der opstilles og vurderes i kapitlet her, tager udgangspunkt i et scenarie, hvor der sammenlignet med i dag sker en større samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet under én myndighed. I den første model er det politiske ansvar forankret decentralt med etablering af sundheds- og omsorgsregioner, der ledes af regionsråd med direkte valgt politisk ledelse. I den anden model ligger ansvaret hos staten, og der er i den model ingen decentral politisk ledelse af sundhedsvæsenet. I kommissionens tredje model tages der udgangspunkt i et scenarie, hvor der i sammenligning med model 1 og 2 kan overvejes en mindre samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag ligger hos henholdsvis kommunerne og regionerne. Det skal ses i lyset af, at der også vil være ulemper ved at flytte mange og tunge opgaver ud af kommunerne (se kapitel 14). Udgangspunktet for model 3 er at styrke nærhed, bæredygtighed, lighed og sammenhæng i sundhedsvæsenet uden en markant samling af opgaver.

Sundhedsstrukturkommissionen har på tværs af forvaltningsmodeller drøftet antallet, og dermed størrelsen, af nuværende og kommende forvaltningsenheder på sundhedsområdet, og hvordan antallet af forvaltningsenheder bedst understøtter de væsentlige hensyn, der blev formuleret for fremtidens sundhedsvæsen i kapitel 6. Kommissionen har bl.a. overvejet flere enheder end i dag – op til 22 enheder. Et højere antal enheder vurderes især at tilgodese det primære sundhedsvæsen og styrke nærheden i sundhedsvæsenet. Kommissionen har også overvejet færre enheder end i dag, som kan styrke den faglige og økonomiske bæredygtighed. Det er dermed en afvejning af hensynet til mindre enheder, der bedre kan tilpasse og udbygge det primære sundhedsvæsen, og hensynet til større enheder, som er bedre i stand til at levere sygehusbehandling med en høj faglig bæredygtighed. På den baggrund har kommissionen drøftet forskellige scenarier indenfor et spænd mellem tre og 22 enheder.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at en større samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet under samme myndighed er mest foreneligt med flere enheder end de nuværende, størrelsesmæssigt meget forskellige fem regioner. Når ansvaret for størstedelen af sundheds- og ældreområdet samles under én myndighed, er det kommissionens vurdering, at mindre enheder bedre vil kunne prioritere og tilpasse udbygningen af de primære og almene indsatser til lokale behov. Ud fra en samlet afvejning af nærhed og bæredygtighed er kommissionen i model 1 og 2 med en stor eller mellemstor opgavesamling landet på 8-10 enheder og 3-5 enheder i model 3, hvor der er en mindre eller ingen opgavesamling.

I både model 1, 2 og 3 har staten på nogle områder en stærkere regulerende rolle end i dag, men kun model 2 indebærer, at staten får et driftsansvar for sundhedsvæsenet.

Tabel 15.1
Dimensioner for opstilling af forvaltningsmodeller

	Decentral politisk ledelse	National politiske ledelse
Stor eller mellemstor opgavesamling	**Model 1** Regionalt enhedssundhedsvæsen med 8-10 sundheds- og omsorgsregioner med direkte valg	**Model 2** Statsligt enhedssundhedsvæsen med 8-10 administrative enheder med national og decentrale bestyrelser
Mindre eller ingen opgavesamling	**Model 3** 3-5 sundhedsregioner med direkte valg	

Sundhedsstrukturkommissionen har indenfor model 1 overvejet en variant, hvor medlemmerne af regionsrådene ikke vælges ved direkte valg, men i stedet udpeges af kommunalbestyrelserne i de kommuner, som ligger i de enkelte sundheds- og omsorgsregioner. Varianten af model 1 beskrives og vurderes i sammenhæng med model 1.

Indenfor model 3 har kommissionen overvejet to varianter. Dels en variant, hvor antallet af regioner reduceres fra de nuværende fem til tre regioner, dels en variant med bevarelse af de nuværende fem regioner. Begge varianter beskrives og vurderes under model 3. Kommissionen har indenfor model 3 overvejet, men ikke opstillet, en model med national politisk ledelse i et sundhedsvæsen, hvor der ikke sker en væsentlig opgavesamling. En sådan model vil i hovedtræk indebære, at de nuværende regioner bliver nedlagt, og deres opgaver flyttes til staten. Det betyder, at staten får ansvaret for sygehus- og praksissektoren, imens kommunerne fastholder sine nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den model, i sammenligning med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, ikke vil understøtte et mere nært, sammenhængende og forebyggende sundhedsvæsen. Derfor har kommissionen ikke medtaget modellen.

Desuden har Sundhedsstrukturkommissionen overvejet en variant, hvor medlemmerne af regionsrådet udpeges af kommunalbestyrelserne i det scenarie, hvor der ikke sker en større samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet. Det er dog kommissionens vurdering, at den variant vil indebære en betydelig risiko for, at kommunerne vil underinvestere i de opgaver, som er nært beslægtede med de opgaver, der er under regionernes ansvar, og derfor vil varianten ikke styrke nærhed og sammenhæng sammenlignet med den organisering, der gælder i dag. Derfor har kommissionen ikke medtaget modellen.

I kapitel 14 blev der skitseret tre opgavesamlinger, der varierer i omfang (se kapitel 14 for yderligere beskrivelser):

1. En stor opgavesamling: Størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed.
2. En mellemstor opgavesamling: Størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed, mens kommunerne bevarer ansvaret for plejehjem og plejebolig.
3. En mindre opgavesamling: Dele af den kommunale sygepleje, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsindsatsen, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed.

Den store opgavesamling, der refereres til i forvaltningsmodel 1 og 2, indebærer dermed, at størstedelen af kommunernes opgaver forbundet med pleje, træning og genoptræning m.v. samles med sygehus- og praksissektoren. Den store opgavesamling indeholder flere varianter med forskellige afgrænsninger, men fælles for dem alle er, at de efter kommissionens vurdering repræsenterer en stor opgavesamling.

Den mellemstore opgavesamling indebærer, at størstedelen af kommunernes opgaver forbundet med pleje, træning og genoptræning m.v. samles med sygehus-og praksissektoren under én myndighed, men hvor plejehjem og plejeboliger fortsat varetages af kommunerne. Samtidig deler kommunerne og den nye myndighed finansieringsansvaret for plejehjem og plejeboliger. Det medfører, at kommunerne har drifts-,

myndigheds- forsynings- og delt finansieringsansvar for plejehjem og plejeboliger, mens en andel af finansieringsansvaret varetages af den nye myndighed. Den mellemstore opgavesamling vil efter kommissionens vurdering også være bedst forenelig med forvaltningsmodel 1 og 2.

Den mindre opgavesamling tager udgangspunkt i de kommunale sundhedsopgaver, som har nær sammenhæng til de regionale sundhedsopgaver. Det drejer sig om følgende kommunale opgaver:

- Kommunal sygepleje
- Patientrettet forebyggelse
- Genoptræning efter indlæggelse
- Midlertidige pladser og akutpladser
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Den mindre opgavesamling, som der refereres til under forvaltningsmodel 3, indebærer, at dele af den kommunale sygepleje, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsindsatsen og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed. Derudover indgår overvejelser om ændret regulering i relation til hjælpemidler og behandlingsredskaber og midlertidige pladser og akutpladser, som har betydning for opgavedelingen mellem sektorerne.

Sygehuse og praksissektoren, som i dag er samlet under samme myndighed, vil i alle tre forvaltningsmodeller forblive samlet.

Efter præsentationen af de tre forvaltningsmodeller følger kommissionens vurdering af de tre modeller ud fra de centrale hensyn og en vurdering af de tre modellers styrker og svagheder i en indbyrdes sammenligning.

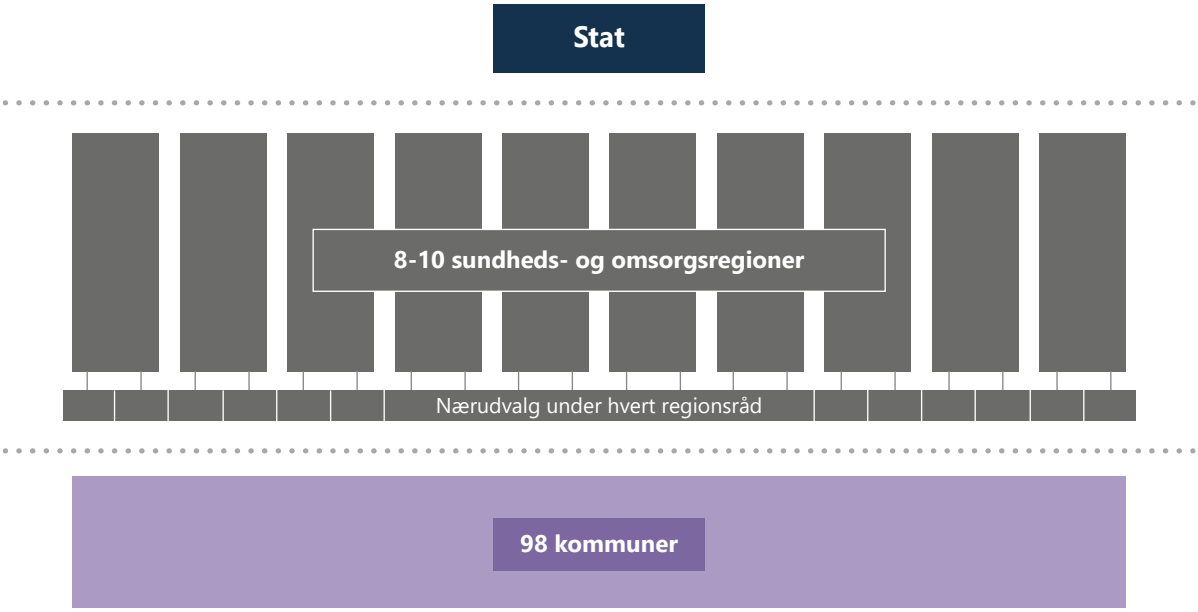
Model 1: Enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

I model 1 etableres et nyt forvaltningsled i form af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner. Det nye forvaltningsled får det samlede ansvar for sygehuse, almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor og en række udvalgte kommunale opgaver på sundheds- og ældreområdet.

De nuværende regioner nedlægges, og deres sundhedsopgaver overgår til det nye forvaltningsled sammen med de opgaver, der overdrages fra kommunerne. De nye sundheds- og omsorgsregioner får dermed et bredt ansvar for sundheds- og ældreområdet, som i dag er delt mellem regioner og kommuner.

Sundhedsstrukturkommissionens overvejelser om antallet og størrelsen af sundheds- og omsorgsregionerne har taget afsæt i kriterierne nærhed og bæredygtighed. Det første kriterie knytter sig til at etablere forvaltningsmyndigheder, som styrker nærheden i indsatsen i sundhedsvæsenet. Det andet kriterie knytter sig til at etablere forvaltningsmyndigheder, som er fagligt og økonomisk bæredygtige til at tage ansvar for både det sekundære og det primære sundhedsvæsen. Hvor det første kriterie trækker i retning af flere og mindre enheder, trækker det andet kriterie i retning af større og færre enheder. Kommissionen vurderer, at en afvejning af de to kriterier fører til et sted mellem fem og 12 enheder, hvor kommissionen særligt har interesseret sig for 8-10 enheder. Argumentation og pejlemærker for antallet og størrelsen af sundheds- og omsorgsregionerne uddybes i det følgende.

Figur 15.1
Model 1: Enhedssundhedsvæsen med 8-10 nye sundheds- og omsorgsregioner



Det grundlæggende rationale bag model 1 er at styrke det sammenhængende patientansvar. For patienter med komplekse behandlingsbehov eller skrøbelighed udgør sektorovergange risiko for tabt information, manglende sammenhæng, unødvendige undersøgelser, eller at patienten "falder mellem to stole". Når en myndighed har det samlede ansvar for borgere, der i dag har brug for indsatser på tværs af sygehuse, kommuner og almenmedicinske tilbud, skabes der bedre forudsætninger for at sikre sammenhængende indsatser og forløb for patienten. Det kan styrke patientens oplevelse af, at der tages ansvar for deres samlede behandlingsforløb.

Modellen bidrager desuden til at skabe stærkere tilskyndelser til at prioritere forebyggelse og almene indsatser til gavn for den enkelte borger og patient. En myndighed med et samlet ansvar for en stor del af behandlings- og plejekæden har stærke tilskyndelser til at prioritere indsatser i det primære sundhedsvæsen, der kan reducere behovet for sygehusbehandling. Når gevinsten i form af mindre sygehusbehandling tilfalder samme myndighed, som har investeret i de forebyggende indsatser, styrkes incitamentet til en løbende omstilling af sundhedsvæsenet. Et samlet myndighedsansvar vil også understøtte en løbende tilpasning og udvikling af opgaveløsningen mellem faggrupper, fordi de vil tilhøre samme myndighed og dermed samme organisatoriske, ledelsesmæssige og økonomiske ramme.

Sundheds- og omsorgsregionerne ledes af direkte valgte politikere, og de får myndighedsansvaret for størstedelen af det samlede sundheds- og ældreområde, inklusive det sekundære sundhedsvæsen.

Antal sundheds- og omsorgsregioner

I 2022 blev der etableret 22 sundhedsklynger for at styrke samarbejdet på tværs af kommuner, almenmedicinske tilbud og sygehuse. De 22 sundhedsklynger betragtes ikke som en egentlig forvaltningsmyndighed, da de ikke har myndighedsansvar eller selvstændig økonomi. Klyngerne må derimod anskues som politiske samarbejdsfora.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at denne samarbejdskonstruktion ikke i tilstrækkelig grad kompenserer for den svage organisatoriske sammenhæng i patientansvaret (se kapitel 8). Sundhedsklyngerne har imidlertid en geografisk afgrænsning omkring akutsygehusene, som isoleret betragtet

vurderes at være hensigtsmæssig i forhold til mange af de opgaver, der håndteres i det primære sundhedsvæsen. Det er en afgrænsning, som giver gode muligheder for at levere og tilpasse nære sundhedstilbud til lokale behov.

Når kommissionen imidlertid i model 1 foreslår 8-10 nye sundheds- og omsorgsregioner fremfor 22, er det fordi, at sundheds- og omsorgsregionerne skal kunne varetage et integreret ansvar for både det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Det er dermed et bærende element ved model 1 og det foreslåede antal enheder, at sygehusansvaret bliver tæt integreret med de sundhedsopgaver, der skal løses udenfor sygehusenes matrikler. Den integration skal give de enkelte sundheds- og omsorgsregioner en stærk tilskyndelse til at prioritere ressourcer fra det sekundære sundhedsvæsen til det primære sundhedsvæsen.

Hvis sundheds- og omsorgsregionerne etableres med afsæt i den geografiske afgrænsning af de nuværende 22 sundhedsklynger, vil der blive skabt enheder, som er meget forskellige i forhold til, hvad de kan levere af sygehusydelser, og de vil generelt have en for svag faglig, organisatorisk og økonomisk bæredygtighed. Det er dermed kommissionens vurdering, at de forbedringer, der er gjort de seneste ca. 20 år i forhold til specialisering og bæredygtighed på sygehusområdet, vil risikere at blive tabt, hvis sygehusene fremover skal drives med udgangspunkt i 22 enheder. Dertil kommer, at der ved 22 enheder er risiko for, at mindre enheder ikke vil have den nødvendige økonomiske bæredygtighed og robusthed til bl.a. at håndtere løbende stød eller kapacitetsudfordringer.

Analyser af patientstrømme på tværs af enheder viser fx, at hvis der dannes 22 enheder baseret på geografien i de nuværende sundhedsklynger, vil ni af dem med den nuværende sygehusstruktur kun kunne dække under halvdelen af deres befolknings sygehusbehandling. Det vil betyde, at mange enheder vil skulle købe en stor del af deres borgeres sygehusbehandling hos andre sundheds- og omsorgsregioner, imens en betydelig del af andre sundheds- og omsorgsregioners økonomi vil være baseret på salg af sygehusydelser.

Køb og salg mellem enheder begrænser alt andet lige muligheden for at skabe sammenhæng for borgeren imellem det, der foregår på sygehusene, og det, der foregår udenfor sygehusene indenfor den enkelte sundheds- og omsorgsregion, fordi en del af sygehusaktiviteten vedrører borgere udenfor regionen.

Analyser af patientstrømme på tværs af geografiske områder viser, at der vil kunne oprettes 3-12 sundheds- og omsorgsregioner, som vil have en selvforsyningsgrad på mellem cirka 60-90 pct. Selvforsyningsgrad angiver, hvor stor en andel af sygehusbehandlingen som den enkelte enhed er i stand til at levere til sin egen befolkning.[291] Kommissionen vurderer, at 8-10 sundheds- og omsorgsregioner i modellen vil indebære en hensigtsmæssig balancering af hensynene til sygehusstrukturen og det samlede ansvar for de sundheds- og plejeindsatser, som skal løses udenfor sygehusene. Sundheds- og omsorgsregionerne vil være mindre end de nuværende fem regioner og dermed mindre fagligt bæredygtige. Der vil derfor være behov for en stærkere statslig styring af de opgaver, som går på tværs af de 8-10 sundheds- og omsorgsregioner for at sikre en faglig bæredygtig opgaveløsning.

Anbefalingen om 8-10 sundheds- og omsorgsregioner er baseret på en forudsætning om en større opgavesamling på sundheds- og ældreområdet. Det er afgørende for kvaliteten og indsatsen udenfor sygehusene, at sygehusene i højere grad end i dag bliver vendt ud mod det, der foregår i det primære sundhedsvæsen, og sygehusene påtager sig et større ansvar for den del af patientforløbene. Det vurderes at blive understøttet af et klart fælles politisk og administrativt ledelsesansvar for både det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

Jo flere opgaver, der samles i sundheds- og omsorgsregionerne, desto stærkere er argumentet for at oprette flere regionale enheder end i dag. Samtidig bør der ikke skabes væsentlige nye snitflader på tværs af de nye sundheds- og omsorgsregioner. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der uanset hvor mange opgaver, der flyttes fra kommunerne til de nye regioner, ikke bør etableres mere end ti sundheds- og omsorgsregioner.

291 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

Pejlemærker for den geografiske inddeling af sundheds- og omsorgsregionerne

Udgangspunktet for inddelingen i sundheds- og omsorgsregioner er, at alle enheder skal kunne varetage et integreret ansvar for både det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Ansvaret for at styrke og udvikle nære sundheds- og plejeindsatser forudsætter et lokalt kendskab og en lokal forankring, som i udgangspunktet kan tale for flere og mindre geografiske enheder. Ansvaret for sygehusopgaver taler omvendt for færre og større geografiske enheder.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ikke en konkret geografisk inddeling af enheder. Kommissionen opstiller i stedet nogle pejlemærker, som bør være retningsgivende for en geografisk inddeling af enheder i model 1. Pejlemærkerne fremgår af boks 15.1.

Boks 15.1
Pejlemærker for geografisk inddeling af sundheds- og omsorgsregioner

Alle enheder skal som minimum kunne dække sin egen befolknings behov for almene sundhedsindsatser på tværs af det primære og sekundære sundhedsvæsen. Det indebærer, at:

- Alle enheder skal kunne varetage fuldt dækkende akutfunktioner døgnet rundt og specialiserede genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser i det primære sundhedsvæsen.
- Alle enheder skal som minimum kunne dække sin egen befolknings behov for sygehusbehandling på et alment niveau, svarende til hovedfunktionsniveau i Sundhedsstyrelsens specialeplan. Det skønnes at forudsætte en selvforsyningsgrad på minimum 60-70 pct. for de enkelte enheder.
- Alle enheder skal have mindst et fuldt dækkende akutsygehus og gerne to, herunder med psykiatrisk akutmodtagelse, for at understøtte en tilstrækkelig faglig bæredygtighed. En fælles akutmodtagelse skønnes at forudsætte et befolkningsgrundlag på ca. 200.000-400.000.
- Der bør tilstræbes en vis ensartethed på tværs af enheder, hvad angår størrelse, demografisk sammensætning og befolkningens behandlingsbehov for at understøtte nogenlunde ens rammevilkår og geografisk lighed.

Omkostninger forbundet med omstillingen bør så vidt muligt minimeres. Det betyder bl.a., at enhederne skal søges etableret med afsæt i de eksisterende samarbejder mellem sygehuse, kommuner og praksisområdet.

Alle enheder skal have en tilstrækkelig økonomisk robusthed, fx for at kunne håndtere større udsving i efterspørgslen, kapacitetsudfordringer og robusthed til at bære de økonomiske risici, der følger med store investeringer som supersygehuse.

Styreform i sundheds- og omsorgsregioner med nærudvalg

I model 1 vil sundheds- og omsorgsregionerne blive ledet af direkte valgte politikere. De samlede sundhedsudgifter i regionerne udgør i dag ca. 130 mia. kr., imens de kommunale udgifter til sundheds- og ældreområdet udgør ca. 70 mia. kr., eksklusive den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet (KMF).

I alt er der i dag ca. 120.000 personer ansat på det regionale sundhedsområde, mens der på det kommunale sundheds- og ældreområde er ansat 98.000 (se kapitel 7). Sundheds- og omsorgsregionerne får dermed ansvar for et stort og centralt velfærdsområde.

I hvert af de nuværende fem regionsråd er der 41 folkevalgte politikere, som tilsammen giver 205 folkevalgte regionspolitikere. Sundhedsstrukturkommissionen ser ingen grund til at hæve det samlede antal regionale politikere og vurderer, at hver af de 8-10 nye sundheds- og omsorgsregioner med fordel kan ledes af ca. 21-25 politikere. Det svarer nogenlunde til det samlede antal politikere, der er i regionsrådene

i dag. Kommissionen har i overensstemmelse med sit kommissorium ikke forholdt sig til, om de ændringer i den kommunale opgaveportefølje, som modellen medfører, bør give anledning til justeringer i antallet af folkevalgte i kommunalbestyrelserne.

Sundhedsstrukturkommissionen har overvejet den politiske styreform i sundheds- og omsorgsregionerne. Den politiske styreform fastsætter rammerne for de politiske organer, bl.a. den indbyrdes fordeling af opgaver, ansvar og kompetencer imellem organerne. Den politiske styreform omfatter også arbejdsdelingen imellem det politiske og administrative niveau.[292] Styreformen har betydning for de politiske beslutningsprocesser, herunder hvilke problemstillinger og prioriteringer der får mest opmærksomhed på det politiske beslutningsniveau.

Omstilling til og udvikling af det primære sundhedsvæsen forudsætter politisk opmærksomhed og opbakning lokalt såvel som nationalt. Rammerne for det politiske arbejde i de nye sundheds- og omsorgsregioner bør derfor indrettes sådan, at de understøtter et politisk fokus på omstilling af sundhedsvæsenet og udvikling af det primære sundhedsvæsen. De nuværende regioner har en politisk styreform, hvor ansvaret for den umiddelbare forvaltning er centreret i regionsrådet eller i forretningsudvalget.[293] Den styreform er typisk velegnet til at håndtere overordnede tværgående prioriteringer imellem sygehuse indenfor regionen, men der er samtidig en risiko for, at den centraliserer magten i toppen af organisationen.[294]

De nye sundheds- og omsorgsregioner bør i stedet fødes med en politisk styreform, som skubber tyngden i den politiske og administrative opmærksomhed over imod det, der foregår i den primære del af sundhedsvæsenet. Det forhold vurderes særligt tungtvejende i model 1, hvor sundheds- og omsorgsregionerne får et væsentligt stærkere opgaveansvar i det primære sundhedsvæsen, end de nuværende regioner har.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at sundheds- og omsorgsregionerne får en styreform baseret på stærke udvalg med umiddelbart forvaltningsansvar, som det kendes fra kommunerne, og som er administrativt understøttet af en decentral forvaltningsstruktur. Samtidig bør udvalgene og tilhørende forvaltninger organiseres i ansvarsområder, som i et vist omfang går på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Det skal ske med henblik på at styrke de politiske prioriteringer, som skaber en stærkere sammenhæng på tværs af det primære og sekundære sundhedsvæsen. En sådan politisk og administrativ struktur kan med fordel basere sig på geografiske kriterier, der giver mere politisk og administrativ nærhed til de opgaver, der løses i det primære sundhedsvæsen.

Kommissionen foreslår, at de nye sundheds- og omsorgsregioner etableres med en styreform, hvor hver sundheds- og omsorgsregion ledes af et regionsråd, som skal nedsætte stående udvalg, der varetager den umiddelbare forvaltning af regionens opgaver indenfor et afgrænset geografisk område. De stående udvalg betegnes "nærudvalg" og får dermed en lokal geografisk forankring, som for hvert nærudvalg eventuelt kan være centreret omkring et akutsygehus i regionen. Det vil i så fald nogenlunde afspejle den geografiske inddeling, som sundhedsklyngerne har i dag.

Kommissionen foreslår herudover, at sundhedsklyngerne nedlægges, da de ikke er relevante i en model, der samler ansvaret for en række opgaver på sundheds- og ældreområdet under samme myndighed. Der vil dog fortsat være områder, hvor der er behov for at indgå aftaler mellem kommuner og de nye sundheds- og omsorgsregioner, men det vil fx kunne organiseres administrativt.

Formålet med nærudvalgene er at understøtte politisk og administrativ opmærksomhed på omstilling til og udvikling af det primære sundhedsvæsen og på lokale problemer og behov indenfor sundheds- og omsorgsregionerne. Det vil samtidig gøre op med den udvalgsstruktur, som i dag praktiseres i regionerne, hvor der fx typisk er et hospitalsudvalg og et udvalg for det primære sundhedsvæsen, der primært har en rådgivende og politikformulerende funktion.[295] En geografisk forankring af nærudvalgene vil styrke den politiske og

---

292 Dyhrberg, Niels, Simon Krogh og Niels Opstrup. "Styreformer - en teoretisk introduktion. I Poul Erik Mouritzen (red.)". I Opfundet til lejligheden – evaluering af regionernes politiske styreform, 41–67. Syddansk Universitetsforlag, 2010.

293 Opstrup, Niels. "Det regionale politiske niveau. Notat til Sundhedsstrukturkommissionen". Syddansk Universitet, 2023.

294 Bækgaard, Martin. "The Impact of Formal Organizational Structure on Politico-Administrative Interaction: Evidence from a Natural Experiment". Public Administration 89, nr. 3 (september 2011): 1063–80.

295 Opstrup, Niels. "Det regionale politiske niveau. Notat til Sundhedsstrukturkommissionen". Syddansk Universitet, 2023.

administrative opmærksomhed på de problemer og løsninger, der går på tværs af de primære og sekundære sundhedstilbud. Nærheden til lokalområderne er særlig vigtig i lyset af, at sundheds- og omsorgsregionerne får ansvaret for store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde.

Udvalgsformen skal dermed understøtte, at tilrettelæggelsen af opgaverne tilpasses lokale behov og hensyn. Samtidig skal nærudvalgene bidrage til udvikling af lokale indsatser, og hvor særligt formændene for de enkelte udvalg kan få en vigtig politisk rolle i lokalområdet, bl.a. varetage dialog og samarbejde, fx med kommuner, erhvervsliv m.v. Nærudvalgets medlemmer skal vælges af og blandt medlemmerne af det øverste ansvarlige organ regionsrådet, og repræsentationen i nærudvalgene bør i udgangspunktet afspejle repræsentationen i regionsrådet. Tværgående prioritering og koordination og overordnet beslutningstagning vil fortsat foregå i regi af et forretnings- eller økonomiudvalg og i regionsrådet.

Regionsrådet vil, som det øverste politiske organ, få beføjelse til at fastsætte både indholdsmæssige og økonomiske rammer, som de geografisk forankrede nærudvalg skal holde sig indenfor. Det er dermed regionsrådet, der fastsætter budgetterne for de enkelte udvalg og kan prioritere dem indenfor det enkelte udvalgs område. Regionsrådet vil derfor indenfor almindelige forvaltningsretlige rammer kunne ændre udvalgenes beslutninger. Samtidig vil beslutninger om generelle serviceniveauer og kvalitetsstandarder skulle ske i regionsrådet af hensyn til at sikre ligebehandling.

Det følger af almindelige lighedsgrundsætninger, at myndigheder ikke må foretage usaglig forskelsbehandling. Hvis et nærudvalg fx vil prioritere flere forebyggende hjemmebesøg i den ene del af regionen, må der være et objektivt sagligt grundlag for en sådan forskelsbehandling af beboerne i forhold til andre beboere i sundheds- og omsorgsregionen. Stående udvalg med geografisk afgrænsning vil give anledning til at overveje om nærudvalg indenfor samme region – og dermed indenfor samme offentlig myndighed – skal have mulighed for forskelsbehandling af borgere alene på baggrund af geografi. En sådan fravigelse af de almindelige lighedsgrundsætninger vil forudsætte lovgivning.

Der skal derfor i de enkelte sundheds- og omsorgsregioner findes en hensigtsmæssig balance i nærudvalgenes opgaver, som muliggør, at nærudvalgene på den ene side kan drive lokale indsatser til øget omstilling, udvikle en nær og bæredygtig opgaveløsning, og understøtte politisk opmærksomhed på de lokale områder. På den anden side må nærudvalgene ikke skabe uhensigtsmæssige forskelle i tilbud og kvalitet på tværs af regionen.

Der vil som tidligere nævnt stadig være behov for et tværgående forretnings- eller økonomiudvalg og enkelte andre tværgående udvalg. Regionsrådene nedsætter allerede i dag sådanne udvalg, som beskæftiger sig med tværgående emner med henblik på at rådgive regionsrådet.

Finansieringen af sundheds- og omsorgsregionerne

Det følger af kommissoriet, at der ikke kan indgå skatteudskrivning i sundheds- og omsorgsregionernes finansiering, da det vil øge antallet af skatteudskrivende forvaltningsniveauer sammenlignet med i dag. Udgangspunktet for finansieringen af de nye sundheds- og omsorgsregioner vil være generel finansiering via statsligt bloktilskud tilsvarende den model, der kendetegner regionernes finansiering i dag. Det indebærer, at det statslige tilskud kan indgå i en generel prioritering til finansiering af udgifter under de nye regioner. Den samlede udgiftsramme, bloktilskud og fordelingen af bloktilskud mellem sundheds- og omsorgsregioner fastsættes nationalt.

Det vil være op til sundheds- og omsorgsregionerne at prioritere udgiftsrammen på tværs af regionerne og fx mellem primære og sekundære sundhedsindsatser internt i den enkelte sundheds- og omsorgsregion. Det efterlader rum til decentrale prioriteringer, som er en afgørende forudsætning for et stærkt, decentralt politisk ansvar for sundhedsvæsenet.

Den primære udfordring i forhold til en model for generel finansiering af sundheds- og omsorgsregionerne vil være udgifter til sygehusene, hvor de nye myndigheder er afhængige af et vist patientgrundlag og et stabilt indtægtsgrundlag for at kunne drive sygehuse med den dimensionering, de har i dag. Her bør det

også bemærkes, at regioner med (universitets-) sygehuse med specialiserede funktioner forudsættes at få indtægter for patienter fra andre sundheds- og omsorgsregioner, så de ikke i væsentlig grad udgør en nettomerudgift for den region, hvor sygehuset ligger.

Finansieringsmodellen vil skulle tage højde for, at de nye sundheds- og omsorgsregioner er forskellige i størrelse, befolkningssammensætning, geografi og befolkningens socioøkonomiske baggrund. Finansieringsmodellen vil kunne fastlægges med udgangspunkt i den nuværende bloktilskudsmodel for regionerne med udgiftsbehovskriterier, der skal fastsættes nærmere på baggrund af sundheds- og omsorgsregionens opgaveområde og størrelse.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår derfor, at der i forbindelse med en ny organisering af sundhedsvæsenet igangsættes en analyse af finansieringen som følge af den endelige forvaltningsmodel og opgavesammensætning samt yderligere behov for tilpasninger af fordelingskriterierne for det statslige bloktilskud til sundhedsområdet. Kommissionen vurderer dermed, at der er et forbedringspotentiale i forhold til at sikre en finansiering, som bedst muligt afspejler myndighedernes faktiske udgiftsbehov og forskellige vilkår for opgaveløsningen.

Kommissionen finder det fortsat relevant at inddrage kriterier for strukturelle og socioøkonomiske forhold, og at det generelt kan være relevant at gennemgå kriterierne med henblik på eventuelle justeringer. Kriterierne vil stadig skulle leve op til krav vedrørende fordelingskriterier (se kapitel 17).

Sundhedsstrukturkommissionen har ikke taget stilling til de væsentlige kommunaløkonomiske, herunder byrdefordelings-, og styringsmæssige konsekvenser for kommunerne, som følger af en markant flytning af opgaver fra kommunerne til sundheds- og omsorgsregionerne.

Stærkere statslige kompetencer på en række områder

Sammenlignet med den nuværende organisering indebærer 8-10 nye sundheds- og omsorgsregioner en moderat decentralisering af det politiske ansvar for sygehusområdet. De nye sundheds- og omsorgsregioner vil sammenlignet med de nuværende fem regioner være mindre fagligt bæredygtige i forhold til varetagelse af sygehusopgaver. Det betyder, at flere borgere end i dag vil få behov for behandling på sygehuse i en anden region end den, de er bosiddende i. Det vil medføre et øget behov for samarbejde på tværs af sundheds- og omsorgsregionerne sammenlignet med i dag.

Decentraliseringen risikerer at forstærke udfordringer med geografisk ulige fordeling af ressourcer, bl.a. lægeressourcer, fordi arbejdsgiveransvaret splittes op imellem flere myndigheder end i dag. Kommissionen foreslår derfor, at staten får stærkere planlægningskompetencer, som skal kompensere for den afledte udfordring og understøtte samarbejde på tværs af sundheds- og omsorgsregionerne.

Sundhedsstrukturkommissionen peger på, at den nationale sundhedsplan, som foreslået i kapitel 11 om tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, vil kunne understøtte en hensigtsmæssig geografisk fordeling af ressourcer på tværs af sundheds- og omsorgsregionerne og medvirke til at drive sundhedsvæsenets omstilling. Kommissionen lægger op til, at sundheds- og omsorgsregionerne skal udarbejde egne regionale sundhedsplaner, der beskriver deres opgavevaretagelse indenfor rammerne af den nationale sundhedsplan. Et fokus i de regionale sundhedsplaner bør være, hvordan den enkelte sundheds- og omsorgsregion vil sikre fagligt bæredygtige miljøer på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen, prioritere indsatser i det primære sundhedsvæsen og sikre større sammenhæng og kvalitet i indsatser for borgerne. Sundhedsplanerne bør også forholde sig til, hvordan der sikres en hensigtsmæssig fordeling af personaleressourcer, særligt læger, på tværs af land- og byområder for at understøtte en større geografisk lighed i sundhed (se kapitel 11). Sundhedsplanerne skal også beskrive samarbejder og aftaler med andre sundheds- og omsorgsregioner og med private aktører om varetagelse af relevante opgaver.

De lokale sundhedsplaner skal godkendes af Sundhedsstyrelsen, og sundheds- og omsorgsregionerne forpligtes til at orientere Sundhedsstyrelsen, hvis der opstår lokale udfordringer, fx med at opretholde bæredygtige lokale miljøer. Modellen vil fastholde, at staten ikke har et driftsansvar på sundhedsområdet, men staten vil med modellen få opgaver, som kræver indsigt i drift på sundheds- og ældreområdet og tæt og løbende dialog med de lokale ledelser i sundheds- og omsorgsregionerne.

Med en ny national sundhedsplan og nye statslige kompetencer følger, at andre statslige styringsgreb skal forenkles og reduceres, så der samlet set ikke skabes et øget administrationsbehov (se kapitel 11).

Sundheds- og omsorgsregionernes sundhedsplaner bør som minimum adressere følgende områder:

- Planlægning og koordination af sundheds- og plejeindsatser. De regionale planer skal redegøre for, hvordan sundheds- og omsorgsregionerne sikrer fagligt bæredygtige miljøer, som forsyner sundheds- og omsorgsregionernes egne borgere med sundheds- og plejeindsatser på tværs af det primære og sekundære sundhedsvæsen.
- Fordeling af personaleressourcer. Sundhedsplanerne skal redegøre for indbyrdes aftaler mellem enheder, der sikrer, at stærke faglige miljøer understøtter svagere faglige miljøer, bl.a. ved en hensigtsmæssig geografisk fordeling af personaleressourcer og særligt læger.
- Praksisplanlægning for det almenmedicinske tilbud og evt. lokalaftaler. Der skal redegøres for arbejdet med at tilpasse kapaciteten og fordelingen af ydernumre til sundhedsbehovet og for myndighedens tilvejebringelse af almenmedicinske ydelser i henhold til den nationalt fastlagte opgavebeskrivelse.
- Aftaler med kommuner på relevante områder, bl.a. om borgere med psykiske lidelser.
- Planlægning af opgaver, som skal løses på tværs af sundheds- og omsorgsregioner. Det vil omfatte opgaver, som kræver en større organisatorisk volumen og ensretning. Det vil fx omfatte det akutte og præhospitale område, sundhedsberedskaber, indkøb, uddannelse, sundhedsforskning og innovation samt data og digitalisering.

Udover at godkende sundheds- og omsorgsregionernes sundhedsplaner lægges der op til, at staten får til opgave at understøtte en tværgående kvalitetsudvikling og læring med særligt fokus på omstilling af sundhedsvæsenet. Det kan ske via facilitering af tværgående netværk, vidensdeling mellem sundheds- og omsorgsregionerne, fx om implementering af reformtiltag (se også kapitel 16). Brug af benchmark og synlighed om resultater udgør et vigtigt redskab i statens tværgående koordinationsrolle i omstillingen af sundhedsvæsenet

Vurdering af model 1

Boks 15.2 opsummerer de primære fordele og ulemper ved forvaltningsmodel 1 i sammenligning med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet. Efterfølgende gennemgås fordele og ulemper ved modellen ud fra de seks hensyn, der blev opstillet i kapitel 6.

Boks 15.2
Primære fordele og ulemper ved model 1 ud fra de centrale hensyn

Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet indebærer model 1 følgende fordele:

- Modellen tilvejebringer en reel og markant styrkelse af et entydigt politisk ansvar for en række sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i den nuværende struktur er underlagt delt politisk ansvar.
- Samlingen af en række substituerbare opgaver i de nye sundheds- og omsorgsregioner skaber øget klarhed om ansvarsfordelingen, bedre rammer for at skabe sammenhængende patientforløb og stærkere tilskyndelser til at investere i omkostningseffektive og forebyggende indsatser udenfor sygehusmatriklerne.
- Modellen vil øge regionernes prioriteringsrum.
- Modellen styrker den faglige bæredygtighed i det primære sundhedsvæsen, især i de områder af landet, hvor opgaverne i dag bliver varetaget af mindre kommuner.
- Styrkelsen af et samlet politisk ansvar for sundhedsvæsenet reducerer behovet for kompenserende statslige styringstiltag, og hvis modellen indføres, bør den ledsages af en sanering i de styrings- og koordinationstiltag, som i dag er rettet imod at skabe sammenhæng på tværs af kommuner og regioner.

- Direkte valg styrker den demokratiske kontrol, og hensynet får større vægt, jo større og tungere opgaveansvar den pågældende myndighed får. Modellen fastholder en stærk demokratisk kontrol med sundhedsvæsenet.

Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet indebærer model 1 følgende ulemper:

- Afstanden mellem den politiske ledelse og borgerne vil blive større, for så vidt angår de opgaver, der overtages fra kommunerne.
- Modellen vil reducere kommunernes prioriteringsrum på tværs af velfærdsområder, fordi en væsentlig del af de kommunale opgaver flyttes til sundheds- og omsorgsregionerne.
- En ny organisering af sygehussektoren med flere enheder medfører mindre faglig bæredygtighed i varetagelsen af sygehusopgaver og risiko for delvist tab af de senere års opnåede centraliserings- og specialiseringsgevinster.
- Modellen kan isoleret betragtet medføre øgede geografiske forskelle i forhold til i dag, og der vil som følge af flere patientstrømme på tværs af de nye regioner være risiko for suboptimering i brugen af de samlede ressourcer.
- Der vil være tale om en markant reform, som flytter et stort antal medarbejdere og mange ressourcer fra kommunal ledelse til en regional ledelse med deraf afledte omstillingsomkostninger.

Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet

Ved at samle ansvaret for en række opgaver, som i dag er fordelt på 98 kommuner, i nye og større enheder, vil der være potentiale for en mere bæredygtig opgavevaretagelse i forhold til det primære sundhedsvæsen end i dag. Enkelte store kommuner har i dag stærke sundhedsfaglige ressourcer og kompetencer, men på tværs af kommunerne vil en samling af ansvaret i nye sundheds- og omsorgsregioner give mulighed for at styrke kvaliteten i opgaveløsningen ved en tættere integration med det sekundære sundhedsvæsen og ved at opgaverne bliver løst i større enheder.

Den nye organisering af sygehusområdet med flere enheder end de nuværende fem regioner vil medføre en mindre faglig bæredygtighed i varetagelsen af visse sygehusopgaver. Som en konsekvens vil flere patienter skulle modtage sygehusbehandling i en anden region end bopælsregionen. Der er risiko for, at nogle af de gevinster, som er opnået i de senere år som følge af centralisering og samling af sygehusopgaver på færre matrikler, kan gå tabt ved en decentralisering af sygehusopgaven. Desuden kan model 1 isoleret betragtet medføre øgede geografiske forskelle i forhold til i dag og risiko for suboptimering i brugen af de samlede ressourcer. Den styrkelse af statens rolle, som ligger i modellen, skal opveje det og bidrage til en stærk koordination på tværs af sundheds- og omsorgsregioner og en forbedret fordeling af ressourcerne set i forhold til i dag.

Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud

Sundheds- og omsorgsregionerne giver ikke isoleret set lettere adgang til relevante sundhedstilbud, men ved at samle ansvaret for patientforløb under samme myndighed skabes bedre betingelser for at hjælpe skrøbelige borgere med at navigere i sundhedsvæsenet og få adgang til relevante sundhedstilbud på rette tid og sted.

Modellen indebærer en moderat decentralisering af det politiske ansvar for de opgaver, som de fem regioner har i dag, og en øget integration med det primære sundhedsvæsen vil skabe bedre betingelser for at opbygge og udvikle bedre og mere relevante sundhedstilbud. For de opgaver, som de 8-10 sundheds- og omsorgsregioner overtager fra de 98 kommuner, indebærer modellen en centralisering af det politiske ansvar. Det er opgaver, der uanset myndighed typisk bedst løses tæt på borgerens eget hjem eller i borgerens eget hjem. Det antages derfor, at sundheds- og omsorgsregionerne vil have tilskyndelse til at tilrettelægge indsatserne i lokale distrikter for at reducere omkostninger til transport m.v.

Modellen ændrer ikke på patientrettigheder om hurtig udredning og behandling og frit valg i sundhedsvæsenet. Modellen vil dog indebære, at opgaven med at tilvejebringe leverandører og indgå aftaler om frit valg på ældreområdet vil overgå til regionen.

Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb

Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet sker der med model 1 en samling af ansvar, kompetence og budget for opgaveløsningen i sundhedsvæsenet, og de organisatoriske snitflader mellem sundheds- og ældreområdet reduceres. På den måde skabes der gode betingelser for sammenhæng i patientforløb, og det er en central fordel ved model 1. Hvor stort potentialet er, afhænger dog af den valgte styreform, den interne organisering i de nye enheder, og præcis hvilken variant af opgavesamling der vælges (se kapitel 14).

Modellen reducerer derved også potentielle risici for, at det tværgående samarbejde om sundhedsindsatsen begrænses af uhensigtsmæssige strukturer, juridiske barrierer og svage økonomiske incitamenter til investering i samarbejde og i udvikling af tværgående indsatser.

Sundhedsindsatsen vil fortsat skulle løses af forskellige aktører (sygepleje, hjemmepleje, plejehjem, almenmedicinske tilbud og sygehuse), og der vil derfor stadig være organisatoriske snitflader i sundhedsvæsenet. Samtidig er der snitflader på andre områder, især det psykiatriske område, som ikke løses med model 1. Modellen bevarer dermed snitfladen mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien i kommunerne. Modellen skaber desuden nye snitflader imellem de opgaveområder, som flyttes fra kommunerne, og de opgaver, som fortsat vil være kommunalt ansvar. Det vil være snitflader til særligt socialområdet og ved en mellemstor opgavesamling også til plejeboligområdet. Endelig vil der med model 1 skabes nye snitflader på sygehusområdet, da en større andel patienter vil skulle behandles på et sygehus udenfor egen region, end tilfældet er i dag.

Til trods for snitfladerne vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at modellen i sammenligning med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet vil give et bedre grundlag for at sikre sammenhæng i patientforløb. Det sker i kraft af, at den politiske og administrative ledelse får et mere samlet fagligt, økonomisk og ledelsesmæssigt ansvar for at sikre sammenhæng for patienterne end i dag.

Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at model 1 indebærer et betydeligt potentiale for bedre brug af de samlede ressourcer på sundheds- og ældreområdet, bl.a. en realisering af potentialerne ved den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor langt mere behandling skal foregå udenfor sygehusmatriklerne. Det skyldes en stærk tilskyndelse hos sundheds- og omsorgsregionerne til at vælge den mest omkostningseffektive indsats, og dermed en stærk tilskyndelse til at flere opgaver løses i det primære sundhedsvæsen.

I den nuværende struktur har regionerne begrænsede muligheder for og tilskyndelser til at prioritere andre indsatser end de, der leveres på sygehusene. De nye sundheds- og omsorgsregioner vil få et markant større prioriteringsrum, da en stor del af deres økonomi vil være knyttet til indsatser, der leveres udenfor sygehusene. For at gennemføre omstillingen vil modellen dog kræve en politisk styreform, som understøtter politisk og dermed administrativ opmærksomhed på det primære sundhedsvæsen.

I et helhedsperspektiv gælder det, at en stor opgaveflytning fra kommunerne til de nye sundheds- og omsorgsregioner tilsvarende reducerer kommunernes mulighed for at prioritere midler på tværs af ansvarsområder.

Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

Model 1 ændrer i udgangspunktet ikke ved den demokratiske kontrol med det danske sundhedsvæsen, men den styrker vælgernes mulighed for at stille politikerne til ansvar for løsningen af de opgaver, der i den nuværende organisering går på tværs af den kommunale og den regionale sektor. Desuden giver samlingen af ansvaret mulighed for at fjerne en del af de styringstiltag, som i de senere år har været iværksat for at kompensere for den svage organisatoriske sammenhæng i patientansvaret. Modellen giver samtidig bedre mulighed for ledelse, fordi ledere på sundheds- og ældreområdet kan få et reelt, samlet ledelsesansvar for opgaver, som ikke længere er delt på tværs af forvaltningsmyndigheder.

Model 1 skaber dermed et samlet ledelsesrum på tværs af sundheds- og ældreområdet, som gør, at der vil være mindre behov for øvrige styringstiltag og tæt regulering af opgaveløsningen i det primære sundhedsvæsen, fordi samlingen af opgaveansvar understøtter den ønskede og nødvendige udvikling af det primære sundhedsvæsen. En samlet ledelsesmæssig ramme vil også muliggøre en løbende opgaveudvikling på tværs af faggrupper, fx fra læger til andet personale, uden behov for regulering eller forudgående aftale. Det vil potentielt reducere de administrative omkostninger, der i dag er forbundet med at håndtere og aftale opgaveløsningen mellem faggrupper i hver sin myndighed.

Hensyn 6: Implementeringsomkostninger

Modellen lægger op til en samling af ansvaret for størstedelen af opgaverne på sundheds- og ældreområdet under én myndighed. En sådan opgaveflytning fra kommunerne og omlægningen fra fem til 8-10 nye sundheds- og omsorgsregioner vil indebære en markant organisatorisk ændring med deraf afledte omstillings- og implementeringsomkostninger.

Processen for gennemførelse og implementering af model 1, herunder styringstiltag i en overgangs- og implementeringsfase, bør derfor overvejes nøje. Sundhedsstrukturkommissionens mere generelle overvejelser om implementering af forandringer på sundhedsområdet er præsenteret i kapitel 16.

Model 1a: Sundheds- og omsorgsregioner med indirekte valgt politisk ledelse

Sundhedsstrukturkommissionen har overvejet en variant af model 1, som fastholder et decentralt politisk ansvar for sundhedsvæsenet, men i stedet for direkte valg til regionsråd er medlemmerne af regionsrådene i varianten udpeget af kommunalbestyrelserne i de kommuner, som tilhører den pågældende region. Som konsekvens vil der i varianten af model 1 kun være to direkte valgte forvaltningsled i Danmark. Ansvaret for sundheds- og omsorgsregionernes opgaver vil fortsat være placeret hos folkevalgte fra regionen, men de vil ikke være valgt til regionsrådet ved direkte valg.

Rationalet i modelvarianten er at forankre det politiske ansvar for det samlede sundhedsvæsen tæt på det primære sundhedsvæsen hos kommunalpolitikere, som i forvejen har et stærkt kendskab til det primære sundhedsvæsen. Det giver en reel mulighed for på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen at prioritere indsatser, som giver mest og bedst sundhed for de ressourcer, der er tilgængelige.

Hvad angår antallet af de nye sundheds- og omsorgsregioner og deres opgaver, lægges der i varianten de samme overvejelser til grund som ved model 1, som betyder, at kommissionen anbefaler mellem 8-10 regionale enheder. En særlig problematik ved varianten er dog, at et meget stort antal kommuner i hver region formodentlig vil svække koordinations- og beslutningskraften i regionsrådet, da det er kommunalbestyrelserne i regionen, der udpeger medlemmerne af regionsrådet.

Givet at kommunalbestyrelserne i variantmodellen udpeger et eller flere medlemmer af regionsrådet, skal antallet af pladser i regionsrådet som minimum være det samme som antallet af kommuner i regionen. Af hensyn til legitimitet og gennemslagskraft bør borgmesteren i hver af kommunerne i regionen være medlem af regionsrådet. De fleste borgere har kendskab til borgmesteren i deres hjemkommune, og de vil derfor være bedre i stand til at placere et ansvar for borgmesterens beslutninger i regionsrådet. Samtidig vil borgmestrene styrke den politiske synlighed og gennemslagskraft af de beslutninger, der træffes i regionsrådene.

Ud fra kommunernes nuværende antal og størrelse vil antallet af kommuner variere på tværs af de 8-10 regioner, og tilsvarende vil antallet af medlemmer af regionsrådene kunne variere på tværs af regionerne. Det kan overvejes at supplere borgmestrene med flere medlemmer af regionsrådet udpeget af kommunalbestyrelserne i regionen efter forholdstalsvalg, fx relevante udvalgsformænd. Det er ved fastsættelse af antallet af medlemmer i de indirekte valgte regionsråd vigtigt at tage hensyn til at sikre regionsrådenes beslutningskraft.

Forskelle i kommunestørrelse kan i princippet føre til, at store kommuner har flere medlemmer af regionsrådet end små kommuner, men det vil risikere at føre til meget store regionsråd. Alternativt kan der anvendes stemmevægte, som fx kan udregnes efter indbyggertal og/eller geografiske kriterier, såsom land-

og byområder i regionen. Sundhedsstrukturkommissionen har ikke taget stilling til, hvordan stemmevægte kan udformes, men den præcise fastsættelse af stemmevægte er afgørende for legitimiteten af regionsrådenes beslutninger.

Det forudsættes i modelvarianten, at kommunalbestyrelserne har instruktionsbeføjelser over for sine repræsentanter i regionsrådet, som indebærer, at kommunalbestyrelserne kan pålægge sine repræsentanter at stemme på en bestemt måde i vigtige sager i regionsrådet, såsom budgetbeslutninger og større strukturændringer i regionen. Fordelen ved en sådan instruktionsbeføjelse er, at den kan bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering mellem beslutninger i kommunalbestyrelsen og regionsrådet. Omvendt vil en sådan beføjelse kunne svække beslutningskraften i regionsrådet. Det kan derfor eventuelt overvejes at afgrænse instruktionsbeføjelsen til større sager.

Tilsvarende model 1 vil finansieringen i varianten være rammestyring via en generel udgiftsramme og tilhørende generel finansiering. Kommissionen foreslår videre en finansieringsmodel med separate økonomier til henholdsvis kommunerne og sundheds- og omsorgsregionerne, tilsvarende model 1. Det vil sige et statsligt bloktilskud til henholdsvis kommuner og regioner og særskilte udgiftsrammer for henholdsvis kommuner og regioner. To adskilte udgiftsrammer vil desuden gøre det muligt for staten fortsat at prioritere det samlede økonomiske råderum mellem kommunale velfærdsopgaver og regionale opgaver på sundheds- og ældreområdet. Regionsrådet vil dermed få til opgave at prioritere på tværs indenfor de samlede opgaver på sundheds- og ældreområdet, og kommunalbestyrelsen vil tilsvarende få mulighed for at prioritere på tværs af de kommunale velfærdsområder.

Mange elementer i modelvariant 1a er de samme som i model 1. Sundhedsstrukturkommissionen nøjes derfor med at fremhæve nogle primære fordele og ulemper i boks 15.3, og henviser derudover til vurderingerne af model 1. Den store forskel er styreformen, hvor variant 1a indebærer, at sundheds- og omsorgsregionerne ledes af regionsråd sammensat af repræsentanter fra regionens kommunalbestyrelser.

Boks 15.3
Primære fordele og ulemper ved model 1a ud fra de centrale hensyn

Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet indebærer model 1a følgende fordele:

- Med en samling af ansvar, kompetence og budget for opgaveløsningen i sundhedsvæsenet giver varianten i lighed med hovedmodellen gode betingelser for at sikre sammenhængende patientforløb, realisere den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet og en løbende udvikling af opgaveløsningen mellem faggrupper. Samlingen af opgaver vil i lighed med hovedmodellen give mulighed for større bæredygtighed i løsningen af opgaver i det primære sundhedsvæsen, især i de områder af landet, hvor opgaverne i dag bliver varetaget af mindre kommuner.
- Varianten giver en stærk decentral forankring af ansvaret for sundhedsvæsenet, fordi det vil blive underlagt en politisk ledelse, som må forventes at have et stærkt fokus på at udvikle det primære sundhedsvæsen.
- Varianten har i lighed med hovedmodellen et betydeligt potentiale for en ændret opgaveløsning, hvor mere løses nært og så tæt på borgernes hjem som muligt.

Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet indebærer model 1a følgende ulemper:

- Det indirekte valg til regionsrådene svækker vælgernes mulighed for at udøve demokratisk kontrol med sundheds- og omsorgsregionernes opgavevaretagelse. Vælgerne har dermed kun mulighed for at stille deres egen kommunes politikere til ansvar for beslutninger, der træffes i regionsrådet.
- Borgmestrene, som vil udgøre et stort antal af regionsrådsmedlemmerne, vil typisk komme fra de store partier. Det vil betyde, at de store partier højest sandsynligt vil være overrepræsenteret i regionsrådene på bekostning af de mindre partier. Det vil ud fra et demokratisk synspunkt være en ulempe, da det vil indsnævre den politiske repræsentation på sundheds- og ældreområdet.
- Beslutningskraften og kvaliteten i regionsrådets beslutninger risikerer at blive svækket, hvis det enkelte kommunalt udpegede medlem primært varetager egne kommunale interesser snarere end det tværgående ansvar.
- Der er risiko for, at de udpegede regionsrådsmedlemmer ikke har den nødvendige tid til og interesse i den politiske ledelse af et stort sundhedsvæsen. Omvendt vil flytningen af hele eller store dele af sundheds- og ældreområdet fra kommunerne potentielt kunne frigøre tid og ressourcer hos borgmestrene og eventuelt andre udpegede medlemmer af regionsrådene.

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen

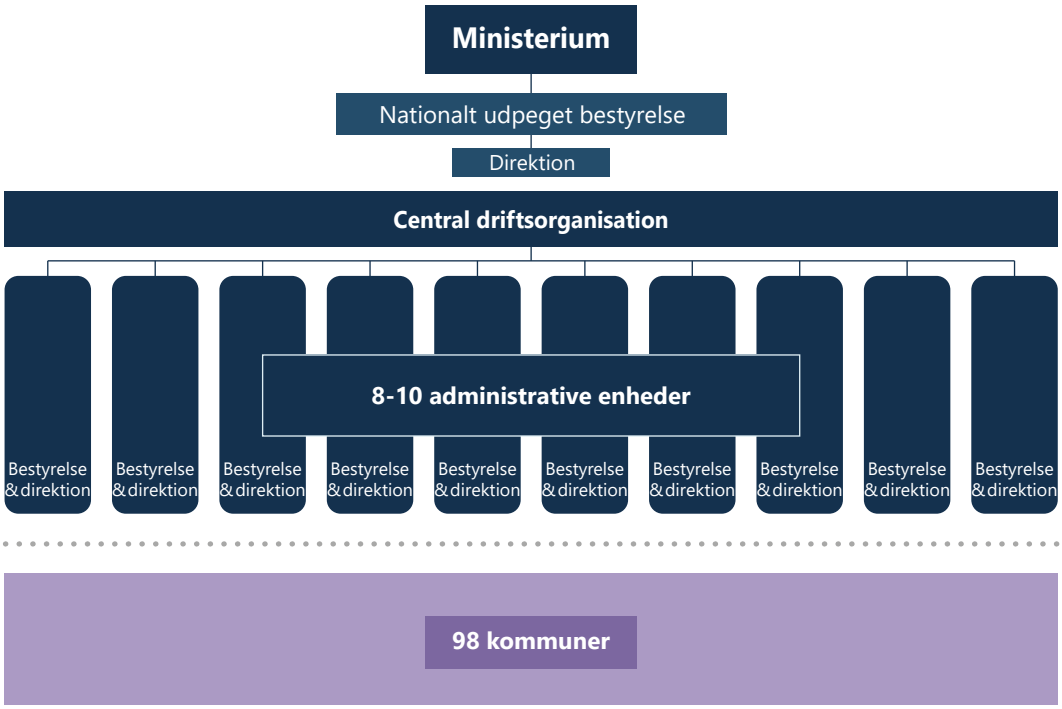
I model 2 får staten myndigheds- og driftsansvaret for sygehuse, almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor og for størstedelen af det kommunale sundheds- og ældreområde. Det vil sige, at der i modellen – tilsvarende model 1 - forudsættes en stor eller mellemstor opgavesamling. Rationalet bag modellen er, igen som i model 1, at sikre stærkere sammenhæng i borgernes forløb ved at samle ansvaret hos én myndighed. Rationalet er også at skabe stærkere tilskyndelser til at prioritere tidlige og forebyggende indsatser i det primære sundhedsvæsen til gavn for den enkelte borger og patient. Det er dermed en væsentlig forudsætning for modellen, at der sker en større opgavesamling på sundheds- og ældreområdet, og at ansvaret for størstedelen af sundheds- og ældreområdet samles hos staten.

I model 2 vil det politiske ansvar være placeret hos ministeren for området, og det er ministeren, der fastsætter den overordnede strategi og udviklingsplan for sundhedsvæsenet. Ministerens juridiske ansvar kan defineres nærmere ved i lovgivningen at placere visse beføjelser hos underliggende driftsorganisationer og bestyrelser.

Den stærke statslige forankring i modellen giver potentiale for en tydelig national politisk ansvarsplacering, og den understøtter koordination og udvikling på tværs af opgaver, som i dag er delt imellem myndigheder. Dermed giver modellen mulighed for en mere ensartet udvikling af sundhedsvæsenet på tværs af landet. Der vil stadig i praksis kunne være forskelle på kvaliteten af sundhedsydelserne mellem forskellige landsdele, fx som følge af problemer med at tiltrække de nødvendige lægeressourcer, men hele landet vil med modellen være underlagt de samme politiske krav til opgaveløsningen. Derudover vil staten, i kraft af et samlet arbejdsgiveransvar, formelt have mulighed for at flytte ressourcer derhen, hvor behovet er størst. På den måde kan modellen potentielt styrke den geografiske lighed. Modellen vurderes desuden at kunne skabe grundlag for en styrket national beslutnings- og eksekveringskraft på vigtige områder, fx data- og digitaliseringsområdet.

Modellen indebærer etablering af et meget stort statsligt ansvarsområde. Med udgifter for ca. 200 mia. kr. samlet på det regionale sundhedsområde og det kommunale sundheds- og ældreområde og mere end 220.000 kommunalt og regionalt ansatte på samme område, er sundhedsvæsenet målt i omkostninger og antal ansatte væsentligt større end øvrige statslige driftsområder. Til sammenligning har fx rigspolitiet ca. 18.000 ansatte og et budget på godt 13 mia. kr. (inklusive Politiet og den lokale anklagemyndighed, Den Centrale Anklagemyndighed og Politiets Efterretningstjeneste), og antal ansatte i Forsvarsministeriets koncern (eksklusive Forsvarets Efterretningstjeneste) udgør ca. 23.000 og med et budget på ca. 42 mia. kr. Det giver væsentlige styringsudfordringer, som yderligere forstærkes af, at ansvaret for sundhedsvæsenet samles på et politisk niveau, der også skal håndtere en række andre væsentlige opgaver end driften af sundhedsvæsenet.

Figur 15.2
Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen med 8-10 nye administrative enheder



Organisering af "Sundhed og Omsorg Danmark"

"Sundhed og Omsorg Danmark" er en fællesbetegnelse for det opgaveområde, som staten i model 2 overtager ansvaret for. Sundhed og Omsorg Danmark kan organiseres på to forskellige måder, enten som en selvstændig offentlig virksomhed eller som en styrelseslignende organisation:

- En selvstændig offentlig virksomhed er i forvaltningsretlige termer en juridisk person, der varetager en bestemt del af den statslige forvaltning, og som har selvstændige indtægter og formue. Der findes i dag ti selvstændige offentlige virksomheder med bestyrelser udpeget af den statslige ejer.
- I en styrelseskonstruktion oprettes der en central driftsorganisation under det ansvarlige ministerium, som har det overordnede driftsansvar med ansvar for den samlede økonomi (drift og anlæg) og centrale HR-funktion.

I begge konstruktioner indgår en bestyrelse.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår i model 2, at Sundhed og Omsorg Danmark organiseres efter en styrelseskonstruktion med en central driftsorganisation og et underliggende niveau, bestående af decentrale, administrative enheder. Det underliggende niveau består af 8-10 administrative enheder, som ud fra det samme overordnede rationale svarer til den geografiske inddeling, der er skitseret under model 1. Det vil sige, at model 2 indebærer, at der etableres én central bestyrelse og 8-10 decentrale bestyrelser for hver administrativ enhed.

Baggrunden for at etablere et todelt driftsansvar med henholdsvis en central driftsorganisation og decentrale enheder er dels et hensyn til central styring og beslutningskraft, dels et hensyn til at opgaveløsningen så vidt muligt tilpasses lokale vilkår og forudsætninger. I praksis vil det indebære, at den centrale organisation gives beføjelser til at træffe beslutninger, som kan have betydelig rækkevidde for de underliggende enheder indenfor afgrænsede områder, og som enhederne vil have ansvar for og pligt til at implementere. Kommissionen vurderer, at konstruktionen vil kunne bidrage til mere ensartede løsninger indenfor tværgående opgaver, fx data og digitalisering, og samtidig give rum til lokal tilpasning og planlægning på øvrige områder, fx organisering af sundheds- og plejeindsatser indenfor primærsektoren.

Sundhedsstrukturkommissionen lægger desuden op til, at den centrale driftsorganisation skal have det overordnede driftsansvar med ansvar for den samlede økonomi og centrale HR-funktion. Den centrale driftsorganisation skal føre tilsyn med de 8-10 administrative enheder og ledes af en administrerende direktør med reference til bestyrelsesformanden.

Den daglige drift varetages af de 8-10 decentrale, administrative enheder, som overtager ejerskabet af sygehusene og får drifts- og budgetansvar for det sekundære sundhedsvæsen, praksissektoren og store dele af sundheds- og ældreområdet, som i dag varetages af kommunerne. Det betyder, at de decentrale enheder får ansvar for at ansætte personale, tværgående prioriteringer og fastsættelse af budgettet indenfor den overordnede økonomiske ramme. De decentrale enheder vil også have ansvar for planlægning og koordinering af tilbud på tværs af enheden.

Bestyrelsens opgave og ansvar

Der etableres med modellen én central bestyrelse og 8-10 decentrale bestyrelser for hver administrativ enhed. Den ressortansvarlige minister udpeger en bestyrelse for den centrale driftsorganisation. Den centrale bestyrelse bør efter kommissionens vurdering besættes på en måde, der sikrer, at bestyrelsen samlet set har en kompetenceprofil, der kan løfte de skitserede opgaver og udfordringer for sundhedsvæsenet. Relevante kompetencer er bl.a. kompetencer indenfor sundheds- og ældreområdet (herunder økonomi og forskning), ledelsesmæssige, driftsøkonomiske (herunder også digitalisering og anlæg/byggeri), forretningsmæssige og juridiske kompetencer samt eventuel politisk erfaring.

Der udpeges desuden bestyrelser for hver af de 8-10 enheder. Den nærmere sammensætning af de decentrale bestyrelser skal overvejes, bl.a. om den skal repræsentere medarbejdere, og om enkelte af medlemmerne skal udpeges af den centrale bestyrelse. Kompetenceprofilen for de administrative enheder vil bl.a. skulle dække kendskab til sundheds- og ældreområdet, kendskab til politiske og lokale forhold, økonomi og drift, personaleledelse og organisationsudvikling m.v. De enkelte bestyrelsesformænd for de 8-10 administrative enheder vil være repræsenteret i den centrale bestyrelse for at understøtte sammenhæng mellem beslutninger truffet i den centrale bestyrelse og beslutninger truffet i de decentrale enheder.

Den centrale bestyrelse vil i sit arbejde være bundet af de beføjelser og udviklingsplaner for det samlede sundheds- og ældreområde, som den ressortansvarlige minister har udstukket. Den centrale bestyrelse vil dermed få ansvar for at omsætte udviklingsplanen for de 8-10 decentrale, administrative enheder og sætte mål og retning for størstedelen af sundheds- og ældreområdet. Den centrale bestyrelse vil bl.a. få ansvar for at sikre, at enhederne overholder lovgivningen, de tildelte budgetter og de nationalt udstukne retningslinjer.

Bestyrelserne for de decentrale, administrative enheder vil bl.a. skulle omsætte og implementere den centrale udviklingsplan og dermed også foretage prioriteringsbeslutninger under hensyn til de lokale forhold. Den centrale bestyrelse vil kunne drøfte den strategiske retning for de enkelte administrative enheder, men vil ikke generelt have beføjelse til at pålægge de administrative enheder specifikke løsninger.

Staten og ressortministerens opgave og ansvar

Staten og ressortministeren har ansvaret for at føre sundhedspolitik og for at fastsætte den overordnede strategi og udviklingsplan for sundhedsvæsenet. Det indebærer bl.a. fastsættelse af kvalitetsstandarder og nationale mål samt specialeplanlægning. Staten vil også som i dag have ansvar for tilsyn og kontrol, som bl.a. varetages af Styrelsen for patientsikkerhed. Ministerens styring i forhold til den centrale bestyrelse vil dels kunne ske gennem lovgivning og dels gennem resultatstyring.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der via lovgivning placeres visse beføjelser hos den centrale bestyrelse eller hos bestyrelsen i de decentrale enheder. Det vil indebære, at ministeren indenfor de nærmere definerede områder ikke vil have instruktionsbeføjelse overfor bestyrelserne. Det betyder, at ministeren ikke kan gribe ind overfor beslutninger truffet af bestyrelsen eller give påbud om en bestemt sags løsning. Ministeren har på den anden side heller ikke ansvar for bestyrelsens konkrete dispositioner.

Kommissionen vurderer, at det er vigtigt, at ministerens juridiske ansvar afskæres gennem lovgivningen, og der dermed etableres en vis armslængde mellem ministeren og bestyrelsen. Det vil dels, i det mindste formelt, afskærme ministeren fra enkeltsager, dels give de udpegede bestyrelser et handlingsrum til at tilrettelægge en effektiv drift og ledelse af sundheds- og ældreområdet, herunder mulighed for at træffe de nødvendige prioriteringer m.v.

Bestyrelsesformanden for den centrale organisation orienterer ministeren, fx halvårligt eller kvartalsvist, om bestyrelsesarbejdet.

Finansiering af Sundhed og Omsorg Danmark

Finansloven vil fastsætte det samlede, årlige budget for sundhedsvæsenet. Der lægges op til, at den samlede økonomiske ramme for Sundhed og Omsorg Danmark drøftes mellem bestyrelsen og de relevante ministerier og nedfældes i en årlig økonomiaftale med respekt for udviklingsplanerne.

Fordelingen af den samlede økonomiske ramme på tværs af de 8-10 administrative enheder vil som i dag, og som i de to øvrige forvaltningsmodeller, være baseret på opgørelser af objektive udgiftsbehov. Der vil kunne udformes nærmere retningslinjer for fordelingen til delområder, herunder det primære og sekundære sundhedsvæsen og ældreområdet.

Vurdering af model 2

Boks 15.4 opsummerer de primære fordele og ulemper ved forvaltningsmodel 2 sammenligning med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet. Efterfølgende gennemgås fordele og ulemper ved modellen ud fra de seks hensyn, der blev opstillet i kapitel 6.

Boks 15.4
Primære fordele og ulemper ved model 2 ud fra de centrale hensyn

Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet indebærer model 2 følgende fordele:

- Modellen tilvejebringer en reel og markant styrkelse af et entydigt politisk ansvar for en række sammenhængende opgaver på sundheds, og ældreområdet, som i den nuværende struktur er underlagt delt politisk ansvar.
- Samlingen af en række beslægtede opgaver under samme myndighed skaber øget klarhed om ansvarsfordelingen, bedre rammer for at skabe sammenhængende patientforløb og stærkere incitamenter til at investere i omkostningseffektive og forebyggende indsatser udenfor sygehus-matriklerne.
- Modellen styrker den faglige bæredygtighed i det primære sundhedsvæsen, især i de områder af landet, hvor opgaverne i dag varetages af mindre kommuner.
- Modellen understøtter den samlede kvalitet i opgaveløsningen i kraft af en tættere integration af den primære og den sekundære del af sundhedsvæsenet.
- Modellen skaber potentiale for øget geografisk lighed, fordi staten gennem et samlet arbejdsgiver-ansvar i princippet har bedre mulighed for at flytte ressourcer derhen, hvor behovet er størst.
- Modellen skaber grundlag for en styrket national beslutnings- og eksekveringskraft, fx indenfor data og digitalisering.

Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet indebærer modellen følgende ulemper:

- Modellen indebærer en markant centralisering af det politiske ansvar for sygehuse og en række opgaver på sundheds, og ældreområdet, som i dag er kommunernes eller regionernes ansvar.
- Modellen indebærer etablering af et statsligt driftsområde, som i kompleksitet, udgifter og antal medarbejdere klart overstiger alle andre statslige driftsområder. Det kan give væsentlige styrings-udfordringer.
- Der er betydelig risiko for manglende politisk kapacitet til stillingtagen til løbende prioriteringer, reformer og tilpasninger på sundhedsområdet. Risikoen forstærkes af, at mange enkeltsager vil ende hos den ansvarlige minister.
- Modellen svækker borgernes mulighed for lokalt eller regionalt at øve indflydelse på opgavevare-tagelsen på sundheds- og ældreområdet, og modellen forringer mulighederne for at tilpasse opgave-løsningen til lokale forskelle i borgernes ønsker og behov
- En stor statslig driftsorganisation giver risiko for stor ledelseskompleksitet og lange beslutningsveje, svækket politisk kontrol med forvaltningen og interne forvaltningsmæssige barrierer, der kan minde om de nuværende sektorgrænser.
- I den nuværende organisering er det en udfordring, at fem regioner skal koordinere med i alt 98 kommuner. Den udfordring bliver ikke mindre, hvis én statslig myndighed skal koordinere med 98 kommuner.

Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet

Ved at samle en række opgaver på sundheds- og ældreområdet i større enheder giver det grundlag for en øget faglig bæredygtig i opgaveløsningen, særligt i forhold til de områder af landet, hvor opgaverne i dag varetages af mindre kommuner.

Et samlet nationalt politisk ansvar for sundhedsvæsenet giver i udgangspunktet bedre mulighed for ens-artede kvalitetsstandarder og fælles mål på tværs af landet. Fælles arbejdsgiveransvar på tværs af hele landet giver desuden principielt bedre mulighed for at flytte personaleressourcer derhen, hvor der er størst behov.

Omvendt tilsiger erfaringerne fra andre statslige områder, at der ofte vil opstå geografiske forskelle uanset bestræbelser på at leve op til nationale kvalitetsstandarder. Et statsligt sundhedsvæsen er derfor ingen garanti for, at den lokale opgaveløsning placeret langt fra den nationale bestyrelse og de nationale politikere ikke vil variere i kvalitet og indhold på tværs af landet. Samtidig vil der på trods af det entydige arbejdsgiveransvar fortsat være behov for indsatser, incitamenter og mekanismer til at få folk til at bosætte sig og arbejde i yderområder, ligesom det i modellen også vil kræve betydelig ledelseskraft at omstille sundhedsvæsenet, således at mere aktivitet kan foregå udenfor sygehusene (se kapitel 16).

Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud

De nye administrative enheder giver ikke i sig selv lettere adgang til relevante sundhedstilbud, men ved at samle ansvaret for patientforløb gives bedre mulighed for at hjælpe skrøbelige borgere med at navigere i sundhedsvæsenet og få adgang til relevante sundhedstilbud på rette tid og sted.

Den centraliserede beslutningskraft i modellen giver i princippet bedre mulighed for fordeling af tilbud, bl.a. nuværende kommunale tilbud, men staten og den centrale driftsorganisation vil dog i praksis have begrænset indblik i lokale behov og forhold, hvorfor der vil være en indbygget risiko for, at fordelingen af sundhedstilbud ikke i tilstrækkelig grad er tilpasset de lokale forhold.

Model 2 ændrer ikke på patientrettigheder om frit valg i sundhedsvæsenet. Modellen vil dog indebære, at opgaven med at tilvejebringe leverandører og indgå aftaler vedrørende frit valg på ældreområdet vil overgå til staten.

Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb

Model 2 samler ansvaret for patientforløb og reducerer snitflader indenfor sundhedsvæsenet. Modellen understøtter dermed, at ansvar, kompetence og budget i forhold til opgaveløsningen er placeret under samme myndighed. Den organisatoriske samling af opgaveansvaret under én myndighed sikrer principielt bedre koordination af og sammenhæng i patientforløb.

Det er omvendt en stor ledelsesmæssig opgave at lede en meget stor organisation, som utvivlsomt vil blive divisionaliseret, fx en sygehusdivision, en præhospital division, en praksisdivision og en omsorgsdivision. Der vil derfor opstå interne snitflader i den nye organisation, som vil have fællestræk med, hvad der var gældende før etableringen af et statsligt enhedssundhedsvæsen. Der vil af den grund fortsat kunne være udfordringer med tværgående samarbejde, og den politiske ledelse vil være placeret på betydelig afstand af problemerne, som indebærer en risiko for, at problemerne ikke i tilstrækkelig grad bliver adresseret.

Et statsligt forankret sundhedsvæsen vil til gengæld have et bedre grundlag for at udvikle og ikke mindst udbrede ensartede digitale løsninger, der vil kunne understøtte et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor relevant data og information deles på tværs af sundhedspersoner.

Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgeren mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

I et enhedssundhedsvæsen bliver det lettere at prioritere ressourcer til de indsatser, hvor de gør størst gavn og derigennem understøtte den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet. På den måde er der kun én kasse i et statsligt enhedssundhedsvæsen, og dermed forsvinder per definition risikoen for kassetænkning og høste-så-problematikker. Hvorvidt potentialet reelt manifesterer sig vil dog afhænge af beslutningskraften i den nye organisation og samspillet mellem de decentrale enheder indenfor staten.

Der er i modellen potentiale for, at selvstændige bestyrelser kan understøtte en stærk ledelse med den nødvendige beslutningskraft til at sikre en omkostningseffektiv opgavevaretagelse og realisere de produktivitetsgevinster, der måtte være forudsat. Omvendt kan de nødvendige løbende prioriteringer og tilpasninger, fx i sygehusstruktur eller rammer for plejehjem, vanskeliggøres, da det politiske ansvar alene påhviler den ansvarlige minister. I den henseende indebærer modellen en betydelig risiko for, at udgiftsstyringen og den overordnede prioritering svækkes, bl.a. på sygehusområdet.

Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

På den ene side styrker modellen det politiske ansvar ved at samle opgaver på sundheds- og ældreområdet under én myndighed, hvor problemerne med delt politisk ansvar i den nuværende organisering af sundhedsvæsenet opløses. På den anden side er det sandsynligt, at mange spørgsmål om lokale strukturtilpasninger m.v. vil skulle behandles af ministeren, afhængig af afgrænsningen af ministerens juridiske ansvar. Det vil bl.a. kunne vanskeliggøre strukturtilpasninger i kraft af, at lokalkendskabet og mulighederne for at skabe lokale afvejninger mellem kvalitet, effektivitet og udbud af sundhedsydelser formentlig svækkes. Det kan svække såvel den faglige kvalitet i opgaveløsningen som effektiviteten.

Når ansvaret for den overordnede prioritering af ydelserne i sundhedsvæsenet ligger nationalt placeret, vil presset for øgede bevillinger på sygehusområdet kunne blive meget stort og svært at afvise på bekostning af en styrkelse af det primære sundhedsvæsen. Dermed indebærer modellen en risiko for, at udgiftsstyringen og den overordnede prioritering på sundheds- og ældreområdet svækkes.

Der vil alt i alt være risiko for, at en række driftsmæssige beslutninger, fx om ændringer i sygehusstrukturen, indførelse af nye behandlingsmetoder, omprioritering og omstrukturering internt på sygehusene og på sundheds- og ældreområdet vil blive problematiseret på landspolitisk niveau. Den risiko forstærkes af, at sundheds- og ældreområdet er genstand for stor og vedholdende interesse fra medier, vælgere og stærke interessenter. Det vil i model 2 kunne give et yderligere pres på udgiftsstyringen og vanskeliggøre ændringer, som er driftsmæssigt hensigtsmæssige.

Hensyn 6: Implementeringsomkostninger

Model 2 lægger op til, at ansvaret for størstedelen af opgaver på sundheds- og ældreområdet samles hos staten. Den større opgaveflytning fra kommunerne og omlægningen fra fem regioner til 8-10 administrative enheder vil indebære en markant organisatorisk ændring, med deraf afledte omstillings- og implementeringsomkostninger. Herunder vil mange skulle skifte job eller flytte til nye enheder.

Det vil samtidig indebære en grundlæggende ændring af den decentrale styreform, som hidtil har kendetegnet den danske velfærdsstat, da det decentrale niveau i modellen ikke vil have det politiske ansvar for sundheds- og ældreområdet. Modellen vil alt andet lige indebære større omkostninger at gennemføre end modeller, hvor der bygges videre på den eksisterende decentrale model. Desuden indebærer det en selvstændig risiko, at en styreform med bestyrelser ikke i dansk sammenhæng er afprøvet før på så stort et velfærdsområde som sundhedsvæsenet.

Model 3: Sundhedsregioner

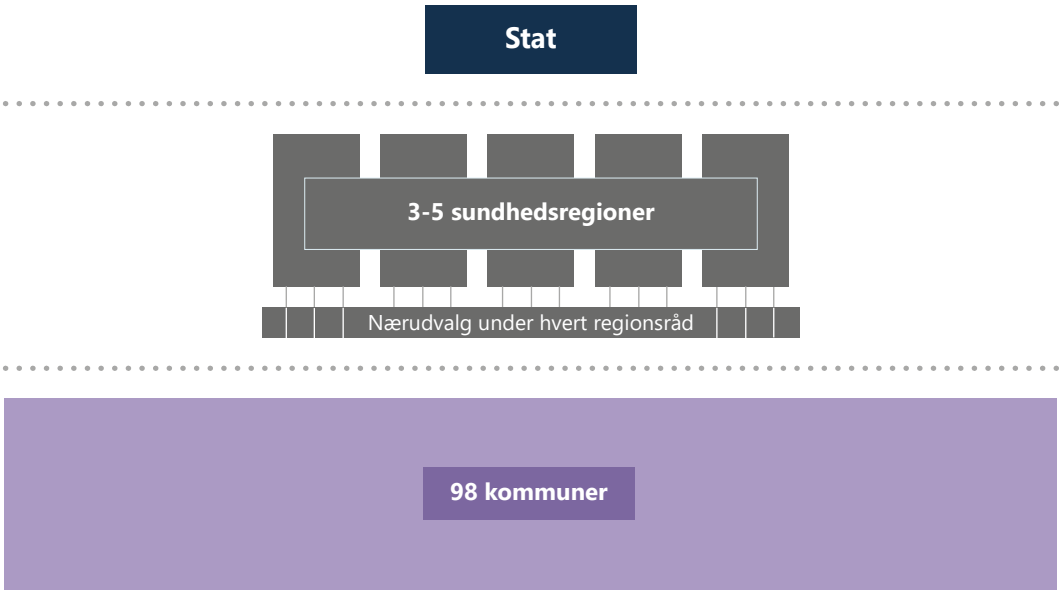
I model 3 tages der udgangspunkt i den nuværende opgave- og ansvarsfordeling på sundheds- og ældreområdet. I modellen har regionerne fortsat ansvaret for sygehuse og praksissektoren, og kommunerne har ansvaret for deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet. Der kan også ske en mindre samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet, men modellen bygger på et rationale om en mindre opgavesamling sammenlignet med model 1 og 2.

I det omfang, der i modellen flyttes opgaver fra kommunerne, forudsættes det, at det primært er dele af den kommunale sygepleje, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsindsatsen og sygehus- og praksissektor, der samles under én myndighed. Derudover indgår overvejelser om ændret regulering i relation til hjælpemidler/behandlingsredskaber og midlertidige pladser/akutpladser, som har betydning for opgavedelingen mellem sektorerne.

Model 3 indeholder en række andre elementer end en ændret opgave- og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet. Formålet med modellen er at skabe en ny tilgang til styring af sundhedsvæsenet, som adresserer en række svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, og som understøtter bedre sammenhæng for borgerne og en omstilling af sundhedsvæsenet, hvor langt mere aktivitet skal foregå i det primære sundhedsvæsen (se kapitel 8). Modellen understøtter desuden regionernes fokus på sundhedsopgaven ved, at de ikke-sundhedsrelaterede opgaver, som regionerne varetager i dag, flyttes til en anden forvaltningsmyndighed.

Hvad angår antallet af sundhedsregioner, indeholder modellen to varianter: En variant, hvor antallet af regioner reduceres fra de nuværende fem til tre regioner, og en variant, hvor de nuværende fem regioner bevares. I overvejelsen om antal regionale enheder i model 3 er hensynet til bæredygtighed i sygehusstrukturen det væsentligste, da et eventuelt opgaveflyt fra kommunerne vil være begrænset. De nærmere overvejelser og vurderinger i forhold til antallet af sundhedsregioner gennemgås nedenfor.

Figur 15.3
Model 3: Sundhedsregioner



Modellen indeholder forslag, der er unikke for model 3, og som beskrives i det følgende, men der er i model 3 også elementer, som er fælles med model 1 og 2.

Sundhedsstrukturkommissionens forslag om, at det fremadrettede løft til regionerne, afledt af den demografiske udvikling, målrettes indsatser i det primære sundhedsvæsen, vurderes særlig relevant for model 3. Formålet er at sikre et øget regionalt fokus på en ændret opgaveløsning, hvor flere opgaver skal løses i det primære sundhedsvæsen fremfor i det sekundære sundhedsvæsen. Der beskrives derudover et forslag om et nyt tiltag, der skal styrke kommunernes incitament til at prioritere effektive forebyggelses- og plejeindsatser til gavn for borgerne. Det indebærer et såkaldt resultatafhængigt tilskud, hvor en del af kommunernes finansiering gøres afhængig af, at kommuner lever op til en række mål på sundheds- og ældreområdet.

Sundhedsregioner

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at regionerne overgår til at være rene sundhedsregioner. Formålet er at sikre en tydeliggørelse af sundhedsområdet som regionernes kerneopgave og samtidig understøtte en klar og entydig politisk opmærksomhed i regionsrådene på sundhedsopgaven, som i de kommende år vil kræve endnu mere fokus på prioriteringer og omstilling. Kommissionen bemærker i den forbindelse, at der vurderes at være meget begrænset sammenhæng mellem sundhedsområdet og regionernes nuværende opgaver indenfor regional udvikling.

Kommissionen har drøftet antallet af sundhedsregioner, og det er kommissionens vurdering, at det hensigtsmæssige antal regioner i modellen ligger i intervallet 3-5 regioner, som enten indebærer en reduktion af antallet af regioner eller en videreførelse af de nuværende fem regioner. Hensynet til faglig bæredygtighed er mere foreneligt med færre antal regioner, mens bl.a. hensynet til at begrænse implementeringsomkostninger er mest foreneligt med en videreførelse af de fem regioner.

Baggrunden for en variant med færre regioner er, at de dele af landet, særligt på Sjælland og i Nordjylland, hvor der er udfordringer med at tiltrække sundhedsfaglige medarbejdere, og hvor borgerne generelt set har større behov for sundhedsydelser, skal blive en del af en større og mere ressourcestærk region. Region Sjælland og Nordjylland har begge, relativt til de øvrige regioner, færrest læger pr. 1.000 indbyggere. Region Sjælland har 3,8 og Nordjylland 3,9 mens Hovedstaden har det højeste antal med 5,7 læger. Tilsvarende adskiller særligt Region Sjælland sig på selvforsyningsgraden, som her ligger lavest, set i forhold til de øvrige regioner. Der er også variation i, hvor ofte regionerne giver sundhedsydelser af høj kvalitet. Fx viser en opgørelse på baggrund af de nationale mål, at flest indikatorer er under landsgennemsnittet i Region Sjælland.[296] Det er dermed afgørende, at varianten med færre enheder bidrager til øget bæredygtighed i disse områder. Det er desuden et hensyn, at regionerne bør være nogenlunde ensartede, hvad angår geografisk størrelse, befolkningens behandlingsbehov og økonomisk robusthed. Efter kommissionens vurdering taler det samlet set for en variant med tre regioner fremfor fire regioner.

Sundhedsstrukturkommissionen har dermed valgt at fremlægge dels en variant, hvor antallet af regioner reduceres fra de nuværende fem til tre regioner, og dels en variant med bevarelse af de nuværende fem regioner. Kommissionen har ikke fundet det relevant at foreslå en variant med to regioner, da to enheder ikke vurderes at udgøre et egentligt decentralt forvaltningsled. De to enheder vil i sig selv være så store, at det ikke længere vil kunne betragtes som en model med decentral politisk ledelse.

Fra fem til tre sundhedsregioner

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at en reduktion til tre regioner og dermed større geografiske enheder potentielt vil kunne understøtte en bedre geografisk fordeling af ressourcer og kompetencer til gavn for de borgere, som bor i områder af landet, hvor der er mangel på sundhedsfaglige ressourcer og samtidig et stort behandlingsbehov. Ved at lægge regioner med rekrutteringsudfordringer og stort behandlingsbehov sammen med regioner med relativt mere personale og en relativt mere rask befolkning vurderes der at være et potentiale for at sikre bedre fordeling af lægeressourcer gennem et samlet arbejdsgiveransvar. Det kan fx være i form af tiltag, hvor relativt stærke sygehuse kobles sammen med relativt svage sygehuse under samme ledelse for at sikre en bedre fordeling af personaleressourcer.

En reduktion til tre regioner tilgodeser hensynet om øget bæredygtighed i det sekundære sundhedsvæsen, da der på den måde kan ske en yderligere konsolidering af regionerne på sygehusniveau. Alle regioner vil dermed blive stort set selvforsynende med sygehusbehandling. Det vil betyde, at patienter i et mindre omfang end i dag skal rejse på tværs af regionsgrænser for at modtage sygehusbehandling. Det vil dermed kunne understøtte en bedre sammenhæng for nogle patienter, hvad angår sygehusbehandling. Den højere selvforsyningsgrad reducerer samtidig behovet for statslig styring af den tværgående koordination på tværs af de tre regioner.

Sundhedsstrukturkommissionen er samtidig opmærksom på, at en variant med tre regioner vil øge antallet af kommuner relativt til regionerne. I dag koordinerer de fem regioner med mellem 11 og 29 kommuner. Det kan være en stor og tung koordinationsopgave i lyset af, at der typisk kan være stor forskel på, hvordan kommunerne løser deres sundheds- og ældreopgaver.[297] Tre sundhedsregioner vil skulle koordinere med endnu flere kommuner end i dag, og det vil i sig selv udgøre en barriere for at sikre sammenhæng i patientforløb.

296 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

297 Implement Consulting Group, "Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb", 2024.

En reduktion fra fem til tre regioner vil desuden øge afstanden til de politiske beslutningstagere og reducere den demokratiske repræsentation set i forhold til de nuværende fem regioner, da nogle landsdele ikke vil kunne opnå samme repræsentation i større regioner, som de kan med den nuværende struktur.

Fem sundhedsregioner

Der er hensyn, der taler for at bevare det nuværende antal regioner og dermed undgå ovennævnte afledte udfordringer ved en variant med tre sundhedsregioner.

For det første vurderes potentialet ved tre sundhedsregioner for bl.a. bedre sammenhæng for patienter at være relativt begrænset set i lyset af, at de nuværende fem regioner allerede i dag har en forholdsvis høj selvforsyningsgrad for sygehusbehandling.[298] For det andet er det store antal kommuner relativt til regionerne en væsentlig begrænsning i forhold til at sikre bedre sammenhæng i patientforløb. For det tredje er det usikkert om et entydigt arbejdsgiveransvar alene er tilstrækkeligt til at sikre en bedre geografisk fordeling af ressourcer, da der også indenfor de nuværende fem regioner er betydelige forskelle i ressourcer og sygdomsbyrde. Endelig er kommissionen opmærksom på, at en reduktion fra fem til tre regioner vil indebære relativt store enheder, som potentielt kan medføre stordriftsulemper, fx i forhold til koordinering og sammenhæng. Endelig peger kommissionen på, at de afledte implementeringsomkostninger ved at reducere fem til tre sundhedsregioner vil skulle vejes op imod den usikkerhed, der er forbundet med gevinsterne ved at reducere fra fem til tre sundhedsregioner.

Styreform i sundhedsregioner og nærudvalg

Hvad angår antallet af medlemmer i de nye regionsråd, vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at det i lyset af den mere snævre opgaveportefølje i de nye sundhedsregioner vil være passende med mellem 31 og 41 direkte valgte medlemmer af hvert sundhedsregionsråd. I kraft af den styrkede udvalgsstruktur i disse sundhedsregioner, jf. nedenfor, vil det ikke være hensigtsmæssigt med færre end 31 medlemmer af hvert regionsråd.

Kommissionen har overvejet, om det er et principielt problem, hvis et mandat til regionsrådene er "relativt dyrere" i form af stemmer, end et mandat til Folketinget. Det er kommissionens klare vurdering, at det i givet fald hverken udgør et principielt eller et reelt problem.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår videre, at der i hver sundhedsregion oprettes en række nærudvalg, som minder om de nærudvalg, der er beskrevet under model 1. Nærudvalgene vurderes at kunne styrke den decentrale politiske beslutningskraft i begge varianter med henholdsvis fem og tre sundhedsregioner. De geografisk forankrede nærudvalg vil kunne varetage en væsentlig opgave med at styrke kontakten og dialogen med de kommuner, der dækkes af nærudvalgets område. Samtidig kan nærudvalgene have et særligt fokus på at udvikle praksissektoren og sygehusenes samspil med primærsektoren indenfor nærudvalgets område. Nærudvalgene vil i varianten med tre regioner på den måde kunne modvirke den centraliseringstendens, som der ligger i at gå fra fem til tre sundhedsregioner.

Målretning af den statslige finansiering til udvikling af det primære sundhedsvæsen

Uafhængigt af, om det er varianten med tre eller fem sundhedsregioner, introduceres der i model 3 nye styringselementer, der skal styrke udviklingen af det primære sundhedsvæsen, bl.a. ved en målretning af den statslige finansiering.

Regionernes og kommunernes økonomiske rammer løftes hvert år som følge af, at der bl.a. kommer flere ældre. Kommissionen foreslår, at det demografiske afledte løft til regionerne fremadrettet målrettes til indsatser i det primære sundhedsvæsen (se også kapitel 11 og 15). Målretning af demografimidlerne skal

298 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

medvirke til at prioritere og investere i det primære sundhedsvæsen, så langt flere borgere kan modtage hjælp udenfor sygehusene. Tiltaget skal samtidig sikre, at regionerne har et tilsvarende fokus på at dæmpe væksten i aktiviteten på sygehusområdet.

Tiltaget omfatter alene den regionale del af demografimidlerne. Der er efter de aktuelle beregninger tale om væsentlige prioriteringer på 750 mio. kr. årligt eller samlet knap 4 mia. kr. frem mod 2030, som følge af udviklingen i det demografiske udgiftsbehov. Opgørelsen af det demografiske træk – og dermed demografimidlerne – er et skøn, der kan ændre sig i årene fremover. Målretningen er afgrænset til det primære sundhedsvæsen. Det vil sige målrettet:

- Det almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor.
- Opgaver og indsatser, som kan løses i kommunerne for at reducere behov for sygehusbehandling.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at forslaget om målretning af demografimidlerne er særlig relevant for model 3. Forslaget indebærer implicit et vækstloft for sygehussektoren og vil understøtte, at sundhedsregionerne får fokus på at omstille sygehusene og prioritere en udvikling af det primære sundhedsvæsen, bl.a. det almenmedicinske tilbud (se også kapitel 11).

Nærmere prioritering og udmøntning af midler

Sundhedsstrukturkommissionen lægger op til, at en andel af de øgede regionale midler disponeres til finansiering, fx af kvalitetsstandarder eller udbygning af den nationalt fastlagte opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud. Det vil kunne udmøntes i økonomiforhandlingerne mellem stat, kommuner og regioner. Den øvrige andel af midlerne lægger kommissionen op til, at regionerne kan prioritere til indsatser i det primære sundhedsvæsen. Den regionale kompetence skal sikre, at investeringerne i det primære sundhedsvæsen ledsages af en tilsvarende opgaveflytning eller opgavemindskelse for sygehusene.

Kommissionen lægger samtidig op til, at nærudvalgene i regionerne, som nogenlunde bør følge den nuværende geografiske afgrænsning af sundhedsklyngerne, får en væsentlig rolle i forbindelse med prioritering og anvendelse af midlerne og dermed for udvikling af det primære sundhedsvæsen. Kommissionen foreslår, at nærudvalgene træffer beslutning om prioritering af demografimidlerne, der skal investeres i det primære sundhedsvæsen. Beslutningen skal ske efter forudgående inddragelse af og drøftelse med de kommuner, som ligger i det område af regionerne, som det pågældende nærudvalg dækker. Det foreslås, at inddragelsen kan ske i regi af sundhedsklyngerne, som drøfter og indstiller forslag til beslutning i regionernes nærudvalg. Kommissionen har dog også overvejet den mulighed, at oprettelsen af nærudvalg ledsages af en nedlæggelse af sundhedsklyngerne.

Fordelingen og prioriteringen af midlerne skal understøtte sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorerne og dermed understøtte en tilpasning af sygehusaktiviteten. Nærudvalgene bør derfor også få en opgave med at følge op på prioriteringen og følge implementeringen af indsatser. Midler målrettet regionale almenmedicinske tilbud udmøntes i de regionale budgetter, mens midler målrettet almenmedicinske tilbud vil skulle udmøntes indenfor rammerne af enten et centralt eller lokalt aftalespor (se også kapitel 9).

I forhold til regionernes køb af ydelser hos kommunerne skal det understreges, at kommunerne fortsat i model 3 har det fulde myndigheds- og driftsansvar for de opgaver, der forbliver i kommunerne. Regionerne skal dog sikres hjemmel til at bestille og finansiere opgaver og indsatser hos kommunerne. Regionerne har i dag hjemmel i sundhedsloven til at indgå aftaler med kommuner om betaling for personer, der henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse.[299] Hjemlen bør dog i udgangspunktet være bredere, så det fx også kan omfatte et alternativ til ambulant behandling, telemedicinsk behandling m.v.

På baggrund af den udvidede hjemmel skal den enkelte region og kommune indgå aftale om de konkrete opgaver og indsatser, som regionerne kan bestille og finansiere. Regionernes køb kan vedrøre opgaver, som i dag er regionale sygehusopgaver, men som flyttes til kommunerne og varetages af fx kommunale sygeplejersker. Det kan også vedrøre opgaver, som kommunerne ikke varetager i dag, men som vurderes at kunne forebygge sygehusindlæggelse, fx obligatorisk opfølgende besøg efter en borgers indlæggelse. Det

299 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse af sundhedsloven", LBK nr 247 af 12/03/2024 § 239 (2024).

kan eventuelt også omfatte indsatser, der understøtter et styrket tværsektorielt samarbejde, fx på det akutte område, som kan reducere behovet for indlæggelser. Regionernes køb af opgaver hos kommunerne skal understøtte en løbende kommunal kompetenceudvikling og dermed også en glidende udvidelse af den kommunale opgaveportefølje som led i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Et væsentligt opmærksomhedspunkt i forhold til udmøntningen af demografimidler er, at midlerne ikke skal finansiere opgaver, som kommunerne allerede i dag skal løse. Der skal i stedet være tale om enten flytning af nuværende regionale sygehusopgaver eller nye indsatser, som regionerne bestiller og finansierer hos kommunerne, og som kan understøtte, at mere behandling kan foregå udenfor sygehusene. Det forudsættes samtidig, at de enkelte kommuner har de nødvendige kompetencer til at varetage en given opgave, bl.a. særligt sygeplejefaglige kompetencer, og de samtidig understøttes af øget tilgængelighed af almenmedicinske kompetencer og relevant specialistrådgivning fra sygehusene. Kommunernes forskellige vilkår og forudsætninger for at løse mere specialiserede opgaver vil betyde, at der vil være forskelle på tværs af kommuner i forhold til, hvilke opgaver den enkelte region kan bestille og finansiere.

Overvejelser om alternative modeller for prioritering af midler

Sundhedsstrukturkommissionen har overvejet alternative måder til at prioritere og udmønte demografimidler. Der har været overvejet en model, hvor både regioner og kommuner skal prioritere hver sin andel af midlerne. En sådan model vil dog i væsentlig udstrækning svare til den nuværende situation, hvor regioner og kommuner kun i begrænset omfang træffer nødvendige prioriteringer på tværs. Fx har regioner og kommuner hidtil i ringe grad prioriteret egne budgetmidler til tværgående indsatser i regi af sundhedsklyngerne. Det er derfor vurderingen, at der i en sådan model vil være risiko for, at både regioner og kommuner har fokus på at holde på egne budgetmidler, og dermed ikke i tilstrækkelig grad understøtter en nødvendig omstilling.

Der har også været overvejet en model, hvor kommunerne får kompetence til at prioritere midlerne. En væsentlig ulempe ved den model er, at kompetencen til at prioritere investeringer i det primære sundhedsvæsen vil være afkoblet fra kompetencen til at sikre den nødvendige tilpasning af sygehusaktiviteten. Modellen vil i udgangspunktet også forudsætte, at ansvaret for levering af almenmedicinske tilbud skulle varetages af kommuner, som vurderes at være forbundet med en række uhensigtsmæssigheder. Den alternative model vurderes dermed ikke at kunne understøtte en reel omstilling af sundhedsvæsenet.

Øgede incitamenter for kommuner til at investere i sundheds- og ældreområdet

Kommunernes tilskyndelser til at prioritere en effektiv sundheds- og ældrepleje begrænses i dag af, at en del af de økonomiske gevinster ved disse prioriteringer i mange tilfælde vil tilfalde regionerne i form af bl.a. reducerede udgifter til sygehusbehandling (se kapitel 8). De kommunale tilskyndelser risikerer at blive yderligere svækket ved en målretning af midler til løft af tilbud og indsatser på det kommunale sundheds- og ældreområde. Tiltaget kan isoleret set risikere at give kommunerne en tilskyndelse til at afvente en regional prioritering af opbygning af nødvendige kapaciteter og kompetencer.

Der findes allerede i dag en kommunal incitamentsmodel i form af kommunal medfinansiering af en del af den regionale sygehusaktivitet (KMF). Det er imidlertid vurderingen, at potentialet ved en kommunal medfinansiering er vanskeligt at realisere. Erfaringerne fra den nuværende kommunale medfinansiering er bl.a., at kommunernes reelle styringsmuligheder er begrænsede, fordi kommunerne ikke har indflydelse på regionernes sygehuskapacitet. Det er derfor vurderingen, at modellen for kommunal medfinansiering ikke styrker kommunernes incitament til at prioritere og investere i det kommunale sundheds- og ældreområde. Desuden har datagrundlaget bag ordningen vist sig ikke at være tilstrækkelig robust til formålet, og ordningen har bidraget til en betydelig budgetusikkerhed for kommunerne. Kommissionen foreslår i stedet et resultatafhængigt tilskud for kommunerne.

Modellen indebærer, at et statsligt tilskud til kommunerne betinges af, at kommunerne lever op til en række fastlagte mål. De konkrete mål skal overvejes og udvikles, men kan omfatte konkrete effektmål, som afspejler kommunernes indsats på forebyggelses- og ældreområdet. Målene kan også i et begrænset omfang omfatte procesrelaterede krav, fx om implementering af kvalitetsstandarder for nære indsatser. Et væsentligt sigte er, at målene skal være enkle og transparente og ikke medføre unødige administrative ressourcer, ligesom kommunerne gennem egne indsatser og prioriteringer i meget høj grad skal kunne påvirke resultatmålene, der er tilknyttet tilskuddet. Målene skal også være fagligt meningsfulde for personalet.

Modellen vil betyde en øget tilskyndelse for kommunerne til at prioritere en effektiv sundheds- og ældrepleje, da de opstillede mål vil blive et væsentligt omdrejningspunkt i den kommunale prioritering.

Der lægges med forslaget op til, at den kommunale medfinansiering afskaffes som følge af de beskrevne udfordringer ved modellen og som en konsekvens af indførelse af resultatafhængigt tilskud for kommunerne.

Sundhedsklyngernes rolle

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at sundhedsklyngerne i den eksisterende struktur ikke fungerer som et effektivt beslutningsforum for større tværgående prioriteringer i sundhedsvæsenet. Implements analyse af sundhedsklyngerne viser, at kun 25 pct. af klyngedeltagerne på fagligt/strategisk niveau vurderer, at tidsforbruget i sundhedsklyngerne står mål med værdiskabelsen.[300] Analysen peger samtidig på, at omfanget af bureaukrati bl.a. skyldes politisering af klyngernes arbejde og den organisatoriske kompleksitet, der i et vist omfang er et resultat af politiseringen.

Kommissionen vurderer, at det i model 3 fortsat vil være relevant med et tværsektorielt samarbejde om udbygning af det primære sundhedsvæsen, men i lyset af ovennævnte analyse er det vurderingen, at der er behov for grundlæggende at ændre på den nuværende konstruktion omkring sundhedsklynger, herunder sammensætning og funktion.

For at reducere bureaukrati og styrke det operationelle potentiale kan det overvejes, at regionerne repræsenteres af nærudvalgsformænd i stedet for regionsrådsformænd, og kommunerne kan være repræsenteret af udvalgsformænd, eventuelt som stedfortræder for borgmestrene. Det vil understøtte de fremtidige klynger som et forum af politikere, der har større viden og kompetencer indenfor det primære sundhedsvæsen i det geografiske område, som sundhedsklyngen dækker.

Sundhedsstrukturkommissionen har desuden overvejet, om det vil være hensigtsmæssigt, hvis de fremtidige klynger får råderet over egne budgetter. Det kunne principielt styrke beslutningskraften i klyngerne, men kommissionen vurderer dog, at det ud fra en samlet betragtning vil være uhensigtsmæssigt. Et selvstændigt budget i klyngerne vil reelt etablere et fjerde forvaltningsled, og det vil bidrage yderligere til kompleksiteten på området, bl.a. reducere regioners og kommuners incitament til at styrke det primære sundhedsvæsen og til at investere egne midler og ressourcer i forebyggelse af indlæggelser m.v. Derfor lægges der ikke op til, at klyngerne får råderet over egne midler.

Det kan i stedet overvejes, om fremtidige sundhedsklynger kan bruges til at rådgive om fordelingen af de regionale demografimidler. Dermed vil klyngerne i højere grad end nu kunne få indflydelse på prioritering af væsentlige økonomiske midler, uden at det samtidig vil medføre mere bureaukrati og uhensigtsmæssige incitamenter. Til at understøtte en sådan rolle for klyngerne kan det desuden overvejes at styrke klyngernes adgang til relevante lokale data, fx vedrørende nationale mål på klyngeniveau eller øvrige data om lokale udfordringer, som kan anvendes til at målrette initiativer.

Det er også en overvejelse, om de føromtalte nærudvalg kan udgøre et alternativt politisk beslutningsforum i forhold til udbygning af det primære sundhedsvæsen. Kommissionen har dermed overvejet, om kommunerne kan gives en form for repræsentation i de politiske udvalg under regionsrådet. Her vil de kommunale repræsentanter være med til at rådgive og præge den indstilling, der lægges op i regionsrådet. Det vil kunne styrke opmærksomheden på det primære sundhedsvæsen i de beslutninger, der træffes i regionsrådet.

Den kommunale repræsentation kan ske ved nedsættelse af særlige udvalg, som fremgår af lov om kommunernes styrelse §17, stk. 4 – også kaldet § 17, stk. 4-udvalg – der nedsættes til varetagelse af bestemte hverv eller til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for regionsrådet, forretningsudvalget eller de stående udvalg. Regionsrådet kan i dag efter regionsloven nedsætte disse særlige udvalg, og regionsrådet bestemmer de særlige udvalgs sammensætning og fastsætter regler for deres virksomhed. De særlige udvalg vil kunne få en forberedende eller rådgivende funktion for de føromtalte nærudvalg og/

300 Implement Consulting Group, "Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb", 2024.

eller regionsrådet. Den kommunal repræsentation kan også ske i de regionale nærudvalg, som har egentlig forvaltningskompetence. I forhold til nærudvalgene kan den kommunale repræsentation fx tage form af en observationsret med rådgivende kompetencer.

Det vil efter kommissionens vurdering være værd at afsøge, om kommunerne kan få en hensigtsmæssig repræsentation i regionens politiske udvalg, så udvalgene med fordel kan erstatte de nuværende sundhedsklynger. Følgelig bør det overvejes nærmere, om der parallelt skal etableres et administrativt samarbejdsforum, fx om lokal udmøntning af indgåede sundhedsaftaler.

Stærkere krav til kommunernes indsatser og samarbejder

Som en konsekvens af, at der i model 3 kun sker en begrænset flytning af kommunale opgaver, vil der efter kommissionens vurdering være et særligt behov for en stærkere statslig styring af kvaliteten af de kommunale sundheds- og forebyggelsesindsatser. Samtidig kan der være behov for at stille krav om, at regionerne i højere grad forpligtes til at stille sundhedsfaglige kompetencer til rådighed, både i form af fast læge relevante steder, men også i form af rådgivning.

I model 3 vil Sundhedsstrukturkommissionens forslag om en udvidet kvalitetsplan på det kommunale område udgøre et central, statsligt styringsværktøj for at understøtte omstillingsprocessen på sundhedsområdet. Forslaget om en videreudvikling af kvalitetsstandarderne vil dermed udgøre et vigtigt redskab for at sikre bedre sammenhæng i patientforløb og større faglig bæredygtighed i den kommunale opgavevaretagelse (se kapitel 11).

Kvalitetsstandarderne skal øge kvaliteten i de primære sundhedsindsatser ved at beskrive krav og anbefalinger, der understøtter, at borgerne får tilbudt indsatser, der er baseret på viden om, hvad der giver den bedste sundhedsmæssige effekt. Samtidig skal kvalitetstandarderne bidrage til ensartet og kendt kvalitet i indholdet af indsatserne, som det øvrige sundhedsvæsen er afhængig af at kunne henvise til. Kvalitetsstandarderne skal udvikles til at kunne gå på tværs af sektorer, give bedre mulighed for at stille krav om tværkommunal opgaveløsning, styrke monitoreringen hvor relevant og eventuelt kombinere løsningerne med økonomiske incitamenter. I model 3 er det også centralt, at kvalitetsstandarder skal imødegå udfordringer om uklart ansvar for det samlede patientforløb i et sektoropdelt sundhedsvæsen.

Nye kvalitetsstandarder kan fx omhandle områder, hvor der er potentiale for, at sygehusindsatser til fordel for borgerne erstattes af nære og let tilgængelige patientuddannelsestilbud. Der kan udvikles kvalitetsstandarder på områder, hvor der er særligt behov for at understøtte en samlet kæde af indsatser på tværs af sektorer. Kvalitetsstandarderne kan videreudvikles med stærkere krav til tværkommunalt samarbejde med henblik på at styrke den faglige bæredygtighed og en tilstrækkelig ensartet kvalitet.

Finansiering af sundhedsregioner

Finansieringsmodellen for model 3 vil være en videreførelse af den gældende finansieringsmodel for regionerne, hvor statens bloktilskud på sundhedsområdet fordeles på baggrund af regionernes udgiftsbehov som opgjort ud fra objektive kriterier, der vil skulle tilpasses den valgte model, herunder til myndigheders opgaveområde og størrelse.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår derfor, at der i forbindelse med en ny organisering af sundhedsvæsenet igangsættes en analyse af finansieringen som følge af den endelige forvaltningsmodel og opgavesammensætning samt yderligere behov for tilpasninger af fordelingskriterierne for det statslige bloktilskud til sundhedsområdet. Kommissionen vurderer dermed, at der er et forbedringspotentiale i forhold til at sikre en finansiering, der bedst muligt afspejler myndighedernes faktiske udgiftsbehov og forskellige vilkår for opgaveløsningen.

Sundhedsstrukturkommissionen finder det fortsat relevant at inddrage kriterier for strukturelle og socioøkonomiske forhold, og det kan generelt være relevant at gennemgå kriterierne med henblik på eventuelle justeringer. Kriterierne vil fortsat skulle leve op til krav for sådanne fordelingskriterier (se kapitel 17). Samtidig foreslår kommissionen med model 3 at nedlægge den kommunale medfinansieringsordning (KMF) og nærhedsfinansieringen, da ordningerne ikke har vist sig at have de ønskede virkninger.[301]

I forlængelse af forslaget om, at en del af kommunernes finansiering gøres betinget af resultater med sammenhæng til en styrket forebyggelse og pleje, bør det bemærkes, at en resultatfinansiering potentielt kan indebære en omfordeling af kommunernes finansiering, fordi fordelingen vil ske på baggrund af andre kriterier end objektive udgiftsbehov. Der skal derfor findes en balance med hensyn til, hvor stor en del af finansieringen der skal være bundet op på kommunernes resultater, og hvor meget der skal tildeles ud fra indikatorer på kommunernes udgiftsbehov.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den foreslåede ordning med resultatfinansiering vil indebære en væsentlig administrativ lempelse i forhold til den nuværende kommunale medfinansiering. Afskaffelse af den kommunale medfinansieringsordning kan være forbundet med byrdefordelingsmæssige konsekvenser, som skal håndteres.

Overvejelser om alternative modeller med ingen eller mindre opgavesamling

Som et alternativ til model 3 har kommissionen overvejet en model, hvor der sker ingen eller et mindre opgaveflyt fra kommunerne, men hvor regionerne nedlægges og staten får ansvaret for regionernes nuværende opgaver, som primært omfatter sygehusene og praksissektoren. Sundhedsstrukturkommissionen er imidlertid ikke gået videre med den model. Det er kommissionens vurdering, at en sådan model samlet set ikke vil understøtte et sundhedsvæsen, hvor der er mere sammenhæng og stærkere tilskyndelser til at prioritere det primære sundhedsvæsen sammenlignet med den nuværende organisering.

Den vurdering er baseret på, at hvis staten blot overtager regionernes nuværende opgaver, vil problemerne med det sektoropdelte sundhedsvæsen i bedste fald bestå og i værste fald risikere at blive forværret. Et statsligt driftsansvar for sygehusene vil alt andet lige give stærkere tilskyndelser fra national side til at prioritere det sekundære sundhedsvæsen, som risikerer at ske på bekostning af det primære sundhedsvæsen. Samtidig må det antages, at det – sammenlignet med den nuværende koordinering mellem regioner og kommuner – vil være mindst lige så vanskeligt at sikre en hensigtsmæssig koordinering imellem staten og 98 kommuner om at sikre gode og sammenhængende indsatser for borgerne.

Kommissionen har desuden overvejet en variant, hvor medlemmerne af regionsrådet udpeges af kommunalbestyrelserne i det scenarie, hvor der ikke sker en større samling af kommunale opgaver på det regionale niveau. Styreformen i den variant vil være lig den, der er beskrevet under model 1a. Det er imidlertid kommissionens vurdering, at der i det scenarie, hvor der ikke sker en større opgavesamling, vil være en betydelig risiko for, at de kommunalt udpegede repræsentanter primært vil søge at tilgodese deres egen kommunes interesse, og kommunerne vil underinvestere i de opgaver, som er nært beslægtede med de opgaver, som er under regionernes ansvar. Det vil risikere at føre til underinvesteringer og vil potentielt kunne forstærke de eksisterende høste-så-problematikker (se kapitel 8). Derfor er Sundhedsstrukturkommissionen ikke gået videre med den variant.

Vurdering af model 3

Boks 15.5 opsummerer de primære fordele og ulemper ved forvaltningsmodel 3 i sammenligning med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet. Efterfølgende gennemgås fordele og ulemper ved modellen ud fra de seks hensyn, der blev opstillet i kapitel 6.

301 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

Boks 15.5
Primære fordele og ulemper ved model 3 ud fra de centrale hensyn

Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet indebærer model 3 følgende fordele:

- Modellen indeholder en række nye styringstiltag, som understøtter opbygning og udvikling af det primære sundhedsvæsen.
- Den nationale målretning af midler til det primære sundhedsvæsen udgør et betydeligt økonomisk løft i form af varige midler, som skal udmøntes årligt. Sammenlignet med i dag vil regionerne få et stærkere incitament til at prioritere indsatser i det primære sundhedsvæsen, som kan reducere behovet for sygehusaktivitet.
- Styrkede statslige krav til den kommunale opgavevaretagelse, bl.a. indførelse af en ny incitamentsmodel for kommunerne, vurderes at kunne medvirke til øget politisk opmærksomhed på sundheds- og ældreområdet i kommunerne og generelt større og mere ensartet kvalitet på tværs af landet.
- Oprettelsen af nærudvalg i de nye sundhedsregioner vurderes at styrke grundlaget for tværsektorielt samarbejde i det primære sundhedsvæsen, fx om sammenhængende indsatser for borgere.
- I og med at modellen sigter på at udvikle sundhedsvæsenet uden at ændre grundlæggende ved den nuværende opgave- og ansvarsfordeling, indebærer model 3 begrænsede omstillings- og implementeringsomkostninger.
- En model med tre regioner giver øget faglig bæredygtighed i forhold til sygehusdrift.

Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet indebærer model 3 følgende ulemper:

- Det foreslåede styringstiltag om målretning af midler til det primære sundhedsvæsen indebærer en risiko for, at kommunerne sammenlignet med i dag har svagere tilskyndelse til at prioritere indsatser på sundheds- og ældreområdet. Den risiko forsøges imødegået ved at indføre en særskilt resultatfinansiering for kommunerne og ved en udvidet kvalitetsplan og forpligtende kvalitetsstandarder.
- Det foreslåede styringstiltag om målretning af midler til det primære sundhedsvæsen forudsætter et øget behov for løbende at forhandle og indgå aftaler på tværs af myndigheder. Det må forventes at medføre et øget administrationsbehov.
- Modellen indebærer en stærkere statslig styring af særligt den kommunale opgavevaretagelse på sundheds- og ældreområdet og dermed i udgangspunktet et reduceret prioriteringsrum for kommunerne.

Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet

I varianten, hvor der oprettes tre sundhedsregioner, vil de større regionale enheder understøtte en bedre fordeling af ressourcer og kompetencer til de områder af landet, hvor der i dag er stort behov for sundhedstilbud, men få ressourcer til at dække behovene. Det vil give mulighed for at give højere kvalitet i sundhedsydelserne til flere borgere end i dag.

I model 3 understøttes desuden mere ensartet høj kvalitet gennem udvikling af kvalitetsplanen for det primære sundhedsvæsen. De styrkede kvalitetskrav vil styrke kvaliteten og medvirke til en øget ensartethed på tværs af kommunerne. Der vil i model 3 ske en national målretning af midler til opbygning og udvikling af det primære sundhedsvæsen, som vil betyde, at indsatserne i det primære sundhedsvæsen styrkes i hele landet, bl.a. i de kommuner, der i dag har færre ressourcer til den type af indsatser.

Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud

Øgede kvalitetskrav til kommunerne kan være med til at sikre, at der i flere kommuner end i dag vil være bedre adgang til relevante sundhedstilbud. Det skyldes, at kravene til at levere og dermed gøre bestemte tilbud tilgængelige skærpes i model 3.

Varianten med tre sundhedsregioner kan indebære, at nogle borgere vil opleve, at de får længere til relevante sundhedstilbud sammenlignet med, hvis det fastholdes at have fem regioner. Oprettelsen af nærudvalg skal modgå den mulige centralisering ved at reducere antallet af regioner fra fem til tre.

I model 3 ændres ikke ved patientrettigheder, frit valg i sundhedsvæsenet eller muligheden for at give borgerne valgmuligheder.

Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb

Vurderingen ud fra hensynet her afhænger af omfanget af opgavesamlingen. Tages der udgangspunkt i en mindre samling af opgaver, ændrer model 3 ikke afgørende ved den nuværende sektoropdeling i sundhedsvæsenet. Til gengæld introduceres der med model 3 nye styringstiltag, som fremover vil understøtte en målretning af midler til udbygning og omstilling af det primære sundhedsvæsen. Det indebærer de facto et vækstloft for sygehussektoren, som vurderes at styrke det primære sundhedsvæsen med potentiale til at skabe bedre sammenhæng for patienter og medvirke til at forhindre unødvendige sygehusindlæggelser.

Det foreslåede resultattilskud under model 3 vil skulle udformes sådan, at det understøtter kommunernes incitamenter til bl.a. at udbygge sundhedstilbud, indføre kvalitetsstandarder og dermed sikre mere sammenhængende patientforløb.

Model 3 indebærer tiltag, der vurderes at styrke dialog om omstilling og styrket sammenhæng på tværs af kommuner og regioner.

Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

Modellens styringstiltag med målretning af regionale demografimidler vil indebære et implicit loft for væksten i sygehusenes økonomi og vil understøtte omkostningseffektive omstillinger af behandling til det primære sundhedsvæsen. Det indebærer et potentiale for bedre brug af ressourcer sammenlignet med i dag.

Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

Modellen indebærer direkte valgt politisk ledelse i alle tre forvaltningsled, som det også er tilfældet i dag. Den regionale politiske styring foreslås dog at blive effektiviseret ved at reducere antallet af medlemmer af regionsrådet.

Det politiske ledelsesansvar er i model 3 grundlæggende som i dag, men der sker med modellen en øget statslig styring i form af en national sundhedsplan, nye styringstiltag og skærpede kvalitetskrav til den kommunale opgaveløsning. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at en øget statslig styring på områderne er nødvendig for at understøtte omstillingen til det primære sundhedsvæsen. Samtidig vil den statslige styring på sygehusområdet kunne slækkes i den variant, hvor antallet af regioner reduceres til tre, og der dermed vil komme færre transaktioner på tværs af regionerne sammenlignet med i dag.

I dag har sundhedsklyngerne repræsentation af politikere fra kommuner og regioner. De fremtidige sundhedsklynger kan tillægges en styrket rolle ved at give dem indflydelse på prioriteringen af demografimidler. Med modellen kan klyngerne grundlæggende ændres og styrkes som et forum, hvor politiske og administrative ledere drøfter og finder fælles løsninger for udbygningen af det primære sundhedsvæsen.

Hensyn 6: Implementeringsomkostninger

I model 3 tages der udgangspunkt i den nuværende opgave- og ansvarsfordeling. Det betyder, at der ikke skal prioriteres ressourcer til overgang og implementering af en helt ny forvaltningsmodel. Den vurdering afhænger dog af, hvilke og hvor mange opgaver der samles under sundhedsregionerne og af antallet af sundhedsregioner.

Ses der bort fra flytning af opgaver og en eventuel reduktion fra fem til tre regioner, kan de nye styringstiltag og opbygning og udvikling af det primære sundhedsvæsen, som ligger i model 3, iværksættes umiddelbart, fordi der ikke i væsentlig grad ændres på myndigheder, opgavefordeling eller ansættelsesforhold. Der vil dermed med modellen være ledelsesmæssig kapacitet til at fokusere på at udbygge

de primære sundhedstilbud og på at implementere de væsentlige tværgående forslag, fx i forhold til det almenmedicinske tilbud, data og digitalisering og tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet (se kapitlerne 9-11).

De foreslåede styringstiltag indebærer et implicit vækstloft for sygehussektoren, som vil kræve et betydeligt fokus i sundhedsregionerne at implementere på en god og bæredygtig måde.

Sammenfattende vurdering af modeller

Sundhedsstrukturkommissionen ser et stort potentiale i en stærkere integration af opgaveansvaret på sundheds- og ældreområdet, men anerkender samtidig, at en meget omfattende flytning af opgaver kan have afledte negative effekter, som rækker ud over sundhedsområdet, fx i form af konsekvenser for kommunernes generelle opgaveløsning og prioriteringsmuligheder. Derudover vil en større opgaveflytning medføre betydelige omstillings- og implementeringsomkostninger, både på kort og langt sigt. Samtidig viste kapitel 14, at den organisatorisk integrerede måde, som mange kommuner løser opgaver på sundheds- og ældreområdet på, gør det vanskeligt at foretage delvise og moderate opgaveflytninger.

Det er baggrunden for, at kommissionen har opstillet og vurderet tre forvaltningsmodeller, som tager afsæt i henholdsvis en stor eller mellemstor samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet og en mindre samling af opgaver under én myndighed. Det betyder ikke, at der kun kan ske enten en samling af alle eller ingen opgaver på sundheds- og ældreområdet sammenlignet med den opgave- og ansvarsfordeling, der gælder i dag. De tre modeller skal derimod forstås sådan, at model 1 og 2 er kommissionens bud på, hvilke forvaltningsmodeller der bedst håndterer det scenarie, hvor man politisk ønsker at gennemføre en meget markant og hastig samling af ansvaret for de opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag er delt imellem regioner og kommuner. Model 3 er kommissionens bud på en forvaltningsmodel, hvor det primært er andre tiltag end opgavesamling, der skal styrke udviklingen af sundhedsvæsenet.

I de forudgående er de tre forvaltningsmodeller blevet vurderet op imod den nuværende forvaltningsmodel for sundhedsvæsenet. I det følgende giver Sundhedsstrukturkommissionen en kort sammenfattende vurdering af de tre modeller set i forhold til hinanden.

Model 1 har den væsentlige fordel, at den skaber et enhedssundhedsvæsen, hvor der er en klar ansvarsfordeling, og hvor der skabes gode betingelser for at give patienten et sammenhængende behandlingsforløb. Det er også den model, der indeholder de stærkeste tilskyndelser til at investere i opgaver i det primære sundhedsvæsen, som ligger udenfor sygehusene, og som vil kunne understøtte, at der kan ske en løbende udvikling og tilpasning af opgaveløsningen mellem faggrupper, som i dag er adskilt på tværs af sektorer. Det er dermed også den model, der på sigt vurderes at have størst potentiale for at realisere den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet og dermed gavne de patienter, som bør håndteres udenfor sygehusene. I sammenligning med de øvrige modeller indebærer model 1 en ulempe i styringen af det sekundære sundhedsvæsen, fordi sygehusdriften skal forvaltes af flere, mindre regionale enheder end i dag, som kan reducere den faglige bæredygtighed på sygehusområdet. Ved direkte valg til de nye sundheds- og omsorgsregioner vil den demokratiske kontrol være høj i modellen, imens den politiske nærhed til opgaveløsningen nok vil opleves større i den variant, hvor sundheds- og omsorgsregionerne ledes af et regionsråd udpeget af kommunalbestyrelserne i regionen. Modellen indebærer betydelige implementeringsomkostninger, da der skal oprettes nye regionale enheder, og et stort antal medarbejdere både på tværs af regioner og på tværs af regioner og kommuner vil skifte ledelse og flytte arbejdssted. Dertil kommer afledte konsekvenser for kommunernes økonomi og prioriteringsrum.

Model 2 skaber som model 1 et enhedssundhedsvæsen, da det øverste politiske ansvar for driften af sundhedsvæsenet i den model forankres hos den ansvarlige minister. Det vil på den ene side skabe en klar ansvarsfordeling, incitamenter til sammenhæng i patientforløb og tilskyndelser til at investere i indsatser udenfor sygehusene, som særligt vil gavne de patienter, der bør håndteres udenfor sygehusene. Det er dog kommissionens vurdering, at potentialet for sammenhængende patientforløb og omstilling reelt er svagere i model 2 end model 1, fordi der i et statsligt sundhedsvæsen vil være større afstand til de indsatser, der skal investeres og udbygges lokalt. På digitaliseringsområdet og i forhold til den geografiske omfordeling af ressourcer, herunder fordeling af lægeressourcer til de områder af landet, hvor der er størst behov, er det kommissionens vurdering, at det entydige arbejdsgiveransvar i model 2 gør, at modellen på disse dimensio-

ner i princippet står stærkest af de tre opstillede forvaltningsmodeller. Omvendt vurderes modellen at have væsentlige svagheder, når det gælder udgiftsstyring og løbende tilpasninger og reformer af sundhedsvæsenet. Her vil det entydige driftsansvar hos den ansvarlige minister svække det nationale politiske niveaus evne og vilje til at gennemføre svære, men nødvendige reformer og omstillinger. Modellen vurderes desuden at stå svagere end model 1 og 3 i forhold til at sikre nærhed og demokratisk forankring i opgaveløsningen, fordi model 2 vil indebære, at det på grund af kapacitetsproblemer og flaskehalse på det nationale politiske niveau reelt vil være udpegede bestyrelser, som varetager den store og vigtige velfærdsopgave, som sundhedsvæsenet udgør.

Model 3 står stærkt i forhold til styring af det sekundære sundhedsvæsen, hvor både en variant med tre eller fem regioner vil omfatte enheder med en høj selvforsyningsgrad. Varianten med tre regioner vurderes at være den, der har det bedste potentiale i forhold til sygehusdrift og i forhold til at fordele ressourcerne til de områder, hvor der i dag er færrest lægelige ressourcer og dermed gavne de patienter, der i dag har lang afstand til lægen. Dog kan varianten med tre regioner samtidig svække den relative demokratiske repræsentation for de nuværende mindre regioner, ligesom det store antal kommuner relativt til regionerne kan være begrænsende i forhold til bedre sammenhæng. Varianten med fem regioner vil skulle sikre en bedre ressourcefordeling i kraft af de tværgående anbefalinger om en tilpasset fordeling (se kapitel 11). Den væsentlige ulempe ved model 3, uanset variant, er, at den på trods af et mindre opgaveflyt er den model, hvor ansvaret for opgaver på sundheds- og ældreområdet stadig vil være mest delt på tværs af regioner og kommuner. Derfor vurderes modellen, i sammenligning med model 1 og 2, at have svagere tilskyndelser til at sikre sammenhæng i patientforløb og til at sikre en investering og omstilling til det primære sundhedsvæsen. Et fortsat sektoropdelt sundhedsvæsen vurderes også at kunne udgøre en barriere for en løbende nødvendig tilpasning af opgavefordelingen mellem faggrupper, bl.a. mellem læger og sygeplejersker. En række styringstiltag i model 3 skal til en vis grad kompensere for, at der med modellen ikke etableres et enhedssundhedsvæsen. Det vurderes under alle omstændigheder at forudsætte et betydeligt fokus i sundhedsregionerne på at omstille sygehusene og prioritere en udvikling af det primære sundhedsvæsen, bl.a. det almenmedicinske tilbud.

Model 3 vurderes, at give gode muligheder for en effektiv styring af udgifterne til sundhedsvæsenet, og den indebærer, i sammenligning med model 1 og 2, langt færre implementeringsomkostninger. Den politiske og administrative ledelse vil med det samme kunne fokusere på at implementere de foreslåede styrings- og reformtiltag.

Afledte konsekvenser for regionernes øvrige opgaver

Sundhedsstrukturkommissionen er blevet bedt om at beskrive hovedmodellernes eventuelle afledte konsekvenser for regionernes øvrige opgaveområder. Det omfatter regionernes opgaver med regional udvikling, bl.a. kollektiv trafik, miljø, ungdomsuddannelse m.v. og drift af tilbud og institutioner indenfor det specialiserede socialområde og specialundervisning.[302]

De tre hovedmodeller har følgende afledte konsekvenser for regionernes øvrige opgaver:

- I model 1 erstattes de eksisterende regioner af nye sundheds- og omsorgsregioner. Der vil i den forbindelse skulle tages stilling til, hvorvidt de øvrige regionale opgaver skal varetages af den nye myndighed eller skal placeres i enten kommuner eller hos staten.
- I model 2 nedlægges regionerne, som indebærer, at der skal tages stilling til alternativ placering af regionernes øvrige opgaver.
- I model 3 bevares regionerne. Der vil i den forbindelse skulle tages stilling til, om de øvrige regionale opgaver fortsat skal varetages af regionerne eller skal placeres i enten kommuner eller hos staten.

Der vil dermed i model 1 og 3 skulle tages stilling til, om der skal overvejes en alternativ placering af de øvrige regionale opgaver, mens det i model 2 vil være en bunden opgave. Ved valg af model 2 vil regionernes øvrige opgaver dermed skulle placeres i enten kommuner eller i staten.

302 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der ved model 1 og 3 overvejes en alternativ placering af regionernes øvrige opgaver. Til anbefalingen følger forslagene:

1. De nye sundheds- og omsorgsregioner (model 1) eller regionerne (model 3) bør som udgangspunkt alene varetage opgaver på sundheds- og ældreområdet.
2. De øvrige regionale opgaver vil skulle placeres i enten kommuner eller staten, hvis der kan findes en hensigtsmæssig alternativ placering.

Baggrunden for kommissionens forslag er et ønske om at få rettet fuldt politisk og administrativt fokus på kerneopgaven, som vil sige sundhedsopgaven. Sundhedsstrukturkommissionen bemærker i den forbindelse, at der vurderes at være meget begrænset sammenhæng mellem sundhedsområdet og opgaverne under regional udvikling.

Kommissionen bemærker desuden, at der kan ske en bedre ressourceanvendelse, hvis de øvrige regionale opgaver løses i sammenhæng med beslægtede arbejdsområder i stat eller kommuner. Det gælder fx trafik-, miljø- og uddannelsesområdet, hvor opgaver på områderne i dag er fordelt ud på flere forvaltningsled.

Ved overvejelser om flytning af opgaven om drift af sociale tilbud og specialundervisning bør det være et centralt hensyn, at opgaven kan varetages med faglig bæredygtighed.

Uanset forvaltningsmodel afgiver Sundhedsstrukturkommissionen ikke konkrete forslag til alternative placeringer af de øvrige opgaver.

Kapitel 16: Ledelse og implementering af omstillingen af sundhedsvæsenet

I kapitlerne 9-15 er der fremlagt en række forslag til organisatoriske forandringer af det danske sundhedsvæsen. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at forandringerne er nødvendige for at sikre sammenhæng, kvalitet og nærhed i det danske sundhedsvæsen. De organisatoriske forandringer er imidlertid ikke tilstrækkelige til at sikre den nødvendige udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Hvis de skal føre til reelle forbedringer i de sundhedstilbud, som borgerne møder, skal de forandre den måde, der arbejdes og samarbejdes på i sundhedsvæsenet. Det kræver dedikeret ledelse på alle niveauer af ledelseskæden at skabe gode rammer og kultur for samarbejde.

Der er en tæt sammenhæng mellem organisering og ledelse. Organisering skaber rammer for ledelse. Er det fx et sygehus, en kommune eller et almenmedicinsk tilbud, der skal ledes? Hvilke opgaver får lederen ansvaret for, og hvilke formelle ledelsesbeføjelser får lederen til at understøtte, at medarbejderne løser opgaverne med engagement og høj kvalitet? Der kan være god og mindre god ledelse i alle strukturer, men ledelsesrummet defineres af de strukturelle og organisatoriske rammer.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller for organisatoriske forandringer påvirker dermed ledelsesopgaven i sundhedsvæsenet. Forslaget om en stærkere styring af den geografiske fordeling af sundhedspersonale vil give de ledere, som i dag har svært ved at rekruttere medarbejdere, bedre mulighed for at ansætte de medarbejdere, som er nødvendige for at løse opgaven tilfredsstillende. Forslaget om at lave en basisfunktionsbeskrivelse for det almenmedicinske tilbud giver mulighed for, at den ansvarlige myndighed ansætter ledere, som i højere grad leder samarbejde og udvikling af de almenmedicinske tilbud. Den foreslåede organisatoriske oprustning på data- og digitaliseringsdelen stiller nye krav til personaleledelse og til ledernes digitale kompetencer. Forslaget om en organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken vil kræve vedholdende og stærk ledelse for at få den organisatoriske integration omsat til et reelt og ligeværdigt samarbejde imellem forskellige faggrupper og faglige traditioner.

Kommissionens tre forvaltningsmodeller bygger i varierende grad på et rationale om at muliggøre ledelse af patientforløb ved at nedbryde det sektoropdelte sundhedsvæsen. Det er helt centralt for at skabe sammenhæng i patientforløb, at ledelsens orientering ændres fra ledelse af adskilte organisationer og specialer til ledelse af patientforløb. Forvaltningsmodel 1 og 2 indebærer en større samling af sundheds- og plejeopgaver under én myndighed, og dermed tilstræbes et egentligt ledelsesmæssigt populationsansvar i de to modeller (se kapitel 15). Det muliggør en bevægelse mod, at det ikke længere skal være sygehuse, afdelinger, kommuner eller almenmedicinske tilbud, der ledes, men i stedet et helhedsorienteret sundhedsvæsen indenfor en geografisk enhed.

I dette kapitel redegøres for, hvad kommissionens anbefalinger, forslag og modeller indebærer for de ledere i sundhedsvæsenet, som påvirkes af de organisatoriske forandringer. Indledningsvist redegøres der dog for tre tværgående ledelsesudfordringer, som følger af den generelle omstilling af sundhedsvæsenet. Afslutningsvist beskrives kortfattet kommissionens overvejelser om implementering af organisatoriske reformer af sundhedsvæsenet. Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler i den forbindelse, at der sideløbende med de politiske beslutninger om den fremtidige struktur for sundhedsområdet udarbejdes og vedtages en national implementeringsplan, som indeholder ambitiøse mål, tydeliggør implementeringsansvaret hos relevante aktører og opstiller tidsrammer for implementeringen af de forskellige dele af reformen af sundhedsvæsenet. Det foreslås i den forbindelse, at fremdriften i implementeringen følges af et reformsekretariat placeret under indenrigs- og sundhedsministeren.

Tre store ledelsesopgaver i omstillingen af sundhedsvæsenet

Omstillingen af sundhedsvæsenet stiller store krav til alle aktører i sundhedsvæsenet, både medarbejdere, ledere og de politiske beslutningstagere. I følgende afsnit fremhæves tre store ledelsesopgaver, som ifølge Sundhedsstrukturkommissionen bør få stor opmærksomhed, hvis omstillingen af sundhedsvæsenet skal lykkes.

Den første store ledelsesopgave ligger hos de ansvarlige politikere. De politiske mål for en reform af sundhedsvæsenet skal være klart formulerede, og der skal være tydelig sammenhæng mellem organisatorisk forandring og de politiske mål. Samtidig vil der være behov for at mobilisere tilslutning til de reformer, der skal gennemføres, hvis reformerne skal omsættes til reelle forbedringer for brugerne af sundhedstilbud. En sådan mobilisering kræver politisk lederskab. Der er også brug for politisk lederskab, når reformerne er vedtaget og skal gennemføres. I den fase er der behov for, at de politisk ansvarlige står på mål for de reformer, der bliver iværksat, og bakker de ledere og medarbejdere op, som arbejder for at omsætte reformerne til værdi for borgere og patienter. Uden klar politisk opbakning risikerer gennemførelsen af reformerne at køre af sporet.

Den store betydning af politisk lederskab og opbakning får som konsekvens, at de reformer af sundhedsvæsenet, som vedtages, bør være politisk bæredygtige. Politisk bæredygtighed har i den sammenhæng to betydninger. For det første er en politisk bæredygtig reform af sundhedsvæsenet en reform, hvor den politiske opbakning til reformens gennemførelse kan fastholdes trods periodevis kritik og modstand. For det andet er en politisk bæredygtig reform kendetegnet ved, at den er langtidsholdbar i den forstand, at de mange tusinde mennesker i sundhedsvæsenet, der skal indrette sig efter reformen, kan regne med, at den ikke blot bliver rullet tilbage ved førstkommende lejlighed. Strukturer virker bedst, hvis de får lov til at virke over en længere periode. Det er ikke et argument imod løbende organisatoriske tilpasninger, men det er efter kommissionens vurdering afgørende, at den forvaltningsmodel for fremtidens sundhedsvæsen, der vælges, har en politisk opbakning, der gør den langtidsholdbar. Den første store ledelsesopgave i omstillingen af sundhedsvæsenet knytter sig dermed til det politiske lederskab.

Den anden store ledelsesopgave er forankret hos de øvre lag i sundhedsvæsenets ledelseskæder. Sundhedsstrukturkommissionen lægger med rapporten op til en omstilling, hvor det primære sundhedsvæsen bliver fundamentet for det danske sundhedsvæsen. Den omstilling indtræffer ikke ved blot at give nogle myndigheder, og dermed ledere, ansvaret for de opgaver, der går på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen. For at omstillingen lykkes kræver det en ændring af en faglig selvforståelse og kultur i sundhedsvæsenet, som normalt – ikke bare i Danmark – hylder det specialiserede sundhedsvæsen. Det vil kræve en enorm ledelseskraft at ændre ved den logik, og samtidig skal det være en omstilling, som fastholder respekten for det specialiserede.

Der findes ikke faste og universelle ledelsesopskrifter på, hvilken form for ledelse en sådan omstilling kræver, men hvis det skal lykkes, vil det kræve vedvarende og dedikeret opmærksomhed på opgaven i alle ledelseskæder i sundhedsvæsenet. Omstillingen skal være en kerneopgave, som bør indgå som en integreret del af vurderingen af alle større ledelsesbeslutninger, både i det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Enhver større ledelsesbeslutning bør derfor også vurderes på, i hvilket omfang den understøtter omstillingen af sundhedsvæsenet.

Den tredje store og tværgående ledelsesopgave består i at balancere og prioritere mellem udfordringer på kort og lang sigt. De organisatoriske forandringer, som rapporten foreslår, vil i større eller mindre grad udløse omkostninger, som er udløst af omstillingen, og som vil kræve betydelig ledelseskraft at håndtere. Samtidig er sundhedsvæsenet en enorm driftsorganisation, hvor der også i en implementeringsperiode skal leveres høj aktivitet med høj kvalitet. Sidstnævnte vil også kræve ledelseskraft, og da umiddelbare problemer altid har en tendens til at få mere opmærksomhed end de problemer, hvor konsekvenserne først viser sig på sigt, vil der være en risiko for, at hensynet til daglig drift og kortsigtede omkostninger, udløst af omstillingen, vil forstyrre det ledelsesfokus, som er nødvendigt for at gennemføre den langsigtede omstilling af sundhedsvæsenet. Dermed bliver det i høj grad en strategisk ledelsesopgave for lederne i toppen af sundhedsvæsenet at støtte, motivere og tilskynde medarbejdere og driftsledere på alle niveauer

til at arbejde for de langsigtede mål for sundhedsvæsenet. Sundhedsstrukturkommissionen tilslutter sig på det punkt Ledelseskommissionens anbefaling om, at: "Alle offentlige ledere skal kunne sætte meningsfuld retning via en klar vision for deres organisation."[303]

I de følgende afsnit giver kommissionen en kortfattet vurdering af, hvilke konsekvenser en række udvalgte anbefalinger, forslag og modeller fra kapitlerne 9-15 får for ledelsesopgaven i sundhedsvæsenet. Alle anbefalinger og forslag sigter på at skabe bedre rammer for ledelse i fremtidens sundhedsvæsen. Samtidig indebærer anbefalingerne dog organisatoriske forandringer, hvis gennemførelse og implementering vil stille store krav til såvel den politiske ledelse, som den ledelse, der udføres af ansatte i sundhedsvæsenet. Det er i omstillingsprocessen vigtigt at holde fast i, at god ledelse i sundhedsvæsenet bygger på tillid til dygtige, veluddannede medarbejdere, som i mange tilfælde kan og bør overlades et betydeligt, decentralt råderum.

Ny ledelsesopgave følger af ny model for det almenmedicinske tilbud

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en ny model for det almenmedicinske tilbud, jf. boks 16.1. Anbefalingen indebærer bl.a. forslag om, at de ansvarlige myndigheder skal have bedre muligheder for at sammensætte de almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov, at der skal udfærdiges en tydelig beskrivelse af opgaveporteføljen (basisfunktionen), og de ansvarlige myndigheder skal have et styrket mandat til at følge op på, om nationalt fastlagte basisfunktioner, leverancer og kvalitetskrav efterleves.

Boks 16.1
Anbefaling 1

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering. Formålet er, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelser og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen. Derfor skal de ansvarlige myndigheders kompetence til at påvirke udviklingen styrkes (se kapitel 9).

Kommissionen vurderer, at der med anbefalingen skabes et stærkere grundlag for at lede det almenmedicinske tilbud. Et velfungerende og samarbejdende almenmedicinsk tilbud er en helt afgørende forudsætning for omstillingen af sundhedsvæsenet, og derfor er det en ledelsesopgave, som skal have langt mere opmærksomhed, end den efter kommissionens vurdering har fået under regionernes hidtidige myndighedsansvar.

Det er imidlertid en krævende ledelsesopgave at lede og skabe gode rammer for de almenmedicinske tilbud. Den foreslåede model fastholder muligheden for selveje. Det vil dermed stadig i høj grad være privatejede klinikker, der løser opgaven, og som skal ledes. Det er derfor vigtigt, at der overfor de almenmedicinske tilbud praktiseres en dialog- og tillidsbaseret ledelsesstil med fokus på faglig ledelse baseret på evidens. Der skal være fokus på kvalitetsudvikling og læring, og hvor det er muligt bør dialogen understøttes af fagligt relevante data. Den databaserede ledelse bør praktiseres på en måde, så indsamling af data ikke tager unødig tid fra patientbehandling, og så kontrollen ikke får negativ betydning for klinikejere og ansattes motivation og engagement. Den almenmedicinske leder skal have en god forståelse for og indsigt i almen medicin, og ledelsen bør tilrettelægges på en måde, der respekterer, at det er de enkelte klinikejere, som er ansvarlige for at organisere, drive og lede egen klinik.

303 Ledelseskommissionen, "Sæt borgerne først: Ledelse i den offentlige sektor med fokus på udvikling af driften", 2018.

I tilfælde af utilfredsstillende kvalitet i opgaveløsningen er det vigtigt, at lederen går i en kritisk men konstruktiv dialog med klinikken, og, afhængigt af situationen, ikke viger tilbage fra at bruge de tilgængelige ledelsesredskaber, fx i form af anbefalinger, påbud eller sanktioner (se kapitel 9). Det er et afgørende element i en styrkelse af det primære sundhedsvæsen, at borgernes adgang til det almenmedicinske tilbud styrkes, og derfor bør det efter kommissionens vurdering være en særlig vigtig ledelsesopgave at følge op på, om aftaler om adgang og tilgængelighed efterleves.

Ledelsen har også en væsentlig opgave som brobygger mellem sygehuse og de almenmedicinske tilbud. Det indebærer, at ledelsen sikrer, at opgaver ikke flyttes fra sygehussektoren, før det almenmedicinske tilbud er klar til at løse dem, at henvisninger ikke afvises uden begrundelse, og sygehuset understøtter arbejdet i det almenmedicinske tilbud med rådgivning, diagnostiske tilbud og vurdering af komplekse patienter. Brobyggerrollen indebærer desuden, at ledelsen arbejder for at opbygge en gensidig forståelse for, at arbejdsopgaverne og kerneværdierne i et vist omfang er forskellige på tværs af sygehuse og almen praksis.

Ledelse af digital transformation

En central forudsætning for at sundhedsvæsenet kan håndtere de udfordringer, som det står overfor i de kommende år, er, at der gennemføres en digital transformation, som indebærer markant bedre brug af data og digitale løsninger. Den transformation skal understøtte bevægelsen mod et mere tilgængeligt og bæredygtigt sundhedsvæsen, jf. boks 16.2.

Boks 16.2
Anbefaling 2

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed. En ny organisering skal derfor også ses som et middel til at skabe bedre forudsætning for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne (se kapitel 10).

Anbefalingen indebærer bl.a., at der udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data i sundhedsvæsenet, at der etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet, og at der etableres en fælles service- og leveranceorganisation med ansvar for fælles digitale løsninger og infrastruktur, understøttelse af innovation, større IT-fagsystemer og digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen. Samlet set lægger kommissionen op til, at der skal være en stærkere fælles ramme for og styring af digitaliseringen af sundhedsvæsenet med henblik på en hurtigere og bedre indfrielse af det potentiale, som digitaliseringen rummer.

Den nye organisatoriske enhed, Digital Sundhed Danmark, skal være ledet af personer med dyb teknisk indsigt og digitale kompetencer fra tilsvarende digitale transformationer i andre organisationer og med kompetencer og erfaring indenfor sundhedsvæsenets drift. De skal også have ledelseserfaring fra organisationer, der udvikler software, der bygger dataprodukter, og som forstår moderne IT-arkitektur. Derudover er det en forudsætning, at ledelsen af IT og digitalisering betragtes som en integreret del af ledelsen af hele sundhedsvæsenet. Det er efter kommissionens vurdering afgørende for den digitale transformation, at Digital Sundhed Danmark ikke bliver organiseret som en serviceorganisation, der ligger under den øvrige ledelse i sundhedsvæsenet. Den digitale transformation stiller krav til alle lederne i sundhedsvæsenet. De ledere og medarbejdere, der er tæt på borgerne og patienterne, skal være med til at definere og videreformidle, hvilke behov de digitale løsninger skal dække. Det kræver kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere at identificere koblingen mellem behov og teknologiske løsninger, og det kræver kanaler, hvor viden

om behov og udfordringer kan kommunikeres videre til de ledelsesfora, der skal koble dem sammen med den fælles strategi for digitalisering og data i hele sundhedsvæsenet. Det betyder samtidig, at det skal være tydeligt, hvilke opgaver, der skal udvikles og løses fælles og centralt, og i forbindelse med hvilke opgaver, der er plads til forskellige lokale løsninger.

I lyset af det stigende pres på sundhedsvæsenet og manglen på medarbejdere i årene fremover er det afgørende, at teknologien bidrager til at frigøre ressourcer hos medarbejderne ved at optimere og helt eller delvist automatisere manuelle arbejdsgange. Der er imidlertid også erfaringer med, at digitaliseringstiltag ikke virker som forventet, og de fra et medarbejder- eller patientperspektiv kan opleves som tilbageskridt. Der vil være brug for ledelse, som dels støtter op om medarbejderne, når der sker fejl eller utilsigtede hændelser, dels hjælper med at rette fejlene uden at følge op med øget kontrol og detailregulering.[304]

Tilsvarende den omstilling, hvor det primære sundhedsvæsen skal være fundamentet for sundhedsvæsenet, indebærer den digitale transformation en markant forandring af den måde, der arbejdes og tænkes på i store dele af sundhedsvæsenet. Det er derfor en opgave, som vil kræve vedvarende og dedikeret ledelsesfokus i alle dele af sundhedsvæsenet. De organisatoriske ændringer, der ligger i anbefalingen på området, vil give mulighed for at sætte tryk på omstillingen, men det er ude på de enkelte arbejdspladser og i mødet med borgere og pårørende, at forandringerne skal slå igennem, hvis potentialet i den digitale transformation skal indfries. Det betyder, at også det aspekt bør indgå som en naturlig del af vurderingen af enhver større ledelsesmæssig beslutning i sundhedsvæsenet. Dertil kommer, at lovgivning og regulering på sundhedsområdet så vidt muligt bør være digitaliseringsparat i den forstand, at reguleringen understøtter den digitale transformation af sundhedsvæsenet.

Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende fordeling af ressourcer bidrager til geografisk og social ulighed i sundhed, og uligheden risikerer at blive forstærket i de kommende år. Derfor anbefaler kommissionen en tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, jf. boks 16.3.

Boks 16.3
Anbefaling 3

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Formålet med anbefalingen er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed (se kapitel 11).

Med anbefalingen lægges der ikke op til, at det samlede ressourceforbrug i sundhedsvæsenet skal ændres. En vigtig konsekvens af anbefalingen er derimod, at en større andel af de samlede ressourcer skal målrettes det primære sundhedsvæsen, at væksten på sygehusene reduceres, og sygehusene fremover i højere grad end i dag skal understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.

304 Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet og Rolf Dalsgaard Johansen. "De teknologiske løsninger ligger for fødderne af os". I Den Anden Kommission: Tolv kronikker om de nødvendige forandringer af sundhedsvæsenet, 39–41, 2023.

Den ændrede fordeling er en afgørende forudsætning for, at omstillingen af sundhedsvæsenet lykkes. Det er i processen afgørende, at ledelsen i sundhedsvæsenet – også den politiske ledelse – kan skabe følgeskab til den ændrede fordeling af ressourcerne og tilrettelægge og gennemføre omstillingen på en måde, så både medarbejdere og borgere har mulighed for at indrette sig efter det.

For lederne i de områder af landet, hvor der uden en tilpasset fordeling ville være en markant mangel på ressourcer, giver den ændrede fordeling af ressourcer bl.a. mulighed for reelt at kunne ansætte det personale, der er nødvendigt, for at kunne levere sundhedstilbud af høj kvalitet.

Ledelse af bedre sammenhæng og kvalitet i psykiatrien

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der er behov for at styrke sammenhæng og kvalitet i de tiltag og sundhedstilbud, der er rettet mod borgere med psykiske lidelser. Bedre organisatorisk sammenhæng skal skabe grundlag for mere helhedsorienterede indsatser, og det er samtidig en forudsætning for effektive indsatser, der gavner den enkelte patient. Vurderingen danner baggrund for kommissionens anbefaling om psykiatriområdet, jf. boks 16.4.

Boks 16.4
Anbefaling 4

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser (se kapitel 12).

Anbefalingen er fulgt op af tre forslag, der alle har konsekvenser for indholdet og varetagelsen af ledelsesopgaven på psykiatriområdet. For det første bør psykiatrien integreres organisatorisk i det samlede sygehusvæsen for at styrke sammenhæng og kvalitet for borgere med psykiske lidelser. For det andet skal det tværsektorielle samarbejde om borgere med psykiske lidelser styrkes, bl.a. i kraft af systematisk udbredelse af fasttilknyttede læger på botilbud. For det tredje skal der gennemføres en styrket udbredelse af digitale løsninger i psykiatrien med det formål at forbedre tilgængelighed, kvalitet og effektivitet af psykiatriske behandlingstilbud.

Forslaget om at integrere psykiatrien organisatorisk i det samlede sygehusvæsen udgør en meget stor og krævende ledelsesopgave, det være sig politisk, fagligt og administrativt. Den administrative adskillelse af psykiatri og somatik går meget langt tilbage, og den anbefalede organisatoriske samling vil indebære ændringer i den eksisterende sygehusstruktur, og nye ledelsesstrukturer, organisationer og arbejdsgange. Dertil kommer, at det er forskellige faggrupper og fagtraditioner, som skal arbejde sammen, og det kræver ledelse, der kan overkomme eksisterende kulturelle og holdningsmæssige barrierer.

Sundhedsstrukturkommissionen lægger samtidig vægt på, at en integration fortsat skal tage højde for de særlige forhold og behov, der gør sig gældende i psykiatrien, fx i forhold til den gradvise kapacitetsopbygning og den nødvendige styrkelse af de psykiatrifaglige miljøer. Der ligger derfor en stor ledelsesopgave i at sikre, at psykiatrien i et integreret sygehusvæsen prioriteres og styrkes og ikke fortrænges af de somatiske sygehusspecialer. Samtidig forudsætter reformen et stærkt ledelsesmæssigt fokus på at skabe tryghed for patienter og medarbejdere i psykiatrien i en overgangsperiode, og i lyset af det aktivitetspres, der aktuelt opleves i psykiatrien, kan ændringerne med fordel gennemføres gradvist over en periode. Men det er kommissionens vurdering, at den organisatoriske integration er et væsentligt bidrag til at skabe bedre sammenhæng og kvalitet i psykiatrien, og derfor er det afgørende, at det prioriteres højt hos den ansvarlige myndighed, at få denne ledelsesopgave til at lykkes.

Forslaget om, at borgere med psykiske lidelser, der bor på et botilbud, skal have mulighed for som deres almenmedicinske tilbud at vælge en læge, som er fast tilknyttet botilbuddet, hænger sammen med den nye og mere aktive ledelsesopgave i forhold til det almenmedicinske tilbud. Tilsvarende indebærer den styrkede digitalisering af psykiatrien mange af de samme ledelsesmuligheder og -udfordringer som ledelsesopgaverne relateret til digital transformation.

Mulighederne for ledelse i en ny forvaltningsstruktur

De tre forvaltningsmodeller, der er opstillet i kapitel 15, nedbryder i forskellig grad sektorgrænserne. Model 1 og 2 indebærer en større samling af sundheds- og plejeopgaver under én myndighed, mens model 3 indebærer en mindre eller ingen opgavesamling.

I et sundhedsvæsen, hvor patientforløb i høj grad indebærer faser, som går på tværs af sektorgrænser, vil det være forskellige myndigheder, der har ansvaret for forskellige dele af patientforløbet. Hvis sektorgrænsen derimod nedbrydes, vil én myndighed – og dermed én ledelseskæde – få ansvaret for det samlede patientforløb. På den måde vil der være skabt et organisatorisk grundlag for, at der reelt kan tages et populationsansvar indenfor de geografiske enheder, som opgaverne samles i.

I første omgang vil det populationsansvar give mulighed for, at ledere på de øvre niveauer i sundhedsvæsenet kan indhøste reelle effektiviseringsgevinster i kraft af et større prioriteringsrum, og i kraft af at populationsansvaret reducerer de høste-så-problematikker, som er beskrevet i rapporten (se fx kapitel 8). Populationsansvaret indebærer samtidig, at ledelsen skal skabe gode rammer for kultur og samarbejde om patientforløb, der hvor der er behov for det. Det indebærer imidlertid ikke, at højt specialiserede sygehusafdelinger skal omkalfatres. Populationsansvaret skal varetages i respekt for den grundlæggende arbejdsdeling og specialisering i sundhedsvæsenet.

Sektornedbrydning og opgavesamling løser dermed ikke alle ledelsesudfordringer. For det første vil der stadig, også i forvaltningsmodel 1 og 2, være patientforløb, som går på tværs af forvaltningsled, selvom det vil være væsentligt færre forløb end under den nuværende opgave- og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet. For det andet vil der være organisatoriske opdelinger og snitflader indenfor enhver myndighed. Antallet af opdelinger og snitflader vil desuden have en tendens til at vokse, jo større organisationen bliver, og jo større ansvarsområde den dækker. Det betyder, at uanset valg af forvaltningsmodel vil der være behov for koordination og samarbejde i fremtidens sundhedsvæsen. Det understreger, at en væsentlig ledelseskompetence i sundhedsvæsenet er og bliver at kunne samarbejde på tværs af fagligheder og på tværs af organisatoriske grænser og hierarkiske niveauer.[305]

Anbefaling: Implementering af reformer af sundhedsvæsenet

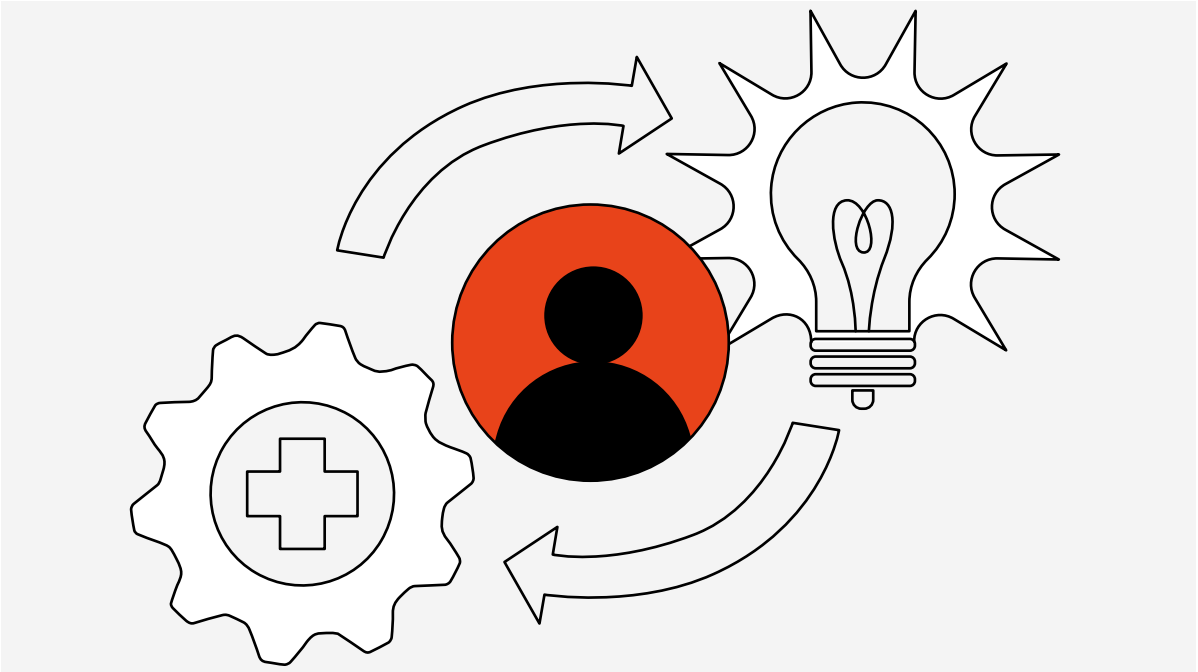
De præsenterede anbefalinger, forslag og modeller omfatter ændringer, der retter sig imod forskellige dele af sundhedsvæsenet, og det er ændringer, der vedrører indholdsmæssig og økonomisk styring, og opgave- og ansvarsplacering. De forskellige forslag afspejler, at tilvejebringelse og drift af sundhedstilbud af høj kvalitet er en kompleks opgave, hvor krav og løsninger varierer på tværs af bl.a. patientgrupper, personalegrupper, teknologiske udviklingstrin, geografi, sociale forhold m.v. Det får som konsekvens, at der knytter sig forskellige implementeringsmuligheder og -udfordringer til de forskellige anbefalinger, forslag og modeller.

Behovet for en implementeringsplan og styringstiltag i en overgangsfase understreges af, at der er en række mulige afledte omstillingsomkostninger ved at implementere de organisatoriske forandringer (se kapitel 17). Kompleksiteten betyder også, at implementeringen så vidt muligt bør tilrettelægges, så der kan drages læring undervejs og laves tilpasninger og justeringer, hvor det viser sig nødvendigt. Sundhedsstrukturkommissionen har med sine anbefalinger, forslag og modeller udstukket en retning for

305 Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet og Christian Bøtcher Jacobsen. "Der skal være plads til både styring og ledelse i sundhedsvæsenet". I Den Anden Kommission: Tolv kronikker om de nødvendige forandringer af sundhedsvæsenet, 36–38, 2023.

de organisatoriske forandringer af sundhedsvæsenet, som kommissionen anser for nødvendige for en omstilling af det danske sundhedsvæsen. Men den indbyrdes timing i reformerne og hastigheden, hvormed det politisk besluttes at gå frem, bør indarbejdes i en samlet plan for implementeringen.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler derfor, at der sideløbende med de politiske beslutninger om den fremtidige struktur for sundhedsområdet, udarbejdes og vedtages en national implementeringsplan, der indeholder ambitiøse mål, tydeliggør implementeringsansvaret hos relevante aktører og opstiller tidsrammer for implementeringen af de forskellige dele af reformen af sundhedsvæsenet, jf. boks 16.5.[306]



Boks 16.5
Anbefaling 6

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der på baggrund af de politiske beslutninger om den fremtidige struktur for sundhedsområdet oprettes et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer og understøtter den decentrale implementering. En national implementeringsplan skal indeholde ambitiøse mål, tydeliggøre implementeringsansvaret hos relevante aktører og opstille tidsrammer for implementeringen af de forskellige dele af reformen af sundhedsvæsenet.

Implementeringsplanen bør desuden forholde sig til, hvilke dele af reformen, der med fordel kan udrulles gradvist og på en måde, hvor der løbende opnås viden om, hvordan reformen virker i praksis.[307] Den reformmodus kan fx være relevant for udviklingen af nye organisatoriske og ledelsesmæssige løsninger i de almenmedicinske tilbud, hvor der er gode muligheder for at drage vigtige tværgående erfaringer, hvis udrulningen tilrettelægges på en måde, der understøtter evaluering og læring. Andre dele af reformen,

306 Christensen, Jørgen Grønnegård, Jørgen Albæk Jensen, Peter Bjerre Mortensen, og Helene Helboe Pedersen. "Kapitel 8. Bemyndigelseslovgivning: et demokratisk problem". I Når embedsmænd lovgiver, 1. udgave., 193–226. København: Djøf Forlag, 2020.

307 Andersen, Simon Calmar, Martin Bækgaard, og Peter Bjerre Mortensen. "Den svære kunst at prøve sig forsigtigt frem". Politiken, kroniken, 2023.

fx beslutningen om forvaltningsstruktur, lader sig ikke gennemføre gradvist, som dog ikke udelukker, at implementeringsplanen indeholder en nøje beskrivelse af væsentlige milepæle for implementering af en ny forvaltningsstruktur.

Til at understøtte fremdrift i implementeringsfasen og til at understøtte, at implementeringsplanen faktisk efterleves, foreslår Sundhedsstrukturkommissionen, at der oprettes et reformsekretariat. Opgaven for den organisatoriske enhed bliver at følge implementeringen af de enkelte initiativer i den nationale implementeringsplan og understøtte den decentrale implementering. De enheder, der er ansvarlige for implementering af delelementer, skal løbende informere reformsekretariatet om fremdriften i implementeringsprocessen, og det kan overvejes, at reformsekretariatet årligt udgiver en status på implementeringsprocessen. Et centralt hensyn bør være, at den organisatoriske ramme understøtter, at reformsekretariatet får en central og synlig placering, der bidrager til vedholdende politisk og administrativ opmærksomhed på omstillingen af sundhedsvæsenet. Reformsekretariatet foreslås placeret under indenrigs- og sundhedsministeren.

Kapitel 17: Økonomi og finansiering

I kapitel 17 beskrives de økonomiske og finansielle aspekter ved Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og forvaltningsmodeller. Det fremgår af kommissoriet, at forslag til ændret organisering forudsættes at være samlet set udgiftsneutrale og ikke medføre øget træk på personalekapacitet.

Kommissionens tværgående anbefalinger og forslag og de opstillede forvaltningsmodeller har alle det bærende sigte at skabe mere værdi for patienterne for de ressourcer, der prioriteres til sundhedsområdet, både de økonomiske og personalemæssige ressourcer.

Den styrke, de fremlagte forslag til forvaltningsmodeller har i forhold til at sikre gevinsterne og størrelsen af gevinsterne, varierer. I vurderingen af både tværgående anbefalinger og forslag og forvaltningsmodeller skal der også tages højde for implementeringsomkostninger, forstået som de indirekte omkostninger, fx det mulige produktionstab, som anbefalingerne, forslagene og modellerne kan indebære i en overgangsfase, og øvrige omkostninger forbundet med implementeringen. Samtidig vurderer kommissionen, at der på kort sigt kan være grund til at prioritere konkrete investeringsindsatser i opbygningen af det primære sundhedsvæsen.

Gevinster og implementeringsomkostninger, investeringsbehov og den mulige finansiering af behovene og forudsætninger for de generelle finansieringsprincipper på sundhedsområdet beskrives nærmere i kapitlet.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller er samlet set fremlagt indenfor kommissoriets forudsætning om samlet udgiftsneutralitet og indebærer dermed ikke varige merudgifter for sundhedsområdet og de nærliggende opgaver.

Potentialet for bedre brug af ressourcerne på sundhedsområdet

Kommissionens tværgående anbefalinger og forslag og de fremlagte forvaltningsmodeller skal bl.a. understøtte en omstilling af sundhedsvæsenet, så der tages hånd om langt flere borgere og patienter i det primære sundhedsvæsen (det almenmedicinske led, bl.a. den nuværende praksissektor og de nuværende kommunale sundheds- og plejeindsatser) fremfor på i det sekundære sundhedsvæsen (de specialiserede sygehuse). Samtidig skal de sikre en fordeling af ressourcer, som i højere grad målrettes de områder af landet, hvor behovet er størst.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der med omstillingen af behandling kan realiseres betydelige økonomiske gevinster, som kan fastholdes og prioriteres på området, samtidig med en behandling, der er til fordel for patienterne, da omstillingen også ses som forudsætningen for et bæredygtigt sundhedsvæsen på sigt.

Sundhedsstyrelsen peger på et muligt potentiale for opgavereduktion på sygehusområdet, bl.a. gennem reduktion i uhensigtsmæssig aktivitet og opgaveflytning til det primære sundhedsvæsen, skønnet i størrelsesordenen 30-40 pct. af aktiviteten. Det hviler bl.a. på opgaveflytning og opgavetransformation af aktiviteter fra det sekundære sundhedsvæsen til det primære sundhedsvæsen og støtte til bedre egenomsorg med særligt fokus på mennesker med multisygdom.[308]

Præmissen for omstillingen er en ændret opgaveløsning, der gennem opgavetransformation, forebyggelse og egentlige opgaveflytninger sikrer minimum samme kvalitet og værdi for patienten, vel at mærke til en lavere omkostning og mindre træk på personale. Præmissen understøttes af de gennemførte eksempelberegninger på potentialer for omstilling, foretaget for kommissionen.[309] De beskrevne cases underbygger

308 Sundhedsstyrelsen. "Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen". 2023.

309 Boston Consulting Group, "Potentialer for omstilling til det nære sundhedsvæsen", 2024.

samtidig, at behandling i det primære sundhedsvæsen er til fordel for patienterne, som modtager behandling af mindst tilsvarende kvalitet i et sundhedstilbud, som opfattes mere trygt og velkoordineret og er tættere på eget hjem.

Afsættet er, at der gennem en årrække er investeret betydeligt i det danske sundhedsvæsen sammenlignet med andre velfærdsområder. De seneste 15 år er det offentlige forbrug på sundhed pr. indbygger steget mere end det samlede offentlige forbrug. Udgifterne til sundhed er steget med 31 pct., mens det samlede offentlige forbrug er steget med 18 pct. i samme periode.

Udviklingen er præget af en øget specialisering. Siden 2003 er antallet af alment praktiserende læger steget med 20 pct. mens antallet af læger, der er ansat på sygehusene, er steget med 70 pct. Antallet af kontakter til sygehusene er tilsvarende steget mere end kontakterne til de alment praktiserende læger, og en stadig større andel af borgere er i løbet af et år i kontakt med sygehusene, særligt blandt borgere over 65 år (se også kapitel 4).

Set i international sammenhæng vejer sundhedsudgifterne i Danmark til at drive sygehuse, bl.a. udgifterne til medarbejdere, medicin og apparatur, også tungt i forhold til de anvendte sundhedsudgifter på det øvrige sundhedsvæsen. I sammenligning med andre relevante lande er det dermed en større andel af sundhedsudgifterne, der går til den mest specialiserede del af sundhedsvæsenet fremfor fx de alment praktiserende læger, ældrepleje og forebyggelse. Samtidig er fordelingen af både sundhedsbehov og sundhedstilbud geografisk skæv. Lidt forenklet sagt er adgangen til sundhedstilbud bedst i områder, hvor befolkningen som helhed er sundest, mens den er dårligere i områder, hvor sundhedsbehovet er størst.

Uden ændringer vil skævheden med al sandsynlighed fortsætte og forstærkes. Også i lyset af arbejdskraftmanglen, med en forventet mangel på særligt plejepersonale, er det centralt for den samlede økonomiske og ressourcemæssige bæredygtighed, at udviklingen vendes, så prioritering fremover i højere grad målrettes det primære sundhedsvæsen, og der sikres en mere hensigtsmæssig geografisk fordeling af de eksisterende ressourcer.

På tværs af de tværgående anbefalinger og forslag og de fremlagte forvaltningsmodeller har Sundhedsstrukturkommissionen ud fra et hensyn om at sikre et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer, lagt vægt på følgende præmisser for at lykkes med en omstilling og udbygning af det primære sundhedsvæsen:

- Den ønskede udbygning af det primære sundhedsvæsen skal ske gennem en modsvarende mindre vækst på sygehusområdet, så der er tale om en reel ændring i fokus og prioritering. Det skal forhindre, at udbygningen af det primære sundhedsvæsen i praksis bliver en merudgift ved siden af en fortsat uændret sygehusvækst. Det fordrer tættest mulig integration af ansvaret for udbygning af det primære sundhedsvæsen med ansvaret for tilpasning af sygehusvæksten.
- Tiltag til at realisere en mere hensigtsmæssig fordeling af ressourcer, som i højere grad målrettes de områder af landet, hvor behovet er størst – det vil sige adressere den geografiske ulighed i adgangen til specialiserede ressourcer – skal være baseret på et princip om ændrede relative incitamenter. Det skal sikre, at tiltrækningen til byområder reduceres, mens den øges i de områder, der mangler ressourcer. På den måde kan den ændrede fordeling realiseres indenfor uændrede enhedsudgifter, og ikke ved at øge honoreringen af de kapaciteter, der ønskes omfordelt, og dermed forøge de samlede udgifter.

Den første præmis skal bl.a. ses i lyset af potentialet for at nedbringe uhensigtsmæssig aktivitet og spild eller overbehandling, ved den ansvarlige myndighed får væsentligt stærkere muligheder for at igangsætte tiltag, der sikrer reel aflastning af sygehusene med kommissionens anbefalinger på det almenmedicinske område. Der forudsættes samtidig et styrket fokus på realisering af de løbende produktivitetsgevinster og styrket prioritering på sygehusområdet og i praksissektoren.

Økonomiske konsevenser ved tværgående anbefalinger og forslag (del 3)

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og forslag har alle det bærende sigte, at de skal understøtte, at der skabes mere værdi for patienterne for de ressourcer, der prioriteres til sundhedsområdet, både økonomiske og personalemæssige ressourcer. I det følgende foretager kommissionen en vurdering af de økonomiske aspekter ved de tværgående anbefalinger og forslag (se kapitlerne 9-13).

Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Den forudsatte udbygning af den almenmedicinske tilbud – medtaget den politiske hensigt om 5.000 almenmedicinske læger i 2035 – skal ses i lyset af den generelle omstilling af sundhedsvæsenet, bl.a. gennem en ændret prioritering fra det sekundære sundhedsvæsen til det primære sundhedsvæsen.[310] Hvis der politisk prioriteres yderligere midler til sundhedsområdet i de kommende år, bør det sikres, at væksten i størst muligt omfang tilgodeser udviklingen af det primære sundhedsvæsen udenfor, men i tæt samarbejde med, sygehusene.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling og forslag vedrører reguleringen og styringen af det almenmedicinske tilbud og indebærer en bedre brug af de anvendte ressourcer på området uden offentlige merudgifter. Et bærende princip bag anbefalingen og forslagene, med fokus på en mere hensigtsmæssig geografisk fordeling af ressourcerne, er en balancering af incitamenterne, så den ændrede fordeling sker indenfor de samlede forudsatte økonomiske rammer for sundhedsvæsenet i de kommende år. Den nuværende skævhed i fordelingen afspejler dermed, at de eksisterende strukturer og incitamenter i alt for høj grad motiverer til bosætning i eller omkring de bymæssige områder, bl.a. fordi honoreringen og antal patienter for de praktiserende læger overordnet set er den samme, uanset lægen er bosat i byområder med lav patienttyngde eller i landområder med høj patienttyngde.

Ny organisering og digitalisering og data

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der som nødvendig forudsætning for omstillingen sker en styrket udbredelse af nye digitale løsninger, og der etableres en national dataplatform, der vil kræve nye investeringer i en størrelsesorden, som afhænger af de konkrete ambitioner og løsninger.

Den forslåede styrkede nationale struktur i forhold til udbredelse af digitale løsninger vurderes i sig selv at kunne frigøre midler til en styrket, national udbredelsesindsats af løsninger, der virker gennem en styrket styring og prioritering i forhold til den nuværende meget spredte innovationsindsats – og dermed via samling af opgaver, som i dag foregår lokalt. Etableringen af en leveranceorganisation vurderes tilsvarende i sig selv at understøtte en styrket realisering af gevinster gennem systemkonsolidering og mere effektiv drift af løsningerne.

Administrative omkostninger i forhold til en styrket national og statslig styrket struktur skal ses i lyset af de modsvarende administrative gevinster ved en styrket national organisering og forudsættes dermed finansieret gennem overflytning eller modsvarende tilpasninger af den nuværende regionale og kommunale administration.

Kommissionen peger på, at en kommende overvejelse i forhold til prioriteringen af de tidligere afsatte midler til nærhospitaler (3,5 mia. kr. frem til 2030) bør ses i sammenhæng med behovet for en generel udbygning af det primære sundhedsvæsen i form investeringer i ny teknologi til at understøtte sammenhæng og omstilling, bl.a. en national dataplatform. Kommissionen har desuden noteret, at der i december 2023 er indgået en udmøntningsaftale med Danske Regioner og KL om 0,5 mia. kr. til investeringer i styrket hjemmebehandling i perioden 2023 til 2028.

310 Regeringen, Venstre, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti, Enhedslisten, Liberal Alliance, Nye Borgerlige, m.fl. "Aftale om Sundhedsreform". 2022.

Endelig hæfter Sundhedsstrukturkommissionen sig ved, at den nuværende regering har varslet en ny sundhedsfond, der udover fokus på vedligeholdelse og modernisering af sygehuse også omfatter teknologi og digitalisering. Det reducerer arbejdskraftsudfordringen og sikrer borgerne nem og lige adgang til forebyggelse og sygdomsbehandling i sammenhæng med udfasningen de nuværende kvalitetsfonds-investeringer i nye sygehuse. Kommissionen kan i den forbindelse anbefale, at behovet for en styrket digital infrastruktur og dataplatform indtænkes i udmøntningen af en sådan ny sundhedsfond.

Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Et bærende princip bag anbefaling og forslag med fokus på en mere hensigtsmæssig geografisk fordeling af ressourcerne er en balancering af incitamenterne, så den ændrede fordeling af (sygehus-)læger sker indenfor de samlede forudsatte økonomiske rammer for sundhedsvæsenet i de kommende år. Den nuværende skævhed afspejler ikke mindst, at de eksisterende strukturer og incitamenter i alt for høj grad motiverer til bosætning i eller omkring de større byområder.

Etableringen af lokale sundhedscentre som en mulig fysisk ramme om lokale sundheds- og plejeindsatser forudsætter anlægsinvesteringer. Sundhedsstrukturkommissionen peger i den forbindelse på, at en kommende overvejelse i forhold til prioriteringen af de tidligere afsatte midler til nærhospitaler (3,5 mia. kr. frem til 2030) bør ses i sammenhæng med behovet for en generel udbygning af det primære sundheds-væsen i form af styrkede fysiske rammer for den nære sundhedsindsats.

Det forudsættes, at ressourcer til udarbejdelse af en national sundhedsplan og de direkte afledte centrale meropgaver ikke indebære varige merudgifter samlet set for sundhedsområdet og de nærliggende opgaver, og varige opgaver finansieres indenfor de eksisterende samlede administrative rammer for sundheds-væsenet under ét.

Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Sundhedsstrukturkommissionen noterer sig, at der er sikret finansiering af en 10-årsplan med et samlet løft på 4 mia. kr., og psykiatrirådet skal rådgive i forbindelse med regeringens kommende udspil til en 10-årsplan. Kommissionens anbefaling og forslag om udmøntning af kvalitetsstandarder skal ses i lyset af den generelle anbefaling om omstilling til det primære sundhedsvæsen, finansieret indenfor de forudsatte rammer, bl.a. gennem en modsvarende mindre vækst på sygehusområdet. Øvrige anbefalinger vedrører strukturelle greb uden afledte varige merudgifter. Anbefalingen om udbredelse af erfaringerne fra pleje-hjemslæger til botilbudsområdet vedrører en organisatorisk tilpasning, der øger tilslutningen til konkrete praksislæger, uden at indebære en samlet meraktivitet.

Private aktører og patientrettigheder

Sundhedsstrukturkommissionen har i overvejelserne om organisatoriske reformer haft fokus på, at de fremlagte forslag sikrer fortsat mulighed for opretholdelse af etablerede rettigheder, men har ikke fremlagt anbefalinger om konkrete ændringer i patientrettighederne. Kommissionens anbefaling og forslag om reguleringen og styringen af speciallægeområdet har fokus på at understøtte en bedre brug af de anvendte ressourcer indenfor området uden offentlige merudgifter.

Økonomiske konsevenser ved de opstillede forvaltningsmodeller (del 4)

De opstillede forvaltningsmodeller har alle som bærende sigte at understøtte en bedre brug og skabe mere værdi for patienterne for de ressourcer, der prioriteres til sundhedsområdet, både økonomiske og personalemæssige ressourcer. Styrken af omstillingskraften i modellerne varierer afhængigt af modellens incitamenter, styreform og afledte mulige implementeringsomkostninger ved en realisering. De beskrevne virkninger afspejler dermed vurderingen af de opstillede hensyn 4-6 (se kapitlerne 6 og 15).

På tværs af de opstillede modeller er det i et økonomisk perspektiv et væsentligt hensyn, at ansvaret for udbygning af de primære indsatser og ansvaret for en modsvarende tilpasning af sygehusvæksten i videst muligt omfang er integreret. Det skal sikre, at udbygningen af de primære indsatser ses i sammenhæng med omstilling af aktivitet fra sygehusene. Alternativt vil der være en betydelig risiko for, at tilskyndelsen til at prioritere og omstille indsatser på de specialiserede sygehuse afgørende svækkes. I model 3, som ikke indebærer en større samling af sundheds- og plejeindsatser under én myndighed (se kapitel 14 og 15), bliver kommissionens forslag om en målretning af de kommende års regionale demografimidler til det primære sundhedsvæsen væsentlig for omstillingen. Målretningen af demografimidlerne vil implicit svare til et loft for sygehusvækst for at understøtte den nødvendige omstilling og prioritering, dog med forbehold for beslutning om nye sygehusopgaver.

Generelt vurderer kommissionen, at de mulige afledte økonomiske implementeringsomkostninger i betydelig grad vil afhænge af – og dermed indebære behov for betydeligt fokus på – implementeringsplan og styringstiltag i en overgangsfase (se kapitel 16).

Model 1: Enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at model 1 indebærer et betydeligt potentiale for bedre brug af de samlede ressourcer på sundheds- og ældreområdet, bl.a. en realisering af potentialerne ved den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor langt mere behandling og forebyggelse skal foregå udenfor sygehusene. Det skyldes en stærk tilskyndelse hos sundheds- og omsorgsregionerne til at vælge den mest omkostningseffektive indsats og tilskyndelsen til at fokusere på, at flere opgaver løses i det primære sundhedsvæsen. Samlingen af en række beslægtede opgaver i nye sundheds- og omsorgsregioner skaber dermed øget klarhed om ansvarsfordelingen, bedre rammer for at skabe sammenhængende patientforløb og stærkere incitamenter til at investere i omkostningseffektive og forebyggende indsatser udenfor sygehusene. Model 1 og model 1a adskiller sig alene ved, om ledelsen er direkte valgt eller indirekte udpeget via kommunalbestyrelserne.

I et helhedsperspektiv gælder, at en stor eller mellemstor opgavesamling fra kommunerne til de nye sundheds- og omsorgsregioner tilsvarende reducerer kommunernes mulighed for at omprioritere midler på tværs af ansvarsområder. Samlingen af ansvaret for store dele af sundheds- og ældreområdet og den deraf afledte opgaveflytning fra kommunerne og omlægningen fra fem regioner til otte til ti sundheds- og omsorgsregioner vil indebære en markant organisatorisk ændring med deraf afledte implementeringsomkostninger.

De afledte administrative konsekvenser vurderes overordnet positive, da de mulige merudgifter ved en opdeling af de fem regioner i otte til ti sundheds- og omsorgsregioner skal ses i sammenhæng med de afledte administrative gevinster ved en samling af de kommunale ældreområdeforvaltninger. Kommissionens anbefaling om, at der bør overvejes en alternativ placering af de nuværende regioners øvrige opgaveområder, vil kunne afføde administrative gevinster, bl.a. afhængigt af om dele af opgaverne ikke videreføres.

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at model 2 isoleret set indebærer et potentiale for et bedre brug af de samlede ressourcer på sundheds- og ældreområdet, bl.a. en realisering af potentialerne ved den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor langt mere behandling skal foregå udenfor sygehusene. Samlingen af myndigheds- og driftsansvaret for størstedelen af sundheds- og plejeindsatserne hos staten skaber dermed øget klarhed om ansvarsfordelingen, bedre rammer for at skabe sammenhængende patientforløb og stærkere incitamenter til at investere i omkostningseffektive og forebyggende indsatser udenfor sygehusene. Den statslige styring indebærer dog – set i forhold til potentialet i model 1 – at de nødvendige løbende prioriteringer og tilpasninger, fx i sygehusstruktur eller rammer for plejehjem, kan vanskeliggøres, da det politiske ansvar alene påhviler ministeren og regeringen. Modellen medfører dermed betydelig risiko for, at udgiftsstyringen og den overordnede prioritering svækkes, bl.a. på sygehusområdet. Risikoen vil dog også afhænge af, om der kan etableres reel armslængde til driftsniveauet.

I et helhedsperspektiv gælder det, at en stor eller mellemstor opgavesamling hos staten tilsvarende reducerer kommunernes mulighed for at omprioritere midler på tværs af ansvarsområder.

Samlingen af ansvaret for store dele af sundheds- og ældreområdet og den afledte opgaveflytning fra kommunerne og omlægningen fra fem regioner til otte til ti statslige administrative enheder – set i forhold til model 1 – er en fuldstændig ændring af styreformen for hele området og vil indebære en meget markant organisatorisk ændring med afledte implementeringsomkostninger.

De afledte administrative konsekvenser vurderes overordnet neutrale. De mulige merudgifter ved en styrket national organisering og opdeling af de fem regioner i otte til ti administrative enheder skal ses i sammenhæng med de afledte administrative gevinster ved en samling af de kommunale ældreområde-forvaltninger. Kommissionens anbefaling om, at der i model 2 vil skulle findes en alternativ placering af de nuværende regioners øvrige opgaveområder, vil kunne afføde administrative gevinster, bl.a. afhængigt af om dele af opgaverne ikke videreføres.

Model 3: Sundhedsregioner

Model 3 indeholder en række andre elementer end en ændret opgave- og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet, og modellens virkekraft beror derfor på de foreslåede styringstiltag, særligt den statslige målretning og prioritering af midler. Forslaget om en målretning af de regionale demografimidler vil indebære et implicit loft for væksten i sygehusenes økonomi og vil understøtte omkostningseffektive omstillinger af behandling til det primære sundhedsvæsen. Tilsvarende styrkes den nationale styring i form af en national sundhedsplan, resultatafhængigt tilskud for kommuner og kvalitetskrav til den kommunale opgaveløsning, som vil ændre ledelsesvilkår og rammer for lederne i kommuner og regioner sammenlignet med i dag. Det indebærer et potentiale for bedre brug af ressourcer sammenlignet med i dag.

I model 3 tages der udgangspunkt i den nuværende opgave- og ansvarsfordeling på sundheds- og ældreområdet, og derfor vil der ikke være risiko for væsentlige implementeringsomkostninger i en overgangsfase. I en variant med færre regioner vil der være visse implementeringsomkostninger, afhængigt af implementerings- og styringstiltag i en overgangsfase.

De afledte administrative konsekvenser vurderes overordnet neutrale. Kommissionens anbefaling om, at der bør overvejes en alternativ placering af de nuværende regioners øvrige opgaveområder, vil kunne afføde administrative gevinster, afhængigt af om dele af opgaverne ikke videreføres.

De overordnede skøn over effekterne på fordeling af udgiftsrammer og personaleressourcer fremgår af tabel 17.1.

Tabel 17.1
Skøn for afledte koncekvenser ved de forskellinge modeller og opgavesamlinger (se kapitlerne 14-15)

	Ny enheder	Fra regionerne	Fra kommunerne
Stor opgavesamling (model 1 og 2)			
Antal Enheder	8-10	5	98
Udgiftsramme	Ca. 200 mia. kr.	Ca. 130 mia. kr.	Ca. 70 mia. kr.
Skøn for antal ansatte*	Ca. 220.000	Ca.120.000	Ca. 100.000
Mellemstor opgavesamling (model 1 og 2)			
Antal Enheder	8-10	5	98
Udgiftsramme	Ca. 170 mia. kr.	Ca. 130 mia. kr.	Ca. 40 mia. kr.
Skøn for antal ansatte*	Ca. 180.000	Ca.120.000	Ca. 60.000
Mindre opgavesamling (model 3)			
Antal Enheder	3-5	5	98
Udgiftsramme	Op til 132 mia. kr	Ca. 130 mia. kr.	Op til 2 mia. kr.
Skøn for antal ansatte*	Op til 123.000	Ca. 120.000	Op til 3.000

Anm.: * årsværk

Kilde: egne beregninger på baggrund af kapitel 14.

Investeringsbehov i en omstillingsfase

En omstilling til det primære sundhedsvæsen vurderes at kræve investeringer i en omstillingsfase. I det følgende anvises kilderne til finansieringen.

Tilpasningsstrategi med prioritering af det primære sundhedsvæsen i de kommende års vækst på området

Det er på tværs af de fremlagte modelforslag en central præmis, at der over de kommende år sker en udbygning af det almenmedicinske led (nuværende praksissektor) og den lokale forebyggelses- og sundhedsindsats (aktuelt primært i kommunalt regi).

Udbygningen forudsættes overordnet finansieret via de modsvarende gevinster på sygehusområdet. En mere direkte tilpasning af sygehusenes budgetter nedad til finansiering af omstillingen på kort sigt vil efter kommissionens opfattelse imidlertid kunne vise sig forbundet med problemer og stilstand særligt i en overgangsperiode, da omstillingsgevinsterne ikke fuldt ud kan realiseres fra dag ét, bl.a. som følge af kapacitetsproblemer i det primære sundhedsvæsen.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler derfor en tilpasningsstrategi, hvor hovedkilden til de nærmeste års styrkede prioritering forudsættes tilvejebragt ved en ændret prioritering af kommende planlagte løft på sundhedsområdet, tillagt de løbende produktivitetsgevinster ved et fortsat fokus på bedre brug af ressourcer. Konkret kan der peges på de demografimidler, som den nuværende regering har afsat til kompensation for demografisk træk. Det vil sige, at den beregningstekniske udgiftsvækst som den demografiske udvikling tilsiger ved helt uændret standard og produktivitet og en helt uændret opgavefordeling mellem sektorerne.

Kommissionen lægger dermed på tværs af de fremlagte modelforslag til grund, at den regionale del af demografimidlerne prioriteres til udbygning af det primære sundhedsvæsen Afsættet er, at nye økonomiske prioriteringer tilgår det primære sundhedsvæsen, og der på den måde også markeres et stop for vækst på sygehusene med forbehold for nye prioriteringer og kvalitetsløft, der vedrører sygehusene.

Det skal også ses i sammenhæng med, at den ansvarlige myndighed med kommissionens anbefalinger på det almenmedicinske område gives væsentligt stærkere muligheder for at igangsætte tiltag i det primære sundhedsvæsen, der sikrer reel aflastning af sygehusene. Samtidig er der et forsat potentiale, ikke mindst på sygehusområdet, for at nedbringe uhensigtsmæssig aktivitet og spild og realisering af løbende produktivitetsgevinster.

Der er tale om væsentlige prioriteringer på 2,25-2,5 mia. kr. årligt – ved de aktuelle fremskrivninger – eller for perioden fra 2026 og frem til 2023 samlet 12 mia. kr., hvor målretningen vedrører 750 mio. kr. årligt på det regionale område. Det svarer til en skønnet vækst på samlet set knap 4 mia. kr. frem mod 2030, som omprioriteres til det primære sundhedsvæsen – udover den mulige vækst i den kommunale indsats via det kommunale demografiske træk på over 8 mia. kr., jf. tabel 17.2.

Tabel 17.2
Demografisk udgiftsbehov på sundheds- og ældreplejeområdet fra 2026 frem mod 2030

Mia. kr.	2026	2027	2028	2029	2030	I alt 2026-2030
Regionale demografiske træk (2023-prognose)	750	750	750	750	750	3.750
Kommunale demografiske træk	*1.500*	*1.750*	*2.250*	*2.500*	*2.750*	*10.750*
- Heraf for de kommunale driftsudgifter til ældrepleje	1.500	1.500	1.750	1.750	1.750	8.250
I alt (regionale træk + kommunale driftsudgifter til ældrepleje)	**2.250**	**2.500**	**2.500**	**2.500**	**2.500**	**12.000**

Kilde: 2030-planforløb: Grundlag for udgiftslofter 2027, august 2023.

Generelt gælder det, at udmøntning af økonomi sker løbende ved de årlige økonomi- og finanslovsaftaler, og tabel 17.2 dermed alene udtrykker en illustrativ profil. Kommissionen noterer sig desuden, at der er afsat en sundhedspakke på 5 mia.kr., som har afløb frem til 2030. Pakken skal bl.a. finansiere en kræftplan VI.

I model 1 og 2 samles store dele af sundheds- og plejeindsatserne hos én myndighed og størstedelen af demografimidlerne vil dermed tilfalde de nye myndigheder, der via det samlede ledelsesansvar har mulighed for at prioritere midlerne på tværs af det sekundære og primære sundhedsvæsen. For begge modeller kan der dog være grundlag for en national markering om et vækststop på sygehusområdet, dog med forbehold for nye prioriteringer og kvalitetsløft der vedrører sygehusene, indenfor det samlede sundheds- og ældreområde, som i perioden via det demografiske træk frem mod 2030 løftes med i alt over 12 mia. kr., jf. tabel 17.2.

I model 3 tages der udgangspunkt i den nuværende opgave- og ansvarsfordeling på sundheds- og ældreområdet. I modellen har regionerne fortsat ansvaret for sygehuse og praksissektoren, og kommunerne har ansvaret for deres nuværende sundheds- og plejeopgaver. Der kan også i den model flyttes opgaver fra kommunerne til sundhedsregionerne, men modellen bygger på et rationale om et begrænset opgaveflyt sammenlignet med model 1 og 2. I model 3 vil den ønskede omstilling forudsætte at det fremadrettede løft til regionerne, afledt af den demografiske udvikling, målrettes indsatser i det primære sundhedsvæsen. Målet er et ændret fokus i regionerne, der skal understøtte den ønskede udvikling, hvor mere aktivitet skal foregå uden for sygehusene.

Det forudsætter et stærkt sygehusledelsesfokus på at prioritere de tilbud, der giver mest sundhed for pengene. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at det primære sundhedsvæsen skal tildeles en større andel af de samlede ressourcer, og dermed skal det sekundære sundhedsvæsen udgøre en mindre andel. Det er et væsentlig bidrag til at sikre bedre brug og skabe mere værdi for patienterne for de ressourcer, der prioriteres til sundheds-og ældreområdet.

Samtidig bør der i model 3 indføres et resultatafhængig tilskud for kommunerne til erstatning af den nuværende model for kommunale medfinansiering af sundhedsområdet. Tilskuddet skal styrke kommunernes incitamenter til at investere i en bedre forebyggende indsats, bl.a. i ældreplejen og dermed modvirke, at kommunerne blot afventer en regional prioritering af kommunale indsatser.

Investeringer på IT- og dataområdet og fysisk infrastruktur

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der som nødvendig forudsætning for omstillingen sker en styrket udbredelse af nye digitale løsninger, at der etableres en national dataplatform, og etableringen af lokale sundhedscentre, der danner en sundhedsfaglig ramme om lokale sundheds- og plejeindsatser, understøttes (se kapitlerne 10-11).

De foreslåede sundhedscentre adskiller sig fra de nærhospitaler, som er beskrevet i sundhedsreformaftalen fra 2022, da sundhedscentrene ikke på samme måde er defineret ved tilstedeværelsen af udflyttede, ambulante sygehusfunktioner, og da der vil være behov for dels lokal variation og dels flere lokationer. Kommissionen peger derfor på, at en kommende overvejelse i forhold til prioriteringen af de tidligere afsatte midler til nærhospitaler (3,5 mia. kr. frem til 2030) bør ses i sammenhæng med behovet for en generel udbygning af det primære sundhedsvæsen. Midlerne kan bl.a. bruges til styrkede fysiske rammer for de nære sundhedstilbud, fx i form af lokale sundhedscentre og investeringer i ny teknologi til at understøtte sammenhæng og omstilling, bl.a. en national dataplatform.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer desuden, at den foreslåede etablering af en national struktur for udbredelse af digitale løsninger vil understøtte en bedre prioritering af de ressourcer, der i dag bruges på området, og dermed styrke en national udbredelsesindsats af løsninger, der har vist positive gevinster.

Kommissionen har endvidere noteret, at der i december 2023 er indgået en udmøntningsaftale med Danske Regioner og KL om 0,5 mia. kr. i 2023-2028 til investeringer i styrket hjemmebehandling.

Den nuværende regering har varslet en ny sundhedsfond, der udover fokus på vedligeholdelse og modernisering af sygehuse også omfatter teknologi og digitalisering, som reducerer arbejdskraftsudfordringen og understøtter nem og lige adgang til forebyggelse og sygdomsbehandling. Det skal ses i sammenhæng med udfasningen de nuværende kvalitetsfondsinvesteringer i nye sygehuse. Sundhedsstrukturkommissionen kan i den forbindelse anbefale, at behovet for en styrket digital infrastruktur og dataplatform indtænkes i udmøntningen af en sådan ny sundhedsfond.

Produktivitet, prioritering og administration

Et finansieringsbidrag til de kommende års prioriteringer på sundhedsområdet er løbende produktivitetsforbedringer og mindskelse af uhensigtsmæssige behandlinger. Sundhedsstrukturkommissionen har i opstillingen af hensyn for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen derfor vurderet, at der i strukturen skal indtænkes incitamenter for de enkelte myndigheder til løbende at realisere nye omkostningseffektive tilgange på sundhedsområdet og til at sikre realiseringen af de løbende produktivitetsgevinster hos alle aktørerne. Tilsvarende kan der indtænkes tiltag, som understøtter øget fokus på prioritering og reduktion af uhensigtsmæssig aktivitet.

Særligt sygehusområdet og praksisområdet er kendetegnet ved gode rammebetingelser for løbende produktivitetsforbedringer, bl.a. gennem nye omkostningseffektive behandlingsmetoder og opgaveglidning. På sygehusområdet var der frem til 2018 et produktivitetskrav om 2 pct. årlig aktivitetsvækst på sygehusene. En væsentlig årsag til, at kravet blev afskaffet, var, at det blev vurderet, at den måde som kravet blev opgjort og udmøntet på udgjorde en barriere for omkostningseffektiv omlægning af sygehusvæsenet ved ikke at understøtte en reduktion i unødig behandling, der enten helt kunne bortfalde eller som mere effektivt kunne omstilles til det primære sundhedsvæsen. Vurderingen var dermed, at styringstiltaget var så stærkt, at det udgjorde en uhensigtsmæssig påvirkning af ledelsen af sygehusområdet, der dermed ikke foretog nødvendige hensigtsmæssige prioriteringer af sygehusdriften, bl.a. i form af en utilstrækkelig omlægning til det primære sundhedsvæsen og manglende fokus på reduktion af spild og behandling med

lav sundhedseffekt. Produktivitetskravet er efterfølgende erstattet af et teknologibidrag på 500 mio. kr. årligt, som regionerne skal frigøre til brug for bl.a. øget aktivitet. På praksisområdet har der ikke været en tilsvarende ordning.

På sygehusområdet har der i perioden fra 2020 og frem været betydelige problemer med at realisere tidligere aktivitetsniveauer, som betyder, at der har været væsentlige produktivitetstab. Covid-19 og flaskehalse for specialiseret personale spiller en rolle. Samtidig kan afskaffelsen i 2019 af aktivitetsstyring og det sammenhængende produktivitetskrav spille ind. Kommissionen har ikke taget stilling til den konkrete udformning af en eventuel ny mekanisme, men vurderer generelt, at et styrket fokus på realisering af produktivitetsgevinsterne skal ses i sammenhæng med øget prioritering af det primære sundhedsvæsen og øget monitorering af omstillingen af det samlede sundhedsvæsen.

På administrationsområdet har kommissionen konstateret, at der på det regionale område er sket en betydelig forøgelse af de administrative ressourcer, og den nuværende regering har aftalt tilpasninger i administrationen på samlet 3,0 mia. kr. i regioner og kommuner frem mod 2030 som led i det flerårige samarbejdsprogram. Kommissionen bemærker samtidig, at de foreslåede tilpasninger af de regionale ikke-sundhedsopgaver vil kunne afføde administrative gevinster, afhængigt af om dele af opgaverne ikke videreføres.

Finansieringsmodel

Nye forvaltningsmodeller forudsætter en tilpasses finansieringsmodel. Hertil følger overvejelser om mulige tilpasninger af en finansieringsmodel. Begge dele vil blive beskrevet nærmere i de følgende afsnit.

Overordnet hensyn bag en tilpasset finansieringsmodel

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at en tilpasset finansieringsmodel skal være baseret på nogle af de grundlæggende hensyn, som den nuværende finansieringsmodel på regionernes sundhedsområde også er baseret på. Det er hensyn til omkostningseffektivitet og økonomisk ansvarlighed, som bl.a. understøttes ved generel rammefinansiering, hvor myndigheden har omprioriteringsmuligheder og incitamenter til at sammentænke opgaveløsningen og derigennem få mest muligt ud af ressourcerne på tværs af flere sektorer og indsatser. Ansvarlighed understøttes desuden ved at skabe sammenhæng mellem finansieringsansvar og beslutningsansvar, da der opnås større driftsøkonomisk ansvarlighed, når den myndighed, der har beslutningsansvaret, også har ansvaret for at finansiere opgaven.

Et andet grundlæggende hensyn er bæredygtighed og robusthed, der indbefatter en økonomi, som kan imødegå større økonomiske stød, fx som følge af variation i efterspørgsel eller udsving i priser. Det omfatter også robusthed til at absorbere og bære de økonomiske risici, der følger med store investeringer og i forlængelse heraf kunne håndtere uforudsete omkostninger og budgetoverskridelser ved anlægsprojekter. Hensynet handler herudover om stabilitet, som bl.a. opnås ved at sikre et indtægtsgrundlag, der har en vis stabilitet over tid.

Endelig er der et centralt hensyn om økonomisk lighed, det vil sige at skabe overordnet ensartede, økonomiske vilkår for opgaveløsningen på tværs af forskelle i udgiftsbehov og på tværs af forvaltningsenheder. Det er dermed et hensyn om at undgå for store forskelle i indtægtsgrundlaget set i forhold til udgiftsbehov og derfor også ulighed i serviceniveau for borgerne forskellige steder i landet.

Overvejelser om mulige tilpasninger af finansieringsmodellen

Med baggrund i de omtalte hensyn er udgangspunktet for finansieringen fortsat den generelle finansieringsmodel, som bruges i dag (se kapitel 7). Det indebærer en finansieringsmodel med rammefinansiering, som bl.a. understøtter et lokalt prioriteringsrum og et generelt bloktilskud, der fordeles på baggrund af et beregnet udgiftsbehov.

For alle de skitserede modeller er det dermed kommissionens vurdering, at den generelle finansieringsmodel i vid udstrækning vil kunne bruges med udgangspunkt i udgiftsbehovskriterier, der vil skulle tilpasses til den valgte model, bl.a. til myndigheders opgaveområde og størrelse. For den statslige model forudsættes tilsvarende en model, hvor finansieringen af de regionale enheder kan være baseret på et objektivt udgiftsbehov.

Sundhedsstrukturkommissionen nye forvaltningsmodeller og anbefalinger og forslag om organiseringen af almenmedicinske tilbud og bedre fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet vil kunne have betydning for udgiftsbehovet på sundhedsområdet set på tværs af geografi. Dertil kommer den forventede udvikling i sundhed og sygdomsbillede, bl.a. i forhold til borgere med kronisk sygdom, hvor der også vil kunne være geografiske forskelle. Flere elementer vil dermed have betydning for udgiftsbehovet og derfor også fordelingen af finansiering på sundhedsområdet.

Som konsekvens foreslår kommissionen, at der i forbindelse med en ny organisering af sundhedsvæsenet igangsættes en analyse af finansieringen som følge af den endelige forvaltningsmodel og opgavesammensætning og yderligere behov for tilpasninger af fordelingskriterierne for det statslige bloktilskud til sundhedsområdet.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der er et forbedringspotentiale i forhold til at sikre en finansiering, der bedst muligt afspejler myndighedernes faktiske udgiftsbehov og forskellige vilkår for opgaveløsningen. Kommissionen finder det herudover fortsat relevant at inddrage kriterier for strukturelle og socioøkonomiske forhold. Det skal dog fremhæves, at de nuværende fordelingskriterier for bloktilskuddet til regionernes sundhedsopgaver er stort set uændrede siden indførelsen af regionerne, hvorfor det generelt kan være relevant at gennemgå kriterierne med henblik på eventuelle justeringer.

Kriterierne skal fortsat kunne leve op til krav for fordelingskriterierne. De skal så vidt muligt ikke påvirke myndighedens opgaveløsning, og der skal være en forventet årsagssammenhæng mellem kriteriet og myndighedens udgiftspres. Datagrundlag skal så vidt muligt være baseret på officielle statistikkilder og kunne opdateres løbende. Desuden kan der være andre hensyn, fx stabilitet, som betyder, at marginale ændringer i et kriterium ikke bør medføre uforholdsmæssigt store udsving i finansieringen.

Endelig kan der være behov for at analysere myndighedernes udgifter og variationen over tid for at vurdere, om der er finansieringsmæssige udfordringer, der ikke umiddelbart kan løses ved fuld generel finansiering. Hvis der fx vurderes at være større udsving i udgifter på enkelte områder, kan det tale for delvis finansiering via statslig refusion.

En tilpasning af finansieringsmodellen forudsættes samlet at være udgiftsneutral og få virkning samtidig med en eventuelt ændret organisering.

Litteratur

Andersen, Merethe K., Elisabeth Assing Hvidt, Kjeld M. Pedersen, Jesper Lykkegaard, Frans B. Waldorff, Anders P. Munck og Line B. Pedersen. "Defensive Medicine in Danish General Practice. Types of Defensive Actions and Reasons for Practicing Defensively". Scandinavian Journal of Primary Health Care 39, nr. 4 (2021): 413–18.

Andersen, Merethe K, Line B Pedersen, Michael Dupont, Kjeld Møller Pedersen, Anders Munck og Jørgen Nexøe. "General Practitioners' Attitudes towards and Experiences with Referrals Due to Supplemental Health Insurance". Family Practice 34, nr. 5 (oktober 2017): 581–86.

Andersen, Simon Calmar, Martin Bækgaard og Peter Bjerre Mortensen. "Den svære kunst at prøve sig forsigtigt frem". Politiken, kroniken, 2023.

BDO. "Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis". 2023.

Beech, Jake og Beccy Baird. "GP Funding and Contracts Explained". The King's Fund, 2020. https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/gp-funding-and-contracts-explained

Behandlingsrådet. "Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser - patientforløb barrierer og indsatser". 2024.

Bendix, Henrik W., Digmann, Annemette, Per Jørgensen og Kjeld Møller Pedersen. "Ledelse i sundhedsvæsenet - på hospitaler, i kommuner og i praksis". 1. e-bogsudgave. Gyldendal Business, 2017.

Birk, Hans Okkels, Karsten Vrangbæk, Andreas Rudkjøbing, Allan Krasnik, Astrid Eriksen, Erica Richardson og Signe Smith Jervelund. "Denmark: Health system review". Health Systems in Transition 26, nr. 1 (2024): i–152.

Boston Consulting Group. "Potentialer for omstilling til det nære sundhedsvæsen". 2024.

Boston Consulting Group. "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande". 2023.

Boston Consulting Group. "Udviklingen i Sundhedsvæsenet - et perspektiv til omstilling". 2024.

Bækgaard, Martin. "The Impact of Formal Organizational Structure on Politico-Administrative Interaction: Evidence from a Natural Experiment". Public Administration 89, nr. 3 (september 2011): 1063–80.

Christensen, Jørgen Grønnegård, Jørgen Albæk Jensen, Peter Bjerre Mortensen og Helene Helboe Pedersen. "Kapitel 8. Bemyndigelseslovgivning: et demokratisk problem". I Når embedsmænd lovgiver, 1. udgave., 193–226. København: Djøf Forlag, 2020.

Christensen, Line Due, Claus Høstrup Vestergaard, Morten Bondo Christensen og Linda Huibers. "Health Care Utilization Related to the Introduction of Designated GPs at Care Homes in Denmark: A Register-Based Study". Scandinavian Journal of Primary Health Care 40, nr. 1 (2. januar 2022): 115–22.

COWI Danmark. "Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling". Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. 2019.

Danmark og Sundhedsstyrelsen, red. "Hjemmesygeplejen: betænkning II afg. af det af Sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg vedrørende revision af sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejeordningen". Betænkning 648. København, 1972.

Danmarks Statistik. "SHA1: Udgifter til sundhed efter funktion, aktør, finansieringskilde og prisenhed. 2023-tal". u.å.

Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet og Christian Bøtcher Jacobsen. "Der skal være plads til både styring og ledelse i sundhedsvæsenet". I Den Anden Kommission: Tolv kronikker om de nødvendige forandringer af sundhedsvæsenet, 36–38, 2023.

Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet og Rolf Dalsgaard Johansen. "De teknologiske løsninger ligger for fødderne af os". I Den Anden Kommission: Tolv kronikker om de nødvendige forandringer af sundhedsvæsenet, 39–41, 2023.

Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram og Institute of Applied Economics and Health Research. "Benchmarking II Consortium: Uddybende rapport om cancer-overlevelse i Danmark 1995-2014". 2017.

Danske Regioner. "Fremtidens almen praksis – udvikling og nye rammer". 2023.

Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. "Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet". 2013.

Danske Regioner. "Let og hurtig psykisk hjælp". 2023.

Danske Regioner. "Statusredegørelse for regionernes afvikling af efterslæb. Opfølgning på aftale om akutplanen 4. kvartal 2023". 2024.

Danske Regioners Bestyrelse. "Referat af møde i Danske Regioners bestyrelse 28. september 2023". 2023.

DSAM-bestyrelsen. "Fremtidens familielæge: Et holdningspapir fra DSAM". Dansk Selskab for Almen Medicin, 2023. https://www.dsam.dk/presse-holdninger/holdninger-og-politikker/fremtidens-familielaege

Dyhrberg, Niels, Simon Krogh og Niels Opstrup. "Styreformer - en teoretisk introduktion. I Poul Erik Mouritzen (red.)". I Opfundet til lejligheden - evaluering af regionernes politiske styreform, 41–67. Syddansk Universitetsforlag, 2010.

Epinion. "Undersøgelse af den lægevidenskabelige ph.d.-uddannelse". Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016.

Økonomi- og Indenrigsministeriet. "Evaluering af kommunalreformen". 2013.

FAPS og Danske Regioner. "En fælles retning - en fælles vision for speciallægepraksis". 2021.

Fosbøl, Emil L., Philip L. Fosbøl, Sofie Rerup, Lauge Østergaard, Mohammed H. Ahmed, Jawad Butt, Julie Davidsen, Nirusiya Shanmuganathan, Simon Juul og Christian Lewinter. "Low Immediate Scientific Yield of the PhD among Medical Doctors". BMC Medical Education 16, nr. 1 (december 2016).

Friderichsen, Bolette, Magnus Isacson og Marte Kvittum Tangen. "Almen praksis - Hvad kan Danmark lære af Norge og Sverige?". u.å.

Ginman, Rasmus Jessen. "Stigende it-udgifter udhuler Region H's økonomi: »Omkostninger til it stiger hurtigere end til sundhed«". DigiTech, 2023. https://pro.ing.dk/digitech/artikel/stigende-it-udgifter-udhuler-region-hs-oekonomi-omkostninger-til-it-stiger-hurtigere-end-til-sundhed

Gjødsbø, Iben Mundbjerg, Henriette Langstrup, Klaus Høyer, Lars Kayser og Karsten Vrangbæk. "Digitalisering i det danske sundhedsvæsen". Samfundsøkonomen, nr. 1 (25. marts 2021): 26–38.

Hansen, Rune Fick. "Her investerer man mest og mindst i det offentlige". IT-Branchen, 2024. https://itb.dk/maerkesager/offentlig-digitalisering/her-investerer-man-mest-og-mindst-i-det-offentlige/

Health Tech Hub Copenhagen og Tænketanken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen". 2023.

Hjemmehjælpskommissionen. "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats". Hjemmehjælpskommissionen, Sekretariatet, 2013.

Honorarstrukturrådet for almen praksis. "Forenkling og faglighed med fokus på patienten: Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis". 2023.

Implement Consulting Group. "Den kommunale sundhedsindsats". 2023.

Implement Consulting Group. "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet". 2023.

Implement Consulting Group. "Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb". 2024.

Indenrigs- og Boligministeriet. "Flyttemønstres og nærmiljøets betydning for den sociale sammensætning og beskæftigelse". 2021.

Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed. "Kommunal sygepleje til ældre". 2022.

Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg. "Opgavekommissionens betænkning 1998". 1998.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Aftale om en bedre psykiatri - hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne". 2023.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr 247 af 12/03/2024 § 1 og § 2 (2024).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr 247 af 12/03/2024 § 205 (2024).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr 247 af 12/03/2024 § 239 (2024).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg, BEK nr 1248 af 05/09/2022 (2022).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Eftersyn af sygehusvæsenet". 2023.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen". 2023.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Lov om hjemmesygeplejerskeordninger". LOV nr. 408 af 13/06/1973 (1973).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Resultater af brugertilfredshedsundersøgelse for lægepraksis". 2024.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Sundhedsvæsenets organisering: sygehuse, incitamenter, amter og alternativer". Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. "Overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser". 2024.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. "Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser". 2024

Indenrigsministeriet, red. "Samordning i sundhedsvæsenet: Betænkning fra det af indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet". Betænkning 1044. København, 1985.

Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen. "Sygehusvæsenet 1978-1992. Planredegørelse 1983". 1983.

Jønsson, Alexandra Brandt Ryborg. "Borgere og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer". 2024.

Kessing, Lars Vedel, Simon Christoffer Ziersen, Avshalom Caspi, Terrie E. Moffitt og Per Kragh Andersen. "Lifetime Incidence of Treated Mental Health Disorders and Psychotropic Drug Prescriptions and Associated Socioeconomic Functioning". JAMA Psychiatry 80, nr. 10 (1. oktober 2023): 1000.

Kiil, Astrid og Kjeld Møller Pedersen. "The Danish Survey on Voluntary Health Insurance 2009". DaCHE discussion papers 2009:3, University of Southern Denmark, Dache - Danish Centre for Health Economics, 2009.

KL. "Kvalitet i kommunerne - KIK". KL, u.å. https://www.kl.dk/sundhed-og-aeldre/kvalitet/kvalitet-i-kommunerne-kik

KL og Mette Egsdal. "Almen praksis henvisning til kommunale forebyggelsestilbud (2014-2017)". 2018.

Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet. "Robusthedskommissionens anbefalinger". 2023.

Kommunernes og regionernes løndatakonto (KRL). "KRL Kommunernes og Regionernes løndatakontor". KRL. u.å. https://www.krl.dk/#/main

KORA, Betina Højgaard og Jakob Kjellberg. "Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen". KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, 2017.

KORA, Martin Sandberg Buch og Mette Bjerregaard. "Status og fremadrettede perspektiver for udvikling og samarbejde: Nakskov Sundhedscenter og Kalundborg Sundheds- og Akuthus samt Lægecenter". KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, 2016.

KORA, Simon Feilberg. "Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner. Benchmark af genoptræningsplaner på nationalt, regionalt og kommunalt niveau fra 2007-2014". KORA - Det nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. 2016.

Kragh, Jesper Vaczy, red. "Psykiatriens historie i Danmark". 1. udgave, 1. oplag. København: Reitzel, 2008.

Kvalitet i Almen Praksis (KiAP). "Om KiAP". KiAP, u.å. https://kiap.dk/kiap/om/kiap.php

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - Psykiatri. "LUP Psykiatri. Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser 2017 (2017)". 2017.

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - Psykiatri. "LUP Psykiatri. Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (2018)". 2018.

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - Psykiatri. "LUP Psykiatri. Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (2021-2022)". 2021.

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - Somatik. "LUP Somatik. Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplvelser (2020)". 2020.

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - Somatik. "LUP Somatik. Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (2021)". 2021.

Larsen, Lars Thorup og Deborah Stone. "Governing Health Care Through Free Choice: Neoliberal Reforms in Denmark and the United States". Journal of Health Politics, Policy and Law 40, nr. 5 (2015): 941–70.

Ledelseskommissionen. "Sæt borgerne først: Ledelse i den offentlige sektor med fokus på udvikling af driften". 2018.

Lindvall, Johannes. "Reform Capacity". Oxford: Oxford University Press, 2019.

Mandag Morgen og Trygfonden. "Sundhedsvæsenet - ifølge danskerne". Mandag Morgen og TrygFonden, 2016.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. "Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018". 2015.

Mortensen, Peter Bjerre og Christoffer Green-Pedersen. "Institutional Effects of Changes in Political Attention: Explaining Organizational Changes in the Top Bureaucracy". Journal of Public Administration Research and Theory 25, nr. 1 (1. januar 2015): 165–89.

Mortensen, Peter Bjerre, Matt W. Loftis og Henrik Bech Seeberg. "Explaining Local Policy Agendas: Institutions, Problems, Elections and Actors". Comparative Studies of Political Agendas Series. Cham: Palgrave Macmillan, 2022.

Nøhr, Christian, Pernille Bertelsen, Søren Vingtoft og Stig Kjær Andersen, red. "Digitalisering af det danske sundhedsvæsen: øjenvidneberetninger fra nøgleaktører". 2. udgave. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2020.

OECD. "Health expenditure and financing". OECD.Stat, 2024. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA

OECD. "OECD Health at a Glance 2023 Country Note, Denmark". 2023.

Olsen, J.K., J. Lykkegaard, A. Munck, P. Ahnfelt-Mollerup, S. Nyvan Marisusen og Kjeld Møller Pedersen. "Henvisningsaudit blandt praktiserende læger i Region Syddanmark". APO, Forskningsenheden for almen praksis, SDU, 2024.

Opstrup, Niels. "Det regionale politiske niveau. Notat til Sundhedsstrukturkommissionen". Syddansk Universitet, 2023.

PA Consulting Group. "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen". 2024.

PA Consulting Group. "Fælles tværgående kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet". 2024.

Pedersen, Kjeld Møller. "Dansk sundhedspolitik". 1. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard, 2018.

Pedersen, Kjeld Møller, Frede Olesen og Leif Vestergaard Pedersen. "Eksperter: Sådan får vi styr på det danske sundhedsvæsen". 2018.

Pedersen, Kjeld Møller. "Kritisk vurdering af udkastet til sundhedsreform". Administrativ Debat, 2019.

Pedersen, Kjeld Møller. "Sundhedspolitik: beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet". Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2005.

Pedersen, Leif Vestergaard. "Almen lægehjælp i et moderne sundhedsvæsen. Idepapir om indførelse af ledelse i almen praksis". 2023.

Perspektivplan I. "Perspektivplanlægning 1970-1985: Redegørelse fra den af regeringen i november 1968 nedsatte arbejdsgruppe". Schultz, 1971.

Perspektivplan II. "Perspektivplan-redegørelse, 1972-1987". København: Statens trykningskontor, 1973.

Plana-Ripoll, Oleguer, Carsten Bøcker Pedersen, Esben Agerbo, Yan Holtz, Annette Erlangsen, Vladimir Canudas-Romo, Per Kragh Andersen, m.fl. "A Comprehensive Analysis of Mortality-Related Health Metrics Associated with Mental Disorders: A Nationwide, Register-Based Cohort Study". The Lancet 394, nr. 10211 (november 2019): 1827–35.

Planinformationsudvalget om Videreudviklingen af de Statslig-Kommunale Plansystemer. "Al den planlægning: hvorfor og hvordan? Redegørelse fra planinformationsudvalget om videreudviklingen af de statslig-kommunale plansystemer". Finansministeriet, Budgetdepartementet, 1983.

Praktiserende Lægers Organisation. "De digitale klinikker". 2023.

PwC. "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023". 2023.

Rambøll Management Consulting. "Kortlægning af behov og rammer for forskning om det primære sundhedsvæsen". 2021.

Regeringen. "Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering". 2022.

Regeringen og Danske Regioner. "Aftale om en akutplan for sygehusvæsenet". 2023.

Regeringen, KL og Danske Regioner. "Aftale om 500 mio. kr. til mere behandling i eget hjem". 2023.

Regeringen, KL og Danske Regioner. "Digitalisering, der løfter samfundet - Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2022-2025". 2022.

Regeringen, KL og Danske Regioner. "Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle - Strategi for digital sundhed 2018-2022". 2018.

Regeringen, KL og Danske Regioner. "Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)". 2021.

Regeringen, Venstre, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti, Enhedslisten, Liberal Alliance, Nye Borgerlige, m.fl. "Aftale om Sundhedsreform". 2022.

Region Hovedstaden. "Evaluering af 72 timer: Et telefonnummer til den udskrivende afdeling skaber tryghed for ældre patienter". 2023. https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Evaluering-af-72-timer-Et-telefonnummer-til-den-udskrivende-afdeling-skaber-tryghed-for-%C3%A6ldre-patienter.aspx

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). "Vi skaber viden til et bedre sundhedsvæsen". RKKP, u.å. https://www.rkkp.dk/om-rkkp/

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger. "Overenskomst om Speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger (FAS) og Regionernes Lønnings-og Takstnævn (RLTN). 3. udgave". Foreningen af Speciallæger (FAS) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, 2022.

SFI og Maren Sørensen. "Den sociale stofmisbrugsbehandling. Del 4. Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder". SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2009.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af lov om social service, LBK nr 67 af 22/01/2024 (2024).

Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Redegørelse om ældreområdet 2023". 2023.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Redegørelse om ældreområdet 2024". 2024.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Socialpolitisk Redegørelse 2023". 2024.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Liberal, Alliance, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre om en reform af ældreområdet". 2024.

Socialministeriet, Justitsministeriet, Indenrigsministeriet, Undervisningsministeriet og Sundhedsministeriet. "Indsatsen for sindslidende: status, vurdering og forslag til nye initiativer. Redegørelse fra en tværministeriel embedsmandsgruppe". 1996.

Strukturkommissionen. "Strukturkommissionens betænkning. Hovedbetænkningen". Bd. I. III bd. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2004.

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR). Forløbsdatabase, DREAM og Det Statistiske Autorisationsregister, Sundhedsdatastyrelsen, u.å.

Sundhed Danmark. "Branchestatistik 2022". 2023.

Sundheds- og Ældreministeriet. "Servicetjek af det frie valg på ældre". 2018.

Sundheds- og Ældreministeriet. "Sundhed, hvor er du: opfølgning på Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen". Sundheds- og Ældreministeriet, 2017.

Sundhedsdatastyrelsen. "Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret i perioden 2017-2023". 2024.

Sundhedsdatastyrelsen. "Bevægelsesregisteret 2021". 2023.

Sundhedsdatastyrelsen. "Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. januar 2024 (for aktivitetsår 2022-2023) i takstsystem 2023". 2024.

Sundhedsministeriet. "Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed". 2022.

Sundhedsministeriet, Danmarks Statistik, KL, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner og Nationalt Genom Center. "Vision - Strategisk samarbejde for bedre brug af sundhedsdata". 2021.

Sundhedsprioriteringsudvalget og Indenrigsministeriet. "Prioritering i sundhedsvæsenet: Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygehusbehandling og sygdomsforebyggelse. Statens Trykningskontor, 1977.

Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.

Sundhedsstyrelsen. "Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom". Sundhedsstyrelsen, 2023.

Sundhedsstyrelsen. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektions, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati". Sundhedsstyrelsen, 2020.

Sundhedsstyrelsen. "Anbefalinger til rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale i psykiatrien". Sundhedsstyrelsen, 2020.

Sundhedsstyrelsen. "Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser: fagligt oplæg til en 10-årsplan". Sundhedsstyrelsen, 2022.

Sundhedsstyrelsen. "De syv lægeroller". Version 2.0. Sundhedsstyrelsen, 2013.

Sundhedsstyrelsen. "Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning". 2024.

Sundhedsstyrelsen. "Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel". Sundhedsstyrelsen, Social- og Boligstyrelsen og Styrelsen for Undervisning og Kvalitet, 2023.

Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser". Sundhedsstyrelsen, 2022.

Sundhedsstyrelsen. "Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder". Sundhedsstyrelsen, 2024.

Sundhedsstyrelsen. "Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model". 2012.

Sundhedsstyrelsen. "Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen - En national strategi". Sundhedsstyrelsen, 2022.

Sundhedsstyrelsen. "Fremtidens speciallæge — ændring af den lægelige videreuddannelse". Sundhedsstyrelsen, 2024.

Sundhedsstyrelsen. "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner". Sundhedsstyrelsen, 2023.

Sundhedsstyrelsen. "Lægeprognose 2021-2045 - Udbuddet af læger og speciallæger". Sundhedsstyrelsen, 2022.

Sundhedsstyrelsen. "Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen". 2023.

Sundhedsstyrelsen. "NKR og NKA efter område". 2023. http://www.sst.dk/da/Fagperson/Retningslinjer-og-procedurer/NKA-og-NKR/NKR-og-NKA-efter-omraade

Sundhedsstyrelsen. "Notat: Resultat af faglig gennemgang af kræftområdet". 2023.

Sundhedsstyrelsen. "Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen". 2007.

Sundhedsstyrelsen, COWI og Decide. "Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling". 2019.

Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen. "Erfaringsopsamling af botilbudsteams". Sundhedsstyrelsen, 2024.

Toftgaard, Claus og Lars Hulbæk. "Telemedicin - danske erfaringer og projekter". 2010.

Udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. "Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen". 1. version. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.

Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. "Afrapportering - Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen". 2017.

Underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen – Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud. "Afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen – socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud". Social- og Integrationsministeriet, 2012.

Vestergaard, Leif og Frank Ingemann. "Idépapir om speciallægepraksis". 2024.

ViBIS. "Patienter og pårørendes oplevelser med, og ønsker til, sundhedsvæsenet: Hovedpointer fra feedbackmøder med patienter og pårørende". 2023.

Vinge, Sidsel, Karen Kramhøft og Andreas Bøgh. "Hjemmesygeplejen i Danmark". DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2006.

VIVE, Betina Højgaard, Jakob Kjellberg og Mickael Bech. "Den statslige styring af det regionale sundhedsområde: analyse af centrale instrumenter". VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

VIVE, Camilla T Dalsgaard, Jonathan Kjældgaard Jensen og Kasper Lemvigh. "Kommunernes køb og salg af botilbud på voksenområdet, 2011-2020". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2022.

VIVE, Katrine Iversen, Didde Cramer Jensen, Mathias Ruge og Mads Thau. "Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

VIVE og Marie Henriette Madsen. "Sammenhæng ifølge sundhedspersonale. En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet". VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2024.

VIVE, Marie Henriette Madsen, Mette Brehm Johansen, Maya Christiane Flensborg Jensen, Caroline Louise Westergaard og Ina Willaing Tapager. "Speciallæge i almen medicin - En undersøgelse af begrundelser for forskellige karrierevalg- og veje". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

VIVE, Marie Henriette Madsen, Morten Bonde Klausen, Marius Brostrøm Kousgaard, Maria Bundgaard, Thorbjørn Hougaard Mikkelsen, Mads Toft Kristensen, Pia Kürstein Kjellberg og Jens Søndergaard. "Kvalitetsklynger i almen praksis: en kvalitativ undersøgelse af klyngernes første år". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2020.

VIVE, Martin Sandberg Buch, Thorben Peter Høj Simonsen, Sarah Wadmann og Rikke Aarhus. "Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

VIVE, Sidsel Vinge, Martin Sandberg Buch og Pia Kürstein Kjellberg. "Det kommunale akutområde: erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner". VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

VIVE, Sidsel Vinge og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne". Bd. 2021. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

World Health Organization. "Building the Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review". Technical Series on Primary Health Care, 2018.

World Health Organization og United Nations Children's Fund (UNICEF). "A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals." Technical Series on Primary Health Care. World Health Organization, 2018.

Yngre Læger. "Yngre Lægers almen praksis-undersøgelse 2023 - ønsker til fremtidig beskæftigelse blandt hoveduddannelses- og speciallæger". 2023.

Figurer, tabeller og andre illustrationer

Kapitel 1: Indledning

Boks 1.1 Uddrag fra regeringsgrundlaget 2022 6

Boks 1.2 Sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen 7

Boks 1.3 Sundhedsstrukturkommissionens medlemmer 8

Boks 1.4 Eksternt rekvirerede analyser og ekspertbidrag, udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen 10

Boks 1.5 Inddragelses- og debataktiviteter 11

Kapitel 2: Sammenfatning

Boks 2.1 Hvad betyder organisering? 15

Figur 2.1 Borgere med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer, 2022 17

Figur 2.2 Udvikling i antal læger ansat på sygehusene og alment praktiserende læger, indeks (2003=100) 18

Figur 2.3 Sundhedsudgifter fordelt på funktion, udvalgte lande, 2019 19

Figur 2.4 Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person, fordelt på alder, 2022 20

Figur 2.5 Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år, fordelt på afstand til død, 2019 20

Figur 2.6 Andel borgere med kronisk sygdom pr. 1.000 borgere i befolkningen, 2022 21

Figur 2.7 Lægedækningstruede områder, 2021-2024 21

Boks 2.2 Anbefaling 1 27

Boks 2.3 Forslag 27

Boks 2.4 Anbefaling 2 29

Boks 2.5 Forslag 29

Boks 2.6 Anbefaling 3 31

Boks 2.7 Forslag 31

Boks 2.8 Anbefaling 4 33

Boks 2.9 Forslag 33

Boks 2.10 Anbefaling 5 34

Boks 2.11 Forslag 35

Model 1 Enhedssundhedsvæsen med 8-10 sundheds- og omsorgsregioner 38

Boks 2.12 Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn 39

Model 2 Statsligt enhedssundhedsvæsen med 8-10 administrative enheder 40

Boks 2.13 Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn 41

Model 3 Sundhedsregioner 42

Boks 2.14 Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn 43

Boks 2.15 Sammenligning af de tre modeller ud fra de centrale hensyn 43

Boks 2.16 Anbefaling 6 46

Kapitel 3: Udviklingslinjer i organiseringen af det danske sundhedsvæsen

Boks 3.1 Tidslinje med nedslag: Fra 25 amter og 1.098 kommuner til fem regioner og 98 kommuner 51

Boks 3.2 Tidslinje med nedslag: "Øvelse gør mester"– sygehusopgaver samles og specialiseres 53

Boks 3.3 Tidslinje med nedslag: Psykiatriens udvikling – fra langtidsindlæggelse til ambulant behandling 56

Boks 3.4 Tidslinje med nedslag: De praktiserende lægers udviklingen indenfor rammerne af overenskomstsystemet 58

Boks 3.5 Tidslinje med nedslag: Speciallægepraksis 63

Boks 3.6 Tidslinje med nedslag: Kommunerne får flere og mere komplekse opgaver 64

Boks 3.7 Tidslinje med nedslag: Udviklingen i samspillet mellem sektorerne 68

Boks 3.8 Tidslinje med nedslag: Den digitale udvikling 72

Boks 3.9 Tidslinje med nedslag: Mellem ramme- og aktivitetsstyring 77

Boks 3.10 Tidslinje med nedslag: Fra frivillig kvalitetsudvikling til nationalt kvalitetsprogram 78

Kapitel 4: Status og udfordringer for sundhedsvæsenet

Figur 4.1 Befolkningen fordelt på alder, 1901-2050 82

Figur 4.2 Andelen af personer over 80 år i kommunen, 2023 og 2035 83

Figur 4.3 Befolkning over 80 år, fordelt på kommunetyper 84

Figur 4.4 Antal borgere med kroniske sygdomme og multisygdom, 2009-2022 85

Figur 4.5 Fremskrivning af borgere med KOL og type 2-diabetes, 2022 og 2035 86

Figur 4.6 Antal unikke personer med mindst én psykiatrisk diagnose pr. 100.000 personer 87

Figur 4.7 Udvikling i sundheds- og ældrepersonale ansat i kommuner og regioner, årsværk 88

Figur 4.8 Udvikling i sundheds- og ældrepersonale med primær ansættelse i privat sundhedserhverv, årsværk 88

Figur 4.9 Andel af kommunalt og regionalt ansatte over 60 år, fordelt på udvalgte personalegrupper, 2010-2022 89

Figur 4.10 Aldersfordeling blandt kommunalt og regionalt ansatte, fordelt på udvalgte personalegrupper, 2022 89

Figur 4.11 Andel af fuldtidsstillinger besat af personer over 60 år i udvalgte kommunale sundhedsstillinger, fordelt på land- og hovedstadskommuner, 2023 90

Figur 4.12 Antal social- og sundhedshjælpere og social– og sundhedsassistenter i kommuner og regioner pr. 100.000 indbyggere, fordelt på kommunetype, 2023 90

Figur 4.13 Ændring i efterspørgsel på udvalgte grupper af sundhedspersonale i 2035, målt i forhold til 2021 91

Boks 4.1 Wagners lov 92

Figur 4.14 Forbrug på sundhed som andel af BNP og BNP pr. indbygger, OECD-lande, 2019 92

Boks 4.2 Baumol-effekt 93

Boks 4.3 Især tre patientgrupper oplever udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet 95

Figur 4.15 Borgere med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på de tre sektorer, 2022 96

Boks 4.4 Fire profiler af ældre borgere med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser 96

Figur 4.16 Aktuel og fremtidig udvikling i antal personer i kontakt med både sygehuse, alment praktiserende læger og kommunale sundheds- og plejeindsatser 98

Figur 4.17 Eksempler på kontaktforløb til alment praktiserende læger og sygehuse for personer med multisygdom 99

Figur 4.18 Forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 hjemmehjælpsmodtager over 65 år, fordelt på kommuner, 2022 100

Figur 4.19 Andel somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage, køns- og aldersstandardiseret, 2014-2022 100

Figur 4.20 Svarfordeling for andelen af planlagt indlagte patienter (somatisk), der svarer "Slet ikke" eller "I ringe grad" på spørgsmål om deres indlæggelse, udvalgte spørgsmål med relation til sammenhæng er fremhævet, 2021 101

Boks 4.5 Citater fra patienter, pårørende og patientforeninger 102

Figur 4.21 Vækst i offentligt forbrug på sundhedsområdet i faste priser, 2007-2022 104

Figur 4.22 Produktivitetsudvikling fra år til år, 2003-2018 104

Figur 4.23 Udvalgt sundhedspersonale i regionerne, fuldtidspersoner 105

Figur 4.24 Udvalgt sundhedspersonale i kommunerne, fuldtidspersoner 105

Figur 4.25 Sundhedsudgifter fordelt på funktion, udvalgte lande, 2019 107

Figur 4.26 Udvikling i antal sygehusophold og kontakter til den alment praktiserende læge pr. 1.000 borgere, fordelt på sygehuse og alment praktiserende læger, indeks (2009=100) 108

Figur 4.27 Befolkningen fordelt på mest specialiserede kontakt til sundhedsvæsenet, 2005 og 2022 108

Figur 4.28 Antal årlige sygehusophold (indlæggelser og ambulante ophold) på sygehusene pr. sundhedsfaglig fuldtidsmedarbejder 109

Figur 4.29 Erfarede ventetider for alle opererede patienter, 2005 - 2023 109

Boks 4.7 Robusthedskommissionens pointer om uhensigtsmæssig behandling 110

Figur 4.30 Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person fordelt på alder, 2022 112

Figur 4.31 Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år fordelt på afstand til død, 2019 112

Figur 4.32 Modtagere af kommunale ældreydelser som procent af befolkningen, 2008-2022 113

Figur 4.33 Gennemsnitligt antal timer visiteret til personlig pleje, 2008-2022 113

Figur 4.34 Modtagere af kommunale sundhedsydelser som procent af befolkningen, 2008-2022 114

Figur 4.35 Udviklingen i antal midlertidige pladser i kommunerne, 2012-2022 115

Figur 4.36 Midlertidige pladser pr. borger over 65 år fordelt på kommuner, 2023 115

Figur 4.37 Udvikling i antal læger ansat på sygehusene og alment praktiserende læger, indeks (2003=100) 116

Figur 4.38 Borgernes oplevelse af udvalgte overenskomstbestemte aftaler for alment praktiserende læger, 2023 117

Figur 4.39 Borgerenes oplevelse af om de kan få tid til lægen indenfor en uge, 2023 118

Figur 4.40 Borgerens oplevelse af lægens evne til at skabe overblik over behandlingsforløbet, 2023 118

Figur 4.41 Forventet levealder for personer født i 1970 og 2021 119

Figur 4.42 Forventet levetid (år) for kvinder, fordelt på højest fuldførte uddannelse, 2019:2020 120

Figur 4.43 Forventet levetid (år) for mænd, fordelt på højest fuldførte uddannelse, 2019:2020 120

Figur 4.44 Forekomst af udvalgte risikofaktorer, fordelt på højest fuldførte uddannelse (+25 år), 2021 121

Figur 4.45 Oversandsynlighed for planlagt sygehusbehandling, fordelt på årsindkomst (0-130.000 kr. som referencegruppe), 2018 122

Figur 4.46 Oversandsynlighed for akut sygehusbehandling, fordelt på årsindkomst (0-130.000 kr. som referencegruppe), 2018 122

Figur 4.47 Femårs relativ overlevelse for de hyppigste kræftformer i Danmark diagnosticeret i 2005-2009, for højeste og laveste indkomstkvintil 123

Figur 4.48 Andel borgere med kronisk sygdom pr. 1.000 borgere i befolkningen, 2022 124

Figur 4.49 Andel 15-69-årige med folkeskoleuddannelse som højeste fuldførte uddannelse, 2022 124

Figur 4.50 Antal læger pr. region, 2020 125

Figur 4.51 Antal sygeplejersker pr. region, 2020 125

Figur 4.52 Antal speciallæger pr. region, 2019 126

Figur 4.53 Antal praktiserende speciallæger pr. region, 2019 126

Figur 4.54 Andel, der to år efter uddannelsen til speciallæge arbejder i samme region, som de blev uddannet i 127

Figur 4.55 Lægedækningstruede områder, 2021-2024 128

Figur 4.56 Antal med kronisk sygdom pr. lægekapacitet og andelen af befolkningen over 65 år pr. kommune, 2022. 128

Figur 4.57 Benchmarkingindikator for samlet forbrug af ydelser i praksissektoren pr. person over 65 år, fordelt på borgere i kommuner, 2022 129

Figur 4.58 Besatte hoveduddannelsesforløb i almen medicin pr. region i pct., 2013-2022 129

Figur 4.59 Speciallægehenvisninger pr. 100 tilmeldte patienter, fordelt på kommunetype, 2022 130

Figur 4.60 Sygehushenvisninger pr. 100 tilmeldte patienter, fordelt på kommunetype, 2022 130

Kapitel 5: Pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet

Kapitel 6: Centrale hensyn for organiseringen af sundhedsvæsenet

Boks 6.1 Sundhedslovens formålsparagraffer 137

Tabel 6.1 Seks centrale hensyn til vurdering af den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet 138

Boks 6.2 Definition af kvalitet 139

Boks 6.3 Definition af faglig bæredygtighed 139

Boks 6.4 Et økonomisk tungt velfærdsområde 144

Boks 6.5 Et vigtigt område for borgerne 144

Kapitel 7: Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

Tabel 7.1 Den nuværende forvaltningsstruktur med tre forvaltningsled 147

Figur 7.1 Udgifter til sygehuse, praksissektor og kommunale sundheds- og ældreindsatser, 2022 149

Figur 7.2 Antal fuldtidspersoner ansat på det kommunale sundheds- og ældreområde og det regionale sundhedsområde, 2022 151

Figur 7.3 Antal personer beskæftiget på det private sundheds- og ældreområde opdelt på uddannelser, 2022 152

Figur 7.4 Antal personer beskæftiget på det private sundheds- og ældreområde opdelt på brancher, 2022 152

Figur 7.5 Borgere med kontakt til sundhedsvæsenet, fordelt på sektor og område (2022) 153

Tabel 7.2 Antal kontakter pr. år, fordelt på sektor og aktivitet (2022) 153

Figur 7.6 Regionernes samlede driftsudgifter fordelt på områder (mia. kr.) 156

Figur 7.7 Kommunernes samlede servicedriftsudgifter fordelt på områder, 2022 (mia. kr.) 159

Figur 7.8 Regionernes driftsudgifter til praksissektoren fordelt på praksisområde (mia. kr.) 160

Figur 7.9 Kort med inddeling i kommuner, sundhedsklynger og regioner, inklusive geografisk placering af akutsygehuse 163

Figur 7.10 Fordeling af finansieringskilder til sundhedsvæsenet 166

Figur 7.11 Udgifter til sygehusaktiviteter (både indlæggelser og ambulant behandling) ud af de samlede sundhedsudgifter 167

Figur 7.12 Udgifter til almenmedicinske tilbud ud af de samlede sundhedsudgifter 168

Figur 7.13 Alment praktiserende læger pr. 1.000 indbyggere, 2020 169

Kapitel 8: Svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

Boks 8.1 Eksempel på uklart myndighedsansvar: Hjælpemiddel vs. behandlingsredskab 176

Boks 8.2 Hovedpointer fra Implements analyse af sundhedsklynger 177

Boks 8.3 Hovedpointer fra Implements analyse af sektorkrydsende indsatser 180

Boks 8.4 Opsummering af udfordringer med opgave- og ansvarsfordelingen 182

Boks 8.5. Opsummering af væsentlige regulerings- og styringsudfordringer 185

Boks 8.6. Potentiale og udfordringer ved nye teknologier såsom kunstig intelligens og sprogmodeller 188

Boks 8.7. Opsummering af strukturelle barrierer for omstilling mod et mere digitalt sundhedsvæsen 188

Kapitel 9: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Boks 9.1 WHO. A vision for primary health care in the 21st century 192

Boks 9.2 Anbefaling 1 194

Boks 9.3 Forslag 194

Figur 9.1 Det gennemsnitlige antal sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet (gennemsnit på tværs af ydernumre i kommunerne), 2023 202

Boks 9.4 Tvistløsning og sanktionering 205

Kapitel 10: Ny organisering af digitalisering og data

Boks 10.1 Potentialer ved kunstig intelligens 213

Boks 10.2 Anbefaling 2 215

Boks 10.3 Forslag 216

Boks 10.4 Fem mål i en strategi for digitalisering og data i hele sundhedsvæsenet 218

Kapitel 11: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Boks. 11.1 Anbefaling 3 234

Boks 11.2 Forslag 235

Boks 11.3 Opbygning af den lægelige grund- og videreuddannelse og betydningen af den geografiske placering af videreuddannelsen for lægernes efterfølgende arbejdssted 240

Kapitel 12: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Boks 12.1 Væsentligste udfordringer på psykiatriområdet, udpeget i Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsens faglige oplæg fra 2022 til 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed 246

Boks 12.2 Udvalgte fakta om mennesker med psykiske lidelser 247

Boks 12.3 Lettilgængeligt behandlingstilbud i kommunerne til børn og unge i psykisk mistrivsel eller med symptomer på psykisk lidelse 248

Boks 12.4 Anbefaling 4 250

Boks 12.5 Forslag 250

Boks 12.6 Øget forekomst af somatisk sygdom og markant overdødelighed – ulighed i sundhed 251

Boks 12.7 Kort om sociale botilbud 254

Boks 12.8 Erfaringer med fasttilknyttede læger på plejehjem 255

Boks 12.9 Digital terapi ved depression og angst 258

Kapitel 13: Private aktører og patientrettigheder

Tabel 13.1 Udvalgte private aktører på sundheds- og ældreområdet, hovedgrupper 261

Figur 13.1 Økonomi for udvalgte private aktører på sundheds- og ældreområdet, hovedgrupper 262

Figur 13.2 Fordeling af ydernumre på medicinske specialer 263

Figur 13.3 Fordeling af ydernumre på regioner 263

Boks 13.1 Styring af decentrale speciallægetilbud 264

Boks. 13.2 Anbefaling 5 266

Boks 13.3 Forslag 267

Figur 13.4 Antallet af sundhedsforsikrede, 2003-2022 272

Boks 13.2 Væsentlige konklusioner fra analyse om sundhedsforsikringer 272

Boks 13.3 Oversigt over udvalgte patientrettigheder om frit valg og hurtig udredning, behandling og genoptræning 275

Kapitel 14: Samling af flere opgaver hos én myndighed

Figur 14.1 Borgere med kontakt til sygehuse og udvalgte kommunale indsatser på ældre- og træningsområdet, kommunal sygepleje og dele af socialområdet (2,9 mio. personer) 283

Figur 14.2 Det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder 284

Figur 14.3 Indsatstrappe relateret til borgere, der typisk er ældre, og som har behov for hjælp 287

Figur 14.4 De samme indsatser gives i borgerens eget hjem, midlertidlige pladser og plejehjem og plejebolig 288

Figur 14.5 Borgere med kontakt til kommunal sygepleje og pleje- og træningsindsatser, fordelt ud fra om de også har kontakt til sygehuset, 2019 290

Boks 14.1 Personlig pleje og praktisk hjælp i tal 291

Boks 14.2 Tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb i tal 292

Boks 14.3 Forebyggende hjemmebesøg i tal 293

Boks 14.4 Kommunal sygepleje i tal 295

Boks 14.5 Midlertidige pladser i tal 297

Boks 14.6 Plejehjem og plejebolig i tal 299

Boks 14.7 Træningsområdet i tal 300

Tabel 14.1 Typer af genoptræning efter udskrivelse fra sygehus 302

Boks 14.8 Patientrettet forebyggelse i tal 305

Boks 14.9 Borgerrettet forebyggelse i tal 307

Boks 14.10 Sundhedsplejen og forebyggende ydelser til børn og unge i tal 308

Boks 14.11 Tandplejeområdet i tal 308

Boks 14.12 Socialpædagogisk støtte og borgerstyret personlig assistance 311

Boks 14.13 Midlertidige botilbud i tal 312

Boks 14.14 Længerevarende botilbud i tal 313

Boks 14.15 Misbrugsområdet i tal 314

Tabel 14.2 Kategorisering af opgaver på det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder i forhold til grad af sammenhæng, omstillingspotentiale og udfordringer med bæredygtigheden i opgavesløsningen. 315

Tabel 14.3 Skøn over økonomien for indsatserne i opgavesamlingerne (mia. kr.) 317

Figur 14.6 Stor opgavesamling: Ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse samles med sygehus- og praksissektor 318

Figur 14.7 Mellemstor opgavesamling: Ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse samles med sygehus- og praksissektor, men kommuner bevarer ansvaret for plejehjem og plejebolig 323

Figur 14.8 Mindre opgavesamling eller tværkommunalt samarbejde for opgaver med nær sammenhæng til sygehus- og praksissektor 326

Kapitel 15: Forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet

Tabel 15.1 Dimensioner for opstilling af forvaltningsmodeller 338

Figur 15.1 Model 1: Enhedssundhedsvæsen med 8-10 nye sundheds- og omsorgsregioner 340

Boks 15.1 Pejlemærker for geografisk inddeling af sundheds- og omsorgsregioner 342

Boks 15.2 Primære fordele og ulemper ved model 1 ud fra de centrale hensyn 346

Boks 15.3 Primære fordele og ulemper ved model 1a ud fra de centrale hensyn 350

Figur 15.2 Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen med 8-10 nye administrative enheder 352

Boks 15.4 Primære fordele og ulemper ved model 2 ud fra de centrale hensyn 355

Figur 15.3 Model 3: Sundhedsregioner 358

Boks 15.5 Primære fordele og ulemper ved model 3 ud fra de centrale hensyn 366

Kapitel 16: Ledelse og implementering af omstillingen af sundhedsvæsenet

Boks 16.1 Anbefaling 1 373

Boks 16.2 Anbefaling 2 374

Boks 16.3 Anbefaling 3 375

Boks 16.4 Anbefaling 4 376

Boks 16.5 Anbefaling 6 378

Kapitel 17: Økonomi og finansiering

Tabel 17.1 Skøn for afledte koncekvenser ved de forskellinge modeller og opgavesamlinger (se kapitlerne 14-15) 386

Tabel 17.2 Demografisk udgiftsbehov på sundheds- og ældreplejeområdet fra 2026 frem mod 2030 387

Bilag

Kommissorium for

SUNDHEDSSTRUKTUR-KOMMISSIONEN

Marts 2023

Kommissorium for SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN

Det er en hovedprioritet for regeringen, at vi har et velfungerende sundhedsvæsen.

Gennem reformer, investeringer og moderniseringer er det danske sundhedsvæsen forbedret markant over de sidste 20 år, hvor kvaliteten i behandlingerne er løftet, og flere overlever alvorlig sygdom.

Regeringen vil samtidig insistere på, at vi ser virkeligheden i øjnene. Det danske sundhedsvæsen er presset. Stadig flere borgere får behov for pleje og behandling fra flere dele af vores sundhedsvæsen, og der mangler allerede i dag medarbejdere, mens udviklingen i arbejdsstyrken betyder, at vi ikke kan rekruttere os ud af problemstillingerne. Hvor de specialiserede sygehuse igennem en årrække er blevet udbygget og specialiseret, er indsatsen i de nære sundhedstilbud kun i varierende grad fulgt med udviklingen. Borgerne oplever derfor ofte store forskelle i sundhedstilbud på tværs af landet og der er alt for ofte ikke nogen rød tråd i deres forløb på tværs af specialer og myndighedsskel.

Mangel på medarbejdere, en utidssvarende organisation og et stigende antal patienter kræver således fundamentale forandringer. Ellers risikerer de seneste to årtiers fremskridt at blive afløst af tilbagegang.

Regeringen er klar til at tage initiativ til de nødvendige beslutninger og gennemføre grundlæggende strukturelle forandringer, som er forudsætningen for at skabe fremtidens sundhedsvæsen.

Regeringen vil derfor nedsætte en sundhedsstrukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsnet. Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed og som er mere nært og bæredygtigt, *jf. boks 1.*

Boks 1

Sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen

- Et **sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder** på tværs af fagligheder, sektorer og geografi, og hvor løsninger inden for fx digitalisering udvikles i fællesskab og hurtigt udbredes.
- En **opgavefordeling i sundhedsvæsnet** mellem sygehuse og det nære sundsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet.
- Et **sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet,** hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt, så borgerne har lige adgang til samme høje kvalitet i hele landet og på tværs af sociale skel.
- Et sundhedsvæsen, der understøtter **frit valg og patientrettigheder**, og sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen.
- Et **nært sundhedsvæsen**, hvor borgerne har let adgang til sundhedstilbud, og langt flere borgere kan blive mødt og behandlet i eller tæt på hjemmet, hvor det nære sundhedsvæsen styrkes, og sygehusene aflastes, bl.a. ved udbredelse af teknologiske løsninger for nye behandlingsformer.
- Et **bæredygtigt sundhedsvæsen,** hvor ressourcer bruges der, hvor de giver mest sundhed for pengene, hvor flere sygehusophold forebygges gennem en mere forpligtende, datadrevet og systematisk forebyggelsesindsats af høj og ensartet kvalitet, hvor unødig brug af specialiserede funktioner reduceres, og hvor trækket på medarbejderressourcer på de enkelte opgaver bliver mindre bl.a. ved at potentialer i ny teknologi indfries.

Kommissionens opgaver

Kommissionen får til opgave at opstille forskellige modeller for organisering af sundhedsvæsnet. Modellerne skal forholde sig til udfordringer med, at der på tværs af landet er forskellige forudsætninger for at levere sundheds- og behandlingstilbud og skal samtidig understøtte en markant omstilling af sundhedsvæsenet, så det nære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter.

Kommissionen anmodes i den forbindelse om at vurdere inden for hvilke områder og målgrupper, hvor der særligt er potentiale for forbedringer i samspil og øget omstilling af opgaveløsningen, så den i højere grad løses koordineret og i eller tæt på borgerens eget hjem, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet. Vurderingen skal bl.a. omfatte de største kronikergrupper, borgere med multisygdom, herunder samtidig somatisk og psykisk sygdom samt ældre medicinske patienter.

Kommissionen skal se fordomsfrit på strukturen og organiseringen af sundhedsvæsnet og for hver af modellerne afveje fordele og ulemper med afsæt i sigtelinjerne for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen*, jf. boks 1 ovenfor*.

Kommissionen skal inddrage betydningen af kultur og ledelse i sundhedsvæsenet.

Kommissionens anbefalinger og vurderinger af fremtidens struktur skal bl.a. omfatte følgende områder:

- Den **regionale struktur**, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved en ændret forvaltningsstruktur med sigte på styrket sammenhæng og omstilling til nære sundhedstilbud og øget lighed i adgangen til behandling af høj kvalitet.

- Rammer for **den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats,** hvor opgaveløsningen i højere grad bygger på nationale kvalitetsstandarder, og som understøtter mere ensartet kvalitet på tværs af landet. Herunder en vurdering af, hvordan øget organisering af tværkommunalt samarbejde kan sikre en fagligt bæredygtig opgaveløsning.

- Samspillet mellem det **specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene og det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis**, herunder **forpligtende** samarbejdsstrukturer samt muligheder for samlokalisering af kommunale tilbud og udgående sygehusfunktioner og skabelse af tværfaglige miljøer (læger, sygeplejersker, jordemødre, bioanalytikere, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, diætister mv.) i form af eksempelvis nærhospitaler. Endvidere skal det

overvejes, hvordan det præhospitale akutberedskab bedst spiller sammen med det øvrige sundhedsvæsen.

- En **organisering og styring af almen praksis**, der understøtter øget patientansvar og styrket opgavevaretagelse, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske løsninger.

- **Finansierings- og incitamentsstrukturer, samt kultur og ledelse i** sundhedsvæsenet, der understøtter omstilling til det nære samt en bedre udnyttelse af ressourcer og kapacitet inden for og på tværs af sektorer, herunder en vurdering af løsninger baseret på økonomiske incitamenter og øget synlighed om resultater.

- **Koordination af kvalitetsudvikling** på sundhedsområdet med henblik på at indfri potentialer i øget nyttiggørelse af data om kvalitet samt øget udbredelse af god praksis, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved en styrket statslig rolle heri.

- En **organisering af digitale løsninger og it-infrastruktur** i sundhedsvæsnet, der understøtter udbredelsen af fælles løsninger og gnidningsfri udveksling af digitale oplysninger på tværs af sektorer, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved at styrke den nationale koordinering og samarbejde på området.

- En regulering, der understøtter **frit valg og patientrettigheder**, og som sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen.

Fokus for kommissionens forslag til organisering er hensynet til fremtidssikring af det samlede sundhedsvæsen. Kommissionen skal i den sammenhæng tillige pege på potentialer for bedre forebyggelse.

Kommissionen bør dog i sine forslag til organisering også forholde sig til samspillet med nærliggende områder, som er tæt koblet til sundhedsområdet, i det omfang det vurderes relevant for at sikre bedre samspil med sundhedsområdet. Ved modeller, som involverer ændringer i antallet af forvaltningsniveauer, skal afledte konsekvenser for andre opgaveområder også beskrives.

Kommunernes styreform og geografiske afgrænsninger indgår ikke i arbejdet i denne kommission. Samtidig lægges det til grund, at skatteudskrivningsretten ikke kan placeres på andre forvaltningsled end i dag.

Kommissionens forslag til ændret organisering forudsættes at bidrage til en bedre brug af kapacitet og ressourcer og muliggøre kvalitetsforbedringer, og være samlet set udgiftsneutrale og ikke medføre øget træk på personalekapacitet.

Eksisterende viden og igangværende analyser og udredninger inden for kommissionens opgavefelt vil kunne tilgå og indgå i kommissionens arbejde, herunder internationale erfaringer. Kommissionen kan herudover rekvirere eksterne analyser om relevante emner inden for rammerne af kommissoriets opgavebeskrivelse.

Kommissionen skal afslutte sit arbejde med én samlet afrapportering i foråret 2024, så følgelovgivning kan behandles i folketingssamlingen 2024/25.

Kommissionens medlemmer vil være eksperter og praktikere på området, som udpeges af indenrigs- og sundhedsministeren. Ved udvælgelsen af kommissionsmedlemmer lægges vægt på en sammensætning, der sikrer kompetencer inden for sundhedsøkonomi, offentlig organisering og forvaltning, sygehusdrift, den kommunale sundhedsindsats, patientperspektiv, praksissektoren, sammenhæng i sundhedssektoren, innovation samt internationale erfaringer.

Kommissionen vil bestå af:

- En formand.
- 6-8 medlemmer.

Kommissionen betjenes af et sekretariat, der varetages af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med deltagelse af Finansministeriet, Økonomiministeriet samt Social-, Bolig- og Ældreministeriet. Andre relevante ministerier inddrages efter behov, herunder i arbejdsgrupper nedsat af kommissionen.

Kommissionen skal samtidig understøtte bred offentlig debat, der involverer medarbejdere, patienter, pårørende, eksperter og andre aktører omkring sundhedsvæsnet. Det kan bl.a. ske gennem høringer og offentliggørelse af analyser, som belyser udfordringer mv. Danske Regioner og KL og andre relevante parter inddrages samtidig undervejs med henblik på at bidrage med viden og data til brug for analysearbejdet. Kommissionens medlemmer skal aktivt deltage i den offentlige debat om kommissionens arbejde med at fremtidssikre sundhedsvæsnet.

Medlemmer af SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN

Sundhedsstrukturkommissionen består af følgende kommissionsmedlemmer pr. den 28. marts 2023:

- Formand: Jesper Fisker, Administrerende direktør, Kræftens Bekæmpelse, og bl.a. tidligere departementschef, tidligere Adm. direktør i Sundhedsstyrelsen og tidligere Adm. direktør for sundheds- og omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune.
- Jakob Kjellberg, Professor i sundhedsøkonomi, VIVE
- Peter Bjerre Mortensen, Professor ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet
- Dorthe Gylling Crüger, koncerndirektør, Region Hovedstaden
- Sidsel Vinge, konsulent og tidligere projektchef i Vive og tidligere sundhedschef i Gladsaxe Kommune
- Mogens Vestergaard, overlæge, seniorforsker og Professor i almen medicin, Aarhus Universitet
- Marie Paldam Folker, centerchef, Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark
- Søren Skou, tidligere administrerende direktør, A.P. Møller Mærsk
- Gunnar Bovim, formand for Helsepersonelkommisjonen og rådgiver på Norges teknik-naturvidenskablige Universitet

INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Telefon: +45 72 26 90 00
E-mail: sum@sum.dk

www.ism.dk