



Patienten først – nærhed, sammen- hæng, kvalitet og patientrettigheder

Indhold

Patienten først – nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder	7
1. Status: Et stærkere sundhedsvæsen men fortsat udfordringer	13
Så langt er vi nået	13
Flere ældre og flere med én eller flere kroniske sygdomme	15
Udfordringer på psykiatriområdet	17
Lægedækningsudfordringer i almen praksis	17
Travlhed og overbelægning på sygehusene	18
Forebyggelse af indlæggelser	20
Manglende sammenhæng	20
Geografiske forskelle	22
Patientrettigheder efterleves ikke ens	23
Behov for flere fælles løsninger	25
2. Regeringens vision for fremtidens sundhedsvæsen	27
Behov for en ny samlet retning og organisering	27
Regeringens vision for sundhedsvæsenet	27
Mere sammenhæng	28
Mere nærhed	29
Mere kvalitet	30
Patienten først	31
Styrket national koordination og mere sundhed for pengene	32
En lang omstillingsproces med en samlet reform	33
Mål for mere sammenhæng og nærhed	34
3. Overblik over initiativer i sundhedsreformen	39
Patienten først: Stærke rettigheder skal komme alle til gavn	39
Sammenhæng: Sundhedsfællesskaber skal bygge bro og skabe sammenhæng	40
Nærhed: Nye sundhedshuse og flere kompetencer i det nære sundhedsvæsen	40
Kvalitet: Fælles løsninger og god behandling i hele landet	41
En ny organisering af sundhedsområdet med fælles retning og nationalt samarbejde	41
Økonomi: Sundhedsreformen frigør flere penge til sundhed	42
Fokus på sundhedsområdet: Reformens betydning for andre områder	42
4. Patienten først: Stærke rettigheder skal komme alle til gavn	45
Patienten skal kende sine rettigheder med bedre vejledning og et fælles patientnummer	48
Patienternes rettigheder skal respekteres i hele landet	50
Patienter skal hjælpes videre til et alternativt behandlingstilbud	50
Patientrettigheder udbredes til speciallægeområdet	51
Ret til to dages sygehusophold til alle førstegangsfødende	51
Flere muligheder for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom	52

5. Sammenhæng: Sundhedsfællesskaber skal bygge bro og skabe sammenhæng	55
21 nye sundhedsfællesskaber skal sikre sammenhæng og nærhed	55
Udadvendte sygehuse skal bidrage med rådgivning og udredning	62
Almen praksis skal fremtidssikres og moderniseres	64
Nye fælles muligheder skal sikre samarbejde på tværs af sektorer	68
6. Nærhed: Nye sundhedshuse og flere kompetencer i det nære sundhedsvæsen	73
Nye moderne sundhedshuse	75
Kommunerne skal spille en større rolle på sundhedsområdet	78
Flere medarbejdere og styrkede kompetencer i det nære sundhedsvæsen	80
En ny kvalitetsplan skal øge kvaliteten i det nære sundhedsvæsen	82
Nærhedsfinansiering skal fremme nære sundhedstilbud	87
7. Kvalitet: Flere fælles løsninger og god behandling i hele landet	91
Store forskelle i sundhedsvæsenets indretning og kvalitet på tværs af landet	91
Bedre udbredelse af viden og gode løsninger	92
Patientrettigheder skal respekteres i hele landet	92
Et forpligtende nationalt samarbejde om højt specialiseret behandling	93
Øget samarbejde og flere tværgående løsninger på it- og dataområdet	94
Fælles indkøb giver bedre vilkår for køberne – de danske skatteydere	96
Tryghed på akutområdet	97
8. En ny organisering af sundhedsområdet med fælles retning og nationalt samarbejde	103
Regeringen fastsætter den nationale politiske retning for sundhedsvæsenet med en årlig udviklingsplan	104
Sundhedsvæsen Danmark skal sikre fremdrift og sammenhængende løsninger i hele landet	105
Nye sundhedsforvaltninger erstatter regionerne	107
9. Økonomi: Sundhedsreformen frigør penge til mere sundhed	111
En ny Nærhedsfond giver et løft på 6 mia. kr. 2020-2025	111
Flere ressourcer til sundhed og mindre på administration	113

10. Fokus på sundhedsområdet – reformens betydning for andre områder	117
Kollektiv trafik	118
Kultur	118
Uddannelse	118
Regional udvikling og erhverv	118
Miljø	118
Socialområdet og specialundervisning	119
Partistøtte	119
Særligt om Bornholms Regionskommune	119
Særligt om grænseoverskridende samarbejde	120
11. Konsekvenser af den nye struktur	123
Tryghed og kontinuitet for de store medarbejdergrupper	124
Bedre udnyttelse af de sundhedsfaglige kompetencer	125
Videreførelse af overenskomstsysteet	125
Afklaring af de byrdefordelmæssige konsekvenser for kommunerne	125
12. Vejen frem	129
Den nye organisering af sundhedsvæsenet træder i kraft i 2021	129
Bilag	
Bilag A: Analyser og interessentmøder i arbejdet med sundhedsreformen	132
Bilag B: Geografisk afgrænsning af sundhedsfællesskaberne	134
Bilag C: De kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier	138



Fremover skal patienter modtage gode sundhedstilbud af høj kvalitet tættere på eller i eget hjem. Hvad der ikke er svært, skal være nært.

Patienten først – nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder

I Danmark er vi fælles om at tage vare på hinanden, når sygdom rammer. Med et stærkt offentligt sundhedsvæsen sørger vi for, at alle har let adgang til behandling, hvis vi bliver syge. Det er vigtigt for alle danskere. Et godt sundhedsvæsen er en grundsten i vores velfærdssamfund, der skal værnes om og udvikles. Regeringen ønsker med sundhedsreformen at sætte patienten først i sundhedsvæsenet med stærke rettigheder og skabe mere sammenhæng, nærhed og kvalitet.

Siden 2001 har det danske sundhedsvæsen været gennem en rivende udvikling. Vi bruger flere penge på sundhed end nogensinde, og vi får meget ud af pengene. Ventelisterne er kortere, og behandlingerne er bedre. Flere overlever alvorlig sygdom. Vi har indført rettigheder, som sætter patienten i centrum. Vi har genskabt tilliden til kræftbehandling. Det skyldes både en markant prioritering af kræftområdet og etableringen af en ny sygehusstruktur med moderne supersygehuse, hvor kompetencerne samles på færre enheder for at sikre de bedst mulige vilkår for stærke faglige miljøer, hvor personalet har ekspertise og øvelse.

Men vi ser også udfordringer.

I dag skal alt for mange mennesker på sygehuset for at få en relativt ukompliceret behandling eller få foretaget en kontrol. Det presser vores sygehuse unødigt, og det er besværligt for patienter og pårørende. Derfor vil vi styrke den nære og lokale sundhedsindsats hos den praktiserende læge og i borgernes egen kommune, så flere opgaver kan klares her. Fremtidens sundhedsvæsen skal have større nærhed til patienterne.

Desuden oplever de borgere, som har mest brug for overskuelighed og tryghed alt for ofte, at de enkelte dele af sundhedsvæsenet ikke samarbejder godt nok. Det kan være den ældre medicinske patient, som udskrives fra sygehuset, uden at det er koordineret med hjemmesygeplejen. Eller personen med psykiske lidelser, der kastes rundt mellem flere instanser. Det er ikke tryghed. Det er ikke rimeligt. Indsatsen skal koordineres bedre, så den enkelte borger møder et sammenhængende sundhedsvæsen.

De dygtige medarbejdere på vores sygehuse, i kommunerne og hos de praktiserende læger er kernen i vores sundhedsvæsen. Reformen skal frigive tid fra administration, så vores sundhedspersonale får bedre mulighed for at udføre deres arbejde og sikre en god behandling og omsorg til patienter og borgere.

Vi ser også for store forskelle på behandlingen og hjælpen, alt efter hvor man bor i landet. Eksempelvis er der store forskelle på, hvor gode sygehuse, kommuner og almen praksis er til at undgå unødige indlæggelser og genindlæggelser af borgerne.

Vores sundhedsvæsen skal give alle patienter tryghed for, at behandlingen er af høj kvalitet i alle egne af landet.

Vi skal sikre, at vi lærer fagligt af hinanden, og gode behandlingsmetoder skal hurtigere udbredes til hele landet.

Vi står i den glædelige situation, at flere lever et godt og langt liv i Danmark. Samtidig ved vi, at ældre borgere oftere har en eller flere kroniske sygdomme, og derfor har brug for hjælp og pleje. Fra 2015 til 2030 forventes antallet af borgere med lungesygdommen KOL at stige med knap 35 pct., mens antallet af borgere med type 2-diabetes kan stige med op til 85 pct. Det sætter vores sundhedsvæsen under pres.

Regeringen vil tage udgangspunkt i borgernes behov uden at lade os begrænse af de nuværende strukturer og dogmer. Vores konklusion er klar. Hvis ikke vi tager skridt mod en markant omstilling af vores sundhedsvæsen, vil vores sygehuse fremover drukne i patienter. Det er ikke rimeligt for hverken patienterne, deres pårørende, eller sundhedspersonalet.

Derfor har Danmark brug for en sundhedsreform, som giver stærkere rettigheder og skaber mere nærhed, sammenhæng og kvalitet i vores sundhedsvæsen.

Vi har allerede i dag nogle af de stærkeste patientrettigheder i verden - med ret til hurtig udredning, behandling og genoptræning. Men rettighederne respekteres ikke lige godt over hele landet. Regeringen vil sikre, at alle patienter kan gøre brug af deres rettigheder, også de mest udsatte borgere. Derfor vil vi oprette ét fælles patientnummer til den lokale patientvejleder, og etablere flere patientvejledere lokalt på sygehusene. Samtidig vil regeringen udvide patientrettighederne, så sygehuset fremover skal oplyse patienter om et alternativt behandlingstilbud, hvis de ikke selv kan tilbyde behandling inden for 30 dage. Regeringen vil give patienter ret til udredning og behandling hos de praktiserende speciallæger og give førstegangsfødende et

to dages sygehusophold for at komme godt i gang med familielivet. Endelig vil regeringen give patienter bedre mulighed for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom.

Regeringen vil styrke det nære sundhedsvæsen. Det gør vi blandt andet ved at bygge bro mellem sygehus, kommune og almen praksis i 21 nye sundhedsfællesskaber. Borgeren skal opleve, at det offentlige fungerer som et sammenhængende hele og ikke som adskilte siloer. Sundhedsfællesskaberne skal være drivkraft for et bedre samarbejde mellem sygehuset, de alment praktiserende læger og den kommunale indsats, så overgangene bliver mere gnidningsfri, og flere patienter får gode sundhedstilbud tæt på eget hjem – i det lokale sundhedshus.

Men nærhed må aldrig være på bekostning af kvaliteten i behandlingen. Derfor skal vi stadig bruge sygehusene til det, som de er bedst til – den behandling, som kun kan foregå på sygehusene og specialiseret behandling på højt fagligt niveau. Vi skal fortsat have specialeplanlægning i Danmark med en god og fornuftig arbejdsdeling mellem sygehusene i hele landet, så der er den rette erfaring og ekspertise til rådighed ved fx akutte og livstruende sygdomme. Sygehusene skal samtidig være faglige fyrtårne, der bidrager med rådgivning og kompetenceudvikling i det nære sundhedsvæsen.

Regeringen ønsker at understøtte udviklingen i det nære sundhedsvæsen med et ekstraordinært løft. Derfor vil vi etablere en Nærhedsfond på i alt 6 mia. kr. i perioden 2020-25, som kommer oven i den løbende økonomiske prioritering af sundhedsområdet. Fonden vil indeholde penge til nye og moderne sundhedshuse, flere medarbejdere og styrkede kompetencer i det nære sundhedsvæsen øget tryghed på akutområdet, herunder i områder med særlige behov.

Fremover skal mere behandling foregå i nye moderne sundhedshuse, hvor praktiserende læger og andre sundhedspersoner arbejder sammen om den behandling, der er bedst for patienterne. Moderne fysiske rammer og stærke faglige miljøer skal være med til at tiltrække praktiserende læger

og andet sundhedspersonale over hele landet og dermed sikre en bedre lægedækning. Samtidig skal flere opgaver løses i den kommunale sundhedsindsats – og når det er relevant – i tæt sammenhæng med kommunens øvrige tilbud på ældreområdet, i beskæftigelsessystemet eller på socialområdet.

Vi vil styrke den forebyggende indsats, så flere unge lever længere uden sygdom, så færre svækkede ældre skal på sygehuset, og så psykisk sårbare unge får hjælp, inden de udvikler alvorlige psykiske lidelser.

Regeringen ønsker, at der skal være mere sundhedspersonale i kommunerne, og at medarbejderne i kommuner og almen praksis har de rette kompetencer. En ny kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen skal bidrage til at løfte kvaliteten i de kommunale sundhedstilbud, i almen praksis og i de udgående sygehusfunktioner. Det skal i første omgang omfatte forebyggelse, rehabilitering og behandling af de ældre medicinske patienter og patienter med KOL og diabetes, hjertekarsygdomme, muskel-skelet-lidelser samt angst og depression. Der er i dag for stor forskel på, hvor mange sundhedsopgaver kommunerne løfter, og der er forskel på, hvor meget der kan klares hos den praktiserende læge. Regeringen ønsker, at kommuner og almen praksis løfter mere og bedre i hele landet. Hvad der ikke er svært, skal være nært.

Regeringen vil sikre, at alle borgerne kan få hurtig hjælp, hvis de bliver akut syge – også selvom de bor langt fra sygehuset. Regeringen vil efter behov etablere nye akutbiler, akutlægebiler og ambulancer, som hurtigt kan rykke ud, hvis uheldet er ude.

Regeringen vil oprette ét landsdækkende lægevagtnummer til akut visitation og behandling og sikre samme høje kvalitet i hele landet. Det landsdækkende lægevagtnummer 113 skal erstatte de mange forskellige indgange til akut hjælp ved ikke-livstruende sygdom eller skade, der er i regionerne i dag. Man skal fortsat ringe 112, når der er akut livsfare. Sundhedsstyrelsen anbefalede i 2007, at der indføres et landsdækkende telefonnummer,

men regionerne har ikke ført anbefalingen ud i livet.

Et velfungerende sundhedsvæsen er vigtigt for os alle. Derfor skal den politiske retning for sundhedsvæsenet fastsættes nationalt. Den samlede retning for udviklingen af vores samlede sundhedsvæsen skal være klarere, og der skal være større fokus end i dag på fælles løsninger og samarbejde, så de gode løsninger spredes hurtigere til hele landet.

På konkrete områder, skal opgaveløsningen understøttes af en ny myndighed – Sundhedsvæsen Danmark (placeret i Aarhus) – der skal tage sig af den nødvendige koordination og drive udviklingen frem. Det skal blandt andet understøtte en enstregig sundhedsindsats for akut behandling ved pludselig sygdom og skade, og at digitale løsninger udbredes og fungerer på tværs af sygehusene. Opgaver, som ikke bliver løst tilfredsstillende i dag.

Regeringens sundhedsreform er ambitiøs og fokuserer på at løfte indsatsen i det nære sundhedsvæsen og styrke beslutningskraften i det nationale sundhedsvæsen. Reformen betyder, at den regionale sundhedsopgave får en mere driftspræget karakter, hvor nationale beslutninger implementeres. Den opgave skal ikke gøres til genstand for politiske uenigheder, derfor nedlægges regionerne, som vi kender dem i dag.

Fem nye sundhedsforvaltninger skal sikre en stærk sundhedsprofessionel drift af vores sygehuse og fortsætte de gode resultater med styrket specialisering og gennemførelse af den nye sygehusstruktur. De skal kun fokusere på sundhedsopgaver. De opgaver i regionerne, som ikke hører naturligt sammen med sundhed, flyttes til kommunerne og staten. Det drejer sig om opgaver inden for blandt andet trafik, miljø og undervisning.

Med reformen forenkler vi den offentlige sektor og skaber et mere decentralt sundhedsvæsen. Den fremtidige struktur med to led i stedet for tre skaber en enklere opgaveløsning med færre aktører, og ansvarsfordelingen bliver derfor også

klarere. Den nye placering af ikke-sundhedsopgaver vil bidrage til en mere enkel og effektiv offentlig sektor samlet set. Det betyder også, at vi frigør flere ressourcer til sundhedsområdet. Det er ressourcer, der kommer ud over den vækst i de samlede sundhedsudgifter, som også vil finde sted fremover.

Reformen vil give sundhedspersonalet nye muligheder for at bruge deres faglige kompetencer til at skabe nære, sammenhængende og trygge sundhedstilbud for borgerne. Der er ikke tale om, at hele sundhedsvæsenet skal reorganiseres. Medarbejderne i sundhedsvæsenet vil skulle gå på arbejde som hidtil. Vores medarbejdere på sygehuse, i kommunerne og i vores praksissektor er helt afgørende for et velfungerende sundhedsvæsen. Reformen vil skabe mere tid til kerneopgaven – nemlig omsorg og behandling af patienterne.

Med regeringens udspil sættes en klar retning for udviklingen af sundhedsvæsenet de kommende år med flere rettigheder, større nærhed, sammenhæng og højere kvalitet i kommunerne og almen praksis. Der vil være tale om et langt sejt træk at få omstillet og fokuseret sundhedsvæsenet. Men

regeringen sætter hermed en ambitiøs retning. Det skylder vi medarbejderne i vores sundhedsvæsen, der hver dag gør en kæmpe indsats. Det skylder vi dig som patient, pårørende og borger i Danmark.

Regeringen vil indbyde sundhedsvæsenets interessenter for at høre deres synspunkter på regeringens udspil. I kølvandet på disse møder vil regeringen indbyde de politiske partier til forhandlinger om reformen. Målet er, at vi kan indgå en politisk aftale om reformen i foråret 2019. Og at der så igangsættes et grundigt arbejde med at forberede lovgivningen og lave planer for implementeringen.

Den nye organisering af sundhedsvæsenet træder i kraft 1. januar 2021.

Regeringen

Sammenhængsreformen – borgerne skal opleve én offentlig sektor

Sundhedsreformen er en del af Sammenhængsreformen, der skal skabe en bedre og mere sammenhængende offentlig sektor.

Med Sammenhængsreformen skal den offentlige sektor sætte borgeren først. Siloer skal nedbrydes, og der skal skabes sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder i den offentlige sektor. Der skal ryddes op i unødige regler, krav og bureaukrati. Og der skal sikres mere frihed og tillid til medarbejderne.

Alt sammen for at skabe en offentlig sektor, der leverer den bedst mulige service til borgerne.

Sammenhængsreformen består af seks reformspor: Afbureaukratisering. Digital service. Helhedsorienterede indsatser. Unge. Ledelses- og kompetenceudvikling. Sundhed.



Siden 2001 har det danske sundhedsvæsen gennemgået en markant udvikling. Men der er stadig store udfordringer.

1. Status: Et stærkere sundhedsvæsen men fortsat udfordringer

Det danske sundhedsvæsen har de sidste 20 år været gennem en markant udvikling. Der bruges flere penge på sundhed end nogensinde, ventelisterne er kortere, og flere overlever alvorlig sygdom. Men der er også udfordringer. Der bliver flere ældre, og flere får én eller flere kroniske sygdomme. Flere har fået længere til sygehuset, i takt med at meget behandling er blevet samlet og specialiseret for at øge kvaliteten. Endelig er der geografiske forskelle i den service og kvalitet, man får fra sundhedsvæsenet afhængig af, hvor man bor i landet, og der er for lidt fokus på fælles løsninger på tværs.

Så langt er vi nået

Siden 2001 har det danske sundhedsvæsen gennemgået en stor og markant udvikling. De store beslutninger i 00'erne om en strukturreform, specialeplanlægning samt historisk store sygehusinvesteringer har gjort, at sundhedsvæsenet i dag har gode forudsætninger for at imødekomme fremtidens udfordringer. Flere overlever i dag alvorlig sygdom. Det skyldes en markant prioritering af blandt andet kræftområdet samt opbygningen

af en ny sygehusstruktur med færre og mere moderne sygehuse med stærke faglige miljøer.

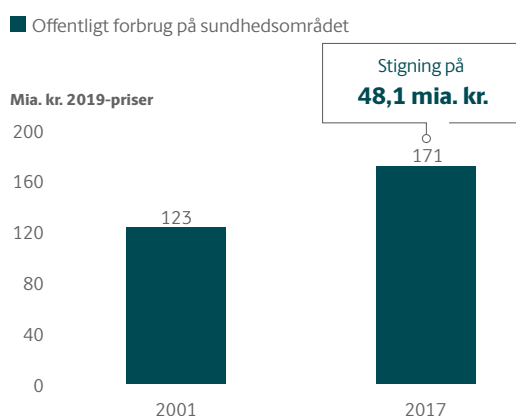
Der bruges flere penge på sundhed end nogensinde. Fra 2001 til 2017 er det offentlige forbrug på sundhedsområdet (kommuner, stat og regioner) steget med godt 48 mia. kr. fra 123 mia. kr. i 2001 til 171 mia. kr. i 2017, jf. figur 1.1. Det er målt i procent en væsentligt større stigning end det offentlige forbrug generelt, jf. figur 1.2.



Der bruges flere penge på sundhed end nogensinde

Figur 1.1

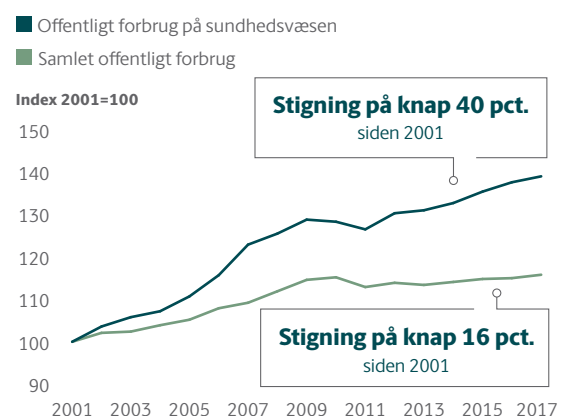
Udviklingen i offentligt forbrug på sundhedsområdet (kommuner, stat og regioner)



Kilde: Danmarks Statistik og Økonomisk Redegørelse, december 2018.

Figur 1.2

Vækst i offentligt forbrug på sundhedsområdet (kommuner, stat og regioner) sammenlignet med vækst i samlet offentligt forbrug.



Kilde: Danmarks Statistik og Økonomisk Redegørelse, december 2018.

Det har bidraget til øget kvalitet og kortere ventelister. Ventetiden til operation er faldet med godt 50 pct. fra 90 dage i 2001 til 42 dage i 2017 i gennemsnit, jf. figur 1.3. Der er samtidig indført rettigheder til fx hurtig udredning og behandling, som sætter patienten i centrum, uanset om sygdommen er fysisk eller psykisk.

Samtidig har de nationale mål for kvalitet og det nye kvalitetsprogram sat fornyet fokus på at sikre den bedst mulige kvalitet i patienternes behandling.

Tilliden til behandlingen på kræftområdet er genskabt, og dødeligheden for både kræft- og hjertesygdomme er reduceret, jf. figur 1.4 og 1.5. Det skyldes især et målrettet fokus på færre, større

supersygehuse – blandt andet med kvalitetsfondsinvesteringer på knap 50 mia. kr. – og stærke faglige miljøer, hvor personalet har øvelse og erfaring.

Den positive udvikling skyldes ikke mindst et dygtigt og engageret sundhedspersonale, som hver dag yder en stor indsats i vores sundhedsvæsen. Og de gode resultater er vigtige at værne om og bygge videre på.

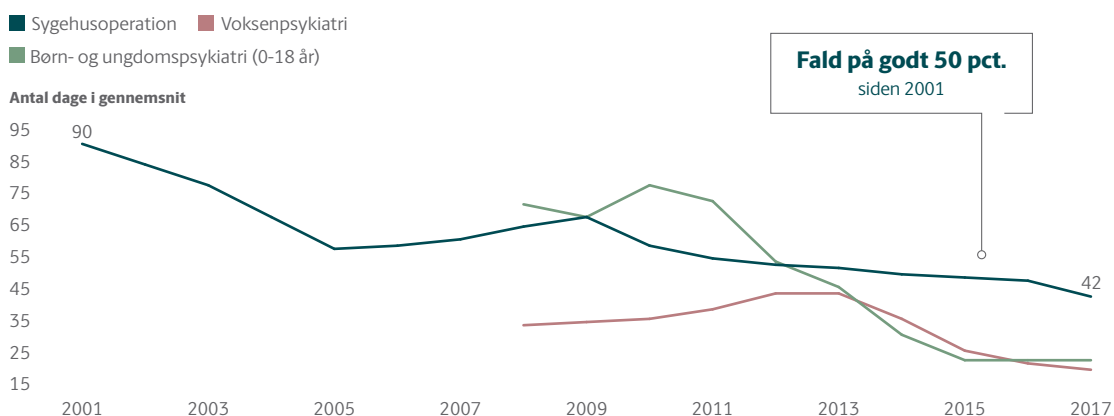
Men der er stadig markante udfordringer i sundhedsvæsenet. Den demografiske udvikling sætter sundhedsvæsenet under pres de kommende år, der er fortsat udfordringer med travlhed og overbelægning på sygehusene, og der er for store geografiske forskelle i det danske sundhedsvæsen.



Kortere ventelister

Figur 1.3

Ventetid til operation eller første kontakt til psykiatrien.



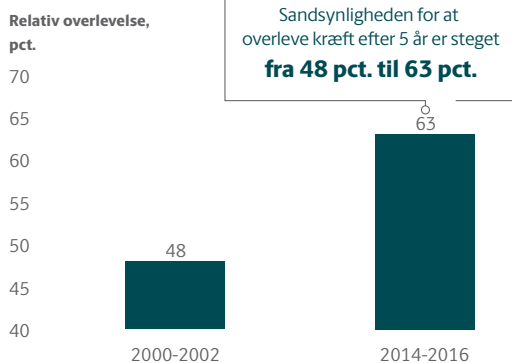
Kilde: www.esundhed.dk for 2005 og frem, for 2001 og 2003 beregninger i Sundheds- og Ældreministeriet, 2002 og 2004 er beregnet som gennemsnit mellem omkringliggende år.



Dødeligheden for både kræft- og hjertesygdomme er reduceret

Figur 1.4

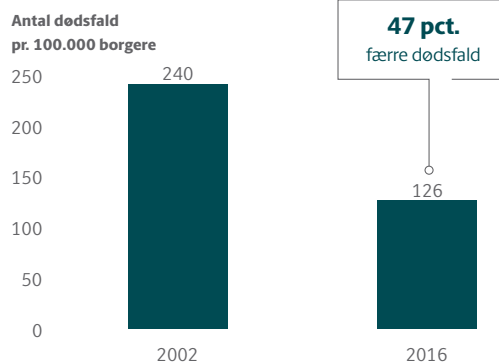
5-års overlevelse efter kræft



Kilde: Cancerregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen
Anm.: Alle kræftformer ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft. Relativ overlevelse kan tolkes som sandsynligheden for at overleve kræft, hvis der ses bort fra andre dødsårsager. Treårs interval er årene for diagnose.

Figur 1.5

Hjertedødelighed



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen
Anm.: Der er opgjort antal dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er indberettet under 'A-08 Hjertesygdomme'. Tallene er aldersstandardiserede.

Flere ældre og flere med én eller flere kroniske sygdomme

Antallet af ældre vil stige – faktisk vil der være ca. 230.000 flere ældre over 75 år i 2030 sammenlignet med i dag, hvor der er knap 470.000 ældre over 75 år, jf. figur 1.6. Det svarer til, at andelen af befolkningen, som er 75 år eller derover, stiger fra 8 pct. i dag til godt 11 pct. i 2030. Samtidig forventes middellevetiden at stige med knap 6 år for mænd og knap 5 år for kvinder frem til 2050, jf. figur 1.7. Middellevetiden forventes således at være 85,8 år for mænd og 88,5 år for kvinder i 2050.

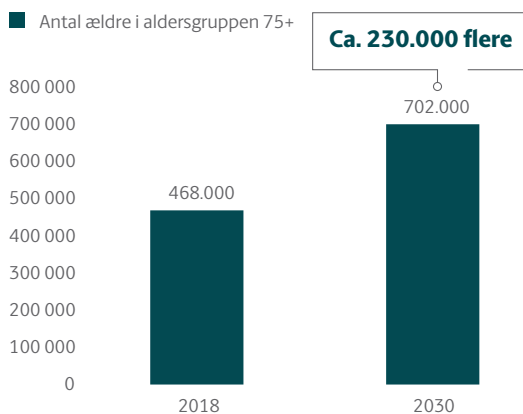
Det er positivt, at den danske befolkning kan forvente at leve længere. Men den demografiske udvikling betyder også, at flere fremover vil have brug for sundhedsvæsenet. Ældre borgere har et større behov for sundhedsydelser og pleje og har oftere en eller flere kroniske sygdomme. Udgifter pr. borger i sundhedsvæsenet stiger markant med alderen. Den gennemsnitlige udgift pr. borger i aldersgruppen 60-69 år er ca. 25.000 kr. til sundhedsvæsenet, mens den for borgere i aldersgruppen 80-89 år er godt 63.000 kr., jf. figur 1.8. Det er især udgifterne i kommunerne til hjemmepleje og hjemmesygepleje, som stiger for ældre borgere.



Andelen af ældre stiger og samtidig stiger middellevetiden

Figur 1.6

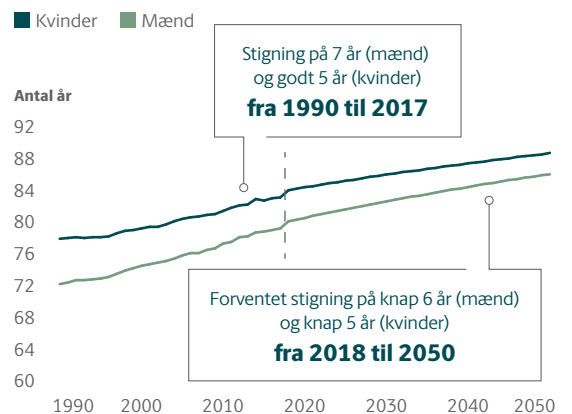
Antal ældre i aldersgruppen 75+ år.



Kilde: Danmarks Statistik og beregninger i Sundheds- og Ældreministeriet.

Figur 1.7

Historisk og forventet udvikling i middellevetiden.



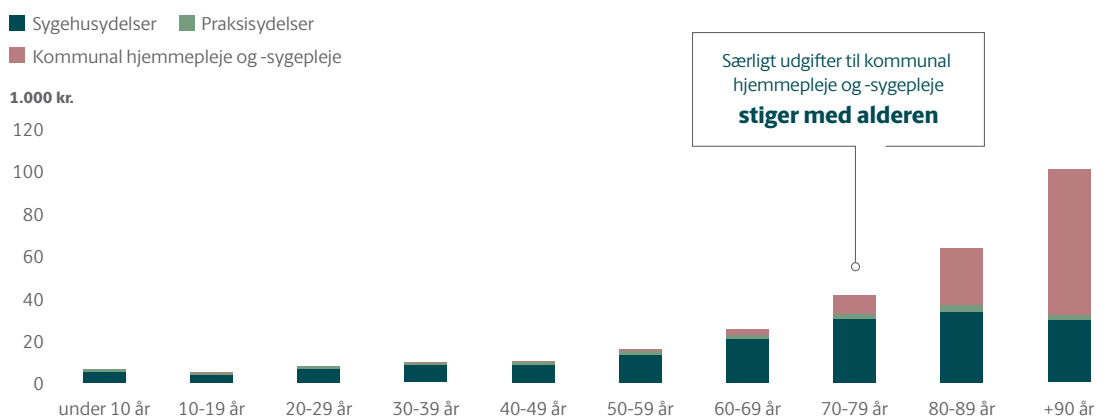
Kilde: Danmarks Statistik og beregninger i Sundheds- og Ældreministeriet.
Anm.: Der anvendes forskellige metoder til beregning af middellevetid i historiske år og fremskrivningsår, og der skal udvises varsomhed i sammenligningen af niveauet i overgangen fra historiske år til fremskrivningsår.



Udgifter pr. borger i sundhedsvæsenet stiger markant med alderen

Figur 1.8

Udgift pr. borger i sundhedsvæsenet og den kommunale hjemmepleje omfattet af frit valg og hjemmesygepleje, efter alder.



Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet.
Anm.: Praksissektor omfatter almen praksis og speciallægepraksis.

Fra 2015 til 2030 er der risiko for, at antallet af borgere med lungesygdommen KOL vil stige med ca. 30 pct., mens antallet af borgere med type 2-diabetes kan stige med helt op til ca. 85 pct., jf. figur 1.9. Samtidig vil flere danskere formentlig lide af flere sygdomme på samme tid. To tredjedele af KOL-patienterne havde i 2015 andre sygdomme ud over deres kroniske lungesygdom, mens dette gjorde sig gældende for næsten halvdelen af diabetespatienterne.

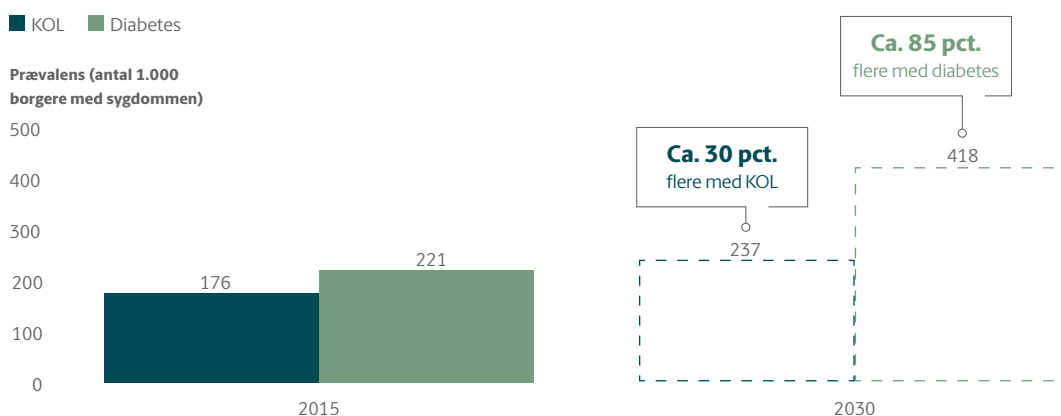
Det ændrede sygdomsbillede hos den ældre befolkning betyder ikke nødvendigvis, at man som ældre også har en dårlig livskvalitet. Flere kan fremover forvente at leve længe og godt på trods af sygdom. Men det stigende antal ældre og borgere med en eller flere kroniske sygdomme vil medføre et øget pres på de ressourcer, der er til rådighed i sundhedsvæsenet, hvilket også kan lægge pres på sundhedspersonalet.



Flere borgere med KOL og type 2-diabetes

Figur 1.9

Fremskrivning af sygdomsudvikling for KOL og type 2-diabetes.



Kilde: Davidsen, M. Jensen, H. A. R. og Thygesen, L. C. (2017): Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

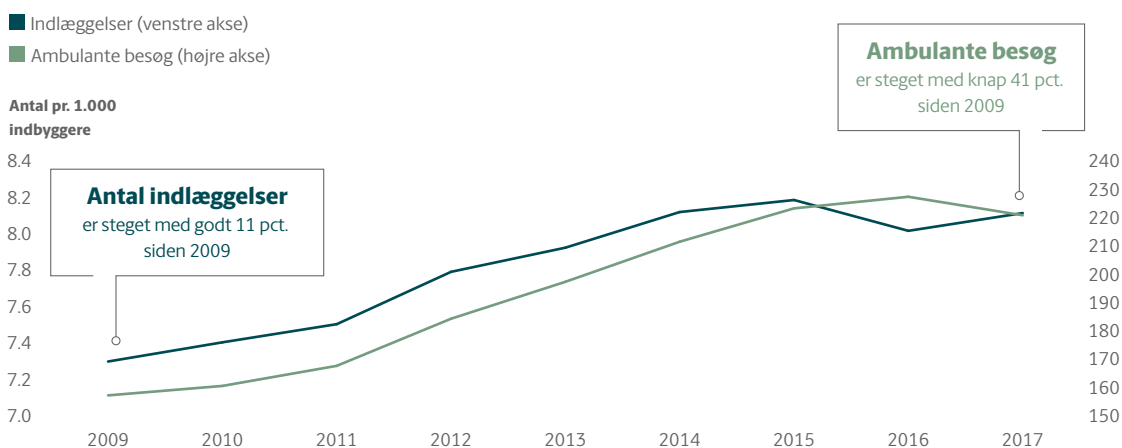
Anm.: Fremskrivningens sidste historiske år er sygdomsforekomsten i 2015, værdien af denne er fra opgørelsen af udvalgte kroniske og svære psykiske lidelser fra september 2016.



Stigende aktivitet i psykiatrien

Figur 1.10

Udvikling i indlæggelser og ambulante besøg i det psykiatriske sygehusvæsen.



Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og beregninger i Sundheds- og Ældreministeriet.

Udfordringer på psykiatriområdet

Der er samtidig udfordringer, når det kommer til danskernes mentale sundhed og antallet af personer, der kæmper med psykiske lidelser. Det kan have store konsekvenser for den enkelte, og det skaber et pres på sundhedsvæsenet, hvilket blandt andet kan ses af en stigende aktivitet på psykiatriområdet. Siden 2010 har 28 pct. flere voksne og 53 pct. flere børn og unge fået hjælp fra sygehuspsykiatrien. Antallet af indlæggelser i det psykiatriske sygehusvæsen er steget med 11 pct. fra gennemsnitligt 7,3 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere årligt i 2009 til gennemsnitligt 8,1 i 2017. Samtidig er antallet af ambulante besøg steget med knap 41 pct. fra gennemsnitligt 160 besøg pr. 1.000 indbyggere årligt i 2009 til gennemsnitligt 220 i 2017, jf. figur 1.10. En tidlig indsats i fx kommunerne kan forebygge forværring af psykiske lidelser og dermed hindre indlæggelser i det psykiatriske sygehusvæsen, som kunne være undgået ved en rettidig indsats.

Der er gjort meget de senere år for at løfte psykiatrien og sidestille psykiske og fysiske lidelser, men der er fortsat store udfordringer.

Brugen af tvang i psykiatrien er fortsat stor, og niveauet har ikke været faldende siden perioden 2011-2013, jf. figur 1.11., hvor et bredt flertal af Folketingets partier lavede en målsætning om at nedbringe tvang i psykiatrien. Således oplever knap 20 pct. af børn én eller flere tvangsforanstaltninger, når de er indlagt i psykiatrien. Det samme gør sig gældende for godt 23 pct. af de indlagte i

voksenpsykiatrien, på trods af at regionerne har forpligtet sig på at nedbringe tvangen i psykiatrien frem mod 2020. Regeringen har i forbindelse med Psykiatриhandlingsplanen fra 2018 desuden opstillet et pejlemærke om, at senest i 2025 skal antallet af børn og unge samt voksne, som er udsat for en eller flere tvangsforanstaltninger i psykiatrien, være halveret i forhold til niveauet for 2017.

Antallet af akutte psykiatriske genindlæggelser har været svagt stigende siden 2009. I 2017 var det således 22 pct. af alle indlæggelser i psykiatrien, som blev efterfulgt af en akut genindlæggelse – dette tal var knap 18 pct. i 2009, jf. figur 1.12.

Lægedækningsudfordringer i almen praksis

Almen praksis som sektor står over for flere store udfordringer – særligt i forhold til manglende kapacitet. Alle har adgang til en praktiserende læge, men i dag har ca. 70 pct. af lægepraksis på landsbasis lukket for tilgang af nye patienter. Det betyder, at mange danskere har svært ved at finde en læge, der modtager nye patienter, hvis de flytter, eller hvis de af andre årsager ønsker at skifte praktiserende læge.

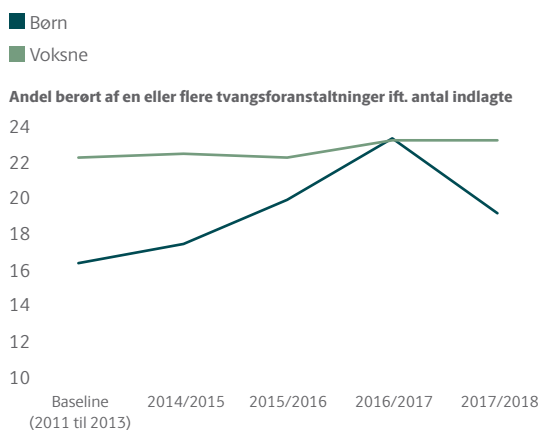
Samtidig er 10 pct. af de praktiserende læger over 65 år, og op mod en tredjedel forventes, ifølge de Praktiserende Lægers Organisation (PLO), at gå på pension inden for 10 år. Dette skal sammenholdes med, at det i de seneste år har været vanskeligt at rekruttere praktiserende læger i nogle dele af landet, ligesom der også er udfordringer med at få unge læger til at vælge almen medicin som speciale



Tvang og genindlæggelser i psykiatrien

Figur 1.11

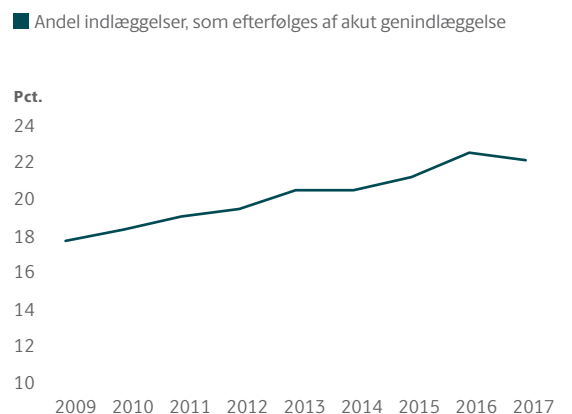
Brug af tvang i psykiatrien.



Kilde: eSundhed.dk
 Anm.: Antallet af børn og unge under 18 år, der er berørt af tvang, er forholdsvis lavt. Det betyder, at en lille stigning i antallet af børn og unge berørt af tvang kan medføre store udsving i andelen.

Figur 1.12

Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage.



Kilde: eSundhed.dk
 Anm.: Genindlæggelser opgøres i nationale mål samlet for alle, og der skelnes dermed ikke mellem børne- og ungepsykiatrien og voksenpsykiatrien ved denne indikator.

i deres videre uddannelsesforløb. Mange danskere risikerer derfor, at deres praktiserende læge lukker praksis inden for de næste år, og de kan få svært ved at finde en ny læge tæt på hjemmet.

Samtidig er der i dag mange speciallæger i almen medicin, der arbejder på sygehusene. For at understøtte en bedre lægedækning over hele landet, er det vigtigt, at disse motiveres til i højere grad at arbejde i almen praksis.

Travlhed og overbelægning på sygehusene

Sundhedsvæsenet har en vigtig opgave i at samarbejde om det stigende antal ældre medicinske patienter. Mange ældre indlægges, selvom det kunne være forebygget, og mange ældre oplever, at der ikke er en tilstrækkelig høj grad af koordination i samarbejdet mellem sygehus, almen praksis og de kommunale tilbud.

Siden 2001 er der ansat 5.800 flere læger og 5.900 flere sygeplejersker på hospitalerne. Den daværende regering aftalte med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti i juni 2016 at løfte indsatsen for den ældre medicinske patient med en national handlingsplan, hvor der blev afsat 1,2 mia. kr. i perioden 2016-2019 og herefter 300 mio. kr. årligt. Midlerne er målrettet en samlet indsats for at modvirke overbelægning og skabe bedre kvalitet og sammenhæng for patienterne. Som en del af handlingsplanen blev der også lanceret en Akutpakke mod overbelægning på sygehusene,

hvor der blandt andet blev afsat 100 mio. kr. i 2016 og 50 mio. kr. årligt fra 2017 og frem til at løfte kapaciteten på sygehusene i form af mere personale. På trods af den styrkede indsats er der stadig perioder med overbelægning på sygehusene. Andelen af senge dage med overbelægning er steget på de medicinske afdelinger fra 2016 til 2017. Den udvikling skal vendes. Overbelægning kan gå ud over patienternes ve og vel, og deres sygdomsforløb kan måske blive unødigt forværret.

Der er allerede gjort en indsats for at uddanne flere læger og sygeplejersker. Dimensioneringen af sygeplejerskeuddannelsen er løbende blevet hævet *jf. figur 1.13*. Antallet af nyuddannede sygeplejersker er steget med 16 pct. fra knap 2.200 færdiguddannede i 2010 til godt 2.500 i 2017, *jf. figur 1.14*.

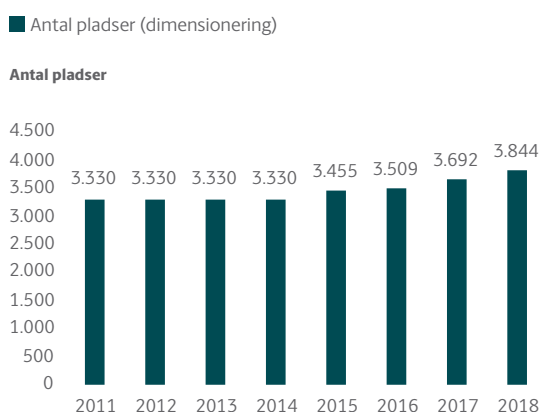
Dimensioneringen på medicinstudiet er ligeledes øget. Fra 2011 til 2015 blev niveauet for dimensioneringen løftet med 50 pladser. Fra 2015 til 2018 blev niveauet løftet med yderligere 50 pladser. Således var der i 2011 1.295 pladser, i 2015 1.345 pladser og i 2018 1.395 pladser på de danske universiteter, *jf. figur 1.15*. Fra sommeren 2019 øges dimensioneringen af bacheloruddannelse i medicin med yderligere 266 pladser fordelt på de fire universiteter. Dimensioneringen på kandidatuddannelsen fastholdes på 1.395, og forskellen skal således fremover tage højde for det frafald, der sker inden påbegyndelsen af kandidatstudiet.



Uddannelse af sygeplejersker

Figur 1.13

Dimensionering på sygeplejeuddannelsen.



Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet på baggrund af data fra Danmarks Statistik og Den Koordinerede Tilmelding.

Anm.: Dimensioneringstal er for studieår, dvs. værdien i 2018 er i virkeligheden dimensioneringen for studieåret 2018/2019 mv.

Figur 1.14

Færdiguddannede sygeplejersker.



Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet.

Antallet af autoriserede læger, dvs. nyuddannede læger, er ligeledes steget med 28 pct. fra godt 1.200 i 2010 til godt 1.500 i 2017, jf. figur 1.16. Der uddannes samtidig flere speciallæger i almen medicin. Således blev der i 2017 udstedt ca. 220 speciallægeanerkendelser i almen medicin. Det svarer til en stigning på godt 31 pct. siden 2010 jf. figur 1.17. Det bemærkes,

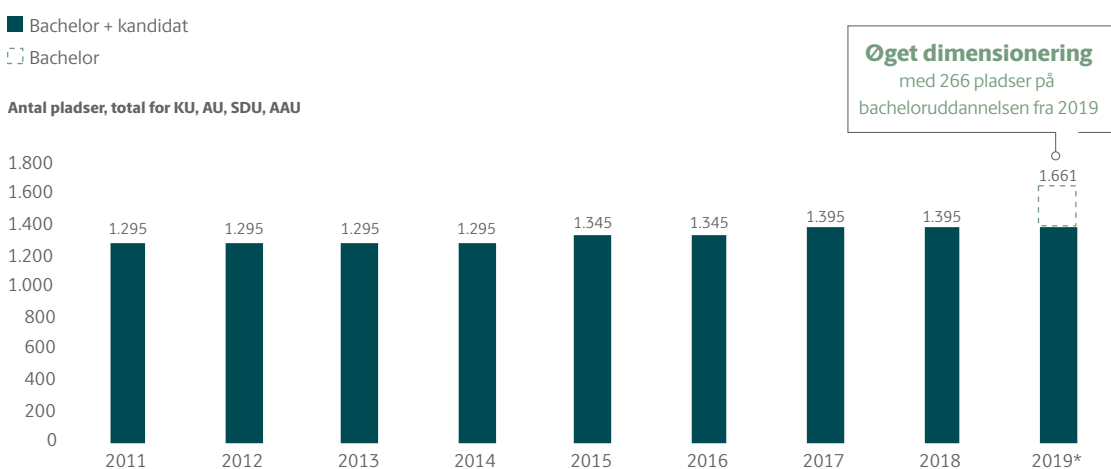
at antallet af uddannede læger ikke kun afhænger af dimensioneringen, men også af andre faktorer, blandt andet ændringer af regler for optagelse på universiteterne, ændringer af regler for studietid og ændringer af indhold og opbygning af den lægelige videreuddannelse.



Uddannelse af læger

Figur 1.15

Dimensionering af medicinuddannelsen (bachelor og kandidat).

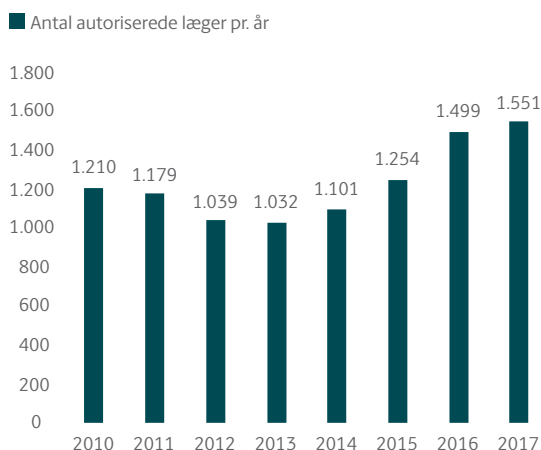


Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet

Anm.: Dimensioneringstal er for kalenderår. Fra 2019 gælder dimensioneringen fra studieår 2019/2020 startende med optaget i sommeren 2019. *Dimensionering for 2019 er for bacheloruddannelsen i medicin. Kandidatuddannelsen i medicin har samme dimensionering i 2019 som niveauet i 2018, mens dimensioneringen af bacheloruddannelsen er fastsat så dimensioneringen fremover tager højde for det frafald, der sker inden påbegyndelsen af kandidatstudiet. Der vil fortsat altid være plads til retskravsbachelorere.

Figur 1.16

Antal autoriserede læger pr. år.

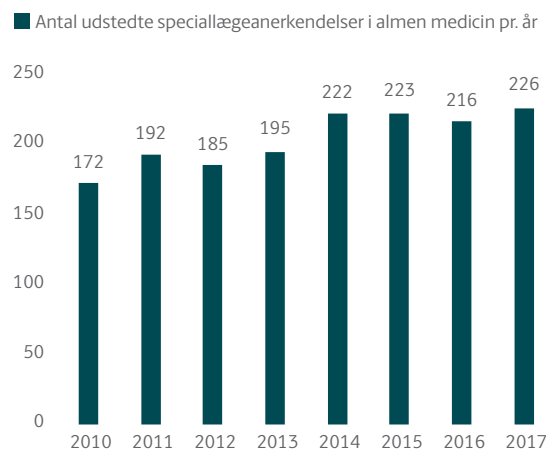


Kilde: Det Statistiske Autorisationsregister (Sundhedsdatastyrelsen)

Anm.: Autorisation af læger med uddannelse fra både Danmark, Norden, EU/EØS og tredje lande. Udenlandske læger, der får autorisation i Danmark, er ikke nødvendigvis nyuddannede.

Figur 1.17

Antal udstedte speciallægeanerkendelser i almen medicin pr. år.



Kilde: Det Statistiske Autorisationsregister (Sundhedsdatastyrelsen)

Dertil kommer, at der udvikles nyere og bedre behandlingsmetoder, som i mange tilfælde kan være til god gavn for patienterne, men som også får udgifterne i sundhedsvæsenet til at stige i takt med, at efterspørgslen på sundhedsydelse øges. Omvendt kan de nye teknologier og muligheder være med til at levere mere sundhed for pengene gennem mere effektive behandlingsforløb, tidligere og mere målrettede indsatser og bedre arbejdstilrettelæggelse.

Forebyggelse af indlæggelser

Det er afgørende, at der i højere grad sættes ind for at undgå de mange u hensigtsmæssige indlæggelser. Først og fremmest af hensyn til patienterne, men også for at imødekomme presset på sygehuse, som forventes at stige de kommende år.

Uhensigtsmæssige indlæggelser udgør en stor andel af aktiviteten på sygehuse. Samlet set udgør udgifterne til forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser ca. 8 mia. kr. årligt eller ca. 20 pct. af den samlede aktivitet forbundet med somatiske indlæggelser.

Det er dog ikke alle disse indlæggelser, som kan forebygges. Indlæggelserne vil ofte i situationen være nødvendige – fx kan genindlæggelser være velbegrundede. Men det er bemærkelsesværdigt, at så mange milliarder kroner relaterer sig til denne type af indlæggelser. Særligt når der samtidig er regionale og kommunale forskelle i udviklingen af forebyggelige indlæggelser.

Dette skyldes blandt andet forskelle i de kommunale indsatser. De ti kommuner, der klarer sig bedst, har 30 procent færre uhensigtsmæssige

indlæggelser blandt ældre hjemmeplejemodtagere end forventet jf. en analyse fra Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. De ti kommuner, der klarer sig dårligst, har 31 procent flere uhensigtsmæssige indlæggelser end forventet. Der er endvidere stor kommunal forskel på, hvor mange af de forebyggelige indlæggelser der er genindlæggelser, jf. figur 1.19.

Den geografiske ulighed gælder også almen praksis. Nogle praktiserende læger henviser næsten alle deres KOL- og diabetespatienter til sygehuset, mens andre tilbyder behandling tæt på patientens hjem og hverdag. Det afhænger blandt andet af, hvordan lægepraksis er indrettet, om de har det rette udstyr, og om der er skabt stærke faglige miljøer fx i sundhedshuse.

Der er også for almen praksis store forskelle i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre patienter. De 50 praksisser med det laveste antal forebyggelige indlæggelser har i gennemsnit 17 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 tilmeldte ældre, mens det for de 50 praksisser med flest forebyggelige indlæggelser er 137 pr. 1.000 tilmeldte ældre, jf. figur 1.20. Der er dog ikke taget højde for patientkarakteristika, men forskellen er bemærkelsesværdig og giver anledning til at se på, om der kan skabes forbedringer igennem øget læring på tværs af praksisser.

Manglende sammenhæng

De forebyggelige indlæggelser kan blandt andet skyldes en manglende sammenhæng mellem sygehuse, praktiserende læger og kommunale tilbud. Det går især ud over de borgere, som netop har brug for overskuelighed og tryghed.

Boks 1.1. Uhensigtsmæssige indlæggelser

Det er vanskeligt at definere og måle en uhensigtsmæssig indlæggelse. Uhensigtsmæssige indlæggelser dækker over de indlæggelser, som kunne være undgået af forskellige grunde. Typisk anvendes forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og akutte korttidsindlæggelser som indikatorer for uhensigtsmæssige indlæggelser.

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser, der ofte er mulige at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen. En forebyggelig indlæggelse betegner en indlæggelse, hvor den primære diagnose tilhører en af følgende diagnosegrupper: Dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud,

ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

Akutte genindlæggelser er en ikke-planlagt og øjeblikkelig indlæggelse, der finder sted senest 30 dage efter seneste udskrivning, og som ikke er henvist fra et andet sygehus eller sygehusafsnit eller har en kræft- eller ulykkesdiagnose.

Akutte medicinske korttidsindlæggelser er en ikke-planlagt og øjeblikkelig indlæggelse, der foregår på en medicinsk afdeling, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelsen.

Sammenhæng mellem sektorer er blevet endnu vigtigere i en tid, hvor patienterne generelt ligger kortere tid på sygehusene. Antallet af sengedage er faldende fra gennemsnitligt 4,2 pr. indlæggelse i 2009 til gennemsnitligt 3,6 i 2017, jf. figur 1.21. Når borgerne udskrives hurtigere, har de mere kontakt med det nære sundhedsvæsen hos kommunen og almen praksis. Det stiller krav om bedre sammenhæng og koordinering, som i dag ikke løses i tilstrækkelig omfang i de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg mellem regionerne, kommunerne og almen praksis.

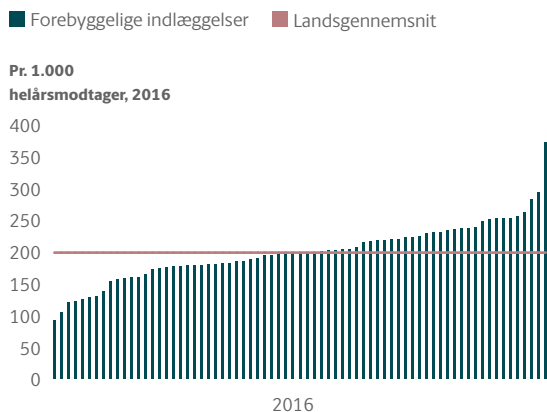
I dag er der flere områder, hvor patienter oplever, at der er en uklar ansvarsfordeling mellem sygehus, almen praksis og kommune. Fx den ældre medicinske patient, som udskrives fra en indlæggelse, uden at kommunen, sygehuset og egen læge har fået afstemt hjemmehjælp og opfølgning. Og personen med psykiske lidelser, som ofte har kontakt med både behandlingspsykiatri, egen læge, sociale indsatser, men også i nogle tilfælde jobcenter og misbrugsbehandling mv., og oplever, at ingen har det samlede ansvar for deres forløb.



Forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser

Figur 1.18

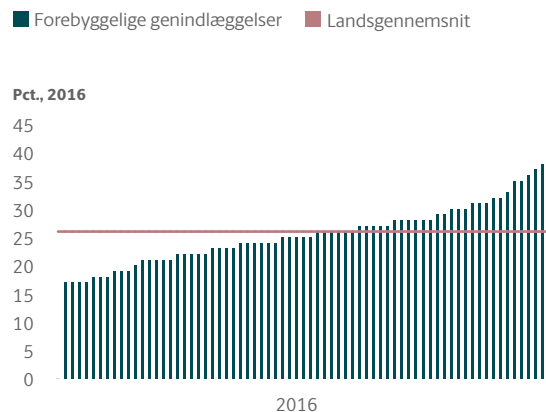
Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere af hjemmepleje på kommuneniveau.



Kilde: Landspatientregisteret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og beregninger i ØIM's Benchmarking enhed.
Anm.: Hver søjle illustrerer én kommune, og den vandrette linje viser landsgennemsnit.

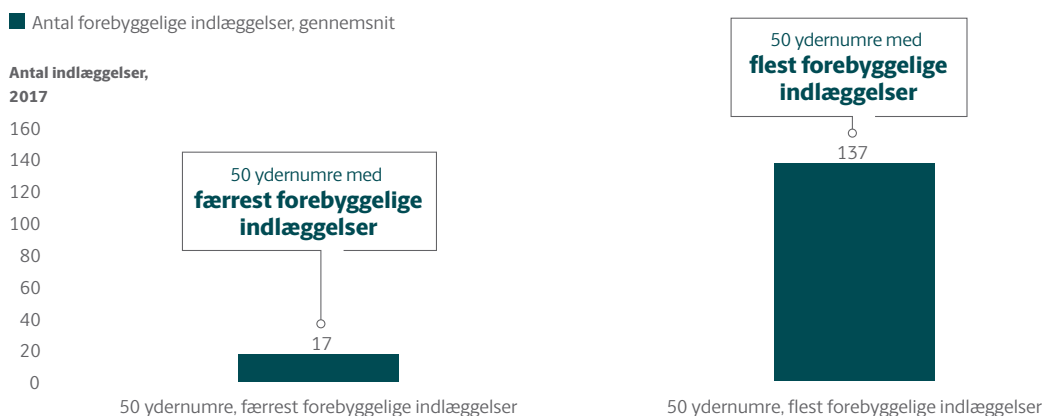
Figur 1.19

Andelen af de forebyggelige indlæggelser, der er genindlæggelser.



Figur 1.20

Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 tilmeldte 65+ årige patienter fordelt efter ydernumre.



Kilde: Yderregisteret (pr. 18. april 2018), Sygesikringsregisteret (pr. 18. april 2018), Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 2017 (pr. 10. april 2018) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Der er ikke taget højde for patientkarakteristika for de tilmeldte 65+ årige patienter på tværs af ydernumre. Det gælder fx forskelle i sygelighed, køn og alder.

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) viste i 2017, at hver femte af de indlagte patienter i det somatiske sundhedsvæsen i ringe grad eller slet ikke oplevede, at sygehuset samarbejdede med den kommunale pleje, da de blev udskrevet fra sygehuset. Dette gjaldt både for planlagte og akut indlagte patienter. Undersøgelsen viser også problemer med manglende sammenhæng i psykiatrien, hvor næsten hver femte af de indlagte voksne i psykiatrien slet ikke oplevede, at de fik hjælp til at tage kontakt til kommunen.

Den manglende sammenhæng skyldes blandt andet, at det kan være svært at få overblik over den enkelte patients situation, fordi relevante helbredsoplysninger ikke altid deles mellem sygehus, den kommunale pleje og de praktiserende læger. Det kan vanskeliggøre samarbejdet om den enkelte patients behandlingsforløb. De kortere indlæggelser øger behovet for præcis og rettidig kommunikation mellem sygehuse og primærsektor, så kommuner og almen praksis er klar til at tage imod.

Geografiske forskelle

Der er ofte forskel på de sundhedstilbud, patienterne tilbydes, alt efter hvor de bor i landet. Det kan kaldes geografisk ulighed i sundhed. Der er i dag forskelle mellem regionerne. Eksempelvis venter patienterne i Region Nordjylland i gennemsnit ca. 2 ½ uge mere på en sygehusoperation sammenlignet med patienterne i Region Midtjylland, jf. figur 1.22.

Udredningsretten overholdes i både de somatiske og psykiatriske udredningsforløb i høj grad i Region Nordjylland (93 pct. overholdt for somatik

og 97 pct. for børne- og ungdomspsykiatri), mens overholdelsen af udredningsretten er lavere i Region Hovedstaden (73 pct. overholdt for somatik og 56 pct. for børne- og ungdomspsykiatri) og i Region Sjælland (69 pct. overholdt for somatik og 88 pct. for børne- og ungdomspsykiatri), jf. figur 1.23 og 1.24.

Der er også forskel på tværs af regionerne i forhold til andelen pakkeforløb for kræft, som gennemføres inden for de anbefalede forløbstider, jf. figur 1.25. I Region Syddanmark gennemføres 82 pct. af pakkeforløb inden for angivne standard forløbstider, mens det kun gælder i 73 pct. af tilfældene i Region Sjælland.

Den geografiske forskel ses også ved, at der i Region Hovedstaden er ca. 70 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre, mens tallet i Region Syddanmark er knap 50, jf. figur 1.26. Og antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 voksne borgere med KOL varierer fra ca. 450 i Region Syddanmark til ca. 640 i Region Hovedstaden, jf. figur 1.27. Samtidig bæltefikseres knap 9 ud af 100 af de indlagte psykiatriske patienter i Region Midtjylland, mens det kun er tilfældet for knap 4 ud af 100 indlagte psykiatriske patienter i Region Hovedstaden, jf. figur 1.28.

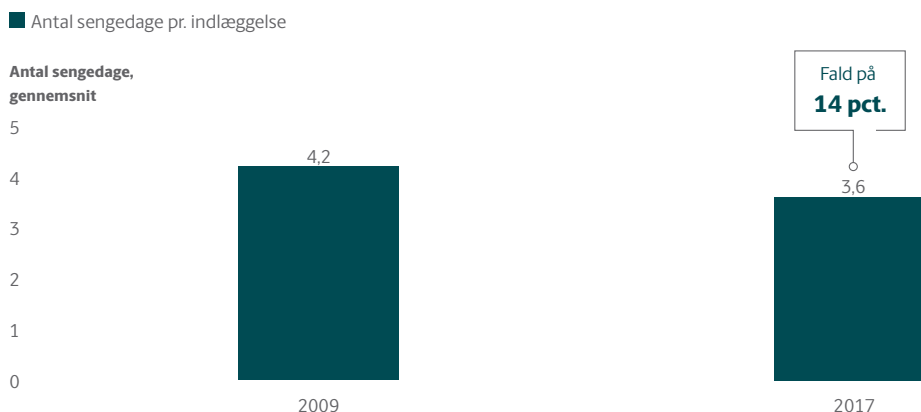
Og i Region Midtjylland overlever 35 pct. mindst 30 dage efter hjertestop, mens blot 23 pct. overlever mindst 30 dage i Region Sjælland, jf. figur 1.29. Forskellen mellem regionerne skal dog tages med forbehold, da opgørelserne kan være påvirket af blandt andet forskelle i registreringspraksis samt sammensætning af population jf. også note til figur.



Antal sengedage pr. indlæggelse er faldende

Figur 1.21

Sengedage under indlæggelse, somatiske sygehusvæsen.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.

Patientrettigheder efterleves ikke ens

Danmark har nogle af de stærkeste patientrettigheder i verden. Rettighederne er løbende blevet udvidet og styrket siden indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993 og det udvidede frie sygehusvalg i 2002. Senest har patienter fået en reel ret til hurtig udredning og behandling i 2016 og ret til hurtig genoptræning efter sygehusindlæggelse i 2018. Derudover er der fastsat regler om maksimale ventetider for undersøgelse og behandling på kræftområdet og for visse hjertesygdomme.

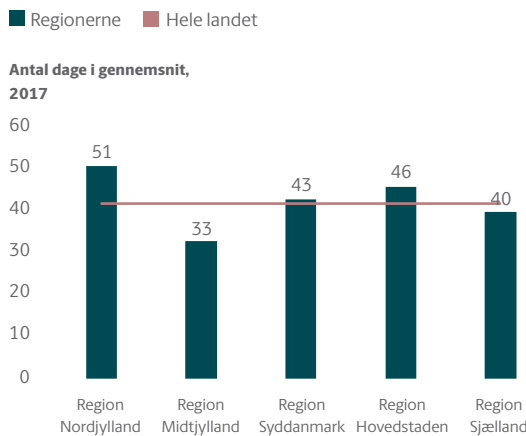
Patientrettighederne har været med til at sætte patienten i centrum og givet den enkelte større indflydelse i eget behandlingsforløb og mulighed for selv at vælge fx et privat behandlingssted. De grundlæggende patientrettigheder er stærke – når de implementeres korrekt – og har været med til at løfte det danske sundhedsvæsen til gavn for patienterne. Men patientrettighederne har ingen værdi, hvis de ikke efterleves og overholdes korrekt.



Geografiske forskelle i ventetider

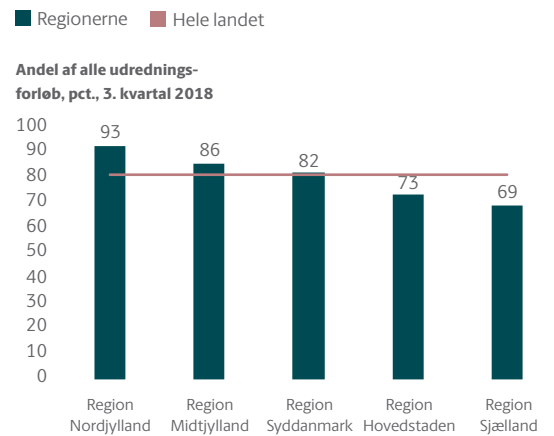
Figur 1.22

Ventetid til operation.



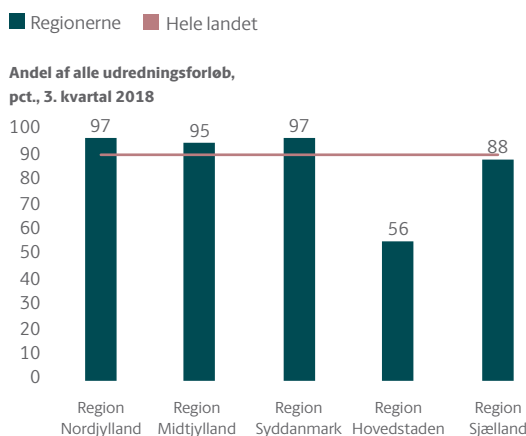
Figur 1.23

Somatiske udredningsforløb, hvor udredningsretten er overholdt.



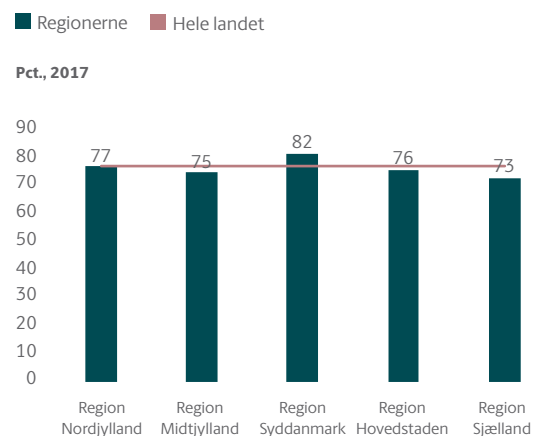
Figur 1.24

Psykiatriske udredningsforløb, hvor udredningsretten er overholdt (børn og unge).



Figur 1.25

Andel pakkeforløb for kræft gennemført inden for angivne standardforløbstider.



Kilde: Nationale mål for sundhedsvæsenet 2018, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen
 Anm.: Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstadens Psykiatri fra og med maj 2017 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan have indflydelse på opgørelsen.



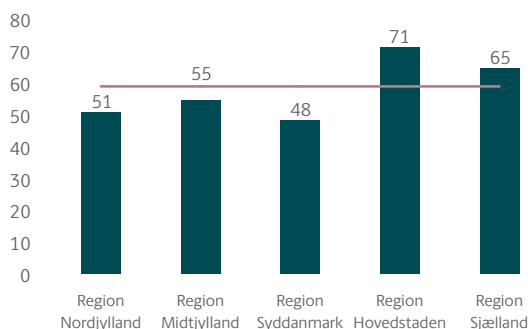
Geografiske forskelle i indsatsen

Figur 1.26

Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ år).

Regionerne Hele landet

Antal indlæggelser
pr. 1.000 ældre, 2017

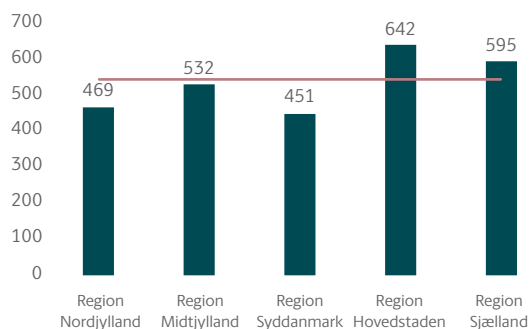


Figur 1.27

Akutte indlæggelser blandt voksne borgere (18+ år) med KOL.

Regionerne Hele landet

Antal pr. 1.000 borgere
med KOL, 2017

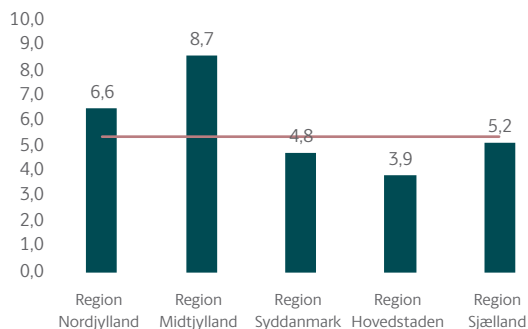


Figur 1.28

Indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres.

Regionerne Hele landet

Andel af alle indlagte,
pct., 2017

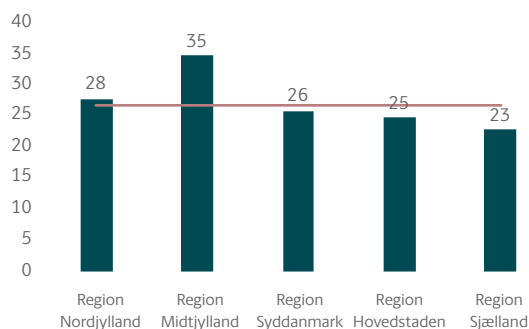


Figur 1.29

Andel af patienter som overlever mindst 30 dage efter hjertestop.

Regionerne Hele landet

Pct., 2017



Kilde: Nationale mål for sundhedsvæsenet 2018, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Register over Anvendelse af Tvang i Psykiatrien og Danske Regioner.

Anm.: Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan desuden have indflydelse på opgørelsen. Figur 1.27: Indførelsen af de fælles akutmodtagelser (FAM) har medført en løbende registreringsomlægning, hvor patienter, der modtages og færdigbehandles på FAM'en, indberettes til Landspatientregisteret som akutte ambulante kontakter og dermed ikke indgår i indikatoropgørelsen. Det kan betyde, at antallet af indlæggelser undervurderes og påvirke muligheden for sammenligning over tid og mellem regioner. Figur 1.29: I DANARREST's årsrapport for registrering af hjertestop på hospital for 2017 er der beregnet konfidensintervaller for hele landet og for de enkelte regioner. Heraf fremgår det, at den afbillede forskel i figur 1.29 ikke er signifikant.

Der er udfordringer inden for nogle af patientrettighederne, som samlet set betyder, at danske patienter reelt ikke stilles på samme måde i hele landet. Der er forskelle på tværs af regionerne i forhold til, om udredningsretten overholdes, særligt inden for somatikken, men også inden for psykiatrien, jf. figur 1.23 og 1.24. Samtidig har Rigsrevisionen i deres beretning om udredningsretten (november 2018) konkluderet, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at patienter har lige adgang til hurtig udredning. Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i mange tilfælde ikke overholder lovgivningen, når patienterne udredes, og der er ikke en ensartet forståelse på tværs af regionerne af, hvornår udredningsretten er overholdt, hvilket medfører forskelle i registreringspraksis. Dette gør det svært at sammenligne og finde frem til, hvor de reelle problemer er. Konsekvensen er, at patienter i det danske sundhedsvæsen ikke nødvendigvis får det tilbud om hurtig udredning, som de har ret til, og at det kan komme an på, hvor de bor i landet.

Samtidig kan der være en række barrierer for patienter for at bevæge sig frit på tværs af regionsgrænserne. Det kan være forskelle i information, tilgængelig vejledning og hjælp i forbindelse med sygehusvalg, der reducerer patienternes muligheder for at gøre brug af fx det frie sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg og dermed for at blive hurtigere behandlet i andre regioner. Samtidig kan størrelsen af den mellemregionale betaling potentielt udgøre en barriere.

Endelig er der forskel på, hvilke rettigheder man har som patient, alt efter om man skal behandles på et sygehus, eller om man skal modtage behandling hos en praktiserende speciallæge. Det er til trods for, at der er et betydeligt opgavesammenfald mellem de to sektorer. Det er ofte et spørgsmål om organisering, om man som patient henvises til en praktiserende speciallæge eller til ambulante behandling på sygehuset. Dog varetager sygehuse blandt andet på grund af specialeplanlægningen generelt behandlingen af mere komplicerede sygdomme end speciallægepraksis.

Behov for flere fælles løsninger

Det er en udfordring, at der er forskel på den måde, som sundhedssystemet er indrettet på, alt efter hvor man bor eller befinder sig i landet.

På det højt specialiserede behandlingsområde er der – på trods af, at der på flere områder er etableret samarbejder på tværs af regionerne – fortsat problemer med at samarbejde om at dele kapacitet og patienter. Det betyder, at man som patient kan være på venteliste til behandling ét sted i landet, mens der er ledig kapacitet et andet sted i landet.

Digitaliserings- og dataområdet er præget af en begrænset prioritering af systemer og løsninger, der kan understøtte sammenhæng og samarbejde på tværs af regioner og mellem regioner, kommuner og almen praksis. Det betyder, at der fortsat ikke er fuld deling af relevante oplysninger, at man ikke trækker på fælles infrastruktur og standarder, og at der udvikles særlige løsninger, som faktisk allerede er udviklet andre steder i landet. Det gælder fx når regionerne sideløbende udvikler apps til at dække de samme behov hos en patientgruppe i stedet for at samarbejde om en fælles løsning.

Endelig er indsatsen ved pludselig opstået skade eller sygdom organiseret og tilrettelagt forskelligt i de enkelte regioner, også afhængig af hvad tid det er på døgnet. Det betyder, at det kan være svært som borger og patient at vide, hvad man har at forholde sig til, når uheldet er ude, og man har behov for hjælp fra sundhedsvæsenet.

Det er ikke godt for patienterne, og det er ikke tilfredsstillende for medarbejderne i sundhedsvæsenet.



Moderne sundhedshuse
giver bedre rammer for,
at patienter fx kan få
genoptræning og andre
sundhedstilbud under
samme tag.

2. Regeringens vision for fremtidens sundhedsvæsen

Fremtidens sundhedsvæsen skal sætte patienten først, så alle uanset bopæl har stærke rettigheder i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet skal kunne forebygge bedre og levere mere sammenhæng i behandlingen – på tværs af de forskellige sundhedstilbud i kommunen, på sygehuset og hos den praktiserende læge. Fremtidens sundhedsvæsen skal sikre, at flere patienter modtager en god behandling i deres nærmiljø, og at der er en god service og kvalitet i sundhedstilbuddene, uanset hvor man bor i landet.

Behov for en ny samlet retning og organisering

Den store indsats på sundhedsområdet har siden 2001 resulteret i kortere ventelister, en øget behandlingskvalitet og en forbedret overlevelse i Danmark, *jf. kapitel 1*. En samling og specialisering af behandlingen på nye moderne supersygehuse bidrager til, at patienter i dag kan forvente en væsentlig bedre kvalitet i deres behandling end tidligere. Det er resultater, som det danske sundhedsvæsen kan være stolt af, og som skal bibeholdes - med fortsat fokus og prioritering.

Men verden har flyttet sig. Sundhedsvæsenet i dag er meget forskelligt fra det sundhedsvæsen, vi havde for bare 20 år siden. Ny teknologi og nye lægemidler betyder, at vi står over for nogle andre udfordringer og har flere muligheder end før. Det er i dag muligt at leve godt og længe med sygdomme, der tidligere var dødelige. Udfordringen er, at kroniske sygdomme kræver en livslang behandling og opfølgning. Heldigvis giver nye behandlingsmetoder mulighed for, at flere lidelser kan behandles lokalt og på et mindre specialiseret niveau.

Regeringens sundhedsreform er baseret på en lang række analyser og udvalgsarbejder om udfordringer og muligheder for fremtidens sundhedsvæsen *jf. bilag A*. Samtidig har regeringen allerede taget væsentlige initiativer til at forbedre

sundhedsvæsenet og imødekomme fremtidens udfordringer på sundhedsområdet blandt andet med arbejdet i lægedækningsudvalget og udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, *jf. boks 2.2 og 2.3*.

Regeringen vil med sundhedsreformen sætte en ambitiøs retning for sundhedsvæsenet, så det er muligt at bevare og bygge videre på de gode resultater, som vi har i dag. Reformen er en fremtidssikring af sundhedsområdet. Forarbejdet viser, at det ikke er nok at gøre som hidtil, hvis sundhedsvæsenet skal imødekomme fremtidens udfordringer med flere ældre og flere med kroniske og psykiske lidelser. Udfordringerne løses ikke ved blot at ansætte flere læger eller sygeplejersker. Der skal mere grundlæggende ændringer til. Hvis der ikke handles i tide, vil sygehusene blive udfordrede og personalet blive presset. Det risikeres, at de gode resultater eroderer. Derfor skal der sættes ind med handling nu. Det er rettidig omhu.

Regeringens vision for sundhedsvæsenet

Det næste store indsatsområde for det danske sundhedsvæsen er at løfte de nære sundhedstilbud, så de rette ressourcer er til stede til at gribe borgerne uden for sygehusene – uden at gå på kompromis med kvaliteten. Det er nødvendigt for at imødekomme den stigende efterspørgsel fra en ældre befolkning og det øgede antal af mennesker med psykiske lidelser. Men det er også en

forudsætning for at skabe øget sammenhæng og nærhed i behandlingen, der kommer alle borgere til gavn.

Regeringens sundhedsreform har fire overordnede indsatsområder for fremtidens sundhedsvæsen:

Sammenhæng. Sundhedsvæsenet skal levere sammenhæng og overblik

Nærhed. Behandling skal ske så tæt på hjemmet som muligt

Kvalitet. Der skal være samme høje kvalitet i hele landet

Patienten først. Alle patienter skal opleve stærke patientrettigheder i sundhedsvæsenet

Mere sammenhæng

Alle skal opleve mere sammenhæng og bedre overblik i deres kontakt med sundhedsvæsenet.

Som patient og borger i Danmark skal man have den behandling og pleje, som man har behov for. Og som patient skal det i princippet være ligegyldigt, om det er sygehusets, kommunens eller den praktiserende læges ansvar at levere det. Det, der er vigtigt, er, at alle har fokus på at gøre det bedste for patienten, og at der er et godt og velfungerende samarbejde mellem de tre sektorer, hvor sundhedsvæsenets personale får gode rammer for at løse deres opgaver.

I disse år slår nye moderne **supersygehuse** dørene op landet over. De nye sygehuse udgør rammen for de fælles akutmodtagelser og en samling af specialerne i sundhedsvæsenet, der blandt andet forbedrer behandlingen for kræft og betyder flere succesfulde hjerteoperationer. Det er godt og vigtigt. Men samling og specialisering skal gå hånd i hånd med udviklingen af stærke sundhedstilbud også i det nære sundhedsvæsen – tæt på borgerne.

Regeringen ønsker, at sygehusene fremover bidrager til, at der er flere sammenhængende og effektive patientforløb uden for sygehusene. Et besøg på sygehuset skal være en rejse værd – ellers skal

behandlingen kunne foregå i eller tæt på borgerens eget hjem. Hvad der ikke er svært, skal være nært. Sygehusene skal stille deres ekspertise til rådighed og have en mere rådgivende og serviceerende rolle i forhold til almen praksis og kommunale sundhedstilbud. Fx skal sygehusene levere god rådgivning af almen praksis og en hurtig diagnosticering af patienter med komplekse symptomer. Samtidig skal sygehusene kunne være sikre på, at de lokale sundhedstilbud, som de henviser videre til, er af høj kvalitet. Et styrket samarbejde mellem specialisterne på sygehusene og det nære sundhedsvæsen skal understøtte, at sundhedsvæsenet arbejder mere helhedsorienteret, og at der er en god og løbende faglig udvikling hos det samlede sundhedsvæsenets personale.

De **praktiserende læger** spiller allerede en helt afgørende rolle for borgeren. Ofte er egen læge den, der møder borgerne første gang, de henvender sig i sundhedsvæsenet, og her er den praktiserende læge ansvarlig for, at borgeren bliver sendt videre til forebyggelses- eller behandlingstilbud i sundhedsvæsenet, hvis der er behov for det. Samtidig har den praktiserende læge et stort ansvar, når det gælder om at sikre sammenhæng i patientforløbet og sikre, at borgerne oplever en velkoordineret indsats mellem deres egen læge, kommunen og sygehuset.

Når de praktiserende læger fortsat skal udgøre et centralt element i fremtidens sundhedsvæsen, er der brug for en stadig udvikling og modernisering af sektoren. Det sætter sektoren under pres, at opgaver flyttes fra sygehusene og ud til almen praksis samtidig med, at antallet af ældre og mennesker med psykiske lidelser stiger. Der er derfor brug for, at kapaciteten øges, at de praktiserende lægers ressourcer og kompetencer understøttes og udnyttes bedre, og at der sker en udvikling i de måder, som de praktiserende læger kan tilbyde behandling på. Der skal etableres større enheder, hvor lægerne kan skabe et stærkt fagligt miljø med mere hensigtsmæssig brug af personaleressourcer fx i nye moderne sundhedshuse. Det skal understøtte, at kvaliteten i almen praksis ensartes på tværs af landet, og at der sikres bedre lægedækning i hele landet.

Kommunerne har allerede i dag ansvaret for mange sundhedstilbud og befinder sig tæt på den enkelte borgers hverdag. Der er imidlertid uensartede tilbud og muligheder i de enkelte kommuner i dag. Det betyder, at det ofte er svært for personalet på sygehusene og for de praktiserende

læger at vide, hvilke tilbud og hvilken kvalitet den enkelte kommune tilbyder borgerne på sundhedsområdet. Samtidig løser kommunerne mange nye og mere komplekse opgaver på sundhedsområdet, og de mangler mere faglig understøttelse fra Sundhedsstyrelsen for at kunne løse opgaverne bedst muligt.

Regeringen vil understøtte sundhedstilbuddene i kommunerne. Så der fremover er en øget kvalitet og mere ensartede tilbud i hele landet. Så alle borgere i Danmark kan være sikre på at modtage et godt kommunalt sundhedstilbud af høj kvalitet. Det er fx, når en ældre patient udskrives fra hospitalet efter en hofteoperation og skal have genoptræning for at kunne klare sig selv igen. Eller når KOL-patienten har behov for besøg og kontakt med hjemmesygeplejersken flere gange om ugen for at undgå at blive indlagt på sygehuset. Og når en borger med psykiske lidelser har brug for et socialpsykiatrisk tilbud.

Regeringen vil oprette **21 stærke sundhedsfællesskaber**, som skal bygge bro mellem sygehus, den praktiserende læge og sundhedstilbuddene i kommunerne, og som skal sikre sammenhæng i patienternes forløb. Fagligheden hos lægen, psykiateren, sygeplejersken og hjemmehjælperen skal endnu mere i spil, og de skal tale sammen med udgangspunkt i patientens behov. Her vil de nye sundhedsfællesskaber blive en værdifuld ramme for samarbejde på tværs af sundhedssektorerne.

Sundhedsfællesskaberne skal blandt andet være rammen for **flere fælles løsninger** med fælles finansiering på tværs af kommune, almen praksis og sygehuse. For at sikre sammenhæng på tværs af sektorer ønsker regeringen at **fjerne nuværende barrierer for samarbejde på tværs**. Det vil muliggøre forskellige former for samarbejde, som fx tværgående brobyggerisygeplejersker og modeller for fælles ledelse.

Derfor vil regeringen fx sikre de rette rammer for samarbejdet ved at gøre det lettere at koordinere behandlingen og dele **relevante helbredsoplysninger** på tværs af sygehus, almen praksis og kommune, så borgerne møder velforberejdede sundhedspersoner, som kender deres sygdomshistorie og kender næste skridt. Det handler om, at patienter og pårørende selv kan få bedre overblik over deres eget forløb, og at de, som vil og kan, tager en mere aktiv rolle i at håndtere det. Og det handler om, at de patienter, som ønsker det, kan bede om at få en

ekstra hjælpende hånd, så de føler sig trygge. Det kræver, at der er gode rammer for digitalt samarbejde, at de fælles tekniske løsninger prioriteres og tages i brug af alle, og at lovgivningen understøtter, at relevante helbredsoplysninger bliver udvekslet og kan deles. Så de rigtige oplysninger er i de rigtige hænder på det rette tidspunkt.

Mere nærhed

Flere skal opleve behandling og pleje tættere på eller i eget hjem.

Som patient i fremtidens sundhedsvæsen skal man opleve en nemmere hverdag, end man har i dag. Det er nødvendigt at opbygge et mere finmasket sundhedsvæsen, hvor de praktiserende læger og sundhedspersonalet i kommunerne tager hånd om en betydelig del af de behandlinger og kontroller, der i dag foregår på sygehusene.

Visionen om **øget nærhed** indebærer ikke et ønske om at genoprette de gamle lokale sygehuse, hvor alle typer operationer og behandlinger fandt sted. Fejlbehandlingerne var for mange, og kvaliteten var for lav. Det er derfor nødvendigt at bevare en samling og specialisering på moderne supersygehuse for at bibeholde og udvikle den gode kvalitet i behandlingen.

Tiden er imidlertid moden til, at sundhedsvæsenet også bliver mere nært og tilgængeligt i den enkelte borgers hverdag. Fordi nærhed også kan være en kvalitet i sig selv, da det betyder en øget tilgængelighed til sundhedstilbuddene og kan bidrage til at skabe mere tryghed hos den enkelte borger.

Nye sundhedshuse skal medvirke til at forbedre patientbehandlingen, aflaste lægerne og sikre faglig udvikling for at imødekomme fremtidens flere og mere komplekse sundhedsopgaver. Sundhedshuse kan have forskellig karakter. Der kan være tale om et lægehus, hvor der er ansat flere læger og praksispersonale, fx sygeplejersker. Der kan også være tale om et større kommunalt eller regionalt ejet sundhedshus, der lejes ud til privatpraktiserende sundhedspersoner, herunder læger, fysioterapeuter, psykologer mv. Fælles for husene er, at de praktiserende læger flytter sammen med andre læger og andre sundhedsfagligheder, hvor fx jordemødre kan sidde dør om dør med sundhedsplejersker. Det betyder for patienterne, at man kan undgå en længere tur til sygehuset eller at skulle

flere steder hen, når man både har en aftale hos lægen og fysioterapeuten.

Når flere patienter behandles i det nære sundhedsvæsen, frigøres tid og ressourcer på sygehusene til, at medarbejderne kan tage sig af patienter med mere komplicerede lidelser. Uden at det går ud over kvaliteten i behandlingen.

Dermed er det også muligt at gøre en indsats mod overbelægning på sygehusene. Det vil sige, når der er flere indlagte patienter, end hvad der er beregnet plads til. Andelen af overbelægningsdage er steget på de medicinske afdelinger fra 2016 til 2017. Den udvikling skal vendes. Overbelægning går både ud over den enkelte patient og personalet på sygehusene. Overbelægning kan betyde, at patientsikkerheden forringes. Det kan gøre det svært at udføre den bedst mulige behandling, og i værste fald kan det gå ud over patientens ve og vel, og deres sygdomsforløb kan blive unødigt forværret.

Den periodevise overbelægning på de danske sygehuse kan blandt andet skyldes, at sygehusene sander til i uhensigtsmæssige indlæggelser, som i mange tilfælde kunne være forebygget eller undgået ved en tidligere og bedre indsats i det nære sundhedsvæsen.

Regeringen ønsker, at alt hvad der kan løses i eller tæt på patientens hjem med tilsvarende høj kvalitet og uden større ressourcebrug, skal løses i eller tæt på patientens hjem og hverdag. Det betyder også, at der skal være **flere medarbejdere og styrkede kompetencer i kommunerne**, så man som borger og patient får den bedst mulige behandling, som både er af høj kvalitet og foregår i trygge rammer.

En ny **kvalitetsplan** for det nære sundhedsvæsen skal sætte standarder for høj faglighed og kvalitet over hele landet. Kvalitetsplanen skal løfte den generelle kvalitet i kommuner, almen praksis og udgående sygehusfunktioner med fokus på at forbedre forebyggelsen i det nære sundhedsvæsen og sikre færre forebyggelige indlæggelser på sygehuset.

Samtidig skal der med kvalitetsplanen skabes fokus på, hvilke behandlinger der fremover kan flyttes ud fra sygehuset og bedre kan blive udført i regi af det nære sundhedsvæsen i almen praksis og i kommunerne.

Regeringen vil give det nære sundhedsvæsen et ekstraordinært løft ved at etablere en **Nærhedsfond på 6 mia. kr.** i perioden 2020-25. Midlerne kommer ud over de midler, der ellers afsættes til sundhedsområdet over de kommende år.

En ny **nærhedsfinansiering**, der er trådt i kraft fra 2019, skal understøtte, at der skabes mere sammenhæng mellem sygehus, kommuner og almen praksis, og at mere behandling flyttes ud af sygehuset og tæt på borgeren. Dermed flyttes fokus væk fra at øge antallet af behandlinger på sygehusene.

Mere kvalitet

Alle skal have samme høje kvalitet i sundhedstilbuddene, uanset hvor de bor eller befinder sig i landet.

Det nære sundhedsvæsen skal selvfølgelig ikke tage sig af større operationer eller behandlinger for fx kræft eller bipolar lidelse, der kræver særlig ekspertise og udstyr, der kun er på sygehusene. Borgere, som har behov for den erfaring, ekspertise og udstyr, som er på sygehusene, skal selvfølgelig fortsat på sygehuset. Kvaliteten skal være i højsædet – den vil regeringen aldrig gå på kompromis med. Men regeringen vil fremme et mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor den specialiserede behandling koordineres bedre og arbejder tæt sammen med det nære sundhedsvæsen.

Fælles it-løsninger og aftaler om digitalt samarbejde skal planlægges mere samlet og prioriteres højere, så investeringer koordineres, og der ikke bruges tid og ressourcer på at udvikle løsninger, som faktisk allerede findes andre steder, eller som kun bør udvikles én gang nationalt. Det gælder fx it-løsninger til tilkald ved hjertestop og lignende, hvor det ikke giver mening, at regionerne har forskellige løsninger. Samtidig skal alle aktører koble sig op på den fælles nationale infrastruktur, der bruges til at udveksle relevante oplysninger om pleje og behandling.

Et forpligtende nationalt samarbejde skal sikre, at patienter med behov for **højt specialiseret behandling** ses som fælles patienter på tværs af sygehusene, så udredning og behandling sker så hurtigt som muligt og med en effektiv udnyttelse af kapaciteten på tværs af landet.

Der skal desuden i højere grad følges op på, hvad der virker og ikke virker. **Mere viden og data om det nære sundhedsvæsen** og patientens samlede forløb skal derfor vise effekten og kvaliteten af kommunernes og almen praksis' indsatser og resultater. Synlighed om de nære indsatser skal give sikkerhed for, at kvaliteten fastholdes og udvikles systematisk, når opgaver flyttes fra sygehusene.

Regeringen vil sikre, at alle borgere i Danmark kan være trygge ved, at de får den nødvendige hjælp, hvis de bliver ramt af akut sygdom eller kommer ud for en ulykke.

Derfor ønsker regeringen også, at alle borgere, der kommer ud for akut sygdom eller skade hurtigt, **nemt og enkelt har adgang til den nødvendige akutte hjælp**, uanset hvor de bor i landet, og hvad tid det er på døgnet. Det kan fx være hurtig hjælp på skadestedet, og det kan være hurtig transport til nærmeste akutsygehus. Samtidig skal den akutte indsats være sammenhængende og tryk, så borgeren nemt kan henvises til den rette behandling og pleje på enten sygehus, kommune eller almen praksis, alt efter hvad der er bedst for den enkelte.

Med Nærhedsfonden prioriteres områder, hvor der er lang responstid, og hvor der skal etableres yderligere akutberedskab fx i form af en **akutlægebil eller akutbil**. Regeringen forventer, at allerede placerede beredskaber ikke flyttes i de kommende år, så der ikke sker forringelser af dækningen.

Patienten først

Alle skal have overblik over og gavn af stærke rettigheder som patient i sundhedsvæsenet.

Regeringen ønsker et sundhedsvæsen, der tager særligt hensyn til den enkeltes behov. Det gælder alle. Borgeren med kronisk sygdom, den ældre medicinske patient, borgeren med psykiske lidelser, eller andre borgere der fremover har brug for at møde flere fagligheder under samme tag i det lokale sundhedshus. Alle skal føle sig godt behandlet og modtage den sammenhæng, nærhed og kvalitet i behandlingen, som de har behov for.

Sundhedsvæsenet er til patienterne. Derfor skal patienten sættes før systemet, når der skal skabes forbedringer. Danmark har allerede nogle

af de stærkeste patientrettigheder i verden. Det betyder, at borgerne har rettigheder, der sikrer, at de kan komme hurtigt til og vælge mellem forskellige tilbud gennem hele forløbet – fra de første indledende undersøgelser til genoptræningen efter behandlingen er afsluttet. Det er unikt. Og det har været med til at løfte kvaliteten i det danske sundhedsvæsen og givet den enkelte patient større indflydelse på egen behandling og bedre mulighed for selv at vælge fx et privat behandlingssted.

Patientrettighederne udgør et omdrejningspunkt i det danske sundhedsvæsen. Dem vil regeringen værne om og styrke. Stærkere patientrettigheder er især til gavn for de borgere, der har mindst overskud til selv at navigere i sundhedsvæsenet. Regeringen vil sikre, at patientrettighederne fungerer fuldt ud – i hele landet og for alle patienter.

Der ses i dag **forskelle på tværs af landet**, når det kommer til overholdelse af patientrettighederne, fx udredningsretten. Og der er en række barrierer, som kan gøre det vanskeligt for patienterne at bevæge sig på tværs af regionerne og gøre brug af deres frie valg, herunder forskelle i information og vejledning. Endelig er der forskel på, hvilke rettigheder man har som patient på sygehuset og som patient hos den praktiserende speciallæge, idet rettighederne om hurtig udredning og behandling i dag udelukkende gælder for patienter henvist til sygehuset.

I den nye struktur for sundhedsvæsenet skal patienter og pårørende opleve et samlet sundhedsvæsen, hvor en styrket national koordinering skal bidrage til, at ens bopæl ikke er afgørende for, hvor hurtigt man kan blive udredt og behandlet. Patienter skal have bedre mulighed for at vælge det behandlingstilbud, som passer bedst til den enkelte. Og patienterne skal ikke opleve barrierer for at vælge en hurtigere behandling et andet sted i landet.

Regeringen vil gøre op med de regionale forskelle og sikre, at alle patienter kan gøre brug af deres rettigheder, uanset hvor de bor i landet. Regeringen er parat til at foretage de ændringer, der er nødvendige, så patienterne frit kan bevæge sig på tværs af landets sygehuse. En **ny patientrettighedslov skal samle rettighederne** for at give et overblik over, hvad man som patient har ret til i sundhedsvæsenet. **Et fælles patientnummer** skal sikre, at alle nemt og hurtigt kan få fat i deres lokale patientvejledere og få den vejledning, som de har behov for. Regeringen vil **styrke informations- og vejledningsindsatsen** med flere patientvejledere,

der er placeret på sygehusene, så de er dér, hvor patienterne befinder sig.

Patientrettighederne skal respekteres i hele landet, så alle patienter og ikke kun de ressourcestærke får gavn heraf. Fremover vil der blive en stærkere opfølgning på, om patientrettighederne efterleves ens og korrekt i hele landet, så alle patienter har samme muligheder for en god og hurtig behandling i sundhedsvæsenet.

Regeringen vil **udvide patientrettighederne**. Sygehuset skal fremover **oplyse patienter om et alternativt behandlingssted**, hvis sygehuset ikke selv har mulighed for at tilbyde patienten behandling inden for 30 dage. Regeringen vil give patienter **ret til udredning og behandling på speciallægeområdet**. Regeringen vil endvidere give patienter **bedre mulighed for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom**.

Endelig vil regeringen sikre gode og trygge rammer for de fødende, så alle børn kan få en god start på livet. Regeringen vil give **alle førstegangsfødende ret til et to dages ophold på sygehuset**, så familien kan komme godt i gang med amning og pleje af det nye familiemedlem. De fødende og nybagte familier skal desuden mødes af en mere sammenhængende indsats fx i nye sundhedshuse, hvor jordemødre og sundhedsplejersker kan have et tættere samarbejde.

Styrket national koordination og mere sundhed for pengene

Regeringen ønsker ikke, at der er geografisk ulighed i sundhed, eller at der opbygges parallelle sundhedsvæsenet inden for landets grænser.

Flere fælles løsninger skal sikre, at flere oplever en bedre kvalitet. Det gælder på akutområdet, hvor alle skal opleve en enkel, tryk og sammenhængende indsats. Det gælder inden for den højt specialiserede sygehusbehandling, hvor et bedre nationalt samarbejde skal sikre, at patienter ikke venter forgæves på en venteliste ét sted i landet, mens der er der er kortere ventetid et andet sted. Samtidig skal der være en bedre prioritering af samarbejde og sammenhæng på digitaliserings- og dataområdet på sundhedsområdet, så de samme typer løsninger er til rådighed for borgere og sundhedsprofessionelle i hele landet.

Det nuværende system er blevet for administrativt tungt. En ny organisering skal give bedre mulighed

for en effektiv administration gennem flere nationale løsninger og mere læring på tværs.

Borgernes postnummer skal ikke afgøre, hvilken behandling de tilbydes. Og der skal ikke spildes dyrebare ressourcer på at opfinde den dybe tallerken hver for sig i stedet for at samarbejde og udbrede de gode løsninger til gavn for alle.

Der skal mere entydigt kunne tages nationale beslutninger og sikres ensartet implementering, hvis der er tale om løsninger, som kan komme alle patienter i sundhedsvæsenet til gavn.

Der er en række opgaver, hvor der ikke indtil nu har været tilstrækkelig koordination, selvom der er gode grunde til at løse opgaverne i fælleskab. På disse konkrete områder skal opgaveløsningen understøttes af en ny myndighed – **Sundhedsvæsen Danmark** – der fra centralt hold skal understøtte den nødvendige koordination og drive udviklingen frem.

Det betyder, at de politiske prioriteringer og retningen for sundhedsvæsenet fremover skal fastlægges nationalt fra regeringen i samspil med Folketinget. Det skal sikre et helhedssyn på sundhedsvæsenet, og derfor skal der ikke træffes særskilte politiske beslutninger i fem regionsråd. Hvert år skal en udviklingsplan udstikke retningen for sundhedsvæsenet.

Øget national koordination skal sikre flere fælles løsninger af høj kvalitet, service og effektivitet i hele Danmark. En national bestyrelse skal sætte retning og træffe vigtige strategiske valg. Samtidig skal fagligheden i højsædet med en repræsentation i bestyrelsen af de folk, som kender og forstår sundhedsvæsenet. Folk med stærke sundhedsfaglige og driftsmæssige kompetencer sammen med repræsentation fra patientforeningerne for at styrke patienternes perspektiv i udviklingen af sundhedsvæsenet.

Eftersom indsatsen i det nære sundhedsvæsen bliver løftet, og beslutningskraften på tværs i sundhedsvæsenet styrkes, skal regionerne, som vi kender dem i dag, nedlægges. **Fem sundhedsforvaltninger**, hvor formændene er repræsenteret i den nationale overbygning Sundhedsvæsen Danmark, skal tage sig af driften af sygehuse og praksissektoren, og de skal stå for den lokale implementering af nationale prioriteter. Samtidig skal sundhedsforvaltningerne sikre en fortsættelse af det, der fungerer godt i dag – blandt andet den

specialiserede sygehusbehandling og den nye sygehusstruktur. Sundhedsforvaltningerne skal derfor ledes af bestyrelser med stærk faglighed sammen med repræsentation fra patientforeningerne og kommunerne.

Regeringen ønsker at organisere sundhedsvæsenet, så der er fuld fokus på kerneopgaven: At skabe det bedst mulige sundhedsvæsen. Regionernes **øvrige opgaver**, som ikke hører naturligt sammen med sundhed, skal derfor flyttes til kommunerne og staten, hvor de ligger i forlængelse af andre eksisterende opgaver. Det drejer sig om opgaver inden for blandt andet trafik, miljø og kultur.

For at sikre tryghed fortsætter den kendte struktur på overenskomstområdet, så kompetencen til overenskomstforhandlingerne med lønmodtagere og praksissektoren fastholdes i et særligt nævn bestående af Sundhedsvæsen Danmark, sundhedsforvaltningerne, staten og KL.

Den fremtidige struktur med to led i stedet for tre skaber en klarere ansvarsfordeling, da det fremover vil være regeringen, der i samarbejde med Folketinget skal beslutte den overordnede retning for sundhedsvæsenet. Dette skal bidrage til en mere effektiv offentlig sektor samlet set. Så pengene bruges der, hvor det giver mest værdi for borgeren.

En lang omstillingsproces med en samlet reform

Regeringens vision er ambitiøs. Der er tale om en lang omstillingsproces, hvor fokus rettes mod det nære sundhedsvæsen. Det er en udvikling, som vil tage tid, og som kræver en ny måde at tænke sundhed på i det samlede danske sundhedsvæsen. Det kræver, at alle sundhedsvæsenets aktører – på sygehusene, i kommunerne og i almen praksis – arbejder sammen i fælles retning, og at der er en fælles forståelse af, hvor sundhedsvæsenet skal bevæge sig hen.

Det giver god mening i forhold til behandlingen, fordi patienterne dermed får et bedre tilbud, hvor hver af aktørernes rolle og kompetencer udnyttes og udvikles bedst muligt.

På sygehusene kan man fokusere kræfterne på de mest syge og fortsætte den specialisering, som har været med til at løfte kvaliteten på sygehusene de senere år. Uden en udbygning af det nære sundhedsvæsen vil sygehusene over de næste mange år opleve en vækst i særligt ældre patienter med én eller flere kroniske sygdomme og patienter med psykiske lidelser. Sygehusene kan få svært ved at følge med. Hvis flere af de mindre komplicerede behandlinger og kontroller foregår i almen praksis eller i kommunen, vil det aflaste sygehusene. Også

Boks 2.1: Nationale mål for udviklingen af den offentlige sektor som del af Sammenhængsreformen

Regeringen har som led i Sammenhængsreformen opstillet fire overordnede mål for udviklingen af den offentlige sektor i de kommende år:

- Borgerne skal mødes af en sammenhængende offentlig sektor
- Mere frihed og tid til velfærd
- Danmark skal have en offentlig sektor, der sikrer velfærd af højeste kvalitet
- Attraktive offentlige arbejdspladser med tillid til fagligheden og borgeren i centrum

Regeringen, KL, Danske Regioner, LO, FTF og Akademikerne er enige om de fire nationale mål som pejlemærker for, hvordan den offentlige sektor skal udvikles de kommende år.

Med sundhedsreformen, der også er en del af Sammenhængsreformen, tager regeringen et stort skridt mod, at **borgerne skal mødes af en sammenhængende offentlig sektor**.

Regeringen ønsker at blive holdt op på målene. For hvert af målene fastsættes derfor konkrete og målbare indikatorer, så alle kan følge med i udviklingen. Konkret for sundhedsområdet vil regeringen måle på følgende indikator: *Mindst 4 ud af 8 indikatorer for "Bedre sammenhængende patientforløb" i de Nationale mål for sundhedsvæsenet skal være forbedret frem mod 2022.*

selv om lægerne på sygehuset fortsat skal rådgive og vejlede i forbindelse med patienternes behandling.

For kommunerne rummer det nære sundhedsvæsen store perspektiver i forhold til at tilbyde deres borgere et bedre sundheds- og omsorgstilbud, når de i højere grad end i dag kan tilbyde pleje- og behandlingskrævende borgere undersøgelser i eget miljø og i sammenhæng med de øvrige kommunale tilbud. Det kan fx være på beskæftigelses-, social-, familie- eller uddannelsesområdet.

På samme måde kan almen praksis give et bedre tilbud til deres patienter, når de har mere på hylden og i øvrigt arbejder sammen med andre læger og andet sundhedspersonale i nye sundhedshuse. Samtidig undgår patienterne ture til sygehuset og kan fx have en aftale hos lægen, psykologen, fysioterapeuten, jordemoderen og sundhedsplejersken, eller et rygestopkursus hos kommunen i ét og samme hus.

Hoveddrivkraften i udviklingen af det nære sundhedsvæsen er altså, at både kommuner, almen praksis og sygehuse kan give patienter og borgere nogle bedre tilbud end i dag.

Men der vil samtidig blive sat en klar retning for udviklingen fra nationalt niveau, og der vil løbende blive fulgt op herpå. Det er en langvarig udviklingsproces, som regeringen hermed sætter i gang. Omstillingen til det nære sundhedsvæsen vil ske igennem forskellige initiativer, som tilsammen fungerer som en "motor", der både direkte og indirekte skal bidrage til, at færre patienter har brug for behandling på landets sygehuse. Det drejer sig om både lovgivningstiltag, økonomiske incitamenter og finansiel støtte fra staten, *jf. kapitel 6*.

Regeringen lægger op til, at der etableres et overordnet implementeringsudvalg med dertilhørende arbejdsgrupper. Under dette udvalg foreslås etableret et særligt forberedelsesudvalg om sundhedsfællesskaber med bred deltagelse fra blandt andet Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, KL og Danske Regioner/Sundhedsvæsen Danmark. Udvalget vil skulle have til formål at forberede

implementeringen af reformen og klargøre sundhedsfællesskaberne på den opgave, de står overfor. I den forbindelse kan der særligt fokuseres på opstarten af sundhedsfællesskaberne og samspillet mellem sundhedsfællesskaberne, kvalitetsplanen og Nærhedsfonden, herunder hvordan de forskellige spor i fonden hver især og i samspil understøtter den ønskede udvikling.

Mål for mere sammenhæng og nærhed

For at skubbe på og drive udviklingen frem mod, at flere patienter fremover behandles i det nære sundhedsvæsen i stedet for på sygehusene, vil regeringen opsætte ambitiøse mål.

Målet er, at flere kontroller og behandlinger helt rykkes ud af sygehusene og kan ske i det nære sundhedsvæsen, og at flere opgaver kan løses med mindre belastning af sygehusenes kapacitet. Det kan fx være ambulante kontroller, som kan klares, uden at borgeren møder op, ved hjælp af oplysninger udfyldt af borgeren hjemmefra. Dermed frigøres der tid og plads til de mere specialiserede behandlinger på sygehusene. Så den enkelte patient kan modtage en behandling af høj kvalitet i eller tæt på eget hjem.

Samtidig skal flere indlæggelser forebygges ved en tidlig og mere målrettet indsats i det nære sundhedsvæsen.

Regeringen opstiller følgende mål for udviklingen frem mod 2025:

Flere patienter skal fremover modtage behandling af høj kvalitet i det nære sundhedsvæsen i stedet for på sygehusene, og flere indlæggelser skal forebygges.

Regeringens målsætning er, at patienterne frem mod 2025 skal have 500.000 færre ambulante besøg på sygehuset, fordi flere opgaver kan løses i eller tættere ved hjemmet. Desuden vil regeringen forebygge 40.000 indlæggelser.

Behandlingsomstillingen kan både foregå direkte ved at ændre opgavevaretagelsen, så flere behandlingsopgaver løses uden for sygehusene, og indirekte ved at styrke forebyggelse og visitation, så unødvendige sygehusbesøg undgås.

- **Flere opgaver skal udføres i det nære sundhedsvæsen:** Nogle former for behandling flyttes til det nære sundhedsvæsen fra sygehusvæsenet. Det kan fx være ambulante besøg som diabeteskontroller, blodfortyndende medicinsk behandling for patienter med hjertekarsygdom eller træningsforløb efter hjerteoperation, der ofte i dag foregår på sygehusene, og som fremover flyttes til almen praksis, kommuner eller håndteres via digitale løsninger.
- **Mere forebyggelse og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen:** Mere og bedre borgerrettet og patientrettet forebyggelse og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen skal hindre, at sygdom opstår og/eller udvikler sig. Dermed kan indlæggelser og andre sygehuskontakter undgås. Samtidig kan en styrket visitation – herunder bedre rådgivning fra sygehusene – sikre, at sygehusbesøg kan undgås.

Boks 2.2: Øvrige udspil i regeringens samlede sundhedsreform

En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025: Regeringens plan "Vi løfter i fællesskab" (september 2018) sætter rammerne for udviklingen af indsatsen til borgere med psykiske lidelser frem mod 2025. Regeringen ønsker blandt andet at iværksætte målrettede, intensive indsatser til borgere med de sværeste psykiske lidelser. I planen er der også specifikt fokus på at styrke de tidlige og lettilgængelige indsatser særligt for de mange børn og unge, som kæmper med mentalt dårligt helbred. Forud for arbejdet er der gennemført en styringsgennemgang af psykiatrien med fokus på bedre faglig og organisatorisk ledelse, samt bedre kapacitets- og ressourceanvendelse i psykiatrien.

En ambitiøs plan for fremtidens almen praksis: Regeringsudspillet "En læge tæt på dig" (juni 2018) har til formål at understøtte og modernisere almen praksis, så de praktiserende læger kan bevare deres centrale rolle i sundhedsvæsenet. Samtidig skal initiativerne i udspillet understøtte, at borgere får lettere adgang til deres praktiserende læge, og at almen praksis bliver mere attraktiv at uddanne sig inden for og arbejde i. Det skal sikre, at almen praksis rustes til fremtidens sundhedsvæsen.

Data og digitale løsninger: Sundhedsdataudspillet "Sundhed i fremtiden" (juni 2018) sætter rammerne for, at relevante helbredsoplysninger skal deles digitalt på tværs af aktører i patientens forløb, så viden ikke går tabt i overgangene, og patienten oplever sammenhæng, større inddragelse og bedre overblik over sit eget forløb. Samtidig skal viden og data om hele borgerens forløb på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner bruges bedre til kvalitetsudvikling og forskning, og datasikkerheden skal styrkes. Som opfølgning på dataudspillet indgik sundhedsministeren i juni en aftale med samtlige Folketingets partier om bedre brug af sundhedsdata. Regeringen har fremsat lovforslag om bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet i december 2018.

Nærhedsfinansiering: I økonomiaftalen for 2019 blev regeringen og Danske Regioner enige om at indføre en ny styringsmodel i sundhedsvæsenet. Produktivitetskravet og aktivitetspuljen afskaffes, og i stedet indføres en ny nærhedsfinansiering, som skal understøtte sammenhæng, og at mere behandling af blandt andet mennesker med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter rykkes fra specialiserede sygehuse til tilbud tættere på patienten.

Klare mål for akuthjælpen: Mini-udspillet om den præhospitale indsats (marts 2018) kom med initiativer til at sikre ensartet og kontinuerlig opfølgning på, hvor hurtigt den første hjælp er fremme, og den livreddende indsats kan begynde.

En god og sikker start på livet: Fødselsudspillet "En god og sikker start på livet" (januar 2018) havde fire pejlemærker for fremtidens fødselsindsats: Skræddersyede forløb, gode fødesteder, sundt arbejdsmiljø og bedre digital tilgængelighed. Blandt andet blev der igangsat et projekt for udvikling af en digital svangerskabsjournal, som skal kunne erstatte den eksisterende fysiske vandrejournal.

Sundhed, hvor du er: Sundhedsudspillet "Sundhed, hvor du er" (december 2017) var en opfølgning på anbefalingerne fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udspillet indeholder otte konkrete initiativer, der skal øge effektiviteten og kvaliteten i det nære sundhedsvæsen, blandt andet en national kvalitetsplan. I forlængelse af udspillet blev der udmøntet en pulje på ca. 200 mio. kr. til sundhedshuse i 2018.

Boks 2.3: Andre større initiativer på sundhedsområdet

Strategi for cyber- og informationssikkerhed i sundhedssektoren: Regeringen, Danske Regioner og KL vil med en ny strategi (januar 2019) styrke den fælles indsats om cyber- og informationssikkerhed. Som led heri er der oprettet en decentral cyber- og informationssikkerhedsenhed i Sundhedsdatastyrelsen. Med strategien har sektoren sat sig ambitiøse mål med 17 initiativer inden for fire indsatsområder, som skal styrke sektorens fælles kapacitet til at forudse, forebygge, opdage og håndtere cyber- og informationssikkerhedshændelser. Strategiens retning og initiativer evalueres og prioriteres årligt i forhold til udviklingen i såvel trusselsbilledet som sektoren for at sikre, at indsatsen er dækkende.

Strategi for digital sundhed 2018-2022: Strategien "Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle" (januar 2018) har et overordnet sigte om at understøtte sundhedsaktører i at løfte deres ansvar for at skabe sammenhæng på tværs af de enkelte kontakter. Som følge af økonomiaftalerne mellem regeringen, Danske Regioner og KL for 2018 defineres der i strategien fem indsatsområder og 27 konkrete indsatser, som er valgt ud fra en målsætning om at sætte borgernes behov i centrum og gøre hverdagen lettere for sundhedspersoner. Det skal bidrage til at sikre mere sammenhængende behandling og pleje for borgere og pårørende.

Demenshandlingsplan: Regeringen indgik i december 2016 en politisk aftale med de øvrige partier i satspuljekredsen om en ny national demenshandlingsplan. Den Nationale Demenshandlingsplan 2017-2025 opstiller tre nationale mål for demensindsatsen frem mod 2025, som understøttes af en lang række konkrete initiativer. De tre mål indebærer, at Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner, at flere mennesker med demens skal udredes – og 80 procent skal have en specifik diagnose – og at en forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt

mennesker med demens med 50 procent frem mod år 2025.

Kræftplan IV: Den tidligere V-regering ønskede med kræftplanen 'Patienternes Kræftplan' (august 2016) at sætte yderligere skub i en udvikling, hvor sundhedsvæsenet sætter patienten i centrum og i højere grad inddrager dem og de pårørende i beslutninger om behandlingen. Regeringen ville også sikre, at patienterne oplever sammenhæng i deres behandlingsforløb, blandt andet via patientansvarlige læger. Kræftplan IV indeholder 16 konkrete initiativer, som bidrager til at understøtte udviklingen på kræftområdet over de næste år.

Styrket indsats for den ældre medicinske patient: Den tidligere V-regering blev sammen med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti i juni 2016 enige om at løfte indsatsen for den ældre medicinske patient. Første led var en akutupakke mod overbelægning på sygehusene. Den samlede nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient var andet led, der skal sikre den ældre medicinske patient højere kvalitet og øget sammenhæng på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse. Her er fokus særligt på at styrke indsatsen før og efter sygehusindlæggelse og på at styrke sammenhængen på tværs af sektorer.

De nationale mål på sundhedsområdet og det nye kvalitetsprogram har siden 2015 givet fornyet fokus på arbejdet med at sikre den bedst mulige kvalitet i patienternes behandling. Mængden af administration og unødigt bureaukrati i sundhedsvæsenet er blevet bragt ned, så sundhedspersonalet kan bruge mest mulig tid på kontakten med den enkelte patient. Hvert år offentliggøres en rapport med status på, hvordan det går med opfyldelsen af de nationale mål. Rapporten fra 2018 viste, at det danske sundhedsvæsen på et år er blevet bedre på 18 ud af 33 målepunkter.



Børnefamilier og kommende familier vil fremover kunne få den hjælp, de har brug for, samlet i nye moderne sundhedshuse.

3. Overblik over initiativer i sundhedsreformen

Regeringens sundhedsreform sætter patienten først i sundhedsvæsenet med fire klare indsatsområder: Stærke patientrettigheder, sammenhæng, nærhed og kvalitet. Herunder rummer reformen en række konkrete initiativer til et bedre sundhedsvæsen. Hertil kommer initiativer, der skal sikre en bedre organisering af sundhedsvæsenet og flere penge til sundhed.

Patienten først:

Stærke rettigheder skal komme alle til gavn

- **Patienten skal kende sine rettigheder med bedre vejledning og et fælles patientnummer**

Patientrettigheder om udredning, behandling og genoptræning skal samles i en særlig lov, så der er et godt og solidt overblik over ens rettigheder som patient. Rådgivningen af patienterne skal styrkes med flere patientvejledere lokalt på sygehusene og med ét fælles patientnummer, hvor alle nemt og hurtigt kan få fat i deres lokale patientvejledere og få den vejledning, som de har behov for.

- **Patienternes rettigheder skal respekteres i hele landet**

De eksisterende patientrettigheder skal overholdes ens i hele landet. Patienterne skal ikke opleve forskelle i fortolkning af deres rettigheder, afhængig af hvor de bor i landet, eller hvor ressourcestærke de er. Sundhedsvæsen Danmark forpligtes til at følge op på, at sygehusene lever op til både udrednings- og behandlingsretten.

- **Patienter skal hjælpes videre til et alternativt behandlingstilbud**

Patientrettighederne skal udvides. Fremover skal sygehusene være forpligtet til at oplyse om et alternativt behandlingssted, som kan tilbyde hurtigere behandling, hvis det ikke selv har mulighed for at tilbyde behandling inden for 30 dage – i stil med retten til udredning i dag.

- **Patientrettigheder udbredes til speciallægeområdet**

Patientrettigheder skal udbredes til også at omfatte speciallægeområdet. Det er vigtigt for patienterne. På kort sigt – og som en trædesten frem mod en egentlig rettighed – sikres

hurtig adgang til konsultation inden for en række udvalgte specialer. Regeringen nedsætter et udvalg, der skal fastlægge en nærmere model.

- **Ret til to dages sygehusophold til alle førstegangs fødende**

Fødende skal have gode og trygge rammer, så alle børn kan få en god start på livet. Derfor skal førstegangsfødende have ret til et to dages ophold på sygehuset eller patienthotel, så familien kan komme godt i gang med amning og pleje af det nye familiemedlem. De fødende og nybagte familier skal desuden mødes af en mere sammenhængende indsats fx i nye sundhedshuse, hvor jordemødre og sundhedsplejersker kan have et tættere samarbejde.

- **Flere muligheder for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom**

Patienter skal have bedre mulighed for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom. En ny informationsindsats skal understrege, at panelet om eksperimentel behandling er til gavn for alle patienter med livstruende sygdomme. Der oprettes to nye centre for eksperimentel behandling inden for livstruende neurologiske sygdomme og livstruende hjertesvigt.

Sammenhæng:**Sundhedsfællesskaber skal bygge bro og skabe sammenhæng**

- **21 sundhedsfællesskaber skal sikre sammenhæng**

21 nye sundhedsfællesskaber med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområder, med deltagelse af sygehuse, kommuner og almen praksis skal sikre sammenhængende forløb og tilbud af høj kvalitet i borgernes nærmiljø.

- **Udadvendte sygehuse skal bidrage med rådgivning og udredning**

Sygehusene skal forpligtes til at yde rådgivning over for almen praksis og kommuner i forhold til forebyggelse, behandling og rehabilitering af den enkelte patient, og sundhedsfællesskaberne skal understøtte, at sygehusene vender sig mere mod resten af sundhedsvæsenet.

- **Almen praksis skal fremtidssikres og moderniseres**

Den praktiserende læge bliver et centralt

omdrejningspunkt i patientbehandlingen, og sektoren vil med udviklingen blive tilført i størrelsesordenen 100 nye ydernumre. Regeringen vil derudover væsentligt løfte antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin, yderligere end allerede udmeldt med "En læge tæt på dig". Det vil betyde i alt 160 ekstra pladser i 2019 og 2020. Det er regeringens klare ambition at fortsætte satsningen i den næste dimensioneringsplan for 2021-2025.

- **Nye fælles muligheder skal sikre samarbejde på tværs af sektorer**

Sundhedsforvaltninger og kommuner skal have mulighed for fælles finansiering og fælles opgavevaretagelse af sundhedstilbud under én myndighed, fx i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler. Der skal sikres bedre mulighed for at dele relevante helbredsoplysninger om patienter i fælles digitale løsninger på tværs af sektorer som fx det samlede patientoverblik.

Nærhed:**Nye sundhedshuse og flere kompetencer i det nære sundhedsvæsen**

- **Nye moderne sundhedshuse**

Flere nye moderne sundhedshuse, skal bidrage til at forbedre patientbehandlingen ved at tilbyde et nært og fleksibelt sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet. Regeringen vil forud for etableringen af Nærhedsfonden i 2020 – allerede i 2019 i forbindelse med sundhedsreformen – opslå en pulje på 200 mio. kr. til etablering og modernisering af sundhedshuse og lægehuse.

- **Flere medarbejdere og styrkede kompetencer i det nære sundhedsvæsen**

Der skal flere medarbejdere og styrke kompetencerne i det nære sundhedsvæsen hos både almen praksis og kommunerne. Regeringen

vil i regi af Nærhedsfonden give kommunerne midler til at kunne ansætte mere sundhedspersonale og løfte kompetencerne blandt medarbejderne i det nære sundhedsvæsen.

- **En ny kvalitetsplan skal øge kvaliteten i det nære sundhedsvæsen**

En ny kvalitetsplan skal sætte standarder for faglighed og kvalitet over hele landet og sætte retning for, hvordan mere behandling kan foregå i det nære sundhedsvæsen – hos både almen praksis og i kommunerne. Sundhedsstyrelsen peger på KOL, diabetes, hjertekarsygdom, muskel-skeletsygdom samt angst og depression. Efterhånden kan flere patientgrupper komme til.

Kvalitet:**Flere fælles løsninger og god behandling i hele landet**

- **Et forpligtende nationalt samarbejde om højt specialiseret behandling**

Et særligt forpligtende nationalt samarbejde mellem de sygehuse, hvor der foregår højt specialiseret behandling, skal sikre, at patienter med behov for højt specialiseret behandling ses som fælles patienter på tværs af sygehuse. Det skal sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten og den faglige viden, der er på landsplan.

- **Øget samarbejde og flere tværgående løsninger på it- og dataområdet**

Den nationale kompetence skal styrkes til at fastlægge digitale løsninger og systemer, der skal virke nationalt på tværs af sundhedsvæsenet. Samtidig skal kvalitetsdata bruges

bedre til at udvikle ny behandling, og ikke mindst skal viden om det nære sundhedsvæsen forbedres i takt med, at opgaverne flyttes tættere på borgeren.

- **Tryghed på akutområdet**

Alle borgere i Danmark skal være trygge ved, at de får den nødvendige hjælp, hvis de bliver ramt af akut sygdom eller kommer ud for en ulykke. Der etableres 10-15 flere akutberedskaber i form af akutlæge- og akutbiler til områder, hvor der er behov for at forbedre responstiderne. Der oprettes ét landsdækkende lægevagtnummer 113 til akut visitation og behandling, så alle kan få samme høje kvalitet i det akutte beredskab, uanset hvor de bor.

En ny organisering af sundhedsområdet med fælles retning og nationalt samarbejde

- **Regeringen fastsætter den politiske retning med en udviklingsplan**

De politiske prioriteringer fastlægges fremover nationalt. Regeringen fastlægger hvert år en udviklingsplan for Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger, som beskriver de overordnede prioriteringer på sundhedsområdet.

- **Sundhedsvæsen Danmark skal sikre fremdrift og sammenhængende løsninger i hele landet**

Der etableres et nationalt Sundhedsvæsen Danmark, som ledes af en bestyrelse bestående af stærke fagligheder og med repræsentation af patientforeningerne. Sundhedsvæsen Danmark får kompetence til at koordinere

opgaveløsningen, og fem sundhedsforvaltninger ledet af bestyrelser skal have driftsansvaret for sygehuse og praksissektor. Sekretariatet for Sundhedsvæsen Danmark skal ligge i Aarhus.

- **Nye sundhedsforvaltninger erstatter regionerne**

De nuværende regioner omdannes til fem sundhedsforvaltninger. Sundhedsforvaltningerne får samme geografiske inddeling som regionerne i dag. De administrative hovedsæder forbliver samme sted. Det skal sikre tryghed for medarbejderne og kontinuitet i styringen, blandt andet af de store sygehusbyggerier.

Sundhedsreformen frigør flere penge til sundhed

- **En ny Nærhedsfond giver et løft på 6 mia. kr. 2020-2025**

Det nære sundhedsvæsen får et ekstraordinært løft med en Nærhedsfond på 6 mia. kr. i perioden 2020-25. Midlerne kommer ud over de midler, der ellers afsættes til sundhedsområdet over de kommende år.

- **Flere ressourcer til sundhed og mindre på administration**

Der skal fremover bruges færre ressourcer på administration og flere ressourcer på sundhed. Den nye organisering frigør direkte ressourcer ved at nedlægge regionerne, som vi kender dem i dag, og ved at reducere administration til de ikke-sundhedsopgaver, som hidtil har været placeret i regionerne.

Fokus på sundhedsområdet: Reformens betydning for andre områder

- **En bedre opgavefordeling**

Regionernes øvrige opgaver, som ikke hører naturligt sammen med sundhed, flyttes til kommunerne og staten, hvor de ligger i forlængelse af andre eksisterende opgaver. Det drejer sig om opgaver inden for blandt andet trafik, miljø og kultur. Enkelte opgaver vil også falde bort. Dette skal sikre en mere enkel, effektiv og sammenhængende opgaveløsning.



Det er ikke nok, at lovgivningen giver patienterne rettigheder. Patienterne skal også kende deres rettigheder.



4. Patienten først: Stærke rettigheder skal komme alle til gavn

Sundhedsvæsenet er til for patienterne. Derfor skal patienten sættes først, når der skal skabes forbedringer. Patientrettighederne udgør omdrejningspunktet i det danske sundhedsvæsen. Regeringen vil sikre, at alle kan få gavn af deres patientrettigheder – i hele landet. Regeringen ønsker også at styrke patientrettighederne med bedre oplysning om alternative behandlingstilbud og hurtig adgang til speciallæger.

Alle skal have overblik over og gavn af stærke rettigheder som patient i sundhedsvæsenet.

Regeringen tager følgende initiativer:

- Patienten skal kende sine rettigheder med bedre vejledning og et fælles patientnummer.
- Patienternes rettigheder skal respekteres i hele landet.
- Patienter skal hjælpes videre til et alternativt behandlingstilbud.
- Patientrettigheder udbredes til speciallægeområdet.
- Førstegangsfødende skal have ret til to dages sygehusophold for at komme godt i gang med familielivet.
- Flere skal have mulighed for at modtage eksperimentel behandling ved livstruende sygdom.

Danmark har allerede nogle af de stærkeste patientrettigheder i verden. Rettighederne er løbende blevet udvidet og styrket siden indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993 og det udvidede frie sygehusvalg i 2002. Senest har patienter fået en reel ret til hurtig udredning og behandling i 2016 og ret til hurtig genoptræning efter sygehusindlæggelse i 2018.

Boks 4.1: Borgerblik: Hvad betyder det for patienterne?

- For **alle patienter** vil det betyde et klart og tilgængeligt overblik over, hvilke rettigheder man har i sundhedsvæsenet med én samlet lov.
- For **alle patienter** betyder det, at man nemt kan få fat i sin lokale patientvejleder via ét fælles patientnummer. Patientvejledere vil fremover være mere til stede på sygehusene.
- For **alle patienter** betyder det, at man kan forvente, at ens rettigheder respekteres og fortolkes ens, uanset hvor man bor i landet.
- For **alle patienter** betyder det, at sygehuset skal oplyse patienterne om et konkret alternativt behandlingstilbud, hvis ventetiden på behandling overskrider 30 dage.
- For **alle patienter** betyder det hurtigere adgang til praktiserende speciallæger.
- For **alle førstegangsfødende** betyder det, at man har ret til to dages sygehusophold for at komme godt i gang med familielivet.

Det betyder, at borgerne har rettigheder, der sikrer, at de kan komme hurtigt til og vælge mellem forskellige tilbud gennem hele forløbet – fra de første indledende undersøgelser til genoptræningen efter behandlingen er afsluttet. Det er unikt. Og det har været med til at løfte kvaliteten i det danske sundhedsvæsen og givet den enkelte patient større indflydelse på egen behandling og bedre mulighed for selv at vælge fx et privat behandlingssted.

Men selvom Danmark ifølge den svenske tænketank "Health Consumer Powerhouse" (2018) i dag er førende i Europa, når det kommer til patientrettigheder, er der stadig udfordringer. Der ses forskelle i overholdelse af patientrettighederne, fx udredningsretten, alt afhængig af hvor man bor i landet, *jf. kapitel 1*. Og der er en række potentielle barrierer, som kan gøre det vanskeligt for patienterne at bevæge sig på tværs af regionerne og gøre

brug deres frie valg. Samtidig er det ofte de mest ressourcetsvage patienter, der har svært ved at overskue deres rettigheder og navigere i sundhedsvæsenet.

Det skal der gøres op med. Regeringen ønsker at sikre, at de eksisterende rettigheder fungerer efter hensigten og overholdes i hele landet. Samtidig vil regeringen give styrkede rettigheder på flere områder. Regeringen præsenterer derfor en patientrettighedspakke, der strammer op og styrker patientens rettigheder i sundhedsvæsenet.

Den nye nationale myndighed Sundhedsvæsen Danmark vil skulle foretage den praktiske implementering af hovedparten af initiativerne, idet der lægges op til en øget national styring af overholdelse af patienternes rettigheder i sundhedsvæsenet, *jf. kapitel 7*.

Boks 4.2: Sundhedsreformens patientrettighedspakke

Patienten skal sættes først og skal kende sine rettigheder

- En ny samlet lov om patientens ret til udredning, behandling og genoptræning.
- Bedre information og vejledning til patienter med et nyt fælles patientnummer.
- Flere patientvejledere lokalt på sygehuse.
- Bedre ventetidsoplysninger på mitsygehusvalg.dk.

Patienternes rettigheder skal respekteres i hele landet

- Opfølgning på, hvordan patientrettigheder overholdes.
- Samme gode patientrettigheder i hele landet.

Nye stærke patientrettigheder

- Patienter skal hjælpes videre til et alternativt behandlingstilbud.
- Patientrettigheder udbredes til speciallægeområdet.
- Flere muligheder for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom.
- Ret til to dages ophold på sygehus eller patienthotel for førstegangsfødende.

Boks 4.3: Ny samlet lov om patientens rettigheder til udredning og behandling

En samlet ny lov om rettigheder til udredning, behandling og genoptræning i sundhedsvæsenet kan blandt andet indeholde følgende eksisterende patientrettigheder:

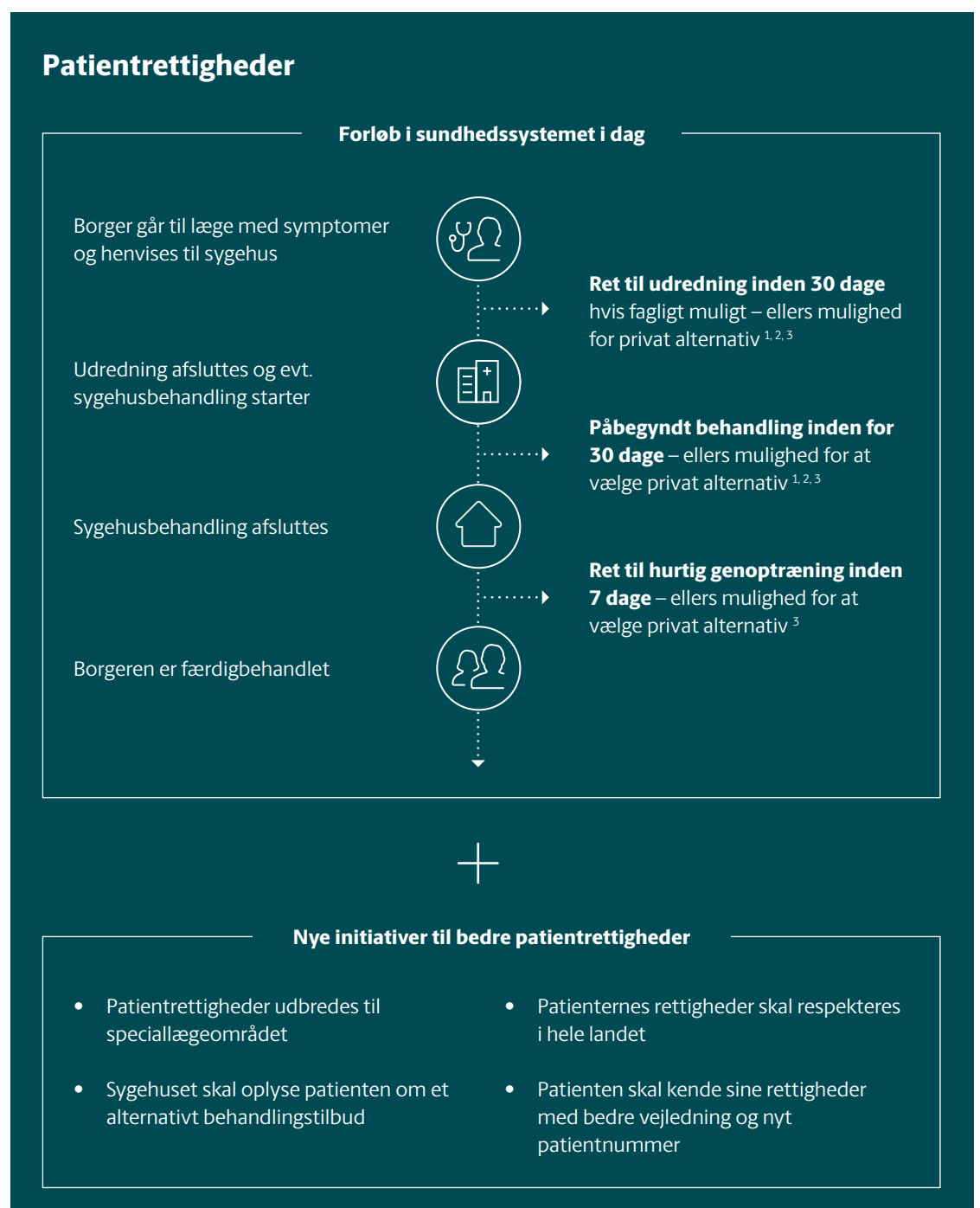
- Udredningsret - ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt.
- Frit sygehusvalg - ret til at vælge mellem offentlige sygehuse og afdelinger i hele landet, når man skal undersøges og behandles.
- Udvidet frit sygehusvalg - ret til at vælge behandling på et privathospital, hvis ventetiden til behandling på et offentligt sygehus overstiger 30 dage, eller hvis regionen ikke kan tilbyde udredning inden for 30 dage på grund af manglende kapacitet.
- Maksimale ventetider for visse livstruende hjerte- og kræftsygdomme.
- Fritvalgsordninger som giver borgerne mulighed for at vælge frit mellem både offentlige og private aktører. Det gælder fx tandpleje, fysioterapi, genoptræning, lægelig stofmisbrugsbehandling og alkoholbehandling mv.



Patientrettigheder

Figur 4.1

Grafisk oversigt over væsentlige patientrettigheder.



¹ Frit valg af sygehus.

² Særlige regler om maksimale ventetider på kræftområdet og for visse hjertesygdomme.

³ Mulighed for at klage til Styrelsen for Patientklager, Sundhedsvæsenets disciplinærnævn mv. og mulighed for at søge erstatning for skade påført i sundhedsvæsenet mv.

Patienten skal kende sine rettigheder med bedre vejledning og et fælles patientnummer

Regeringen vil samle patientrettigheder om udredning, behandling og genoptræning i en særlig lov, så der er et godt og solidt overblik over ens rettigheder som patient. Regeringen vil styrke rådgivningen af patienterne med flere patientvejledere lokalt på sygehusene og med ét fælles patientnummer, hvor alle nemt og hurtigt kan få fat i deres lokale patientvejledere og få den vejledning, som de har behov for.

Danmark har nogle af de stærkeste patientrettigheder i verden. Formålet er at sikre patienterne hurtig udredning, behandling og genoptræning samt at give patienterne medindflydelse og mulighed for selv at vælge. Patientrettighederne er løbende blevet styrket i flere omgange siden indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993 – senest i 2016 (udredning og behandling) og 2018 (genoptræning), jf. figur 4.1.

Klart overblik over rettigheder med en ny patientrettighedslov

I dag kan det være svært at få overblik over ens rettigheder som patient i det danske sundhedsvæsen. Patientrettighederne er beskrevet i sundhedsloven, som samtidig beskæftiger sig med meget andet. Fremover skal patienten have et klart overblik over sine rettigheder i sundhedsvæsenet.

Regeringen vil samle patientens rettigheder i sundhedsvæsenet i en ny særlig lov (Lov om patienters rettigheder til udredning og behandling). Formålet er at tydeliggøre for borgerne, hvilke rettigheder de har som patienter i forhold til udredning og behandling i det samlede sundhedsvæsen.

Bedre information og vejledning om rettigheder – med et nyt fælles patientnummer

Regeringen vil styrke informations- og vejledningsindsatsen, så patienter og pårørende i højere grad er bekendt med og kan gøre brug af deres rettigheder, fx deres mulighed for at vælge et privat behandlingstilbud eller behandling i udlandet. På den måde sikres alle uanset social baggrund og ressourcer, at de kan få god gavn af stærke patientrettigheder.

Regeringen ønsker at etablere et fælles patientnummer, så patienter i hele landet let kan komme i kontakt med en patientvejleder og få råd og vejledning i forbindelse med en udredning eller behandling. Telefonnummeret skal være en fælles indgang for hele landet, men opkaldet viderestilles til den lokale patientvejleder i sundhedsforvaltningen eller på sygehuset, der kender til lokale forhold.

Flere patientvejledere lokalt på sygehusene

Alle regioner har siden 2003 haft patientvejledere for at styrke patienternes retsstilling gennem en forbedret og uafhængig rådgivning og bistand.

Patientvejlederne er typisk placeret i lokaler på regionsgården. Dog med undtagelse af patientvejlederne i Region Hovedstaden, der har gode erfaringer med placering på lokale kontorer på regionens sygehuse.

En lokal placering på både akutsygehuse og andre lokale sygehuse giver flere patienter kort afstand til en patientvejleder, der kan rådgive og bistå den enkelte i forhold til at gøre brug af patientrettigheder, herunder hurtig udredning og behandling inden for kort ventetid, uanset hvor de bor i landet. Samtidig får patientvejlederne bedre

CASE: Patientvejledere på sygehuse giver merværdi

I Region Hovedstaden sidder patientvejlederne på de store sygehuse. Erfaringen er, at lokale patientvejledere også bidrager med at give hospitalsdirektionerne tilbagemeldinger, hvis der opleves udfordringer rundt omkring på hospitalerne, i overgange mellem afdelinger eller hospitaler eller sektorer mv., idet patientvejlederne i kraft af deres funktion ofte kan opdage uhensigtsmæssigheder, når patienter og pårørende henvender sig med spørgsmål og problemstillinger. Desuden vejledes personale, der henvender sig om patienters rettigheder og muligheder i bred forstand, og patientvejlederne anvendes således i høj grad som ressourcepersoner på de forskellige hospitaler.

Kilde: Region Hovedstaden

Boks 4.4: Forskelle i regionernes overholdelse af udredningsretten

Rigsrevisionen har i november 2018 udgivet beretning om udredningsretten. Samlet konkluderer Rigsrevisionens rapport, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at patienterne har lige adgang til hurtig udredning. Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i mange tilfælde ikke følger loven, når patienterne udredes.

Regionerne identificerer og registrerer ikke alle udredningspatienter korrekt. Fx har Region Sjælland – modsat de øvrige regioner – stort set ingen udredningspatienter inden for ortopædkirurgien.

Derudover oplyses patienterne ikke i alle tilfælde korrekt om deres rettigheder, når de indkaldes til udredning, idet indkaldelsen ofte kun forholder sig til, om første tid ligger inden for 30 dage og ikke om det samlede udredningsforløb strækker sig over mere end 30 dage.

Undersøgelsen viser også, at regionerne har en forskellig forståelse af, hvornår udredningsretten er overholdt. Rigsrevisionens stikprøve viser, at

patienter i mange tilfælde registreres som færdigudredte, selvom udredningsforløbet fortsætter efterfølgende. Det gælder især i børne- og ungdomspsykiatrien, og i overvejende grad i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland.

Regionerne har pligt til at afsøge alternative udredningstilbud, hvis de ikke kan tilbyde færdigudredning inden for 30 dage på grund af manglende kapacitet. Når regionen finder et alternativt udredningssted, skal patienten oplyses om navnet på dette i indkaldelsesbrevet. Dette sker kun i tre ud af fem regioner, mens de to sidste regioner på nuværende tidspunkt ikke oplyser et navngivent alternativ på grund af manglende systemunderstøttelse i Sundhedsplatformen.

Konsekvensen er, at patienterne stilles forskelligt på tværs af regionerne. Rigsrevisionen konkluderer også, at Sundheds- og Ældreministeriet i højere grad kan understøtte regionerne i at implementere udredningsretten korrekt.

mulighed for at bidrage til at afhjælpe udfordringer med geografisk og social ulighed, samt at yde bistand ved at tage potentielle problemstillinger i opløbet blandt andet ved dialogen med patienter, der oplever vanskeligheder i deres forløb – eksempelvis af praktisk eller kommunikationsmæssig karakter.

Regeringen ønsker at styrke vejledning og rådgivning af patienterne om deres rettigheder i sundhedsvæsenet blandt andet gennem øget synlighed og mulighed for fysisk tilgængelighed til de regionale patientvejledere på de større sygehuse, så patienter fx nemmere har adgang til hjælp og vejledning i forbindelse med deres egen eller deres pårørendes behandling.

Med styrket rådgivning og placeringen på de enkelte sygehuse vil patientvejlederne – ud over vejledning om de landsdækkende patientrettigheder – også have bedre forudsætninger for at vejlede patienterne med afsæt i de lokale tilbud i sundhedsfællesskabet.

Bedre ventetidsoplysninger på mitsygehusvalg.dk

Som led i Sundhedsreformen vil regeringen samtidig stille skarpere krav til, at sygehuse leverer tidstro og korrekte ventetidsoplysninger til portalen mitsygehusvalg.dk. Så kan borgere og patientvejledere let og tilgængeligt finde informationer, der understøtter det frie valg og udvidede frie valg af sygehus samt vejledning om valg af sygehus.

For at sikre korrekte og tidstro ventetidsoplysninger vil regeringen blandt andet gennemføre strammere indberetningskrav til sygehuse og krav om obligatorisk indberetning ved lov. Regeringen vil endvidere pålægge patientvejledere at orientere Sundhedsvæsen Danmark, hvis der er udfordringer med korrekte ventetidsoplysninger på mitsygehusvalg.dk. Sundhedsdatastyrelsen skal hvert år følge op på indmeldte forventede ventetider og de faktisk realiserede ventetider. Sundhedsvæsen Danmark skal følge op på eventuelle udfordringer i forhold til sundhedsforvaltningerne.

Patienternes rettigheder skal respekteres i hele landet

Regeringen vil sikre, at de eksisterende patientrettigheder overholdes ens i hele landet. Patienterne skal ikke opleve forskelle i fortolkning af deres rettigheder, afhængig af hvor de bor i landet, eller hvor ressourcestærke de er. Sundhedsvæsen Danmark forpligtes til at følge op på, at sygehuse lever op til både udrednings- og behandlingsretten.

Patienter skal kunne gøre brug af deres rettigheder i hele landet

Patientrettighederne har kun værdi, hvis de bliver overholdt. Det sikrer regionerne ikke altid i dag. Regeringen vil undersøge, hvad der i dag konkret forhindrer borgeren i at vælge sygehus uden for egen region. Regeringen er parat til at foretage de ændringer, der er nødvendige, så patienterne frit kan bevæge sig på tværs af landets sygehuse.

Regeringens undersøgelse skal blandt andet afdække, om taksterne for mellemregional afregning udgør en reel barriere for det frie valg, og de potentielle udgiftsmæssige konsekvenser af en ændring. Herunder skal det undersøges, i hvilket omfang sygehuse i dag afviser fritvalgspatienter af kapacitetsmæssige årsager, jf. gældende lovgivning, som betyder, at et sygehus i særlige situationer kan afvise en fritvalgspatient (sundhedslovens § 86, stk. 2).

Formålet er, at patienterne fremover skal opleve et samlet sundhedsvæsen, hvor man som patient kan bevæge sig frit på tværs af sygehuse og sundhedsforvaltninger.

Samme gode patientrettigheder i hele landet

Patienterne skal ikke opleve forskelle i fortolkning af deres rettigheder, afhængig af hvor de bor i landet. Rigsrevisionen har i november 2018 udgivet beretning om udredningsretten, der viser, at det er usikkert, om alle patienter, der har ret til hurtig udredning, får tilbud herom. Det skyldes blandt andet, at regionerne har implementeret udredningsretten forskelligt, jf. boks 4.4.

Regeringen vil sikre alle patienter samme patientrettigheder i hele landet. Sundhedsvæsen Danmark pålægges derfor fremover løbende at følge op på, at patientrettighederne implementeres korrekt og på samme høje niveau i hele landet.

Det vil sige:

- Udredningsretten skal overholdes. Det samlede udredningsforløb, skal afsluttes inden for 30 dage, hvis fagligt muligt, og sundhedsforvaltningerne har pligt til at afsøge alternative udredningstilbud, hvis de ikke kan tilbyde patienterne færdigudredning inden for 30 dage. Regionerne har pligt til at oplyse navnet på et alternativt udredningstilbud, hvis patienten har ret til det.
- Behandlingsrettighederne skal overholdes. Sundhedsforvaltningerne har pligt til at oplyse om mulighederne for at benytte det frie sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg samt tilbyde henvisning til et privat aftalesygehus, hvis de ikke kan tilbyde patienterne behandling inden for 30 dage. Dette udvides med oplysningspligt til konkret alternativt behandlingssted, jf. nedenfor.

Sundheds- og Ældreministeriet vil udbygge og skærpe vejledningen om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter vil blive udbygget og skærpet for at sikre alle patienter den rette information om deres rettigheder i sundhedsvæsenet.

Regeringen ønsker også at udvide de eksisterende patientrettigheder, så flere patienter kan få gavn af et godt behandlingstilbud uden unødigt ventetid.

Patienter skal hjælpes videre til et alternativt behandlingstilbud

Regeringen udvider patientrettighederne. Fremover skal sygehuse være forpligtet til at oplyse om et alternativt behandlingssted, som kan tilbyde hurtigere behandling, hvis det ikke selv har mulighed for at tilbyde behandling inden for 30 dage. Det er i stil med retten til udredning i dag.

Regeringen vil sikre, at man som patient fremover får et navn på et alternativt behandlingssted, hvis sygehuset ikke selv har mulighed for at tilbyde behandling inden for 30 dage, og man som patient derfor er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg. Dette er allerede tilfældet i dag, når det kommer til udredning, mens patienter ikke får den rette støtte, når det kommer til at finde et alternativt behandlingssted.

Det kan særligt gå ud over de mindre ressource-stærke patienter, hvis de ikke selv har mulighed for eller kræfter til at finde et alternativt behandlings-tilbud.

Regeringen vil derfor fremover pålægge sundhedsforvaltningerne at tage bedre hånd om den enkelte patient og oplyse patienten om navnet på et alternativt behandlingssted i indkaldelsesbrevet, hvis det er muligt at tilbyde patienten en hurtigere tid på et andet offentligt hospital eller et aftalesygehus, end hvad det oprindelige sygehus kan tilbyde.

Det kræver, at tidstro og valide opgørelser af ventetider på samtlige offentlige hospitaler og private aftalesygehuse er tilgængelige på tværs af landet for alle regioner på mitsygehusvalg.dk. Derfor skal der fremover stilles konkrete og strammere indberetningskrav om tidstro og valid indberetning til Sundhedsdatastyrelsen, *jf. ovenfor*.

Patientrettigheder udbredes til speciallægeområdet

Regeringen vil udbrede patientrettigheder til også at omfatte speciallægeområdet. Det er vigtigt for patienterne. På kort sigt – og som en trædesten frem mod en egentlig rettighed – sikres hurtig adgang til første konsultation inden for en række udvalgte specialer. Regeringen nedsætter et udvalg, der skal fastlægge en nærmere model.

I Danmark er der omkring 900 privat praktiserende speciallæger - fx øjenlæger og psykiatere. Regeringen ønsker, at der i speciallægesektoren bliver indført egentlige rettigheder til udredning og behandling, der modsvarer rettighederne i sygehusvæsenet. Det skal bidrage til bedre sammenhæng og et godt nært sundhedsvæsen, hvor patienter ikke unødigt skal på sygehuset.

Speciallægeområdet er imidlertid indrettet markant anderledes end det resterende sundhedsvæsen - og de eksisterende patientrettigheder kan ikke direkte overføres og gennemføres fra den ene dag til den anden.

Regeringen vil igangsætte et udvalgsarbejde, som skal kigge på udformningen af patientrettigheder på speciallægeområdet, herunder vurdere hvilke specialer der skal omfattes, og hvordan produktivitet i speciallægepraksis kan forbedres.

Arbejdet skal også understøtte, at der på kort sigt – og som en trædesten frem mod en egentlig rettighed – sikres hurtig adgang til første konsultation inden for en række udvalgte specialer (fx gynækologer, øre-, næse- og halslæger, hudlæger og børne- og ungdomspsykiatere).

Ret til to dages sygehusophold til alle førstegangsfødende

Regeringen vil sikre gode og trygge rammer for de fødende, så alle børn kan få en god start på livet. Regeringen vil derfor give førstegangsfødende ret til et to dages ophold på sygehuset eller patienthotel, så familien kan komme godt i gang med amning og pleje af det nye familiemedlem. De fødende og nybagte familier skal desuden mødes af en mere sammenhængende indsats fx i nye sundhedshuse, hvor jordemødre og sundhedsplejersker kan have et tættere samarbejde.

At bringe et lille nyt liv til verden er den største begivenhed i de fleste forældres liv. For os som samfund er det også en glædelig begivenhed, for vi har brug for, at der bliver født flere børn. Derfor er det glædeligt, at fødselstallet vil stige i de kommende år. I 2016 lå fødselstallet på 62.000, mens det i 2026 forventes, at der vil blive født 72.000 nye, små danskere.

De skal have den bedst mulige start på livet hver og en. Det stiller krav til vores sundhedsvæsen, så der skabes gode og trygge rammer for de fødende, og så alle børn får en god start på livet.

Regeringen har allerede prioriteret fødselsområdet. I januar 2018 præsenterede regeringen fødselsudspillet "En god og sikker start på livet", som opstiller fire målsætninger for fremtidens fødselsindsats: En mere individuel og sammenhængende tilrettelæggelse af fødselsforløbet, gode fødesteder, et sundt arbejdsmiljø og en bedre digital tilgængelighed. Og regeringen har øremærket 50 mio. kr. til en styrket indsats på fødeafdelingerne årligt i 2018-2020.

Regeringen har i forbindelse med finansloven for 2019 præsenteret et "1.000-dages-program – en bedre start på livet", som skal sikre en tidlig og bred indsats overfor sårbare og udsatte familier og børn.

Regeringen ønsker at styrke indsatsen på fødselsområdet yderligere. Det er en stor og glædelig begivenhed at blive forældre til et barn, men det er også en stor omvæltning, som kræver trykke og rolige rammer for den fødende og hendes partner. Det gælder især for førstegangsfødende, som kan have brug for støtte og vejledning i deres nye rolle som forældre.

Regeringen vil derfor give førstegangsfødende ret til et to dages ophold på hospitalet eller patienthotel. Det sikrer faste rammer og tryk for førstegangsfødende, så der er den rette støtte og hjælp til at få familien i gang med amning og til at besvare spørgsmål om pleje og omsorg.

Regeringen vil også med sundhedsreformen sikre de fødende og nybagte familier en indsats, som hænger langt bedre sammen. Fx ved at konsultation med en jordemoder foregår i sundhedshuse med flere fagligheder, så vi skaber rammerne for et tættere fagligt samarbejde mellem jordemødre og sundhedsplejersker i det nære sundhedsvæsen. Det kan også hjælpe den travle børnefamilie med at få hverdagen til at hænge bedre sammen.

Flere muligheder for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom


Regeringen vil give patienter bedre mulighed for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom. En ny informationsindsats skal understrege, at panelet om eksperimentel behandling er til gavn for alle patienter med livstruende sygdomme. Der oprettes to nye centre for eksperimentel behandling inden for livstruende neurologiske sygdomme og livstruende hjertesvigt.

Eksperimentel behandling er behandling, hvor der ikke findes samme dokumentation for, at den virker, som for de behandlinger, der normalt gives.

Regeringen vil udbrede kendskabet til ordningen med en ny informationsindsats. Navnlig skal det stå tydeligere, at Sundhedsstyrelsens rådgivende panel ikke kun kan vurdere kræftpatienter, men alle patienter med livstruende sygdomme.

Regeringen vil også oprette to nye centre for eksperimentel behandling inden for livstruende neurologiske sygdomme (fx ALS og sklerose) og livstruende hjertesvigt (fx 'kunstigt hjerte'). Det vil skabe bedre mulighed for at modtage eksperimentel behandling i det offentlige sundhedsvæsen, som det også er sket på kræftområdet, som led i Kræftplan IV. De to centre skal forankres på eksisterende afdelinger, som i forvejen har specialiserede funktioner på de pågældende områder.

Sundhedsstyrelsen har siden 2003 haft et rådgivende panel for eksperimentel behandling. Panelet vurderer, om der er mulighed for eksperimentel behandling i konkrete tilfælde, hvor de etablerede behandlingsmuligheder er udtømte for en patient med en livstruende sygdom. Denne ordning udbygges nu.



Førstegangsfødende skal have ret til to dages sygehusophold for at komme godt i gang med familieleivet.

5. Sammenhæng: Sundhedsfællesskaber skal bygge bro og skabe sammenhæng

Borgeren skal opleve, at sundhedsvæsenet fungerer som et sammenhængende hele og ikke som adskilte siloer. 21 nye sundhedsfællesskaber skal binde sygehus, kommuner og almen praksis bedre sammen. Regeringen ønsker, at alle borgere oplever sammenhængende forløb med "usynlige" overgange mellem sygehus, kommune og almen praksis, hvor sundhedspersonalet samarbejder gnidningsfrit, uanset hvor de er ansat.

Alle skal opleve mere sammenhæng og bedre overblik i deres kontakt med sundhedsvæsenet.

Regeringen tager følgende initiativer:

- Sundhedsfællesskaber skal sikre lokalt samarbejde om sundhed.
- Udadvendte sygehuse skal bidrage med rådgivning og udredning.
- Almen praksis skal fremtidssikres og moderniseres.
- Nye fælles muligheder skal sikre samarbejde på tværs af sektorer.

21 nye sundhedsfællesskaber skal sikre sammenhæng og nærhed

21 nye sundhedsfællesskaber med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområder med deltagelse af sygehuse, kommuner og almen praksis, skal sikre sammenhængende forløb og sundhedstilbud af høj kvalitet i borgernes nærmiljø.

21 nye sundhedsfællesskaber skal sikre sammenhæng og bygge bro mellem de lokale sygehuse, de praktiserende læger og kommunerne. Samtidig skal sundhedsfællesskaberne sikre en udvikling af det nære sundhedsvæsen, så behandlingen i sundhedsvæsenet kommer tættere på borgerne.

Mange af de borgere, som har mest brug for overskuelighed og tryghed, oplever alt for ofte, at de enkelte dele af sundhedsvæsenet ikke samarbejder godt nok. Det kan være den ældre medicinske patient, som udskrives fra sygehuset, uden at det er koordineret med hjemmehjælpen. Eller mennesket med psykiske lidelser, der henvises rundt mellem flere instanser.

Sundhedsfællesskaberne skal sætte patienterne i fokus og sikre, at den enkelte borger møder et sammenhængende sundhedsvæsen fra diagnose over behandling til genoptræning. Det skal resultere i bedre overgange for ældre, der udskrives fra sygehuset. Bedre udveksling af helbredsoplysninger. Og flere muligheder for samarbejde på tværs.

Borgeren skal opleve, at det offentlige fungerer som et sammenhængende hele og ikke som adskilte siloer. Her skal 21 nye sundhedsfællesskaber omkring akutsygehusene med deltagelse af de lokale sygehuse, også inden for psykiatrien, de alment praktiserende læger og kommunerne i området, iværksætte tværgående fælles initiativer, der skaber bedre kvalitet og øget nærhed for borgeren.

Sundhedsfællesskaberne skal have særligt fokus på at skabe bedre sammenhæng for patienterne og opfylde regeringens mål om, at mere behandling skal foregå uden for sygehusene.

Samlet vil regeringen sikre, at det lokale samarbejde bliver mere forpligtende. Derfor skal sundhedsfællesskabet holdes op på resultater om blandt andet sammenhæng på tværs. Sundhedsfællesskaberne vil blive født med en række opgaver, fx i forhold til at implementere den nye kvalitetsplan og udbrede fælles løsninger. Men de vil også være dynamiske enheder, der kan udvikle sig over tid, og som skal være drivkraft for, at flere patienter får behandling i det nære sundhedsvæsen, hvor det samtidig sikres, at der følger penge med, når fx kommunerne skal løse nye opgaver.

Boks 5.1: Borgerblik: Hvad betyder det for patienterne?

- **For alle patienter** kan det betyde, at der er gode og "usynlige" overgange mellem sygehus, kommuner og almen praksis, fordi de kender hinandens tilbud og kompetencer og er i god løbende dialog.
- **For den ældre medicinske patient** kan det for eksempel betyde, at et specialiseret sygeplejersketeam kan bidrage til fortsat behandling og pleje i eget hjem efter udskrivning fra sygehuset, eller at en indlæggelse helt kan undgås ved behandling og pleje i eget hjem i samarbejde mellem hjemmesygeplejen, praktiserende læge og sygehus.
- **For patienten med psykisk lidelse** kan det for eksempel betyde, at man kun behøver at henvende sig ét sted, og at indsatsen koordineres bedre på tværs. Det gælder også for de patienter, der har psykiske og fysiske lidelser på samme tid.
- **For alle patienter og medarbejdere i sundhedsvæsenet** betyder det fx et samlet digitalt patientoverblik, der giver patienter og pårørende et bedre overblik over deres eget forløb, og giver lægen på akutmodtagelsen let adgang til information om patientens igangværende behandlingsforløb.

CASE: Et akutteam i Esbjerg bygger bro mellem sygehus og kommune

Esbjerg Kommune etablerede i 2016 et akutteam, der bygger bro mellem den kommunale hjemmepleje og hospitalets akutmodtagelse. Halvdelen af akutteamets 12 sygeplejersker er på den fælles akutmodtagelse, mens den anden halvdel er i den kommunale hjemmepleje, hvor en stor del af tiden bliver brugt i borgerens eget hjem. Der er særlig fokus på den ældre medicinske patient og patienter med demens i risiko for indlæggelse eller genindlæggelse. Kommunen vurderer, at akutteamet i dag bidrager til øget tryghed og bedre patientforløb, og at borgere næsten ikke opdager, at de har skiftet sektor mellem sygehus og kommune. Samtidig bidrager akutsygeplejerskerne til, at det generelle kompetenceniveau i kommunen bliver opbygget. En udfordring er

dog, at de andre kommuner, der hører til Sydvestjysk Sygehus har andre akutfunktioner. Det betyder, at der er et differentieret serviceniveau på akutmodtagelsen alt efter, hvilken kommune borgeren bor i. Samtidig er der væsentlige udfordringer i at dele patientoplysninger på tværs af sygehus og kommuner.

I forbindelse med sundhedsreformen ønsker regeringen netop, at sundhedsfællesskaberne går sammen om lignende løsninger med alle kommuner i et optageområde. Samtidig vil regeringen med reformen fjerne de barrierer, der kan være for at samarbejde på tværs af sektorer og finde fælles løsninger til gavn for borgerne.

Kilde: Esbjerg Kommune

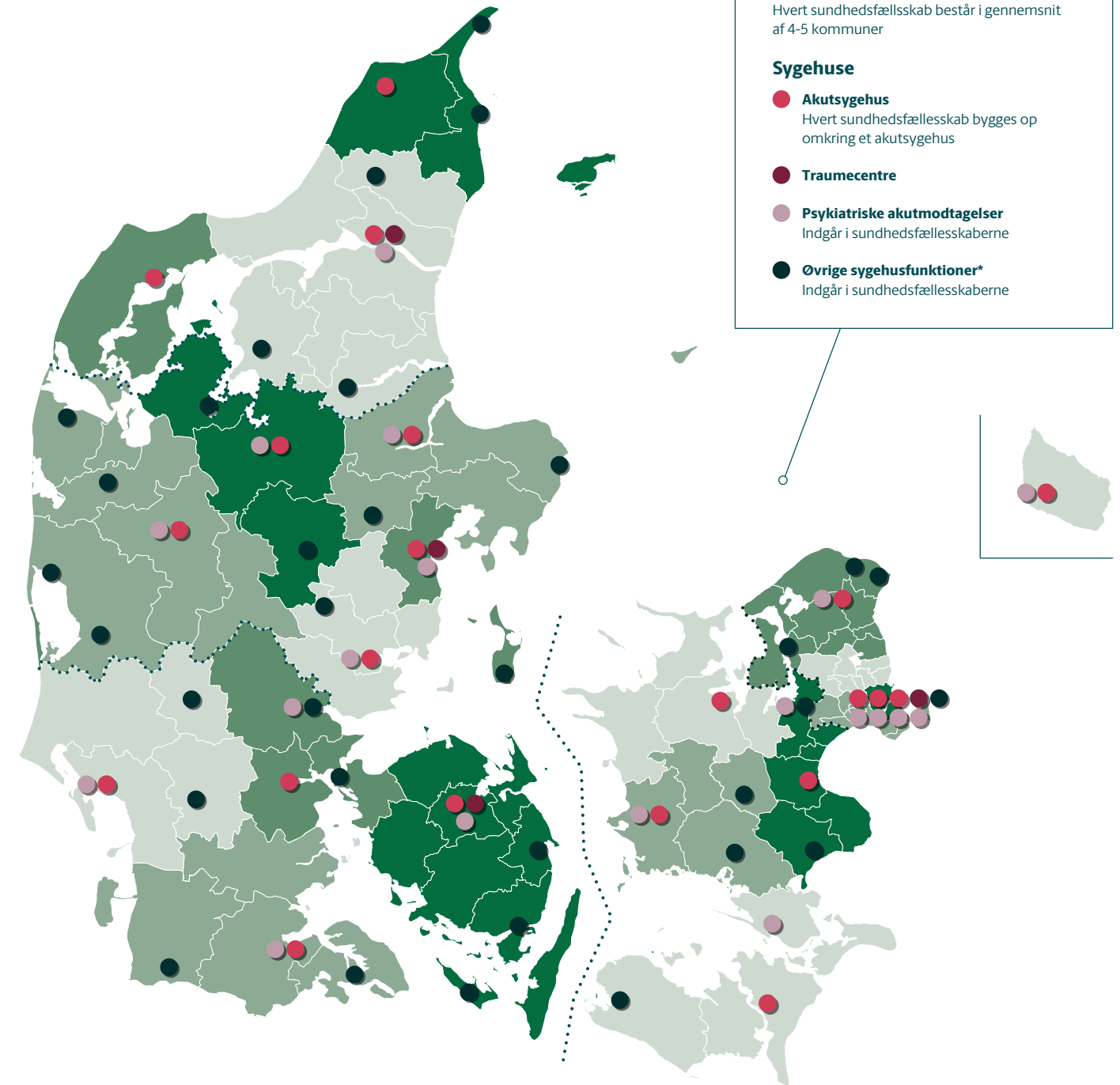


Kort over de 21 sundhedsfællesskaber.

Figur 5.1

Danmarks nye sundhedsfællesskaber

- Sundhedsfællesskaberne
- Grænser mellem sundhedsforvaltninger



Aktører i hvert sundhedsfællesskab

Almen Praksis

Hvert sundhedsfællesskab består i gennemsnit af 160-170 praktiserende læger

Kommune

Hvert sundhedsfællesskab består i gennemsnit af 4-5 kommuner

Sygehuse

- Akutsygehus**
Hvert sundhedsfællesskab bygges op omkring et akutsygehus
- Traumecentre**
- Psykiatriske akutmodtagelser**
Indgår i sundhedsfællesskaberne
- Øvrige sygehusfunktioner***
Indgår i sundhedsfællesskaberne

● Akutsygehuse

Bispebjerg Hospital
Nordsjællands Hospital, Hillerød
Herlev Hospital
Hvidovre Hospital
Bornholms Hospital
Holbæk Sygehus

Sjællands Universitetssygehus, Køge
Nykøbing Falster Sygehus
Slagelse Sygehus
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
Sygehus Lillebælt, Kolding

Odense Universitetshospital
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
Aarhus Universitetshospital
Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest
Hospitalsenhed Midt, Viborg

Regionshospitalet Horsens
Regionshospitalet Randers
Aalborg Universitetshospital
Aalborg Universitetshospital, Thisted
Regionshospital Nordjylland, Hjørring

* Steder med én eller flere matrikler, hvor der bedrives offentlig somatisk og/eller psykiatrisk sygehusemæssig aktivitet pr. 1. januar 2018.

Sundhedsfællesskaberne giver nye muligheder

Der er i dag 21 akutsygehuse i Danmark, hvor akutmodtagelserne med få undtagelser modtager alle typer akutte patienter via én fælles indgang. Patienter med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter har ofte forløb inden for akutsygehusenes optageområder – hos deres praktiserende læge, kommunen og det nærmeste akutsygehus, *jf. bilag B*. Og der er allerede i dag etableret forskelligartede samarbejdsfora på tværs af sygehus, almen praksis og kommuner flere steder i landet.

Det giver god mening at styrke samarbejdet omkring netop akutsygehusenes optageområder i form af nye sundhedsfællesskaber. Tiden er kommet til at formalisere sammenhængen i sundhedsvæsenet yderligere. Ud over akutsygehusene vil der også være andre sygehuse i sundhedsfællesskaberne, både psykiatriske og somatiske. De øvrige sygehuse vil også i fremtidens sundhedsvæsen spille en vigtig rolle, og sundhedsfællesskabet skal derfor sikre sammenhængen mellem sygehuse og deres samarbejde med almen praksis og kommunerne, så patienterne også her oplever velkoordinerede forløb. Hvert sundhedsfællesskab skal bestå af repræsentanter fra områdets sygehuse, herunder også psykiatrien, samt kommuner og almen praksis i sundhedsfællesskabets område.

Konkret kan man fx i sundhedsfællesskabet udbrede samarbejder mellem den kommunale hjemmesygepleje i alle kommunerne og akutsygehuset om en særlig overgangsordning for ældre medicinske patienter, der understøtter, at patienterne følges trygt og godt hjem fra sygehuset og fortsætter relevant behandling, der ikke forudsætter et sygehus, i hjemmet med henblik på at undgå u hensigtsmæssige genindlæggelser. Den daværende regering præsenterede i 2016 en handlingsplan for at løfte indsatsen for den ældre medicinske patient med i alt 1,2 mia. kr. i perioden 2016-2019, som blandt andet har haft særligt fokus på at styrke indsatsen før og efter sygehusindlæggelse og på at styrke sammenhængen på tværs af sektorer.

Sundhedsfællesskaberne vil få mulighed for at igangsætte projekter med fælles økonomi og fælles ledelse. Det kan fx være som i Psykiatriens Hus i Silkeborg, hvor medarbejderne i kommunens socialpsykiatri og den regionale behandlingspsykiatri er samlet under samme tag.

Sygehuse har med den nye nærhedsfinansiering incitament til at finansiere/købe ydelser i kommuner eller hos praktiserende læger eller på

anden måde støtte kommuner og praktiserende læger i at overtage ansvar. Nærhedsfinansieringen er en betinget finansiering, som kun beholdes, hvis der leveres på fastsatte mål for omstilling og sammenhæng, *se kapitel 6*. Kommunernes indsats for en styrket kvalitet i forebyggelsen løftes parallelt gennem midler fra nationalt niveau, der udmøntes i takt med udrulningen af kvalitetsplanen.

Som borger betyder det ikke, at man er fast tilknyttet ét sygehus. Der vil fortsat være patienter, der har forløb, som går på tværs af sundhedsfællesskaber fx i forhold til de mere specialiserede behandlinger inden for blandt andet hjerte- og kræftbehandling, og fordi der naturligvis fortsat skal være frit sygehusvalg. Man kan stadig blive indlagt akut på et andet akutsygehus end det, der ligger i sundhedsfællesskabet. Rigshospitalet, som ikke er karakteriseret som et akutsygehus, har for eksempel en særlig status som traumecenter for svært tilskadekomne og alvorligt akut syge, ligesom Rigshospitalet også varetager en lang række højt specialiserede funktioner, der om nødvendigt skal komme alle patienter i Danmark til gavn. Det vil derfor stadig være nødvendigt at tænke i sammenhæng på tværs af sundhedsfællesskaberne og de øvrige sygehuse. Det er blandt andet en opgave for sundhedsforvaltningerne og Sundhedsvæsen Danmark, *jf. kapitel 8*.

Grænsedragning

Regeringen foreslår at inddele Danmark i 21 sundhedsfællesskaber. Afgrænsningen er lavet ud fra en række hensyn, *jf. bilag B*. Blandt andet tager grænsedragningen højde for, at borgerne tilknyttes det sundhedsfællesskab, hvor deres behandling primært foregår. Samtidig etableres sundhedsfællesskaberne omkring de allerede eksisterende akutsygehuse, hvor der i forvejen er taget højde for et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag, og hvor der i dag er et vist samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommuner. Endelig er der i grænsedragningen taget hensyn til geografi og lokale forhold.

I gennemsnit vil et sundhedsfællesskab bestå af 4-5 kommuner, 160-170 praktiserende læger og ca. 275.000 indbyggere. Som det fremgår af kortet er der dog forskelle mellem sundhedsfællesskaberne. På tværs af de 21 sundhedsfællesskaber varierer antallet af kommuner fra én kommune (sundhedsfællesskabet omkring Bornholms Hospital) til ni kommuner (sundhedsfællesskaberne omkring Amager og Hvidovre Hospital, Nordsjællands Hospital og Odense Universitetshospital). Antallet af praktiserende læger vil variere fra omkring 30 til mere end 400, mens antallet af borgere vil variere

Boks 5.2: Sundhedsfællesskaberne vil have følgende opgaver:

- Sikre bedre sammenhæng for patienten, blandt andet gennem nem kontakt mellem sygehus og kommune og almen praksis, og gennem kritisk fokus på henvisninger og de mønstre, der kan være i indlæggelserne blandt kommunernes borgere.
- Indgå aftaler om hvilke opgaver, der skal flyttes ud af sygehusene med henblik på ændret opgavevaretagelse med udgangspunkt i den nationale kvalitetsplan.
- Fokus på målrettet forebyggelse eller tidlig opsporing, blandt andet ud fra data.
- Definere lokale mål for blandt andet sammenhæng.
- Varetage konkret opfølgning på anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om kvalitet og opgaveløsning.
- Udbrede fælles opgaveløsninger med fælles økonomi og ledelse, herunder fx i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler.
- Drøfte udviklingen i sundhedsfællesskabets nøgletal for blandt andet sammenhæng.
- Aftale lokale finansieringsordninger, der understøtter nærhed og kvalitet.
- Inddrage borgere og patienter, herunder varetage dialog med Patientinddragelsesudvalget.
- Dialog med kommuner og sundhedsforvaltninger om ansøgninger til nye sundhedshuse i regi af Nærhedsfonden.

fra ca. 40.000 til mere end 700.000. Forskellene skyldes, at der i grænsedragningen er taget hensyn til geografi og lokale forhold, herunder at der er forskel på befolkningstætheden i Danmark.

Grænsedragningen skal så vidt muligt tage hensyn til lokale forhold. Regeringen er derfor villig til at se på lokale forslag om en anden inddeling, hvor det giver fagligt mening. Det skal sikre den mest hensigtsmæssige grænsedragning for de nye sundhedsfællesskaber.

Opgaver og kompetencer

En central opgave for sundhedsfællesskaberne bliver at realisere målsætningen om en omstilling af behandlingen, der i første omgang skal aflaste sygehusene for 500.000 ambulante behandlinger og 40.000 indlæggelser, svarende til aktivitet for 2 mia. kr., frem mod 2025. Penge, der vil kunne sikre flere hænder og mere og bedre behandling i det nære sundhedsvæsen.

Sundhedsfællesskaberne vil – understøttet af kvalitetsplanen, *jf. kapitel 6* – skulle lave konkrete løsninger, der understøtter, at nye patientgrupper fremover kan behandles i eget hjem, i kommunale sundhedstilbud eller hos den praktiserende læge. Omstillingen vil i første omgang særligt have fokus på borgere med kroniske sygdomme, borgere med psykiske lidelser og ældre medicinske patienter.

Mange patienter lever i dag længere med livstruende sygdomme, og den palliative indsats spiller derfor en stadig større rolle. For mennesker med livstruende sygdom er det af stor betydning, at der sikres et trygt og sammenhængende forløb, da det at skulle tage afsked med livet er noget både betydningsfuldt og unikt, både for den døende og for de pårørende. Undersøgelser viser, at over halvdelen af danskerne ønsker at dø i eget hjem, men det ønske bliver kun opfyldt for under en fjerdedel. Regeringen har i regi af kræftplan IV afsat 100 mio. kr. i 2017-2020 og 34 mio. kr. varigt fra 2021 til en værdig og god palliativ indsats, heraf 80 mio. kr. til kommunerne. Der er desuden med udspillet "Børn med livstruende sygdom" på finansloven for 2018 tilført 76 mio. kr. fra 2018-2021, herunder 5 mio. kr. årligt til drift af de udgående børnepalliative teams. Sundhedsfællesskaberne vil skulle have en vigtig rolle i at understøtte og bistå den palliative indsats fx for de patienter, der ønsker at dø i eget hjem.

En vigtig opgave for sundhedsfællesskaberne er fx at sikre bedre modtagelse i almen praksis eller

kommune af udskrevne patienter, og – understøttet af en national kvalitetsplan – sikre kvalitetsløft i kommuner og almen praksis, der hvor forebyggelsen eller visitationspraksis tilsyneladende halter.

Sundhedsfællesskaberne vil desuden overtage opgaverne fra de nuværende sundhedskordinationsudvalg. Sundhedsfællesskaberne vil også fremover stå for den lokale implementering af praksisplanen, som i dag udarbejdes af praksisplanudvalgene. Praksisplanen vil fremover blive udarbejdet af sundhedsforvaltningerne i samarbejde med de lokale aktører. Dermed afskaffes praksisplanudvalget og sundhedskordinationsudvalget samt de tilhørende sundhedsaftaler, som indgås mellem regionen og kommunerne i den pågældende region, da sundhedsaftalerne omhandler samme målgruppe. Sundhedsfællesskabet vil herudover overtage dialogen med Patientinddragelsesudvalget, *jf. boks 5.2*.

Sundhedskordinationsudvalgene indgår senest den 1. juni 2019 nye fireårige sundhedsaftaler. Dermed vil sundhedsaftalerne være gældende i en periode efter oprettelsen af sundhedsfællesskaber og sundhedsforvaltninger. Der lægges op til, at sundhedsaftalerne som udgangspunkt skal forpligte sundhedsforvaltningerne, men at

kommunalbestyrelser og sundhedsforvaltninger skal have mulighed for at opsiges sundhedsaftalerne.

Sundhedsfællesskaberne vil ikke have driftsansvar for konkrete indsatser, som vil være placeret hos enten sundhedsforvaltningen eller kommunerne. Sundhedsfællesskaberne har som hovedregel ikke en selvstændig beslutningskompetence med hensyn til tilrettelæggelsen af opgaveudførelsen i sundhedsforvaltningen og kommunerne. Hvis sundhedsfællesskabet finder frem til løsninger, som kræver stillingtagen i sundhedsforvaltninger og kommuner (fx hvis en opgave skal flyttes ud af sygehuset), har sundhedsfællesskabet indstillingsret. Det betyder, at den endelige beslutning træffes af sundhedsforvaltningernes bestyrelse og kommunalbestyrelser.

Sammensætning

Sundhedsfællesskaberne skal bestå af repræsentanter fra sygehusene i området inklusiv psykiatrien, samtlige kommuner i området samt almen praksis, *jf. boks 5.3*. Sundhedsfællesskaberne skal bygge bro mellem faglighederne på tværs af aktører. Det er derfor væsentligt, at medlemmerne har en stærk faglig repræsentation fra deres respektive sektorer. Det er samtidig af stor betydning,

Boks 5.3: Sammensætning af sundhedsfællesskabet

Sundhedsfællesskabet fungerer på to niveauer.

Det faglige niveau skal drive udviklingen og er sammensat på følgende måde:

- Sygehuse i området deltager med i alt fire repræsentanter, herunder minimum en fra akutsygehusets direktion og et medlem fra direktionen i den regionale psykiatri.
- Almen praksis deltager med to repræsentanter (vælges lokalt).
- Kommunerne deltager med én repræsentant for hver deltagende kommune, dog minimum to repræsentanter i alt (dvs. fra to til ni repræsentanter).

Den politiske overbygning skal sikre politisk forankring af arbejdet og mødes som udgangspunkt kvartalsvist for at fastlægge den strategiske

retning for sundhedsfællesskabet, herunder temaer, køreplan mv. Det vil endvidere være den politiske overbygning, der har den formelle kompetence til at indstille beslutninger til kommunalbestyrelser og sundhedsforvaltningsbestyrelse.

Den politiske overbygning er sammensat således:

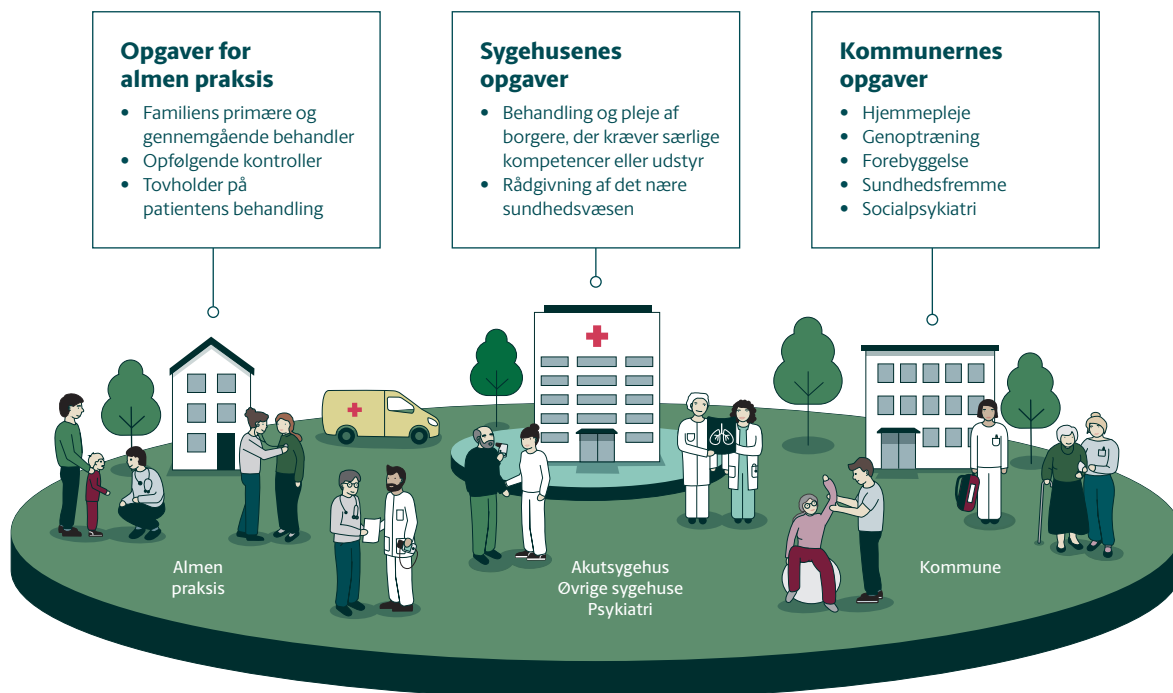
- Sygehuse i området deltager med et medlem af sundhedsforvaltningens bestyrelse, den administrerende direktør for akutsygehuset og øvrige sygehuse i sundhedsfællesskabet og direktøren for psykiatrien.
- Almen praksis deltager med de to lokale repræsentanter.
- Kommunerne deltager med borgmesteren og den relevante udvalgsformand fra alle kommuner.



21 nye sundhedsfællesskaber skal skabe et sammenhængende sundhedsvæsen tættere på borgerne

Figur 5.2

Samarbejdet i de 21 nye sundhedsfællesskaber



at sundhedsfællesskaberne bliver operationelle med fokus på udviklingen af konkrete løsninger med ejerskab fra de lokale aktører (sygehus, almen praksis og kommuner).

Afhængig af antallet af kommuner i sundhedsfællesskabet vil antallet af medlemmer variere fra otte til 15. Medlemmer udpeges af de respektive aktører. Formandskabet varetages af en repræsentant for akutsygehuset.

Sundhedsfællesskaberne træffer beslutninger i enstemmighed. Det understøtter, at alle parter har ejerskab til beslutninger og løsninger og vil arbejde for at implementere dem efterfølgende.

Politisk overbygning

Hvert sundhedsfællesskab vil have en politisk overbygning med deltagelse af borgmester og relevant udvalgsformand fra alle kommuner, den administrerende direktør for akutsygehuset og øvrige sygehuse i sundhedsfællesskabet, den administrerende direktør for psykiatrien, et medlem af sundhedsforvaltningens bestyrelse og de to repræsentanter fra almen praksis.

Sekretariatsbetjening

Sundhedsforvaltningen vil stå for sekretariatsbetjening af sundhedsfællesskaberne, herunder afholde udgifterne forbundet hermed. Sekretariatsbetjeningen skal sikre styrke i analyser, dialog og forberedelse af nye tiltag. Den nærmere model for sekretariatsbetjeningen fastlægges i regi af sundhedsforvaltningen, herunder størrelse, samarbejde og koordinering på tværs af sundhedsfællesskaber. Eftersom sundhedsforvaltningerne ikke længere vil skulle sekretariatsbetjene de 41 medlemmer af regionsrådene og de politiske udvalg, vil der blive frigjort ressourcer til, at sundhedsforvaltningerne har tilstrækkelig kapacitet til at betjene sundhedsfællesskaberne.

Patient- og borgerinddragelse

Hvis det for alvor skal lykkes at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen, er det vigtigt i højere grad at få borgernes og patienternes synspunkter og erfaringer i spil. Sundhedsfællesskaberne vil være det naturlige omdrejningspunkt for en sådan inddragelse på både individuelt og organisatorisk niveau.

Sundhedsfællesskaberne vil få til opgave at gennemføre lokaldemokratiske tiltag som bruger- og borgerhøringer, hvor alle brugere og borgere får mulighed for at komme til orde, jævnlige dialogmøder, organiserede fokusgrupper eller gennem regelmæssige møder med inddragelse af patienter i enten selve sundhedsfællesskabet eller i den politiske overbygning.

Sundhedsfællesskaber vil også have mulighed for at etablere egentlige brugerudvalg, hvor medlemmerne selv skal have erfaring som patient eller pårørende og gennem møder med sundhedsfællesskabet kan give en tilbagemelding og forslag til forbedringer vedrørende sundhedsfællesskabets opgaver. På et mere organisatorisk niveau kan der desuden afholdes løbende statusmøder med relevante foreninger og brugerorganisationer om samarbejde og udviklingstiltag i sundhedsfællesskabet med henblik på at modtage generel feedback. Sundhedsfællesskabet vil herunder overtage dialogen med patientinddragelsesudvalget.

Dette vil skabe mulighed for, at brugere og patienter kan formidle erfaringer og synspunkter direkte til de relevante aktører: Sygehuse, praktiserende læger og kommuner. Disse erfaringer vil kunne bruges aktivt i sundhedsfællesskabernes arbejde med at finde optimale løsninger for gode og sammenhængende patientforløb.

I den politiske overbygning for sundhedsfællesskaberne indgår borgmestre og udvalgsformænd fra de deltagende kommuner. Dette vil i sig selv sikre et lokaldemokratisk perspektiv på beslutningerne i det nære sundhedsvæsen. Det vil være naturligt at forankre dette yderligere gennem jævnlige drøftelser i den enkelte kommunalbestyrelse om samarbejdet i sundhedsfællesskabet, eventuelt med en fast kadence.

Holdbar løsning for håndtering af behandlingsredskaber og hjælpemidler

Som det fremgik af "Sundhed, hvor du er" fra december 2017, vil regeringen tydeliggøre reglerne på området for håndtering af behandlingsredskaber og hjælpemidler. Området vil desuden være en naturlig del af de kommende sundhedsfællesskabers opgaveportefølje. Derudover opfordres kommuner og sundhedsforvaltninger til at finde fælles løsninger på området i forbindelse med, at de lovgivningsmæssige barrierer herfor fjernes, og der dermed gives mulighed for fælles finansiering og fælles opgavevaretagelse af sundhedstilbud.

Udadvendte sygehuse skal bidrage med rådgivning og udredning

Regeringen vil sikre, at sygehuse har en rådgivningsforpligtelse over for almen praksis og kommuner i forhold til forebyggelse, behandling og rehabilitering af den enkelte patient, og sundhedsfællesskaberne skal understøtte, at sygehuse vender sig mere mod resten af sundhedsvæsenet.

Boks 5.4.: Eksempler på måder, hvorpå en styrket rådgivning fra sygehuse kan tilrettelægges

- **Løbende videomøder** mellem den praktiserende læge og sygehuset.
- **Fremskudt visitation**, hvor kommunale medarbejdere rykker ind på hospitalet for sammen med sygehuspersonalet at koordinere udskrivningen og det videre forløb.
- **Diagnostiske centre**, hvor patienter med uklare og komplekse symptomer nemmere og hurtigere kan udredes på tværs af sygehusets siloopbygning.
- **Kompetenceudvikling** af hjemmesygeplejen i de kommunale akutfunktioner.
- **Telemedicinske løsninger og videokonference**, hvor fx den kommunale sygeplejerske kan sende et billede af et fodsår til læger eller sygeplejersker på sygehuset, eller hvor møder og konsultationer kan afholdes på distancen.
- **Patientrapporterede oplysninger**, hvor borgeren sender svar hjemmefra på spørgsmål om egen-oplevet helbred, som lægges til grund for behandlingsindsatsen, fx om der er behov for ambulant kontrol eller vurdering af effekt af medicin.
- **Udgående sygehusfunktioner**, hvor udgående teams sammensat af flere typer faggrupper blandt andet udreder, undersøger og behandler patienterne i deres eget hjem.

I disse år slår nye moderne supersygehuse dørene op i hele landet blandt andet på baggrund af kvalitetsfondsinvesteringerne på knap 50 mia. kr. Specialisering og ekspertise har medført gode resultater, som skal fastholdes, *jf. kapitel 1*. Den positive udvikling skyldes dels en samling af den akutte indsats på 21 akutsygehuse med fælles akutmodtagelser og Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning. Men det skyldes også den samling og specialisering, der i øvrigt er sket på landets sygehuse i afdelinger med større rutine og erfaring og stærkere lægefaglige miljøer.

Fremover vil der være behov for, at sygehuse spiller en mere udadvendt rolle og i højere grad yder rådgivning og udredning for de praktiserende læger og kommunerne i det nære sundhedsvæsen. Det vil være en naturlig konsekvens af, at mere behandling foregår uden for sygehuseets matrikel. Dette kom også frem i udvalgsarbejdet om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Regeringen vil derfor fremsætte lovforslag, der understreger sygehuses rådgivningsforpligtelse over for almen praksis og kommuner i forhold til behandling af den enkelte patient.

Der er flere forskellige måder, hvorpå sygehuse kan spille en mere udadvendt rolle, og hvor fx speciallægens ekspertise på sygehuset kan inddrages i behandlingen i det nære sundhedsvæsen, *jf. boks 5.4*. Det afgørende er, at rådgivningen er tilgængelig, og at almen praksis og kommuner kan regne med den. Den nærmere tilrettelæggelse af behov og tilbud for en styrket rådgivning fra sygehuse kan aftales lokalt i sundhedsfællesskaberne.

Et løft af det nære sundhedsvæsen som følge af den kommende kvalitetsplan *jf. kapitel 6*, vil også betyde, at sygehuse i højere grad kan regne med indsatsen i kommunerne og hos de praktiserende læger. Som specialist på fx sygehuset kan man være tryk ved, at indsatsen løftes, som man har aftalt.

I dag spiller det nære sundhedsvæsen allerede en vigtig rolle i genoptræning og rehabilitering, når fx en patient har gennemgået en kræftoperation og efterfølgende skal komme i form til at kunne gennemgå den nødvendige efterbehandling i form af kemo- eller stråleterapi. Ofte oplever sygehuse imidlertid, at det er vanskeligt at navigere i de forskellige kommunale tilbud, og at kommunerne ikke altid har de nødvendige faglige kompetencer til at hjælpe patienterne videre i behandlingsforløbet.

Fremover vil sygehuse i regi af sundhedsfællesskaberne spille en større rolle i at rådgive og bidrage til kompetenceudviklingen af det nære sundhedsvæsen, så sygehuset i højere grad kan regne med kvaliteten i de nære sundhedstilbud i patientens videre behandlingsforløb.

Sygehuses mere udadvendte rolle understøttes af den nye styringsmodel på sundhedsområdet med nærhedsfinansiering, der træder i kraft allerede fra 2019, *jf. kapitel 6*.

Nem kontakt med kommunerne døgnet rundt

Sundhedsfællesskaberne kan bidrage til, at der er en nem kontakt mellem akutsygehuset og kommunerne døgnet rundt. Flere fagfolk fremhæver, at det er et væsentligt problem, at sygehuses personale har vanskeligt ved at komme i kontakt med kommunerne fx i forbindelse med en udskrivelse af en patient. Kontaktfladen til kommunen opfattes som fragmenteret, alt efter hvad sagen drejer sig om.

Der er behov for ét kontaktpunkt i de omkringliggende kommuner, så akutsygehuset har én samlet indgang til de kommunale ydelser, fx når en borger har behov for en ny ydelse fra kommunen. Dette kontaktpunkt skal have mulighed for at udløse ressourcer fra de relevante forvaltninger. Formålet er at bidrage til at løse sammenhængsudfordringer før og efter en indlæggelse på sygehuset eller ved aftaler om kontrol og pleje i forbindelse med et længerevarende behandlingsforløb.

CASE: Udredning "Samme dag under samme tag" på Holbæk Sygehus

På Holbæk Sygehus er der etableret et udredningstilbud, som kombinerer det diagnostiske center med hurtig udredning, så også patienter med uklare symptomer, så vidt muligt, kan udredes på én dag. Organiseringen er tilrettelagt, så patienterne kan få taget blodprøver, røntgen mv. samme dag, og der er mulighed for at trække

på forskellige faglige specialer. Det er til gavn for patienten, fordi de får en hurtigere afklaring og hurtigere kan komme i gang med relevant behandling eller genoptræning tæt på eget hjem.

Kilde: Holbæk Sygehus

Sundhedsfællesskaberne vil have til opgave at sikre en entydig og nem kommunikation mellem kommuner, sygehus og almen praksis, og her vil en aftale om ét kontaktpunkt være et naturligt udgangspunkt for arbejdet. Samtidig skal samarbejdes understøttes af bedre digitale løsninger, så de oplysninger der typisk er brug for, fx om pårørendekontakt, egen læge eller praktiske oplysninger om hjemmet er tilgængelige, når og hvor der er brug for dem i behandlingsforløbet.

Almen praksis skal fremtidssikres og moderniseres

Den praktiserende læge bliver et centralt omdrejningspunkt i patientbehandlingen, og sektoren vil med udviklingen blive tilført i størrelsesordenen 100 nye ydernumre. Regeringen vil derudover væsentligt løfte antallet af uddannelsesstillingerne i almen medicin, yderligere end allerede udmeldt med "En læge tæt på dig". Det vil betyde i alt 160 ekstra pladser i 2019 og 2020. Det er regeringens klare ambition at fortsætte satsningen i den næste dimensioneringsplan for 2021-2025.

Samlet vil sundhedsreformen sigte mod mere og bedre behandling i det nære sundhedsvæsen. Her spiller de praktiserende læger en helt afgørende rolle. Oftest er det den praktiserende læge, borgerne møder første gang, de henvender sig i sundhedsvæsenet med et fysisk eller psykisk problem. Langt de fleste henvendelser håndterer den praktiserende læge selv, men det er også den praktiserende læges ansvar, at borgeren bliver sendt videre i sundhedsvæsenet, hvis der er behov for det. Samtidig har den praktiserende læge et stort ansvar, når det gælder om at sikre, at borgerne oplever en velkoordineret indsats mellem deres egen læge, kommunen og sygehuset.

En udfordret sektor

Stigningen i antallet af ældre medicinske patienter og i antallet af borgere med en eller flere kroniske sygdomme betyder, at flere borgeres behandlingsforløb går på tværs af faggrupper og sektorer i sundhedsvæsenet. Derfor vil opgavevaretagelsen i fremtidens almen praksis også i højere grad skulle være tværfaglig med fokus på bedst mulig udnyttelse af såvel kompetencer som ressourcer til rådighed. Samtidig vil en række behandlinger og kontroller, der i dag foregår på sygehusene fremover skulle foregå i almen praksis.

Almen praksis som sektor er imidlertid præget af store udfordringer med manglende kapacitet. I dag har ca. 70 pct. af lægepraksis på landsbasis lukket for tilgang af nye patienter, som det fremgår af kapitel 1. Det betyder, at mange danskere har svært ved at finde en læge, der har luft til at tage imod nye patienter, hvis de flytter, eller hvis de af andre årsager ønsker at skifte praktiserende læge.

Samtidig er 10 pct. af de praktiserende læger over 65 år, og helt op mod en tredjedel forventes, ifølge de Praktiserende Lægers Organisation (PLO), at gå på pension inden for 10 år. Nu og her har regeringen sikret, at 63 ældre praktiserende læger fortsætter i deres praksis fremfor at gå på pension. Det er sket igennem en aftale om, at praktiserende læger over 65 år kan fritages fra akkreditering for i stedet at få besøg af en kvalitetskonsulent og ved at indgå i en kvalitetsklynge. De læger, der alligevel vælger at stå uden for en klynge, kan modtage hjælp til at gennemgå en ny runde af akkreditering, så de kan fastholdes og motiveres til at blive længere i deres praksis.

Det har desuden i de seneste år været vanskeligt at rekruttere praktiserende læger til nogle dele af Danmark, ligesom der også er udfordringer med at få unge læger til at vælge almen praksis som speciale i deres videre uddannelsesforløb. Samtidig er der i dag mange speciallæger i almen medicin, der arbejder på sygehusene. For at understøtte en bedre lægedækning over hele landet, er det afgørende, at disse motiveres til i højere grad at arbejde i almen praksis.

Der er i dag store forskelle mellem de sundhedstilbud, borgerne får hos deres praktiserende læge rundt omkring i landet. Det skyldes blandt andet, at de enkelte praktiserende læger griber opgaverne forskelligt an, har forskelligt udstyr, praksispersonale mv. Det fremgår fx af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for KOL-behandling, at KOL-patienter skal tilbydes en årlig kontrolundersøgelse hos deres praktiserende læge. Analyser viser dog, at opfølgningen varierer markant fra læge til læge. I nogle praksis får kun omkring 10 pct. af KOL-patienter den anbefalede opfølgning, mens det gælder for 80 pct. af KOL-patienterne i andre praksis.

Regeringen har derfor allerede som en del af reformen præsenteret udspillet "En læge tæt på dig". I udspillet præsenterer regeringen en vision for området, otte udviklingsmål samt 16 konkrete indsatser, *jf. boks 5.5*. Et centralt formål med udspillet

Boks 5.5: 16 konkrete indsatser for bedre lægedækning og en god almen praksis i Danmark

Flere læger – mere tid til kerneopgaven

1. Øget dimensionering for almen medicin
2. Bedre rammer for uddannelse af nye almene medicinere
3. Fastholdelse af ældre læger
4. Analyse af, hvordan praktiserende læger kan aflastes
5. Klare delegationsregler
6. Afbureaukratisering af journalføringsregler
7. Mere sammenhængende og ensartede akuttilbud
8. Bedre teknologiske løsninger

Samme høje kvalitet – uanset læge

9. Bedre fysiske rammer og større enheder
10. Flere flermandspraksis i hovedstadsområdet
11. Efteruddannelse af praksispersonale, herunder fx specialsygeplejersker
12. Bedre brug af data
13. Udarbejdelse af forskningsstrategi om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

En mere dynamisk almen praksis

14. Mulighed for udbud af enkelttydelser
15. Mere konkurrence om nye ydernumre
16. Et samlet patientoverblik

er at opfylde regeringens ønske om, at alle borgere sikres et reelt frit valg af læge og mulighed for at få en læge i nærområdet. Planen sætter derfor fokus på, at der skal være praktiserende læger nok til at løse opgaverne.

Mere aktivitet i almen praksis og flere praktiserende læger

Den praktiserende læge har en helt særlig rolle, når man bliver ramt af sygdom. Mange har kendt deres egen læge i flere år, og lægen sætter ofte en ære i at kende sine patienter. De praktiserende læger kender patienternes sygdomsforløb, og patienterne slipper dermed for at genfortælle deres historie.

Med sundhedsreformen vil der ske en udbygning af det nære sundhedsvæsen, som vil føre til mere aktivitet uden for sygehusene og derfor også i almen praksis.

År for år vil der komme flere penge i almen praksis i takt med, at opgaverne flyttes ud af sygehusene. Dermed vil efterspørgslen efter praktiserende læger også stige, og der vil løbende være behov for at sikre den rette kapacitet af sektoren. En udbygning af kapaciteten vil kunne ske både gennem en udvidelse af antallet af læger og antallet af øvrigt sundhedspersonale, dvs. sygeplejersker, SOSU-assistenten og andet praksispersonale til at aflaste lægerne i den enkelte praksis.

Mere aktivitet i sektoren vil derfor også betyde en løbende justering af økonomiløftet og behov for oprettelse af flere nye ydernumre (lægelige

kapaciteter). Når regeringens målsætning for omstillingen frem mod 2025 er opnået, vil det svare til i størrelsesordenen 100 nye ydernumre.

Samtidig vil udviklingen skabe behov for flere uddannelsesstillinger i almen medicin. Sundhedsstyrelsen lægger i en dimensioneringsplan fast, hvor mange der skal uddannes til speciallæger inden for forskellige specialer. Planen skal være med til at sikre, at der er tiltrækkeligt med speciallæger inden for de enkelte specialer, herunder i almen medicin. I dimensioneringsplanen indgår også en geografisk fordeling af uddannelsesstillinger på de tre videreuddannelsesregioner.

I forbindelse med dimensioneringsarbejdet indhentes høringsvar om behovet for speciallæger i fremtiden fra fx de videnskabelige selskaber, Danske Regioner, Lægeforeningen, De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, KL, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, ligesom at lægeprognosen skaber grundlag for fastsættelsen af antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Den store efterspørgsel efter alment praktiserende læger samt udfordringer med læger, der forventes at være på vej på pension, har skabt behov for at øge dimensioneringen af almen medicin inden for den lægefaglige videreuddannelse. På baggrund af anbefalinger fra regeringens lægedækningsudvalg blev antallet af hoveduddannelsesforløb i almen medicin løftet med i alt 18 pladser med den seneste dimensioneringsplan for 2018-2020.

Boks 5.6 Overenskomsten har lagt trædesten for fremtidens almen praksis

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) nåede i september 2017 til enighed om en ny overenskomstaf tale for almen praksis, som trådte i kraft 1. januar 2018. I aftalen var der både fokus på at imødekomme udfordringerne omkring den voksende gruppe af borgere med kroniske lidelser samt udfordringer i forhold til at sikre lægedækning i alle dele af landet.

Parterne var enige om, at almen praksis fremover skal spille en større rolle i behandlingen af borgere med kroniske sygdomme. Derfor skal de praktiserende læger som udgangspunkt kunne varetage den største del af ansvaret for opfølgning og behandling af mennesker med type 2-diabetes og KOL (eller begge dele) og kun i særlige tilfælde sende patienter til behandling på hospitalet.

Det betyder, at aktiviteter på sygehusambulatorier vedrørende patienter med diabetes type 2 og KOL så vidt muligt skal flyttes til almen praksis. Det skal medvirke til, at borgeren oplever sammenhæng i sit forløb, som nu foregår tættere på hjemmet.

Almen praksis tilføres derfor en samlet merøkonomi på godt 150 mio. kr. 2018-2020 til opgaven. Det afspejler blandt andet en ændret honorering

i almen praksis, så de praktiserende læger, der har mange syge borgere, eller som ligger i et lægedækningstruet område, får et højere honorar.

Samtidig er der afsat årligt 87 mio. kr. stigende til 121 mio. kr. med henblik på, at almen praksis skal styrke fokus på at forebygge, opspore og være opsøgende over for patienter med særligt behov og behandle kroniske sygdomme hos deres patienter.

Derudover er det en del af aftalen, at sygehusene stiller specialiserede rådgivningstilbud til rådighed for almen praksis – fx for at undgå unødvendige indlæggelser eller ambulante besøg. Tilbudet tilrettelægges regionalt.

Med andre ord er de første trædesten lagt ud på vejen mod at skabe bedre lægedækning i hele Danmark og udvide de praktiserende lægers ansvar for fx diabetikere og KOL-patienters behandlingsforløb. Med "En læge tæt på dig" går regeringen videre ad den sti og gennemfører et omfattende kvalitetsløft af almen praksis, så de kan løfte endnu flere opgaver og får bedre mulighed for at indrette sig efter patienternes behov.

Regeringen har derudover med ”En læge tæt på dig” ekstraordinært øget dimensioneringen af almen medicin inden for den lægefaglige videreuddannelse allerede fra 2019 med 30 hoveduddannelsesforløb i hhv. 2019 og i 2020 (dvs. i alt 60 ekstra pladser) i forhold til den gældende dimensioneringsplan for 2018-2020. De ekstra pladser lægges oveni løftet i forlængelse af lægedækningsudvalgets anbefalinger.

Med sundhedsreformen vil regeringen væsentlig løfte antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin med yderligere 100. Det betyder, at regeringen vil øge dimensioneringen af almen medicin inden for den lægefaglige videreuddannelse med 60 hoveduddannelsesforløb i 2019 og 100 ekstra pladser i 2020 (i alt 160 ekstra pladser). Dermed vil der i 2020 være 370 hoveduddannelsesstillinger i almen medicin. I 2015 var der dimensioneret med 252 hoveduddannelsesforløb, hvoraf 234 blev slået op. I 2015 var der dimensioneret med 252 hoveduddannelsesforløb, hvoraf 234 blev slået op.

Derudover er det regeringens klare ambition, at satsningen på almen medicin skal fortsættes i den kommende dimensioneringsplan for 2021-2025.

Til sammenligning blev dimensioneringen af uddannelsen løftet med 12 pladser fra 240 til 252 i den tidligere regeringsperiode fra 2011-2015.

Samtidig vil regeringen understøtte, at der ansættes mere og bedre uddannet praksispersonale, som giver lægerne mere tid til deres kerneopgave, nemlig den lægefaglige patientbehandling. Dette gøres ved bedre fysiske rammer og større enheder og målrettet efteruddannelseskurser til praksispersonale. Endelig vil regeringen sikre, at almen praksis fremstår som en attraktiv vej for unge læger, blandt andet ved at etablere flere moderne sundhedshuse, *jf. kapitel 6*.

Almen praksis skal spille en central rolle i sundhedsfællesskaberne

De praktiserende læger skal som en del af de nye sundhedsfællesskaber – sammen med kommuner og sygehuse – tage et styrket fælles ansvar for at give patienterne sammenhængende forløb. Det gælder både, når risiko for sygdom skal tages i opløbet, og når behandling og pleje skal koordineres på tværs af sygehus, praktiserende læge og kommune. Derfor er det væsentligt, at der etableres en beslutningsstruktur omkring sundhedsfællesskaberne, der giver de praktiserende læger indflydelse på udviklingen og som samtidigt skaber en forpligtende ramme i forhold til lægerne.

Nedsættelse af et udvalg om almen praksis

For at styrke og modernisere almen praksis nedsætter regeringen et udvalg om almen praksis med deltagelse af repræsentanter fra PLO, regionerne, KL, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet under ledelse af en ekstern formand med indsigt i sundhedsvæsenet.

Udvalget skal sikre, at lægerne får medindflydelse på udviklingen i sundhedsfællesskaberne, sådan at beslutninger efterfølgende kan implementeres i almen praksis. Det kræver ændringer i den nuværende beslutningsstruktur omkring almen praksis, herunder overvejelser om samspillet mellem den nye organisering og overenskomstsyste-
met.

Udvalget skal desuden udarbejde anbefalinger vedrørende udviklingen i almen praksis frem mod 2030.

Udvalget skal konkret:

- Belyse udviklingen i almen praksis frem til i dag og belyse udfordringerne i sektoren samt den nuværende ramme for opgavevaretagelse.
- Udarbejde en vision for fremtidens almen praksis, herunder i forhold til fysiske rammer, kompetencer, opgavevaretagelse, honorering, styringsværktøjer, herunder de individuelle højeste grænser, dimensionering og uddannelse, lægedækning, udstyr og apparatur samt organisering og samarbejde.
- Udarbejde en handleplan for opfyldelse af regeringens otte udviklingsmål for fremtidens almen praksis.

Udvalgets anbefalinger skal bidrage til en mere hensigtsmæssig indretning af almen praksis og det samlede sundhedsvæsen. I den forbindelse skal anbefalingerne understøtte en omkostningseffektiv ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen.

Forslagene skal endvidere tage afsæt i borgerens egne behov og ressourcer samt udgangspunkt i det såkaldte LEON-princip, som indebærer, at behandlingen og rehabilitering skal tilbydes på laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau.

Udvalget skal afrapportere første del af deres arbejde i 2019, sådan at resultatet af arbejdet kan indgå i forberedelsen af sundhedsfællesskabernes arbejde.

Udvalgets anbefalinger skal være forenelige med den nuværende struktur i almen praksis med landsdækkende overenskomstaftaler med PLO.

Boks 5.7: Ny app skal gøre det lettere at få kontakt til egen læge

Fremover kan alle danskere over mobilen få overblik over henvisninger fra egen læge, sende et spørgsmål med et billede, se diagnoser og holde overblik over aftaler. Det sikrer den nye sundheds-app "Min Læge", der kommer i første version allerede i januar 2019. Ambitionen er, at app'en i løbet af 2019 bliver udvidet til også at omfatte andre funktioner som fx adgang til egne laboratoriesvar, indsigt i børns oplysninger, mulighed for booking og for at se aftaler også med sygehuset, adgang til videokonsultation og registrering af allergier.

For den travle børnefamilie kan det betyde, at de slipper for en lang telefonkø, og at de kan få svar på børnenes eksem ved blot at sende et billede til lægen. App'en udvikles og finansieres af PLO og

Sundheds- og Ældreministeriet i fællesskab, i et samarbejde med de otte systemhuse, der i dag leverer it-systemer til de praktiserende læger.

I regi af Strategi for digital sundhed har Danske Regioner, KL og staten også aftalt at videreudvikle sundhed.dk og lave en app, som kan give borgeren samlet overblik og lettere adgang til de funktioner og oplysninger, der er på sundhed.dk. Vi skal gøre det lettere som patient at være i digital kontakt med sygehuset, fx ved at give overblik over aftaler og mulighed for at booke aftaler på sygehuset, og endvidere gøre det lettere at klare kontakter med sygehuset digitalt og give lettere digital adgang til egne helbredsoplysninger og patientinformation.

Data og digitale løsninger

Almen praksis, sygehuse og kommuner skal i højere grad samarbejde om digitale løsninger. Det gælder fx udvikling af en digital vandrejournal til gravide, som skal understøtte samarbejde med og om den gravide igennem hele graviditeten. Tilsvarende skal de borgere, som kan og vil fx have mulighed for at kunne tilgå egne helbredsoplysninger fra almen praksis og have bedre digital adgang til praktiserende læge blandt andet med appen "Min Læge", som lanceres i januar 2019 *jf. boks 5.7*. Samtidig skal almen praksis på lige fod med resten af sundhedsvæsenet dele data om kvalitet og resultater.

Nye fælles muligheder skal sikre samarbejde på tværs af sektorer

Regeringen vil fremover give sundhedsforvaltninger og kommuner mulighed for fælles finansiering og fælles opgavevaretagelse af sundhedstilbud under én myndighed, fx i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler. Regeringen vil også sikre bedre mulighed for at dele relevante helbredsoplysninger om patienter i fælles digitale løsninger på tværs af sektorer som fx det samlede patientoverblik.

Udover at regeringen med sundhedsfællesskaberne skaber en ramme for at styrke samarbejdet på tværs, vil regeringen også fjerne nuværende

barrierer for samarbejdet på tværs af sektorer. Kassetænkning må ikke være til hinder for sammenhængende patientforløb.

Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der afrapporterede i juni 2017, anbefalede blandt andet, at kommuner og regioner, herunder praksissektoren, afprøver og udbreder integrerede samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning. Herunder at kommuner, regioner og staten udvikler og forbedrer rammerne for planlægning, samarbejde og flere fleksible løsninger på tværs af sektorer med det formål at skabe mere sammenhængende og effektive patientforløb.

Regeringen vil med en ændring af lovgivningen fjerne de lovgivningsmæssige barrierer for fælles løsninger, der er i dag. Sundhedslovens bestemmelser giver regionerne ansvaret for at udføre opgaver, som er henlagt til regionerne. Sundhedsloven giver ikke hjemmel til, at regionerne i dag kan varetage andre opgaver på sundhedsområdet, herunder eksempelvis kommunale sundhedsopgaver. Tilsvarende vil kommunerne ikke med hjemmel i sundhedsloven eller på andet grundlag (fx kommunalfuldmagtsreglerne) kunne varetage regionale opgaver på sundhedsområdet.

En ændring af lovgivningen vil give mulighed for fælles finansiering og fælles opgavevaretagelse af sundhedstilbud, hvor det giver mening. Fælles finansiering og samarbejde mellem sygehus,

almen praksis og kommuner vil kunne være relevant på områder i sundhedsvæsenet, hvor der ydes behandling til de samme grupper af patienter. Det forventes eksempelvis at kunne være særligt aktuelt i forhold til patienter, der ofte har omfattende forløb på tværs af kommuner og sygehus og almen praksis, fx patienter med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter og patienter med tilknytning til såvel behandlings- som socialpsykiatrien.

Fremover skal sundhedsfællesskaberne være rammen for udbredelse af fælles opgaveløsning på tværs af sektorer. Rammerne for fælles finansiering, ledelse og planlægning forbedres ved at give

sundhedsforvaltninger og kommuner hjemmel til efter aftale mellem parterne at overdrage myndighedsansvaret for en opgave i sundhedslovgivningen til hinanden.

For at give størst mulig fleksibilitet, er der ikke tale om, at sundhedsministeren skal godkende, at der gøres brug af modellen. Der vil derimod i lovgivningen blive opstillet nogle overordnede rammer, som skal iagttages, hvis modellen bringes i anvendelse. Blandt andet skal det sikres, at man ved overdragelse af myndighedsansvar bevarer en entydighed omkring det ansvar, der påhviler den myndighed, der får opgaven overdraget, herunder i forhold til at

CASE: Samdrift af sundhedstilbud i Tønder Kommune

I Tønder har kommunen og Region Syddanmark lavet en aftale om samdrift af fire tilbud på Tønder Sygehus. Aftalen betyder, at Region Syddanmarks skadeklinik og dagshospital smelter sammen med Tønder Kommunes sygeplejeklinik og akutfunktion. Formålet med samdriften er at skabe en større sammenhæng mellem forebyggelse, behandling og rehabilitering samt at bryde de grænser ned, der i dag opdeler sundhedsvæsenet i region, kommune og almen praksis.

Netop de tre aktører – Region Syddanmark, Tønder Kommune og Tønder Lægehus Nord har sammen søgt midler fra puljen til læge- og sundhedshuse (udmøntet i starten af 2018) til at understøtte, at de alment praktiserende læger, som allerede er på matriklen, fremover skal indgå i et tættere samarbejde om samdrift af de kommunale akutfunktioner og dagshospitalet. Sundheds- og Ældreministeriet bevilgede på denne

baggrund 5.145.000 kr. blandt andet til renovering af lokalerne til de kommunale akutfunktioner og tilhørende korttidscenter samt midler til udstyr til ultralydsundersøgelser til Tønder Lægehus Nord.

Samarbejdet mellem Region Syddanmark, Tønder Kommune og Tønder Lægehus Nord er et godt eksempel på en koordineret tværsektoriel indsats med fokus på sammenhængende patientforløb og øget brug af praksis personale.

Kommunen og regionen har oplevet forskellige lovgivningsmæssige barrierer for deres ønske om samdrift. Fx i forhold til at løse opgaver for hinanden, fælles økonomi og fælles ledelse. Samtidig oplever de udfordringer i forhold til at dele data på tværs. I forbindelse med sundhedsreformen ønsker regeringen netop at fjerne de barrierer, der kan være for at samarbejde på tværs af sektorer og finde fælles løsninger til gavn for borgerne.

CASE: Psykiatriens Hus i Silkeborg

Psykiatriens Hus i Silkeborg er en fælles lokalitet mellem behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland og socialpsykiatrien i Silkeborg Kommune. Formålet er, at borgerne kun skal henvende sig ét sted, fordi de kommunale og regionale tilbud er samlet under samme tag, ligesom der er udviklet fælles tiltag, så borgerne kan få et mere sammenhængende tilbud. I regi af de nuværende frikommunenetværk har Psykiatriens Hus søgt om mulighed for at etablere et forsøg, hvor myndighedsansvaret for de omfattede opgaver

i behandlingspsykiatrien overdrages fra Region Midtjylland til Silkeborg Kommune.

Formålet er hermed at skabe en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats for borgerne samt øge kvaliteten i de tværfaglige indsatser. Forsøget i Psykiatriens Hus i Silkeborg er endnu ikke igangsat.

Kilde: Region Midtjylland og Silkeborg Kommune

sikre overholdelse af patientrettigheder, udfærdige instrukser for opgavernes udførelse og føre tilsyn med at opgaven udføres inden for lovgivningens rammer. Hvis den overdragende myndighed ved overdragelsen fortsat bevarer en del af myndighedsansvaret, vil dette også skulle fremgå klart.

Konkret indebærer modellen, at myndighedsopgaven eller en del heraf overdrages fra fx en sundhedsforvaltning til en kommune eller omvendt. Modellen indebærer således, at den "afgivende" myndighed for den opgave, der overdrages, overdrager det fulde ansvar for opgaven til den anden part. Det er således den "modtagende" myndighed, der efter overdragelsen har det fulde ansvar for opgaven, herunder i forhold til at fastlægge serviceniveau, instrukser, vejledninger mv. og føre tilsyn med, at opgaven udføres inden for lovgivningens rammer.

Bedre muligheder for at dele relevante helbredsoplysninger

En af de væsentligste udfordringer i forhold til at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen er, at relevant information ikke altid deles i patientforløb, der går på tværs af forskellige sundhedsaktører på sygehuse, i den kommunale pleje og hos praksislægerne. Det gør det svært for sundhedspersoner på tværs af sektorer at samarbejde om det samlede patientforløb. Borgerne bør i hvert eneste led af et patientforløb møde velforberede og velorienterede medarbejdere, som kender til borgerens hidtidige forløb og ved, hvad næste skridt er. Og medarbejderne skal have de relevante oplysninger lige ved hånden, når de samarbejder med og om patienten.

Lovgivningen er imidlertid i dag ikke indrettet sådan, at de nødvendige og relevante oplysninger kan deles i en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenets it-systemer.

Derfor har regeringen med dataudspillet "Sundhed i fremtiden", som er en del af sundhedsreformen, igangsat en række tiltag, der skal understøtte, at de rigtige oplysninger kommer i de rigtige hænder på det rette tidspunkt.

Samtidig har regeringen i samarbejde med regioner og kommuner i den fælles Strategi for digital sundhed 2018-2022 aftalt, at der skal etableres en fælles national digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenets it-systemer, som gør det let for sundhedsvæsenets aktører at dele behandlingsrelevante data på tværs af patientens forløb.

Der etableres et samlet patientoverblik og en aftaleoversigt, hvor både borgere og sundhedspersoner på tværs af sundhedsvæsenet har adgang til aktuelle oplysninger om patientens tilstand, forløb, pårørende mv. Patientoverblikket er aktuelt i pilotafprøvning på sygehuse, i almen praksis og i kommunerne. Den egentlige implementering forventes at være godt i gang inden udgangen af 2020.

Sundhedsloven vil blive moderniseret med henblik på bedre digitalt samarbejde og bedre mulighed for udveksling af relevante helbredsoplysninger i patientens forløb i en fælles digital infrastruktur. Regeringens lovforslag om bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet, som blev fremsat i december 2018, har til formål at gøre det lettere at dele behandlingsrelevante oplysninger om patientens forløb mellem de sundhedspersoner, der har patienten i behandling – på tværs af sektorer. Lovforslaget tydeliggør også, at alment praktiserende læger og speciallæger skal dele behandlingsrelevante data med det øvrige sundhedsvæsen. Endelig giver lovforslaget et klarere grundlag for at kunne bruge helbredsoplysninger fra fx elektroniske patientjournaler og nationale sundhedsregistre som Landspatientregisteret til at træffe sundhedsfaglige beslutninger som led i patientbehandling (beslutningsstøtte) i klinikken.

Lovforslaget udmønter den politiske aftale om bedre brug af sundhedsdata, som blev indgået af Regeringen, Dansk Folkeparti, Socialdemokratiet, Enhedslisten, Alternativet, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti i juni 2018.

Med dataudspillet, modernisering af sundhedsloven og etablering af en fælles digital infrastruktur til deling af patienters helbredsoplysninger mv. i blandt andet et samlet patientoverblik løses de udfordringer, der i dag forhindrer, at helbredsoplysninger i patientbehandlingen kan deles digitalt på tværs af almen praksis, kommuner og sygehuse. De juridiske barrierer vil med moderniseringen af sundhedsloven blive fjernet, og med den nationale infrastruktur bliver det teknisk muligt at dele relevante oplysninger mellem it-systemer i sundhedsvæsenet.

Dermed løses problemet med, at sygehuspersonale og kommunalt ansatte ikke har adgang til oplysninger om patienten fra almen praksis, og derfor ikke kan følge op på, om praksis har taget de videre skridt i forløbet, eller at de skal bruge tid på

at finde relevante informationer om patienterne fx ved at skulle ringe til patientens egen læge. Når det bliver muligt at dele relevante oplysninger på en sikker og enkel måde, er det også lettere for sundhedspersoner for alvor at samarbejde om det samlede patientforløb i det daglige og for ledelserne i de nye sundhedsfællesskaber at have det som indsatsområde.

Hvilke helbredsoplysninger, der deles i den nationale infrastruktur, kan løbende udvikles i takt med at behovene opstår. I første omgang deles aftaler og stamoplysninger om patienten, og på sigt vil oversigten blive udvidet med andre behandlingsrelevante oplysninger, fx diagnoser. Øvrige relevante oplysninger, fx mere dækkende journal og historik, vil som i dag fortsat kunne tilgås på sundhedsjournalen på sundhed.dk.



En ny national kvalitetsplan peger på områder, hvor det giver mening, at behandlingen flytter ud af sygehusene og tættere på borgeren.

6. Nærhed: Nye sundhedshuse og flere kompetencer i det nære sundhedsvæsen

Regeringen ønsker, at mere behandling foregår i det nære sundhedsvæsen – tættere på borgernes hjem og dagligdag. Det skal understøttes af en ny national kvalitetsplan, som løfter kvaliteten i det nære sundhedsvæsen, ligesom nye moderne sundhedshuse fremover kan bidrage til udviklingen. Det nære sundhedsvæsen skal udbygges med flere medarbejdere og styrkede kompetencer. Kompetencer der skal kommer borgere med både fysiske og psykiske lidelser til gavn.

Flere skal opleve behandling og pleje tættere på eller i eget hjem.

Regeringen tager følgende initiativer:

- Nye moderne sundhedshuse
- Flere medarbejdere og styrkede kompetencer
- En ny kvalitetsplan skal styrke kvaliteten i det nære sundhedsvæsen

Boks 6.1: Borgerblik: Hvad betyder det for borgerne?

- **For alle borgere og patienter** kan der blive kortere vej til et samlet sundhedstilbud, så man undgår en tur til sygehuset eller at skulle flere steder hen, fx når man både har en aftale hos egen læge og fysioterapeuten. Det kan være i nye moderne sundhedshuse eller hos almen praksis med mere sundhedspersonale.
- **For patienter med type-2-diabetes** kan bedre rehabiliteringstilbud i kommunerne og en intensiveret indsats i forhold til blandt andet rygeafvænning og kostvejledning gøre, at senere besøg på sygehusene undgås. De mangelfulde tilbud i kommunerne medfører i dag, at patienter med type-2 diabetes oplever talrige indlæggelser på sygehus, som kunne have været forebygget.
- **For alle borgere betyder det bedre lægedækning og større tryghed.** Den gradvise øgning af kapaciteten i almen praksis vil bidrage til bedre lægedækning.
- **For patienter med let til moderat grad af depression** kan det betyde, at de i højere grad behandles i almen praksis eller hos en psykolog i stedet for på sygehuset.
- **For patienter med demens** kan det betyde, at de kan undgå et utrygt besøg på et sygehus, som er fremmed for dem, og i stedet få behandling i hjemmet eller hos deres praktiserende læge. Det kan have stor betydning for dementes livskvalitet.

Boks 6.2.: En dynamisk proces frem mod et styrket nært sundhedsvæsen

Det er en langvarig proces, som regeringen hermed sætter i gang med løbende at udvikle det nære sundhedsvæsen. Det indebærer blandt andet, at flere patienter fremover skal modtage behandling af høj kvalitet i det nære sundhedsvæsen i stedet for på sygehusene, og at flere indlæggelser skal forebygges.

Der er allerede taget en række skridt til at styrke det nære sundhedsvæsen, og med sundhedsreformen vil regeringen understøtte den løbende udvikling af det nære sundhedsvæsen gennem flere initiativer:

I sundhedsfællesskaberne bindes sygehuse, de praktiserende læger og kommunerne tættere sammen og skal styrke sammenhæng på tværs med bedre kvalitet og øget nærhed for borgeren. Sundhedsfællesskaberne får blandt andet til opgave at aftale en lokal plan for at styrke den nære indsats.

En ny styringsmodel på sundhedsområdet – **nærhedsfinansiering** – vil fra 2019 understøtte, at mere behandling foregår i det nære sundhedsvæsen. Når opgaver flyttes fra sygehuset, følger pengene med til almen praksis og kommunerne. **Sygehusene** vil med nærhedsfinansieringen endvidere få incitament til at spille en mere udadvendt rolle og i højere grad have en rådgivningsforpligtelse og yde udredning for de praktiserende læger og kommunerne i det nære sundhedsvæsen.

De praktiserende læger bliver et centralt omdrejningspunkt i patientbehandlingen. De skal sikre, at borgeren oplever sammenhæng i sit forløb, som nu foregår tættere på eller i eget hjem. En udbygning af det nære sundhedsvæsen vil føre til mere aktivitet uden for sygehusene og derfor også til mere økonomi i almen praksis i takt med, at opgaverne flyttes ud af sygehusene. Når regeringens målsætning for omstillingen frem mod 2025 er opnået, vil det svare til i størrelsesordenen 100 nye ydernumre.

Med sundhedsreformen vil regeringen fordoble løftet af uddannelsesstillingerne for 2019 og 2020. Det betyder, at regeringen vil øge dimensioneringen af almen medicin inden for den lægefaglige videreuddannelse med 60 hoveduddannelsesforløb i 2019 og 100 ekstra forløb i 2020 (i alt 160 ekstra pladser). Til sammenligning blev uddannelsen løftet med 12 pladser fra 2011 til 2015. Derudover er det regeringens klare

ambition, at satsningen på almen medicin skal fortsættes i den kommende dimensioneringsplan for 2021-2025.

Kommunerne vil i sundhedsfællesskabet få en ramme for at samarbejde med almen praksis og sygehusene om, hvordan en kommunal indsats bedst tilrettelægges for at få den ønskede effekt. Med baggrund i den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet og det kommunale ansvar på social- og beskæftigelsesområdet vil kommunerne have interesse i at understøtte arbejdet i sundhedsfællesskabet om forebyggelse og rehabilitering.

Med den nationale kvalitetsplan sættes faglige standarder for almen praksis og kommunale sundhedsopgaver. Det vil danne grundlaget for, at det nære sundhedsvæsen med en høj kvalitet kan løfte stadig flere opgaver ud af sygehusene.

En Nærhedsfond på 6 mia. kr. vil bidrage til tilstrækkeligt med sundhedspersonale samt de rette kompetencer til at leve op til de krav til opgaveløsning og til de kvalitetsstandarder, der vil indgå i en national kvalitetsplan. Nærhedsfonden vil desuden bidrage til at løfte kapaciteten i det nære sundhedsvæsen ved en betydelig udbygning af moderne sundhedshuse og flerlægepraksis.

Nye moderne sundhedshuse vil være et instrument til at samle kompetencerne og understøtte samarbejdet om den enkelte patient. Her vil læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale kunne hjælpe flere patienter i det nære sundhedsvæsen. Det kan fx ske i et samarbejde mellem almen praksis og kommunale sundhedstilbud, der har ansvaret for den fysiske kapacitet i det nære sundhedsvæsen. Regeringen vil forud for etableringen af Nærhedsfonden i 2020 allerede i 2019 i forbindelse med sundhedsreformen opslå en pulje på 200 mio. kr. til etablering og modernisering af sundhedshuse.

Adgangen til fleksibel opgaveløsning vil give kommuner og sundhedsforvaltninger adgang til – via sundhedsfællesskabet at aftale samarbejds- og finansieringsløsninger, der kan understøtte, at patienter i mindre omfang mærker overgangen mellem sektorer.

Flere opgaver kan fremover med fordel løses i det nære sundhedsvæsen fremfor på sygehuset. Patienter med både fysiske og psykiske lidelser skal ikke køre unødigt til sygehuset for kontroller og behandlinger, som lige så godt kan foregå hos deres praktiserende læge, i et kommunalt sundhedshus eller i borgerens eget hjem ved brug af digitale løsninger. Det drejer sig ikke om operationer eller specialiseret behandling, hvor der er behov for sygehusenes ekspertise. Men om opgaver som fx opfølgninger og kontroller af KOL- og diabetespatienter eller psykiske lidelser som angst og depression, som vil kunne foretages med samme kvalitet og med en bedre sammenhæng til de øvrige dele af borgerens liv i nærmiljøet.

Samtidig skal flere forebyggelige indlæggelser undgås. Alt for mange borgere indlægges i dag med lidelser, fx dehydrering eller blærebetændelse, som kunne være forebygget, hvis der var sat ind i tide med den rette tværfaglige indsats. De mange forebyggelige indlæggelser skyldes ikke mindst, at der i dag er for stor forskel på sundhedstilbuddene på tværs af kommunerne og på tværs af almen praksis. Årsagen hertil er blandt andet, at fokus på kvalitetsarbejde fra national side har været rettet mod sygehusene.

Det nære sundhedsvæsen er tiltænkt en central rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Dels for at imødegå de store demografiske udfordringer med flere ældre og flere mennesker med kroniske lidelser de kommende år. Dels for at sygehusenes ekspertise anvendes optimalt. Det nære sundhedsvæsen skal udbygges og styrkes for at kunne løfte opgaverne og sikre en mere hensigtsmæssig opgavevaretagelse, *jf. boks 6.2*. Der er behov for en styret, systematisk og strategisk indsats, hvis potentialerne i det nære sundhedsvæsen for alvor skal indfries.

Derfor vil regeringen foretage en historisk satsning for det nære sundhedsvæsen med etableringen af en Nærhedsfond, som skal understøtte udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Nye moderne sundhedshuse

Regeringen vil sikre nye moderne sundhedshuse, der skal bidrage til at forbedre patientbehandlingen ved at tilbyde et nært og fleksibelt sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet.

Regeringen vil med Nærhedsfonden løfte kvaliteten og kapaciteten i det nære sundhedsvæsen.

Nye moderne sundhedshuse kan være en del af løsningen og et blandt flere instrumenter, der kan bidrage til at forbedre patientbehandlingen ved at tilbyde et nært og fleksibelt sundhedstilbud af høj kvalitet på tværs af fx kommuner og almen praksis. Patienter vil fremover kunne gå samme sted hen og møde forskellige fagligheder og modtage flere sundhedstilbud i deres nærmiljø, *jf. boks 6.3*.

Samtidig styrkes de faglige miljøer, idet moderne sundhedshuse giver bedre rammer for at sikre faglig udvikling for de forskellige faggrupper og øge samarbejdet om de mere komplekse sundhedsopgaver. Det kan enten være i sundhedshuse med udelukkende kommunale funktioner eller i huse, hvor der også er praktiserende læger og andre speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, jordemødre, den kommunale hjemmesygepleje og sundhedspleje, der flytter sammen under samme tag og samarbejder om at tilbyde borgeren sundhedstilbud af høj kvalitet.

CASE: Hurtig og nær psykiatrisk hjælp i Vordingborg

Borgere med psykisk sygdom kan få hjælp fra det ambulante regionale akutteam i Vordingborg, som dækker Psykiatrien Syds optageområde (Næstved, Vordingborg, Guldborgsund og Lolland kommuner). Her tilbyder et team med sygeplejersker, en specialpsykolog og en tilknyttet speciallæge hurtig og intensiv hjælp til de voksne borgere, som henvender sig til Psykiatrisk Akutmodtagelse med en akut forværring af deres sygdom. Den intensive behandling består af hjemmebesøg og ambulante samtaler i stedet for en indlæggelse. Akutteamet tilbyder også patienter opfølgning i en periode på seks uger efter de har været indlagt. Dette for at skabe tryghed

for patienten. Tilbuddet startede i 2015 som et satspuljeprosjekt, og det har været en succes. Det vurderes, at det nye tilbud betyder, at færre patienter behøver at blive indlagt, og at overgangen mellem indlæggelse og ambulante behandling ikke bliver så brat. Med finansloven for 2018 er der afsat penge til at styrke de regionale ambulante akutteams, ligesom regeringen ønsker at styrke området yderligere med oplægget til en ny psykiatriplan "Vi løfter i fællesskab".

Kilde: Nationale Mål for Sundhedsvæsenet, 2018 og Region Sjælland

Boks 6.3: Mulige faggrupper og eksempler på opgaver i fælles sundhedshuse

- **Speciallæger i almen medicin og andre speciallæger:** Kan løse lægefaglige opgaver, der kræver almenmedicinske eller specifikke kompetencer.
- **Sygeplejersker:** Kan løse selvstændige sygeplejefaglige opgaver som fx sår-skift, og visse opgaver på delegation (medhjælp) fra en læge, fx vaccinationer og justering af medicin til patienter med kroniske sygdomme som fx forhøjet blodtryk og diabetes. Sygeplejersker med de rette kompetencer kan desuden varetage småskadebehandling, børneundersøgelser, opfølgende kontroller for patienter med kroniske sygdomme, samt diagnostiske udredninger og screeningsundersøgelser som fx lungefunktionsundersøgelse, EKG mv.
- **Bioanalytikere:** Kan på delegation (med hjælp fra en læge) fx tage blodprøver og forestå laboratorieundersøgelser.
- **Diætister:** Kan blandt andet rådgive om diætbehandling til overvægtige mennesker, mennesker med konstaterede fødevarerallergier mv.
- **Fysioterapeuter:** Kan gennemføre fysioterapeutiske øvelser og forløb, fx målrettet borgere med muskel- og skeletlidelser.
- **Jordemødre:** Kan konstatere svangerskab, varetage forebyggende helbredsmaessige undersøgelser under svangerskab, herunder behovsundersøgelser og undersøgelse med henblik på at diagnosticere risikosvangerskaber, samt yde fødselshjælp til den fødende og barnet under spontant forløbende fødsler.
- **Sundhedsplejersker:** Kan stå for sundhedsfremme og forebyggelse i relation til børn, unge og deres familier, herunder blandt andet sundhedspleje til alle nyfødte, funktionsundersøgelser af og regelmæssig kontakt med spæd- og småbørnsfamilier.
- **Kiropraktorer:** Kan foretage diagnosticering, forebyggelse og kiropraktisk behandling af mennesker med mekaniske funktionsforstyrrelser i ryg, bækken, arme eller ben.
- **Psykologer:** Kan indgå i udredning og behandling af mennesker med psykiske lidelser.
- **Social- og sundhedsassistenter:** Kan udføre opgaver på delegation (medhjælp) fra en læge og herigennem understøtte den lægefaglige og sygeplejefaglige opgaveløsning.
- **Socialrådgivere:** Kan indgå i behandling af mennesker, som er socialt udsatte eller har udfordringer, som kræver tæt koordination med fx social- eller beskæftigelsesforvaltningen i kommunen.
- **Lægesekretærer:** Kan oprette journaler, betjene patienter i receptionen og hjælpe lægen med praktisk arbejde eller planlægge fremtidige besøg i sundhedsvæsen for patienterne.



Flere sundhedshuse i hele Danmark

Figur 6.1

Et sundhedshus samler flere behandlingstilbud under samme tag. Sådan kan et sundhedshus se ud*

Flere sundhedshuse

Regeringen ønsker at øge antallet af sundhedshuse. De skal være med til at flytte behandlinger fra sygehuse ud i lokalmiljøerne – tættere på borgerne. Sundhedshusets opgavesammensætning afhænger af, hvilke kompetencer der er til stede.

Sundhedshus

De praktiserende læger får mere tid til kerneopgaverne

De praktiserende læger undersøger og behandler langt de fleste patienter og har også ansvaret for at sende patienten videre i sundhedssystemet, når der er behov for det.

Mere tværfagligt samarbejde og opgaveglidning i moderne sundhedshuse vil aflaste lægerne, så de får bedre tid til deres kerneopgaver.

Patienterne får samlet behandlingen

For eksempel kan en hjertepatient både konsultere egen læge, få taget blodprøver, gå til simple kontroller, få justeret medicin, gå til genoptræning m.v. under samme tag.

Praktiserende læger

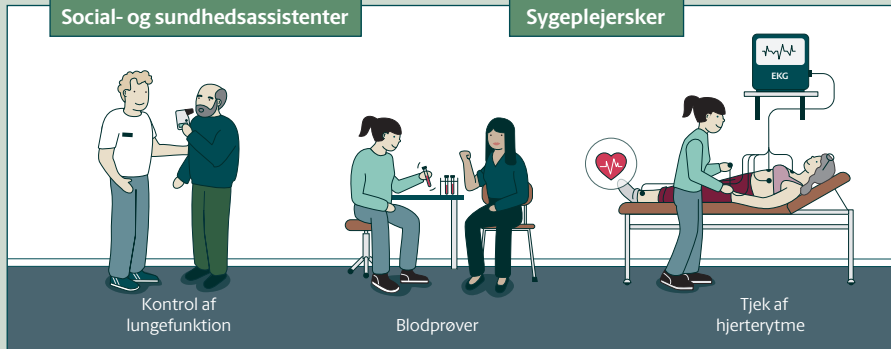


Svar på komplicerede spørgsmål

Lægen står til rådighed for sygeplejerskerne

Social- og sundhedsassistenter

Sygeplejersker

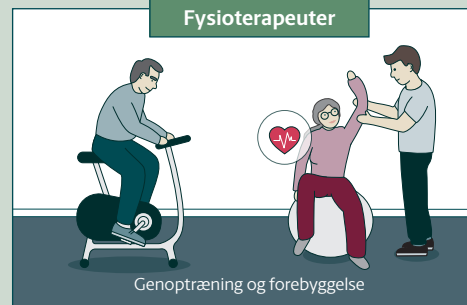


Kontrol af lungefunktion

Blodprøver

Tjek af hjerterytme

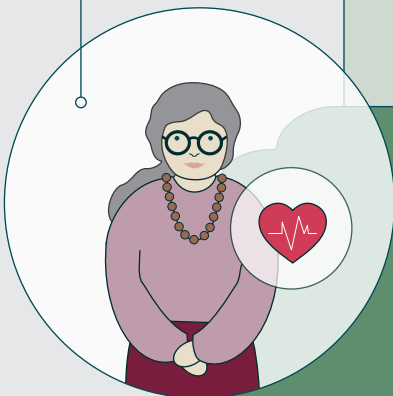
Fysioterapeuter



Genoptræning og forebyggelse

Andre faggrupper:

- **Rygestopinstruktører:** Professionel hjælp fra en rygestopinstruktør samt individuelt forløb.
- **Diætister:** Rådgivning om diætbehandling af overvægt og uplanlagt vægttab.
- **Sundhedsrådgivere (f.eks. sygeplejersker):** Varetager f.eks. forebyggende samtaler om alkohol til borgere med et skadeligt alkoholforbrug og tilbud om sygdomsmestring.
- **Sundhedsplejersker:** Sundhedsfremme og forebyggelse til børn, unge og deres familier.
- **Kiropraktorer:** Diagnosticering, forebyggelse og kiropraktisk behandling af ryg, bækken, arme eller ben.
- **Psykologer:** Kan indgå i udredning og behandling af mennesker med psykiske lidelser samt behandling af stress og deltagelse i forebyggelse af mistrivsel.
- **Socialrådgivere:** Bidrager, hvor der er behov for en tæt koordination mellem sundhedsområdet, socialområdet, det sociale område og beskæftigelsesindsatsen.
- **Jordemødre:** Varetager jordemoderkonsultationer under graviditet og efter fødsel samt andre opgaver som f.eks. rådgivning om seksuel sundhed.
- **Bioanalytikere:** Kan tage blodprøver og forklare resultater af laboratorieundersøgelser.
- **Social- og sundhedsassistenter:** Kan udføre opgaver på delegation (medhjælp) af en læge og herigennem understøtte den lægefaglige og sygeplejefaglige opgaveløsning.



Det skal gøre det lettere for fx børnefamilier eller kommende familier at få den hjælp, de har brug for samlet et sted.

Endelig gør nye sundhedshuse det muligt at samarbejde og deles om administrative funktioner som fx brug af lægesekretærer, og udstyr som fx EKG, lungefunktionsmålinger, laboratorieudstyr mv.

Der kan ses en stor interesse for at etablere sundhedshuse i Danmark. Sundheds- og Ældreministeriet udmøntede i maj 2018 en pulje på ca. 200 mio. kr. til etablering af sundhedshuse i Danmark. Ministeriet modtog ansøgninger på samlet 785 mio. kr. fordelt på 48 ansøgninger. I alt fik 30 projekter i 26 forskellige kommuner bevilget støtte fra puljen. Det har været en del af prioriteringen at sikre en bred geografisk fordeling, der bidrager til bedre lægedækning og nære sundhedstilbud over hele landet. De projekter, der har modtaget støtte, omfatter dels etablering eller udbygning af lægehuse og sundhedshuse, dels indkøb af nødvendigt udstyr (it, laboratorieudstyr, diagnostisk udstyr mv.).

Regeringen udmønter i forbindelse med sundhedsreformen 200 mio. kr. i 2019 til brug for etablering og modernisering af sundhedshuse efter de samme retningslinjer som 2018-puljen, der blev udmøntet i foråret 2018. Disse kan således anvendes til etablering eller renovering af et offentligt ejet sundhedshus, hvor myndighederne udlejer lokaler til praktiserende sundhedspersoner eller sundhedstilbud på markedsvilkår. Der kan desuden ydes støtte til indkøb af udstyr, der stilles til rådighed for fx de alment praktiserende læger ligeledes på markedsvilkår.

Fra 2020 vil regeringen med Nærhedsfonden prioritere yderligere 3 mia. kr. til at styrke moderniseringen af bygningsfaciliteterne i det nære sundhedsvæsen.

Regeringen vil inddrage faglig ekspertise i forbindelse med udmøntning af Nærhedsfonden, som ligeledes vil indgå i en forudgående dialog med de enkelte sundhedsfællesskaber. Det vil understøtte en mere systematisk og prioriteret anvendelse af midlerne til sikring af en nationalt dækkende infrastruktur for de nære tilbud.

Økonomisk svagt stillede kommuner kan prioriteres gennem reduceret krav til egenfinansiering evt. kombineret med låneadgang. Op til 150 mio. kr. øremærkes til Københavns Kommune

og Frederiksberg Kommune på grund af hovedstadsområdet særlige udfordring med for mange sololæger, jf. regeringens tidligere udspil om almen praksis "*En læge tæt på dig*".

Regeringens vision om en udbygning af kompetencer og kvalitet i det nære sundhedsvæsen er ikke begrænset af, om der etableres moderne fysiske rammer alle steder i landet. Men med en forudsætning om, at omkring halvdelen af fondens midler svarende til 3 mia. kr. anvendes til investeringer, muliggøres en betydelig udbygning af moderne sundhedshuse og flerlægepraksis. Regeringens prioritering vil, ved en forudsat lokal medfinansiering på gennemsnitligt 25 pct., muliggøre byggeriet af fx 25 store, komplette sundhedshuse med flerlægepraksis, kommunale funktioner og udgående sygehusfunktioner herunder fx psykiatri, og omkring 100 moderne flerlægepraksisser gennem nybyggeri eller ombygning/udvidelser. Da flere af sundhedshusene i praksis kan forventes etableret ved tilbygning og ombygning af eksisterende lokaler, kan det faktiske antal projekter, der kan støttes, blive endnu større.

Kommunerne skal spille en større rolle på sundhedsområdet

Kommunerne har siden 2007 påtaget sig ansvaret for flere sundhedsfaglige opgaver, så de i dag spiller en større rolle for borgernes sundhed, lige fra den borgerrettede forebyggelse til sundhedsfaglig behandling tæt på borgerens hjem. Samlet set har kommunerne vist, at de både kan og vil være en del af sundhedsvæsenet, og de har bidraget konstruktivt til udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Samtidig har Danmark en stærk kommunal ældrepleje med dedikerede medarbejdere, der hver dag arbejder for at skabe gode rammer for de ældre borgere.

Kommunerne varetager efter sundhedsloven opgaver inden for hjemmesygepleje, sundhedspleje, genoptræning, vederlagsfri fysioterapi, forebyggelse og sundhedsfremme, kommunal tandpleje, behandling for alkoholmisbrug, lægesamtaler og lægelig stofmisbrugsbehandling. Hjemmesygeplejen yder blandt andet sygepleje, behandling og rehabilitering til patienter, der har behov for det.

Det er særligt inden for hjemmesygeplejen, at kommunerne løser flere og mere komplekse behandlingsopgaver. Størstedelen af kommunerne har derfor gennem de seneste år etableret akutfunktioner i regi af hjemmesygeplejen, som blandt andet har til formål at forebygge forværring af akut

Boks 6.4: Hvordan ser et sundhedshus ud?

Sundhedshuse kan have forskellig karakter. Der kan være tale om et lægehus ejet af en praktiserende læge, hvor der er ansat flere læger og praksispersonale, fx sygeplejersker. Der kan også være tale om et større kommunalt eller regionalt ejet sundhedshus, der lejes ud til privatpraktiserende sundhedspersoner, herunder fx læger, fysioterapeuter, psykologer mv., jf. boks 6.3. Der kan også være et fællesskab med medarbejdere i den kommunale hjemmesygepleje.

Medarbejderne kan deles om administrative funktioner som fx brug af lægesekretærer, og udstyr som fx EKG, lungefunktionsmålinger, laboratoriestyr mv. Samtidig giver sundhedshuse mulighed for i fællesskab og på tværs af faggrupper at styrke de faglige miljøer og skabe et nært og fleksibelt sundhedstilbud af høj kvalitet. Det betyder for patienterne, at man undgår en tur til sygehuset eller at skulle flere steder hen, fx når man både har en aftale hos lægen og fysioterapeuten.

CASE: Kolding Sundhedshus er borgerens indgang til et sammenhængende sundhedsvæsen.

Kolding Kommune har samlet sin vifte af sundhedstilbud i Sundhedscenter Kolding med blandt andet genoptræning, hjælp til rygestop, rådgivning til kræftpatienter og meget mere. Sundhedscentret har to hovedformål: 1. At give borgeren én indgang til alt fra sundhedsplejersker til demensrådgivning. 2. At bygge en bro mellem de kommunale sundhedstilbud og sygehuset eksempelvis ved, at en kirurg fra sygehusets ortopædkirurgiske afdeling kommer over i sundhedscentret og holder opfølgende samtaler med patienten sammen med sundhedscenterets

ansatte. Centrets terapeuter deltager også i forbindelse med kontroller på sygehuset, hvis borgeren ønsker det. En undersøgelse fra Kolding Kommune viser, at der er høj tilfredshed hos brugerne af centret, hvor 9 ud af 10 af de adspurgte brugere er tilfredse med den hjælp, de får i centret. Sundhedscenter Kolding har omkring 200 ansatte.

Kilde: Kolding Kommune

opstået eller kendt sygdom gennem en tidlig, proaktiv indsats. Akutfunktionerne er enten etableret som akutteams, der leverer sygepleje i borgerens eget hjem (eventuelt i samarbejde med sygehuset), eller som akutpladser, der er et tilbud om midlertidig døgnophold på en særlig kommunal enhed – oftest i tilknytning til et plejehjem. Fra 2018 har kommunerne skullet leve op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (2017).

Ifølge den seneste monitorering af akutfunktioner angiver 90 pct. af kommunerne, at de i 2017 varetager behandlingsopgaver, der tidligere lå i sygehusregi. 78 pct. af kommunerne angiver, at de varetager hjemmedialyse, 43 pct. angiver, at de varetager hjemmekemoterapi, 3 pct. blodtransfusioner og 72 pct. varetager intravenøs medicinsk behandling.

Set i lyset af udviklingen i især hjemmesygeplejens opgaver vil regeringen i forlængelse af sundhedsreformen opdatere reglerne om hjemmesygepleje, så de i højere grad end i dag afspejler hjemmesygeplejens opgaver i det nære sundhedsvæsen.

Den kommunale medfinansiering (KMF) understøtter endvidere en forebyggende kommunal indsats. Den giver kommunerne et økonomisk incitament til at fremme sundhed gennem fx forebyggelse, træning og pleje og styrker samarbejdet mellem regioner og kommuner.

I sundhedsfællesskabet vil kommunen nemmere kunne drøfte med sygehuset, hvilke mønstre der kan være i indlæggelserne blandt kommunens borgere, og hvilke indsatser der vil kunne nedbringe indlæggelserne. Kommunernes betaling

for færdigbehandlede ældre giver endvidere basis for en dialog i sundhedsfællesskabet om forskelle mellem kommunerne og mulighed for at analysere baggrunden for disse forskelle.

Sundhedsopgaverne er blevet grebet meget forskelligt an og løses på forskellig vis fra kommune til kommune. Det skyldes blandt andet, at landets kommuner har forskellige vilkår, hvad angår størrelse, befolkningens sammensætning, afstand til sygehus, antallet af praktiserende læger i kommunen osv. Men det skyldes også, at der ikke har været samme kvalitetsplanlægning inden for de kommunale sundhedsopgaver som på det specialiserede sygehusområde.

En analyse fra Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed fra oktober 2018 viser, at der er stor spredning i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje, *jf. kapitel 1*. Kommunen med flest forebyggelige indlæggelser har godt tre gange så mange forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje som kommunen med færrest. Der er endvidere stor spredning i andelen af genindlæggelser. For kommunen med den største andel genindlæggelser af de forebyggelige indlæggelser, udgør genindlæggelser 42 pct. af de forebyggelige indlæggelser.

Det viser, at der er stor forskel på, hvilken pleje, behandling og forebyggelsesindsats den enkelte borger får, alt afhængig af dennes bopælskommune. Det er i sig selv ikke i orden, og det gør det ofte svært for personalet på sygehusene og for de praktiserende læger at vide, hvilke tilbud og hvilken kvalitet den enkelte kommune tilbyder.

Derfor iværksætter regeringen initiativer, der skal løfte indsatsen i kommunerne. Til gavn for patienten, men også til gavn for sundhedsvæsenet, der kan målrette de specialiserede ressourcer bedre og sikre, at indsatserne bygger på den nyeste viden.

Med Nærhedsfonden afsættes penge til kommuner og almen praksis (sundhedsforvaltninger) for blandt andet at understøtte, at der er tilstrækkeligt med sundhedspersonale samt de rette kompetencer til at leve op til de krav til opgaveløsning og til de kvalitetsstandarder, der vil indgå i en national kvalitetsplan.

Flere medarbejdere og styrkede kompetencer i det nære sundhedsvæsen

Flere medarbejdere og styrkede kompetencer i det nære sundhedsvæsen

Regeringen vil sikre flere medarbejdere og styrke kompetencerne i det nære sundhedsvæsen hos både almen praksis og kommunerne. Regeringen vil i regi af Nærhedsfonden give kommunerne midler til at kunne ansætte mere sundhedspersonale og løfte kompetencerne blandt medarbejderne i det nære sundhedsvæsen.

Det nye sundhedslandskab giver mulighed for, at sygeplejersker, læger, social- og sundhedsassistenter og andre faggrupper endnu bedre kan bruge deres stærke sundhedsfaglige kompetencer til at skabe nære, sammenhængende og trygge sundhedstilbud for borgerne. For fagpersonalet i sundhedsvæsenet vil reformen derfor helt grundlæggende medføre et mere spændende og fagligt udfordrende arbejdsliv, hvor opgaverne løses dér, hvor det giver bedst mening. Det vil sige, at alle fagpersoner i højere grad vil få deres kompetencer i spil.

Men ud over kompetencer er regeringen samtidig optaget af, at der er det nødvendige antal medarbejdere til at løfte de nye opgaver i det nære sundhedsvæsen. På sygehusene vil der med sundhedsreformen blive frigivet tid og ressourcer, for både speciallæger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, når flere opgaver, der i dag løses

CASE: Nære sundhedstilbud i Aalborg Øst

Region Nordjylland, Aalborg Kommune og Himmerland Boligforening har indgået et nytænkende samarbejde om Sundheds- og Kvarterhuset i Aalborg Øst. Baggrunden for huset var blandt andet, at lægesituationen i denne del af kommunen viste tegn på, at det i fremtiden ville blive svært at rekruttere og fastholde praktiserende læger i området. Tanken bag huset er, at det skal være et multihus, der kan rumme mange

forskellige funktioner, som understøtter en helhedsorienteret tilgang til sundhed og trivsel. I dag bliver huset brugt flittigt af områdets borgere, og der findes en bred vifte af sundhedstilbud, herunder praktiserende læger, hudlæger, fysioterapi, diverse kommunale sundhedstilbud mv.

Kilde: Region Nordjylland

Boks 6.5: Apotekerne har en vigtig rolle i det nære sundhedsvæsen

Apotekerne er en del af det danske sundhedsvæsen og kommer til at spille en vigtig rolle i de kommende års udbygning af det nære sundhedsvæsen. Apotekerne udfører allerede i dag en række opgaver i kontakten med borgerne. Og apotekernes rolle udbygges løbende blandt andet med aftaler om nye sundhedsydelser, herunder medicinsamtaler for kronikere. Apotekerne har også fået mulighed for at genordinere visse lægemidler samt ordinere dosisdispensering med

tilskud, ligesom de i stigende grad udfører vaccinationer uden tidsbestilling.

Regeringen vil se på, hvordan apotekernes rolle kan styrkes yderligere, blandt andet i forhold til ældre og kronisk syge borgere. På den måde udnyttes tilstedeværelsen af lokale ressourcer i sundhedsvæsenet på en hensigtsmæssig måde, som også er til gavn for borgerne.

på sygehusene, fremover skal løses i almen praksis og kommunerne. Det kan for eksempel være kontroller og behandlinger af mennesker med KOL og diabetes eller angst og depression. Med reformen vil der desuden blive fjernet unødigt administration, og pengene vil blive brugt på mødet med patienten.

Det er vigtigt, at der frigøres tid og skabes bæredygtige arbejdsbetingelser for det fagpersonale, som vi har i dag, eftersom der ikke er en stor reserve af ledige sygeplejersker mv., som umiddelbart kan træde ind i sundhedsvæsenet. Der er en høj grad af beskæftigelse blandt sundhedsuddannede, og det er derfor nødvendigt at iværksætte langsigtede tiltag for at sikre tilstrækkelig kvalificeret arbejdskraft på sundheds- og ældreområdet i dag og i fremtiden.

Sygeplejersker er en eftertragtet ressource og gør hver dag en stor forskel for mange borgere og er med til at sikre et stærkt og trygt sundhedsvæsen. Det er derfor vigtigt, at vi uddanner tilstrækkeligt mange sygeplejersker til at dække efterspørgslen både i kommuner, på sygehuse og i almen praksis. Derudover skal flere deltidsansatte sygeplejersker frem over arbejde fuldtid.

Dimensioneringen af sygeplejerskeuddannelsen er udvidet med 514 pladser i de seneste år fra 3.330 pladser i 2014 til 3.844 pladser i 2018, og optaget er i perioden 2015-2018 steget med i alt 1.310 pladser i forhold til perioden 2011-2014.

Med finanslovaftalen for 2019 slog regeringen fast, at den ønsker at øge optaget på sygeplejerskeuddannelsen, så den fremtidige efterspørgsel kan efterleves. Regeringen vil gå i dialog med de relevante uddannelsesinstitutioner, KL og Danske Regioner om at øge optaget, herunder for at tilvejebringe det nødvendige antal praktikpladser.

Afsættet for regeringens dialog med parterne vil være en ambition om at øge dimensioneringen af sygeplejerskeuddannelsen med minimum 150 pladser årligt frem til 2022. Det svarer til, at der i perioden 2019-2022 vil kunne optages omkring 2.000 flere sygeplejersker end i perioden 2015-2018.

Regeringen har derudover udvidet dimensioneringen på medicinstudiet med 50 pladser årligt på både bachelor- og kandidatuddannelsen gældende fra 2017 og yderligere med 266 pladser årligt på bacheloruddannelsen fra sommeren 2019.

Det er herudover afgørende at styrke fastholdelsen af medarbejdere på sundheds- og ældreområdet fx ved at øge fokus på den vigtige velfærdsopgave, medarbejderne løser, og styrke deres karriereveje. Områdets image skal gennem kampagner styrkes med henblik på at styrke attraktiviteten og fastholdelsen i faget. Derudover skal der skabes to nye videreuddannelser for social- og sundhedsassistenter inden for psykiatri og demens.

Flere selvstændige opgaver til sygeplejersker

Læger har med få undtagelser monopol på blandt andet at foretage blodprøver, sy sår og foretage vaccinationer. Sygeplejersker, der udfører sådanne opgaver, gør det derfor i dag som medhjælp for en læge – uanset deres erfaring. Det kan føre til flaskehalsproblemer og unødigt brug af lægeressourcer ved mindre omfattende undersøgelser, som sygeplejersker udmærket kan udføre på egen hånd.

For at anerkende og tilskynde til en bedre udnyttelse af sygeplejerskernes kompetencer kan det derfor overvejes at give mulighed for, at sygeplejersker selvstændigt kan udføre en række opgaver, som i dag kun kan udføres på delegation fra en læge. Der vil være tale om nærmere afgrænsede områder, hvor det vurderes patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Det betyder fx, at sygeplejersker i den kommunale hjemmesygepleje vil kunne få adgang til selvstændigt at tage visse former for blodprøver og måle borgerens blodsukker, når der er fagligt belæg for det, uden først at skulle kontakte en læge. Det vil sikre en mere fleksibel lokal opgaveløsning og ressourceudnyttelse og en hurtigere beslutningsproces i forhold til patienternes aktuelle behandlingsbehov.

Herved kan de formelle rammer i højere grad understøtte udviklingen i opgavevaretagelsen og behovet for fleksibilitet frem for at opstille praktiske hindringer, der ikke er tilstrækkeligt begrundet i patientsikkerhedsbetragtninger. Det vil skabe bedre ressourceudnyttelse og en øget fleksibilitet i sundhedsvæsenet, hvor sygeplejersker ikke behøver kontakte lægerne, før de foretager relativt ukomplicerede behandlingstiltag. Dette vil dermed aflaste lægerne og medføre spændende opgaver og et øget ansvar til sygeplejersker.

Det er således ikke umiddelbart tale om, at sygeplejerskerne skal løse flere opgaver, men at nogle af de opgaver, sygeplejerskerne allerede løser i dag på delegation fra lægen, fremover skal kunne løses selvstændigt af sygeplejerskerne. Initiativet vil kræve, at sygeplejersker ved lov tildeles et selvstændigt virksomhedsområde, svarende til de opgaver, som de selvstændigt vil kunne udføre uden delegation fra en læge.

Regeringen har derfor igangsat et arbejde, der skal se på, om der er opgaver, som i dag er forbeholdt læger, med fordel kan udføres selvstændigt af sygeplejersker.

En ny kvalitetsplan skal styrke kvaliteten i det nære sundhedsvæsen

En ny kvalitetsplan skal sætte standarder for faglighed og kvalitet over hele landet og sætte retning for, hvordan mere behandling kan foregå i det nære sundhedsvæsen – hos både almen praksis og i kommunerne. Sundhedsstyrelsen peger på KOL, diabetes, hjertekarsygdom, muskel-skeletsygdom samt angst og depression. Efterhånden kan flere patientgrupper komme til.

Som opfølgning på udspillet "Sundhed, hvor du er" fra december 2017 vil regeringen med sundhedsreformen præsentere indholdet og processen for en ny national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen.

Kvalitetsplanen skal dels understøtte en udvikling af det eksisterende kvalitetsniveau i kommuner og almen praksis, så alle lever op til minimum samme standard, og dels løbende afklare forudsætningerne for, hvordan en række opgaver fremover mere hensigtsmæssigt vil kunne varetages i det nære sundhedsvæsen. Det betyder også, at kvalitetsplanen skal udvikle sig løbende.

En ny national kvalitetsplan skal fremover styrke udviklingen i kommunerne, almen praksis og udgående sygehusfunktioner, så borgere og sundhedspersonale kan være trygge ved, at forebyggelse, behandling og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen løses med den fornødne faglige kvalitet. Samtidig skal kvalitetsplanen sætte en retning for, hvordan mere behandling kan flyttes ud af sygehusene, med afsæt i det enkelte sundhedsfællesskabs udgangspunkt.

Kvalitetsløft af eksisterende opgaver i det nære sundhedsvæsen

Kvalitetsplanen vil bestå af faglige standarder for kommunale sundhedsopgaver, så alle kommuner som minimum lever op til en fælles kvalitetsstandard. Standarderne vil også omfatte krav til rådgivning og sparring fra almen praksis og sygehuse, da opgavevaretagelsen i kommunerne ofte vil være afhængig af, at ansvaret for patienten er fastlagt, og at det er muligt at komme i kontakt med en læge fx for at få rådgivning.

Der vil allerede i 2019 blive udarbejdet faglige kvalitetsstandarder på områder, hvor kommunerne i dag enten varetager opgaven eller dele af opgaven. Det skal styrke og ensarte kvaliteten i opgaveløsningen, som fx Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for akutfunktioner fra 2017.

Standarderne udvikles gradvist og vil starte med følgende områder:

- Kommunernes rammesættende og borgerrettede forebyggelsestilbud.
- Generelle forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere i risiko for udvikling af kronisk sygdom, fx KOL og diabetes. Her tages afsæt i kliniske retningslinjer og igangsatte indsatser på området, herunder telemedicinsk behandling og forløbsplaner til relativt nydiagnosticerede.
- Diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud, fx til borgere med kræft eller erhvervet hjerneskade.
- Sundhedsfaglige indsatser i kommunale psykosociale tilbud.

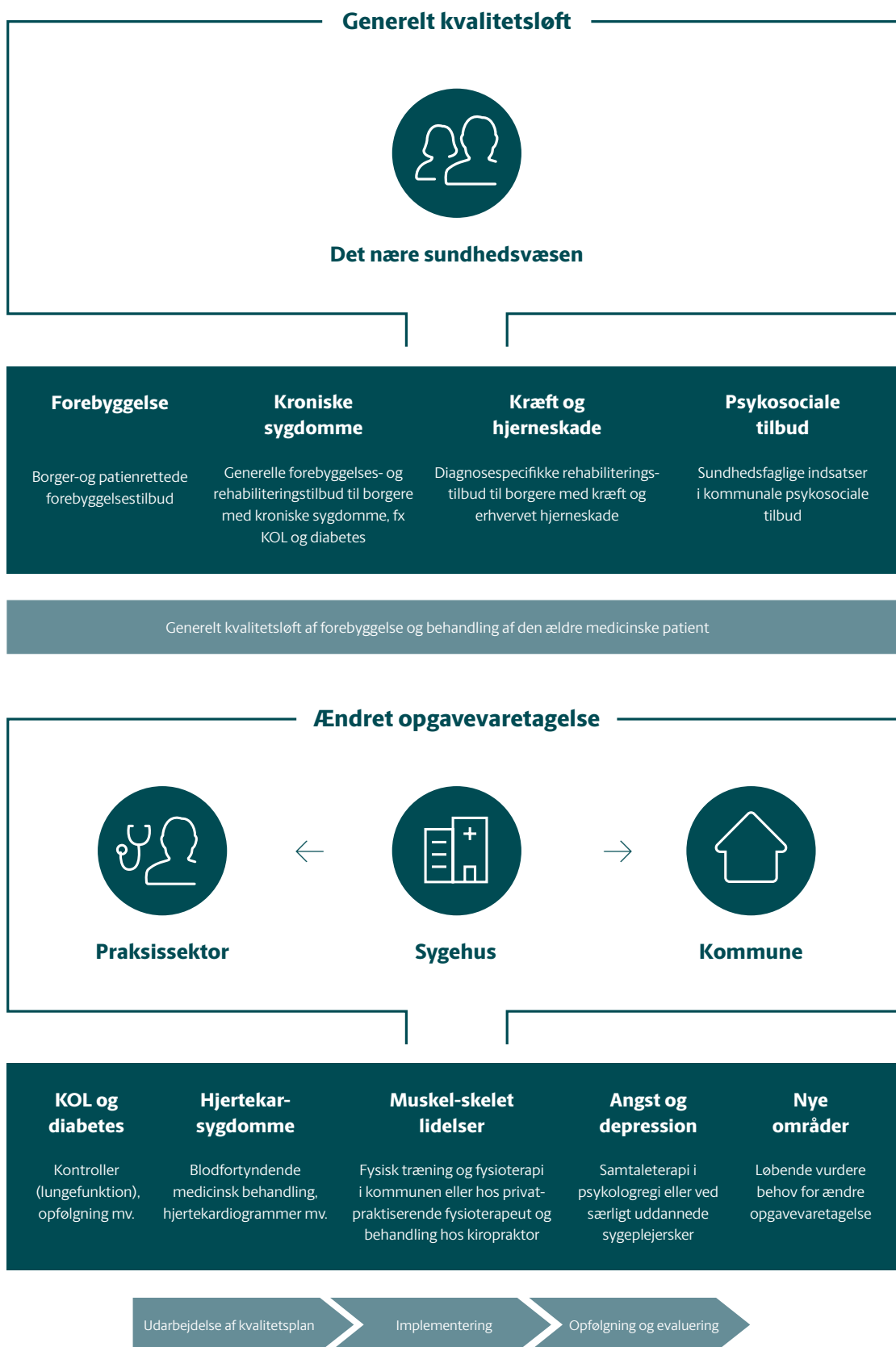
For hvert område vil der blive udviklet en faglig standard ud fra dispositionen, jf. boks 6.6. Der vil altså for de enkelte opgaver blive stillet krav til en



Overblik over kvalitetsplanen

Figur 6.2

Den nationale kvalitetsplan



specifik opgavevaretagelse, herunder krav til kompetencer, befolkningsgrundlag, organisering mv.

En ændret opgavevaretagelse – nye opgaver til kommuner og almen praksis

Ud over det grundlæggende løft af kvaliteten i det nære sundhedsvæsen vil et vigtigt element i kvalitetsplanen være at understøtte en udvikling, hvor flere opgaver varetages i kommuner og almen praksis i stedet for på sygehuse.

Der vil derfor også i kvalitetsplanen blive peget på områder og indsatser, hvor det fagligt giver mening, at hele eller dele af behandlingen ikke længere udføres på sygehusene, men finder sted tættere på patienternes eget hjem. Dette skal understøtte, at behandlinger, som kan løses i det nære sundhedsvæsen, ikke lægger beslag på sygehusenes ressourcer.

Sundhedsstyrelsen vil her spille en vigtig rolle i løbende at vurdere områder, indsatser og/eller patientgrupper, der skal analyseres nærmere med henblik på en vurdering af, hvor den konkrete opgave eller indsats varetages bedst muligt og med hvilke kompetencer mv. samt at samle og formidle viden på området og understøtte implementeringen af sundhedsindsatser i kommunerne.

Derudover vil Sundhedsstyrelsen have til opgave at udarbejde faglige standarder for, hvordan opgavevaretagelsen kan tilrettelægges. Det vil være op til sundhedsfællesskaberne og de involverede parter at beslutte, på hvilke områder og i hvilken hastighed der arbejdes videre med omstillingen. Såfremt man lokalt vælger ikke at følge en given

Boks 6.6: Generisk disposition for faglige standarder for varetagelse af kommunale sundhedsopgaver

1. **Indledning**
2. **Introduktion til kvalitetsstandarder**
 - Formål
 - Kriterier for udarbejdelse af kvalitetsstandarder
3. **Indhold i kvalitetsstandarder**
 - Oversigt over delelementer i kvalitetsstandarder
 - Tilrettelæggelse
 - Tilgængelighed og kapacitet
 - Organisering
 - Målgruppe
 - Faglige indsatser
 - Kompetencer og uddannelse
 - Volumen og vedligeholdelse af kompetencer
 - Personale
 - Udstyr og medicin
 - Opfølgning
 - Monitorering
 - Kvalitetssikring og revision
 - Ansvar og samarbejde mellem sektorer

Boks 6.7: Ny specialuddannelse til sygeplejersker i kommuner og almen praksis

Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen pegede på behovet for en ny specialuddannelse for sygeplejersker i kommuner og almen praksis med særligt fokus på patienter, der modtager tværsektoriel og tværfaglig behandling som fx patienter med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Bekendtgørelse om en ny specialsygeplejeuddannelse i borgernær sygepleje trådte i kraft i efteråret 2018. Og kommunerne er rundt omkring i landet ved at implementere den nye uddannelse.

Med psykiatrihandlingsplanen "Vi løfter i fællesskab" ønsker regeringen, at specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje lever op til fremtidens krav

om specialisering såvel som det øgede behov for fagligt kvalificeret personale i det nære sundhedsvæsen. I løbet af 2019 skal Sundhedsstyrelsen i samarbejde med relevante parter komme med anbefalinger til specialuddannelsens fremtidige indhold. Med finanslovsaftalen for 2019 er det endvidere aftalt, at der skal skabes to nye videreuddannelser for social- og sundhedsassistenter inden for psykiatri og demens. Udover at styrke kompetencerne for social- og sundhedsassistenter inden for de to vigtige områder, skal de nye videreuddannelser også styrke karrierevejene på social- og sundhedsområdet og dermed fastholdelsen af kvalificerede medarbejdere i faget.

Boks 6.8: Sundhedsstyrelsens kvalitetsarbejde

Faglige standarder, vejledninger og retningslinjer er en central del af sundhedsvæsenets kvalitetsarbejde. De faglige standarder har til formål at skabe mere ensartethed i indsatsen baseret på evidens og bedste praksis på området. Sundhedsstyrelsen udarbejder i disse år over 50 nationale kliniske retningslinjer (NKR). Sundhedsstyrelsen arbejder ligeledes med faglige kvalitetsstandarder,

fx kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner fra 2017, som blandt andet indebærer krav og anbefalinger til indhold i indsatsen, målgruppe, visitation, kompetencer og samarbejde, som kommunerne skal følge fra 2018. Et andet eksempel er Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation (Kræftplan IV).

Boks 6.9: Sundhedsstyrelsens foreløbige skøn over potentialer for omstilling

Sundhedsstyrelsen vurderer, at en del af aktiviteten fremover vil kunne foregå uden for sygehusene gennem et styrket tværfagligt samarbejde og en styrket kommunal forebyggelses- og rehabiliteringsindsats. Konkret angiver Sundhedsstyrelsen følgende foreløbige skøn over potentialer for en omstilling:

KOL-patienter (kronisk obstruktiv lungesygdom): Op til 75-80 pct. planlagte ambulante sygehuskontakter og 20-30 pct. færre sengedage.

Patienter med Type-2 diabetes: Op til 75-80 pct. planlagte ambulante sygehuskontakter.

Patienter med hjertekarsygdomme: 30-40 pct. planlagte ambulante sygehuskontakter, og potentiale for at knap 14.000 patienter årligt kan modtage hjerterehabilitering i kommunerne.

Patienter med muskel-skelet lidelser: 30-40 pct. planlagte ambulante sygehuskontakter og 10-20 pct. færre sengedage.

Patienter med let til moderate angstlidelser og depression: 25 pct. planlagte ambulante sygehuskontakter. Ca. 25 pct. af kontakter hos praktiserende speciallæge i psykiatri kan varetages i almen praksis eller i psykologregi.

standard, skal man forklare, hvorfor man ønsker en anden løsning. På sigt vil man fra nationalt niveau følge op på, om den ønskede opgaveomstilling har fundet sted. Det vil være, når de fleste sundhedsfællesskaber har rykket en opgave til det nære sundhedsvæsen, og der er behov for at samle de resterende sundhedsfællesskaber op.

Faktorer som størrelse, geografi og sygdomsforekomst i de enkelte sundhedsfællesskaber og den enkelte kommune betyder, at man lokalt er nødt til at forholde sig forskelligt til opgaven. Nogle kommuner har en størrelse, som betyder, at de selv kan tilbyde en række indsatser. Andre kommuner vil skulle indgå i tværkommunale samarbejder for at kunne tilbyde de samme indsatser for at sikre et tilstrækkeligt borgergrundlag til at kunne vedligeholde og udvikle kompetencerne til at varetage opgaven.

Sundhedsstyrelsen peger med sundhedsreformen på en række områder, der i dag varetages i sygehusregi, og som mere hensigtsmæssigt kan foregå

uden for sygehusene i det nære sundhedsvæsen (almen praksis og kommuner), *jf. boks 6.9*. Det drejer sig om KOL, diabetes, hjertekarsygdom, muskel-skeletsygdom samt angsttilstande og depression. Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse foretaget et foreløbigt skøn over, hvor stor en del af aktiviteten der fremover vil kunne foregå uden for sygehusene gennem et styrket tværfagligt samarbejde og en styrket kommunal forebyggelses- og rehabiliteringsindsats.

Dette skal i øvrigt ses i sammenhæng med styrkelse af de brede kommunale kompetencer blandt andet i programmet for KOL og type 2-diabetes, der følger af den nyeste overenskomst med de praktiserende læger.

En forudsætning for, at potentialerne kan nås, er, at den kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsats styrkes, og at der etableres et styrket tværfagligt samarbejde uden for sygehusene mellem de praktiserende læger og fx kommunale sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, diætister, psykologer, kiropraktorer, jordemødre, og social- og sundhedsassistenter.

Hertil kommer et potentiale i civilsamfundet, som kan udløses, når opgaverne placeres i lokalmiljøet. Eksempelvis er der etableret netværk, hvor kommuner arbejder sammen med eksempelvis patientforeninger og idrætsforeninger om at

understøtte de livstilsændringer, som borgerne opnår i et kommunalt rehabiliteringsforløb.

Inddragelse af relevante aktører i kvalitetsplansarbejdet

Ved udarbejdelsen af kvalitetsplanen vil KL og repræsentanter fra kommunerne få en central rolle i arbejdet og vil løbende blive inddraget, ligesom faglige selskaber og organisationer vil blive inddraget tæt. Behovet for rådgivningen vil både være af mere overordnet karakter i forhold til den generelle udvikling af primærsektoren og mere konkret og faglig i forhold til de enkelte sygdoms- eller opgaveområder.

Boks 6.10: Sundhedsreformens betydning for hjerteområdet

Hvert år får ca. 55.000 danskere en hjertekarsygdom, og for de fleste er hjertesygdom en sygdom, som man lever med i resten af livet. I dag lever ca. 450.000 med en hjertekarsygdom, og det er et tal, der forventes at stige fremover.

Den danske hjertebehandling er på højt internationalt niveau, og antallet af dødsfald, der skyldes hjertekarsygdomme, er faldet markant over de seneste 20 år, *jf. kapitel 1*. Det stigende antal borgere, som lever med en hjertekarsygdom, betyder imidlertid, at det er nødvendigt at se på, hvordan man opnår og fastholder en god livskvalitet med sin hjertesygdom.

Der er i dag store forskelle i indsatsen afhængig af, hvor man bor i landet, og for mange patienter oplever, at deres forløb ikke hænger godt nok sammen. Fx overholdes udredningsretten på hjerteområdet i 48 pct. af forløbene i Region Sjælland, mens 95 pct. af patientforløbene udredes ind for 30 dage i Region Nordjylland. 46 pct. af patienterne i Region Nordjylland venter 31 dage eller mere på en bypassoperation, mens alle patienter i Region Midtjylland opereres inden for 30 dage.

Regeringens sundhedsreform og den nationale kvalitetsplan kan på sigt understøtte, at hjertepatienter får en mere ensartet behandling i hele landet, og at der iværksættes initiativer for at sikre bedre samarbejde og mere sammenhængende forløb, så borgere med en hjertesygdom kan opnå og fastholde en høj livskvalitet.

Sundhedsstyrelsen peger på hjertekarsygdomme som et område, hvor der fremover med fordel kan foregå mere behandling uden for sygehusene i det nære sundhedsvæsen (hos almen praksis og kommuner). Sundhedsstyrelsen vurderer, at 30-40 pct. af de planlagte ambulante sygehus-kontakter fremover kan foregå i det nære sundhedsvæsen i stedet for på sygehusene.

Et eksempel på ændret opgavevaretagelse på hjerteområdet er hjerterehabiliteringen. Personer, der rammes af hjertesygdom, har bedre livskvalitet og mindre risiko for en forværring af deres sygdom, hvis de deltager i hjerterehabilitering. Det foregår normalt på hospitalet, hvor de borgere, der bor længst væk, kan have svært ved at være med. I Region Midtjylland har man sammen med alle kommunerne i regionen flyttet hjerterehabilitering ud af sygehusene og ind i kommunernes sundhedscentre. Det gør det lettere for alle at deltage i hjerterehabilitering, og det øger både overlevelse og livskvalitet. Sundhedsstyrelsen kom i februar 2018 med anbefalinger til tværasektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom, så de gode erfaringer med blandt andet rehabilitering kan udbredes til hele landet. Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er potentiale for at knap 14.000 patienter årligt kan modtage hjerterehabilitering i kommunerne.

Samtidig kan kompetenceudvikling og etablering af nye moderne sundhedshuse bidrage til mere samarbejde og øget sammenhæng i udredning og behandling. Nye sundhedshuse vil fremover gøre det muligt at samarbejde og deles om kvalificeret sundhedspersonale og udstyr som fx elektrokardiografi (EKG).

Det vil desuden være afgørende, at pengene følger opgaverne, så kommuner og almen praksis kompenseres for de nye udgifter de får, når de skal løse flere opgaver på sundhedsområdet.

Kompetenceløft

Som en del af arbejdet med kvalitetsplanen vil regeringen understøtte, at personalet i kommunerne har de rette kompetencer til at leve op til kvalitetsplanens krav til opgaveløsning og kvalitetsstandarder. Det gælder fx sygeplejersker, psykologer, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, fysio- og ergoterapeuter, diætister mv., og naturligvis også det sundhedsfaglige personale

på landets plejehjem. I regi af Nærhedsfonden vil regeringen tilføre et målrettet løft af sundhedsindsatsen i kommunerne med tæt kobling til kvalitetsplanen. Midlerne kan blandt andet anvendes til mere sundhedspersonale og understøtte, at kommunerne har de rette kompetencer til at leve op til de krav til opgaveløsning og kvalitetsstandarder, der vil indgå i den nationale kvalitetsplan. Hertil kommer understøttelse af en styrket rådgivning fra sygehusene. Nærhedsfondens midler er en ekstra finansiering, som ligger oveni det løbende løft til sundhedsområdet, som prioriteres gennem de årlige finanslovsaftaler.

Boks 6.11: Sundhedsreformens betydning for patienter med KOL

Omkring 320.000 mennesker i Danmark antages at have KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom), men kun halvdelen er udredt for deres sygdom, og mange lever i dag med sygdommen uden at vide det. Jo tidligere man fanger sygdommen, jo hurtigere kan man begrænse sygdommens udvikling og følgevirkninger af sygdommen.

Over de næste 12 år risikerer antallet af borgere med lungesygdommen KOL at stige med op til 30 pct. KOL er en kronisk og potentielt livstruende sygdom, hvor luftvejene forsnævres og de små lungeblærer (alveoler) gradvist ødelægges på grund af en kronisk betændelsestilstand. Årsagen til sygdommen er ofte tobaksrygning, og KOL udvikler sig langsomt og opdages som regel først i 40-60-årsalderen på et tidspunkt, hvor halvdelen af lungefunktionen er gået tabt.

Sundhedsstyrelsen peger på lungesygdommen KOL som et område, hvor der fremover med fordel kan foregå mere behandling uden for sygehusene i det nære sundhedsvæsen (hos almen praksis og kommuner). Sundhedsstyrelsen vurderer, at 75-80 pct. af de planlagte ambulante sygehuskontakter kan foregå i det nære sundhedsvæsen i stedet for på sygehusene, og at en bedre forebyggende indsats i det nære sundhedsvæsen kan resultere i 20-30 pct. færre sengedage.

De praktiserende læger skal spille en stor rolle for KOL-patienterne. I den seneste overenskomstaf-tale har almen praksis overtaget den overvejende del af den almene behandling og opfølgning af KOL. Forløbsplaner til relativt nydiagnosticerede borgere med KOL udbredes i øjeblikket til alment

praktiserende læger og deres patienter. Målet er, at forløbsplaner er taget i bred anvendelse så relevante patienter kan få tilbud om en forløbsplan inden udgangen af 2018. Sygehusene skal stille specialiserede rådgivningstilbud til rådighed for almen praksis, så det blandt andet er muligt at undgå unødvendige indlæggelser eller ambulante besøg,

Samtidig kan samarbejdet i sundhedsfællesskaberne og etablering af nye moderne sundhedshuse bidrage til mere samarbejde og øget sammenhæng i forebyggelse, udredning og behandling mellem almen praksis, sygehus og kommune. En KOL-patient vil fx fremover kunne gå til et kommunalt rygestoptilbud eller KOL-træning samme sted som kontrolbesøg hos sygeplejersken eller lægen hos almen praksis.

Der er endvidere flere gode eksempler på, at telemedicin er en god ide for borgere med KOL. Derfor er det også aftalt, at telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter skal udbredes i hele landet senest med udgangen af 2019. Regioner og kommuner er imidlertid forsinkede med implementeringen. Regeringen vil med sundhedsreformen sikre mere kraft og mere retning på indsatsen for at sikre telemedicin til borgere med KOL. Fremover vil staten – gennem Sundhedsvæsen Danmark – tage en stærkere rolle i forbindelse med udbredelse af fælles telemedicinske løsninger for hele landet, sikre fremdrift og sammenhæng til øvrige indsatser for digital sundhed.

Viden om indsatser og resultater

Hvis patienterne skal have den bedst mulige behandling af høj kvalitet i det nære sundhedsvæsen, er der brug for bedre viden om kvalitet og indsatser i kommuner og almen praksis. Der findes i dag indgående viden om sygehusindsatsen, men der mangler viden om indsatser og kvalitet i praksissektoren og i kommunerne. Fx skal der være mere viden om, hvilke indsatser der bedst modvirker forebyggelige indlæggelser. På den måde kan man udbrede de indsatser, der virker bedst til andre kommuner, praktiserende læger og sundhedsfællesskaber, så alle borgere oplever den samme gode kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Bedre data er desuden helt afgørende for at kunne betrykke både fagpersonale, patienter og borgere om, at kvaliteten opretholdes, når behandlingen flyttes fra sygehuset til det nære sundhedsvæsen.

Der er derfor igangsat en række initiativer, som skal sikre bedre data fra det nære sundhedsvæsen. Blandt andet har Sundhedsdataprogrammet til formål at løfte kvaliteten og effektiviteten gennem øget anvendelse af sundhedsdata på tværs af stat, regioner og kommuner. Som led i

Sundhedsdataprogrammet og indsatsen for øget synlighed om data er der blandt andet prioriteret midler til opbygning af en national indsamling af data fra de kommunale omsorgssystemer (Fælles Sprog III) samt en udvidelse af omsorgssystemerne med strukturerede data om rehabilitering og de kommunale akutfunktioner. Med regeringens dataudspil "Sundhed i Fremtiden" (juni 2018) etableres desuden en national dataindsamling fra praksissektoren med behandlingsrelevante data, der kan give indsigt og viden om kvalitet i praksis og kan understøtte sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet.

Den nye organisering med sundhedsfællesskaber og en national kvalitetsplan understreger nødvendigheden af bedre viden om kvalitet og indsatser i det nære sundhedsvæsen, og regeringen gennemfører derfor en foranalyse, som skal vurdere behovet og forudsætningerne for en mere fokuseret og sammenhængende indsats for bedre datasamarbejde og kvalitetsudvikling i det nære sundhedsvæsen. Som en del af reformen tydeliggøres dermed også Sundheds- og Ældreministeriets ansvar for og mandat til at indsamle relevante oplysninger fra

Boks 6.12: Kriterier for nærhedsfinansiering

En ny nærhedsfinansiering fastsætter et bredt sæt af kriterier, der skal forpligte sygehusene på omstilling og øget sammenhæng for patienten. Kriterierne er:

- **Reduktion i antal sygehusforløb pr. borger.** Reducere unødvendige sygehusbesøg, så patienter i stedet behandles hos den praktiserende læge, i kommunen eller i hjemmet.
- **Reduktion i sygehusaktivitet pr. kroniker med KOL og/eller diabetes.** Patienter med kroniske diagnoser er særligt udsat for manglende sammenhæng med mange kontakter både på sygehuse og i almen praksis. Patienter med KOL og/eller diabetes skal derfor i højere grad behandles hos de praktiserende læger eller i kommunalt regi, blandt andet baseret på de indsatser med telemedicin og forløbsplaner mv., som er sat i gang.
- **Reduktion i andelen af indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage.** Akutte genindlæggelser, hvor en patient genindlægges hurtigt efter at være blevet udskrevet fra sygehuset, kan være et tegn på
- **dårlig sammenhæng, hvor der ikke er blevet taget hånd om patienten efter udskrivningen.** Antallet af akutte genindlæggelser skal derfor reduceres.
- **Stigning i andel af virtuelle sygehusforløb.** En del af omstillingen af behandling fra sygehusene handler om øget brug af patientrapporterede oplysninger og telemedicinske løsninger, som kan understøtte mere individuelle og målrettede indsatser og forløb.
- **Implementering af digitale løsninger til sammenhæng for patienten.** Det er en central forudsætning for bedre sammenhæng, at der er sammenhængende it-systemer, så personalet kan dele relevante oplysninger og samarbejde om indsatsen, når patienten går på tværs mellem sygehusafdelinger eller mellem sygehuset og den praktiserende læge og evt. kommunal pleje. Derfor skal der i højere grad ske en implementering af digitale løsninger til at sikre sammenhæng.

primærsektoren til vurdering af og fortsat arbejde med udviklingen af kvalitet i hele landet.

Nærhedsfinansiering skal fremme nære sundhedstilbud

Med nærhedsfinansiering ændres fokus til bredere mål, der understøtter sammenhæng og omstilling af behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter fra de specialiserede sygehuse til tilbud tættere på patienten. Den tidligere styringsmodel med aktivitetsfokus og produktivitetskrav havde en række styrker og er en del af baggrunden for kortere ventelister og et fokus på at indrette behandlingen effektivt. Men i forhold til ambitionen om omstilling og mere behandling af patienter kan fokus på at øge aktiviteten i sygehusvæsenet være en bremse.

Derfor omlægges styringen som en del af økonomiaftalen med regionerne for 2019, så produktivitetskrav og statslig aktivitetspulje er erstattet af en ny nærhedsfinansiering. Nærhedsfinansieringen består af en betinget finansiering til regionerne (1,5 mia. kr. i 2019) som kun beholdes, hvis der leveres resultater på en række fastsatte mål for øget sammenhæng.

Målsætningerne er, at behandlingen af mennesker med fx kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter skal omstilles fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen, samt at der skal være et forbedret samarbejde mellem aktørerne, så unødvendige indlæggelser kan undgås.

Hensigten er at understøtte, at sygehusene fokuserer på bedre sammenhæng, og at sygehuset vender sig ud mod den primære sektor og fokuserer på at styrke samarbejdet. Det kan fx være ved at give råd og vejledning til den kommunale hjemmesygeplejerske, så en indlæggelse kan undgås. Det skal sikre, at flere behandlinger kan varetages i det nære – for eksempel hos en praktiserende læge, det kommunale sundhedshus eller i eget hjem med en telemedicinsk løsning.

Den nye styring med nærhedsfinansiering sætter dermed en overordnet retning for sundhedsvæsenet, hvor det nære er i centrum for styringen og for de overordnede målsætninger for sundhedsvæsenet. Samtidig skal den nye styringsmodel bidrage til bedre behandling af patienter, som kræver specialiseret behandling, undgå overbelægning og frigøre kræfter på sygehusene til at agere mere udadvendt og rådgivende i forhold til praktiserende læger og kommuner.

Nærhedsfinansieringen er startet og gælder fra 2019 for den regionale finansiering. Regeringen vil som en del af sundhedsreformen lægge op til, at nærhedsfinansieringen videreføres med virkning for de kommende sundhedsforvaltninger, der erstatter regionerne fra 2021, *jf. kapitel 8*.

De løbende gevinster på sygehusområdet som følge af den teknologiske udvikling og fx nye, mindre indgribende og ressourcekrævende behandlinger, realiseres fremover gennem et teknologibidrag på ½ mia. kr. årligt. Bidraget fastholdes på sundhedsområdet. Dette bidrag er også aftalt fra 2019 med økonomiaftalen for 2019 og vil af regeringen blive videreført i den nye organisering.



Regeringen ønsker flere ambulancer, akutbiler og akutlægebiler i de områder af landet, hvor der er størst behov.

7. Kvalitet: Flere fælles løsninger og god behandling i hele landet

Alle borgere i Danmark bør kunne forvente samme høje kvalitet i sundhedstilbudene, uanset hvor de bor. Derfor skal patientrettighederne efterleves ens og korrekt over hele landet. Der skal være gode akuttilbud i hele landet, så man fx kan få nem og hurtig hjælp ved akut sygdom eller skade, uanset hvor man bor, eller hvad tid det er på døgnet. Der skal være et forpligtende samarbejde om højt specialiseret behandling, så man ikke kommer på venteliste ét sted i landet, mens der er kortere ventetid et andet sted. Og der bør være sammenhængende løsninger, når det kommer til it og data, så vigtige oplysninger og gode erfaringer ikke går tabt.

Alle skal have samme høje kvalitet i sundhedstilbuddene, uanset hvor de bor eller befinder sig i landet.

Store forskelle i sundhedsvæsenets indretning og kvalitet på tværs af landet

Den nuværende organisering, med regionsrådene i spidsen for regionerne, har leveret en række gode resultater over deres levetid på godt 10 år. I samspil med den nationale specialeplan og kvalitetsfondsinvesteringer på knap 50 mia. kr. er der ved at blive etableret en moderne sygehusstruktur.

Men det er fortsat en udfordring, at der er geografisk ulighed i den behandling og service, man kan forvente at få, og at det er afhængig af, hvor man bor i landet.

Det gælder for ventetider og tid til fx udredning og behandling *jf. kapitel 1*. Det kan betyde forskellig service og behandlingsresultater for patienterne, afhængigt af patientens bopæl.

Det gælder også for den måde, som sundhedsvæsenet er indrettet på i de enkelte regioner. Det vidner om en begrænset prioritering af løsninger,

der går på tværs af hele landet. Det tegner et billede af fem sundhedsvæsen, der giver forskellige tilbud til patienterne, og som ikke lærer af hinandens fejl eller gode eksempler. Det betyder, at det sundhedsvæsen, man som borger og patient møder, er forskelligt indrettet, alt efter hvilken region man bor i.

Forskellene i indretning og manglende prioritering af sammenhængende løsninger kommer blandt andet til udtryk i forhold til en ens og korrekt efterlevelse af patientrettigheder i hele landet, på det højt specialiserede behandlingsområde, på digitaliserings- og dataområdet og på akutområdet. Det er områder, der er helt centrale kerneområder i funktionen af det samlede sundhedsvæsen.

Samtidig har det nære sundhedsvæsen gennemgået en udvikling, hvor kommunerne i dag varetager flere opgaver på sundhedsområdet, og hvor de praktiserende læger spiller en stadig større rolle for borgernes sundhed. Opgaverne er imidlertid grebet forskelligt an. Mange steder i landet er der skabt gode løsninger for at sikre en bedre overgang for patienterne mellem sygehuse, kommuner og praksis, men der arbejdes med forskellige modeller. På den måde opfinder man ofte "den dybe tallerken" flere gange. Der er behov for en bedre og hurtigere udbredelse af de gode løsninger.

Bedre udbredelse af viden og gode løsninger

Regeringens sundhedsreform skal understøtte, at viden og de gode løsninger spredes hurtigere til hele landet til gavn for alle patienter i sundhedsvæsenet.

En ny organisering skal styrke ensartede og fælles løsninger, herunder organisatorisk innovation, idet Sundhedsvæsen Danmark og staten på konkrete områder får kompetence til sikre mere ensartede, fælles løsninger for hele landet, *jf. kapitel 8*. Det gælder den højt specialiserede behandling, it-området, indkøb og akutområdet, *jf. nedenfor*. Der skabes derudover generelt med etableringen af Sundhedsvæsen Danmark kompetencer til at gennemdrive fælles løsninger på tværs. Bestyrelsen får

deltagelse af de fem formænd for bestyrelserne for sundhedsforvaltningerne, så der skabes en direkte linje til de enkelte sundhedsforvaltninger.

Der vil derudover blive etableret en feedback mekanisme, der består i, at sundhedsfællesskaberne én gang årligt skal indsende en rapport til sundhedsforvaltningen med gode, lokale løsninger på centrale områder. Sundhedsforvaltningerne vil ligeledes årligt afrapportere til Sundhedsvæsen Danmark. Sundhedsvæsen Danmark vil på den baggrund løbende afrapportere til sundhedsministeren med henblik på, at den fortsatte udvikling, herunder krav til prioritering og brug af konkrete løsninger vil indgå i den årlige udviklingsplan og dermed udbredes til hele landet.

Det vil samtidig være en integreret del af den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, at der skal følges op på, hvad der virker og ikke virker med henblik på at udbrede de gode løsninger til hele landet.

Boks 7.1: Borgerblik: Hvad betyder det for borgerne?

- **For alle borgere og patienter** betyder det, at man som patient skal kunne forvente, at ens rettigheder efterleves ens og korrekt i hele landet.
- **For alle borgere og patienter** kan det betyde, at de kan forvente behandling af samme høje kvalitet fra sundhedsvæsenet, uanset hvor man bor eller befinder sig i landet.
- **For patienter med behov for højt specialiseret behandling** kan det for eksempel betyde, at sygehusene på tværs af landet arbejder bedre sammen om at tilbyde den bedste og hurtigst mulige behandling. Det skal sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten og den faglige viden, der er på landsplan.
- **For alle borgere og patienter** kan det betyde øget samarbejde og tværgående løsninger på it- og dataområdet, så den ene hånd ved, hvad den anden gør i ét sammenhængende sundhedsvæsen.
- **For patienten med akut sygdom eller skade** skal der være samme nemme adgang til sundhedstilbud i hele landet. Samtidig vil regeringen sikre flere akutbiler, akutlægebiler og ambulancer.

Patientrettigheder skal respekteres i hele landet

Danmark har allerede nogle af de stærkeste patientrettigheder i verden. Men der ses forskelle i overholdelse af patientrettighederne, fx udredningsretten, alt afhængig af hvor man bor i landet, *jf. kapitel 1*. Og der er en række potentielle barrierer, som kan gøre det vanskeligt for patienterne at bevæge sig på tværs af regionerne og gøre brug deres frie valg.

Det skal der gøres op med. Regeringen ønsker at sikre, at de eksisterende rettigheder fungerer efter hensigten og overholdes i hele landet. Regeringen præsenterer med sundhedsreformen en patientrettighedspakke, der strammer op og styrker patientens rettigheder i sundhedsvæsenet, *jf. kapitel 4*.

Den nye myndighed Sundhedsvæsen Danmark vil skulle foretage den praktiske implementering af hovedparten af initiativerne i tæt samarbejde med de fem sundhedsforvaltninger, idet der lægges op til en øget national styring af overholdelse af patienternes rettigheder i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsen Danmark vil skulle etablere det fælles landsdækkende patientnummer til patientvejlederne, samt sikre den praktiske løsning herfor.

Sundhedsvæsen Danmark vil endvidere skulle sikre en mere ensartet implementering af udrednings- og behandlingsrettigheder i hele landet.

Patienterne skal ikke opleve forskelle i fortolkning af deres rettigheder. Det gælder både en korrekt implementering af udredningsretten og af behandlingsrettighederne.

Regeringen vil endvidere sikre, at man som patient får oplyst et alternativt behandlingssted, hvis sygehuset ikke selv har mulighed for at tilbyde behandling inden for 30 dage, og man som patient derfor er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg.

De kommende sundhedsforvaltninger vil få pligt til at oplyse patienten om navnet på et alternativt behandlingssted i indkaldelsesbrevet, hvis det er muligt at tilbyde patienten en hurtigere tid på et andet offentligt hospital eller et aftalesygehus, end hvad det oprindelige sygehus kunne tilbyde.

Det kræver, at tidstro og valide opgørelser af ventetider på samtlige offentlige hospitaler og private aftalesygehuse er tilgængelige på tværs af landet for alle regioner på mitsygehusvalg.dk. Derfor skal der fremadrettet stilles konkrete og strammere indberetningskrav om tidstro og valid indberetning til Sundhedsdatastyrelsen.

Sundhedsvæsen Danmark vil endvidere skulle bidrage til den praktiske implementering af de udvidede patientrettigheder som på sigt vil blive indført inden for speciallægepraksis.

Et forpligtende nationalt samarbejde om højt specialiseret behandling

Regeringen vil skabe et særligt forpligtende nationalt samarbejde mellem de sygehuse, hvor der foregår højt specialiseret behandling, så patienter med behov for højt specialiseret behandling ses som fælles patienter på tværs af sygehusene. Det skal sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten og den faglige viden, der er på landsplan.

Når man selv eller ens nærmeste rammes af en alvorlig eller livstruende sygdom, er kun den bedste behandling god nok. Derfor har specialeplanen siden 2010 samlet den specialiserede behandling på få steder i landet. Det har medført en betydeligt bedre kvalitet og en bedre udnyttelse af ressourcer i sundhedsvæsenet. Det har også resulteret i, at flere patienter overlever livstruende sygdomme.

På nogle områder findes de ypperste eksperter inden for et felt kun ét eller ganske få steder i

landet. Det skyldes, at der er få patienter, der rammes af de sygdomme, eller at der er tale om dyrt udstyr eller særlig ekspertise. Derfor samles behandlingen af disse sygdomme få steder for at sikre opbygning af erfaring. Det betyder også, at der ikke er mange, som de kan samarbejde og sparre med, og at patienterne ikke har stor valgmulighed i forhold til, hvor og hvornår behandlingen skal foregå.

På det højt specialiserede behandlingsområde er der, på trods af, at der på flere områder er etableret samarbejder på tværs af regionerne, fortsat problemer med at samarbejde om og dele kapacitet og patienter.

Ventetiden for patienter i sygehusvæsenet kan blive unødigt forlænget, hvis ikke den samlede kapacitet på tværs i landet udnyttes tilstrækkeligt. Dette er særligt et problem i den højt specialiserede behandling, hvor kapaciteten nationalt er lille, og hvor patienterne kun kan modtage behandling ét eller få steder i landet.

Det er nødvendigt at sikre et mere systematisk fokus på et bedre samarbejde, så kapaciteten udnyttes bedst muligt, og patienter ikke venter unødigt på grund af manglende samarbejde mellem regionerne.

I den nye organisering er det muligt at styrke den nationale koordinering på dette område. Fremover skal patienter med behov for højt specialiseret behandling ses som fælles patienter i det danske sundhedsvæsen, som hospitalerne i fællesskab har en national forpligtelse til at sikre en hurtig udredning og behandling af. Dette gælder særligt patienter med livstruende og tidskritiske sygdomme, hvor unødigt ventetid i værste fald kan have fatale konsekvenser.

Regeringen vil i regi af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning skabe et særligt forpligtende nationalt samarbejde mellem de sygehuse, hvor der foregår højt specialiseret behandling. Det skal sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten og den faglige viden, der er på landsplan.

Sundhedsvæsen Danmark skal bidrage til, at der er et særligt samarbejde mellem de sygehuse, hvor der foregår højt specialiseret behandling, blandt andet gennem kompetence til at sikre efterlevelsen af konkrete samarbejdsaftaler. Det skal sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten og den faglige viden, der er på landsplan.

Øget samarbejde og flere tværgående løsninger på it- og dataområdet

Regeringen vil styrke den nationale kompetence til at fastlægge digitale løsninger og systemer, der skal virke nationalt på tværs af sundhedsvæsenet. Samtidig skal kvalitetsdata bruges bedre til at udvikle ny behandling, og viden om det nære sundhedsvæsen skal forbedres i takt med, at opgaverne flyttes tættere på borgeren.

Hvis sundhedsvæsenet skal hænge sammen, er det afgørende, at medarbejdere har let og sikker adgang til relevante oplysninger, og at de oplever, at it faktisk understøtter deres opgaveløsning i det daglige. Det kræver, at de lokale it-systemer kan dele relevante oplysninger på tværs af sygehuse, praksislæger og kommuner, og at der ledelsesmæssigt arbejdes med omlægning af organisation og arbejdsgange mv.

For patienter med behandlingsforløb på tværs er det afgørende, at personalet har adgang til relevante oplysninger i et samlet patientoverblik, og at der deles og handles på patientens oplysninger:

- Hvilken behandling har patienten fået?
- Hvilken medicin skal patienten have, eller kan patienten ikke tåle?
- Er patienten tæt på udskrivning?
- Hvad skal der gøres, når patienten udskrives?

It-systemer skal hænge bedre sammen

I dag bliver *de fælles digitale løsninger*, der skal sikre sammenhængen, ikke prioriteret højt nok. De enkelte aktører har stort fokus på deres 'egne' systemer, men for lidt fokus på at sikre, at de kan tale sammen. Der er for lidt kraft i at udvikle de løsninger, der forbinder.

Det betyder, at der fortsat ikke er fuld deling af relevante oplysninger, og at der udvikles særlige løsninger, som faktisk allerede er udviklet andre steder i landet. Danmark er for lille et land til, at det giver mening. Det er ikke godt for patienterne, og det er ikke tilfredsstillende for medarbejderne i sundhedsvæsenet.

Regionerne har i dag ansvaret for *de klinisknære løsninger*. Der er siden 2007 sket en gradvis konsolidering til i dag fire forskellige patientjournalssystemer (EPJ-systemer), som med de planlagte investeringer konsolideres yderligere, så der er én løsning for

de to regioner i øst og en leverandør, som leverer løsninger til regionerne i vest, som imidlertid ikke er identiske uanset, at de har samme leverandør. Udover de forskellige løsninger er systemerne også væsentligt forskellige i deres indretning, herunder med hensyn til, hvor mange funktioner de dækker. Løsningen i Region Hovedstaden og Region Sjælland er mere omfattende end EPJ-løsningerne i regionerne Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland, hvor systemerne i højere grad suppleres af andre systemer for at opnå samme dækning.

Implementeringsprocessen for den seneste konsolidering, Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden og Region Sjælland, har været behæftet med betydelige problemer, som blandt andet har givet stor medarbejderutilfredshed og problemer med indberetningen af data til fx kvalitetsopfølgning. De to regioner arbejder nu med en forbedret version, som skal håndtere problemerne med brugervenlighed, medicin håndtering og dataindberetning, og som implementeres foråret 2019.

Regionerne har samtidig arbejdet på at etablere fælles systemer til at varetage specifikke opgaver fx Henvisningshotellet, et billedindeks og et præhospitalsystem. Udfordringen er, at indsatsen med at skabe konsolidering på tværs af regionerne ikke har tilstrækkeligt fokus, og at de fælles løsninger ikke prioriteres nok. Et eksempel på dette er regionernes fælles præhospitale system, der skal indeholde data om patientens tilstand, målinger og registrering af behandlinger udført af det præhospitale personale i fx ambulancen. Denne virker pt. kun i én region.

Uanset hvilke it-løsninger der lokalt vurderes mest hensigtsmæssigt at kunne understøtte de sygehus-specifikke opgaver, er der behov for øget fokus på efterlevelse af nationale it- og datastandarder og fælles anvendelses- og driftsmål på tværs af regionerne, ligesom der er behov for stærkere fokus på, at systemerne fungerer integreret og effektivt med den danske sundheds-it og datainfrastruktur, hvor løsninger på sygehusene også skal kunne udveksle oplysninger med systemerne i kommunerne og i praksissektoren. Hvis det danske sundhedsvæsen skal fungere sammenhængende, skal de it-løsninger, der anvendes på danske sygehuse, kunne understøtte den sammenhæng, også uden for sygehusets mure.

Det samme gælder praksissektorens og kommunernes systemer, der også skal kunne udveksle oplysninger, hvis det danske sundhedsvæsen skal fungere sammenhængende.

CASE: Forskellige apps til hjerteløbere

Borgere, der får et hjertestop, har større sandsynlighed for at overleve, hvis de modtager livreddende hjælp, allerede inden ambulancen når frem. Derfor har regionerne indført en ordning, hvor en app kan tilkalde frivillige til at yde førstehjælp ved hjertestop. Men regionerne bruger forskellige apps, som ikke taler sammen. Derfor er de frivillige "hjerteløbere" nødt til at tilmelde sig flere apps for at kunne hjælpe i hele landet. Samtidig kan de frivillige ikke altid få lov til at yde den livreddende hjælp, hvis de er i en anden region, fordi regionerne stiller forskellige krav til de frivillige. For den enkelte patient kan det betyde, at de ikke får den afgørende livredning, selvom der er en frivillig hjerteløber i huset ved siden af – alene fordi hjerteløberen normalt bor i en anden region.

Data til kvalitetsudvikling og forskning

Det er afgørende, at data i sundhedsregistre og databaser bruges til at tage ved lære af indsatsen i går til at gøre det endnu bedre i morgen. Derfor skal danske kvalitetsdata bruges bedre til at udvikle bedre behandling, og ikke mindst skal viden om det nære sundhedsvæsen forbedres i takt med, at opgaverne flyttes tættere på borgeren. Det skal sikre, at planlægning, kvalitetsudvikling og forskning i højere grad kan tage udgangspunkt i borgerens samlede forløb.

Med hensyn til data til *kvalitetsudvikling og forskning mv. (såkaldt sekundære formål)* er ansvaret i dag delt mellem det nationale niveau (blandt andet nationale sundhedsregistre, den Nationale Biobank, infektionsberedskabet, Nationalt Genom Center) og regionerne (kliniske kvalitetsdatabaser/RKKP og regionale biobanker).

Det delte ansvar – i sammenhæng med en øget anvendelse af data – medfører, at der i dag ikke er sikkerhed for samme retning. Det giver risiko for ukoordinerede investeringer og overkapacitet. Der tabes tid og beslutningskraft, og der er derfor et stadig større behov for en koordineret og prioriteret udvikling på området, herunder i forhold til at sikre, at de meget betydelige investeringer på feltet kun laves én gang, og at der arbejdes frem mod en samlet og sikker datainfrastruktur og en samlet vision på området. Det handler om samlet set at

kunne understøtte og balancere de indsatser, der er for forskning, kvalitetsudvikling, life science mv. på feltet.

Styrket nationalt planlægningsansvar

Der skal derfor sikres en bedre samlet prioritering og fremdrift for fælles it-løsninger. Regeringen har med dataudspillet "Sundhed i fremtiden" (juni 2018), der også er en del af regeringens sundhedsreform, varslet tiltag, der skal understøtte, at de rigtige oplysninger kommer i de rigtige hænder på det rette tidspunkt (*jf. kapitel 5*). Nu tages de nødvendige yderligere skridt til at sikre et styrket nationalt ansvar for systemer, der taler sammen på tværs.

Samtidig skal kvalitetsdata bruges bedre til at udvikle ny behandling, og ikke mindst skal viden om det nære sundhedsvæsen forbedres i takt med, at opgaverne flyttes tættere på borgeren. Det skal sikre, at planlægning, kvalitetsudvikling og forskning i højere grad kan tage udgangspunkt i borgerens samlede forløb.

Et styrket nationalt planlægningsansvar skal sikre en national koordinering af løsningerne på it- og dataområdet gennem en styrkelse af det nationale ansvar og kompetence i forhold til planlægning og beslutning af de nationale løsninger.

Det samlede ansvar for indsamling og brug af data til kvalitetsudvikling, der i dag er spredt på mange aktører blandt andet hos RKKP, vil med reformen blive samlet på nationalt niveau, og der etableres én indgang til sundhedsdata, ligesom formandskabet for Sundhed.dk, der i dag har hovedejerskabet placeret i regionerne, vil blive placeret på nationalt niveau.

Det indebærer blandt andet, at der nationalt fremover fastsættes krav til standarder og lokal integration til fælles it- og datainfrastruktur, og kan fastsættes krav til prioritering og fremdriften i digitale løsninger. Kravene fastsættes baseret på dialog i en ny *National bestyrelse for sundhedsdata og digital sundhed*, med afsæt i et princip om, at løsninger, som skal virke nationalt på tværs af regioner, kommuner og praksissektoren, kun bygges én gang. Spillereglerne for udviklingen af sammenhængende løsninger på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis og et fælles datagrundlag fastsættes ensartet for hele landet.

Det handler fx om krav om at koble sig op på den nationale infrastruktur, der bruges til at dele relevante oplysninger om pleje og behandling mellem

de sundhedspersoner, der har patienten i behandling og til kvalitetsudvikling og forskning.

Og det handler om at konsolidere investeringer i de helt nye teknologier, som også skal sikre en mere systematisk udbredelse af de gode løsninger og modvirke, at de samme løsninger udvikles flere steder frem for som én national løsning.

Som en del af den styrkede indsats lægger regeringen endvidere op til, at den nye myndighed Sundhedsvæsen Danmark skal godkende alle større it- og digitaliseringsprojekter i sundhedsforvaltningerne med det sigte at få et integreret system.

Sundhedsvæsen Danmark skal endvidere sikre implementeringen af beslutninger om standarder og krav til sammenhængende it-systemer og dataindsamling mv., herunder blandt andet implementeringsstrategier og krav om integration til it- og datainfrastruktur, så de enkelte sundhedsforvaltninger leverer på de fastlagte mål og krav.

Dermed kan de enkelte sundhedsforvaltninger ikke længere frit beslutte systemvalg, men skal i dialog med Sundhedsvæsen Danmark og på baggrund af fastsatte krav fra nationalt niveau udarbejde løsninger, der lever op til kravene om sammenhængen med den samlede infrastruktur, så det sikres, at der ikke fremover besluttes nye store systemer lokalt, uden at der er sikkerhed for sammenhæng med den samlede infrastruktur, idet det samtidig sikres, at lignende eller bedre løsninger ikke allerede er udviklet.

Dermed er der med den nye organisering etableret rammer, som fremadrettet kan hindre, at der med fremtidige systemer opstår samme implementeringsproblemer, som brugerne af Sundhedsplatformen har oplevet.

Fælles indkøb giver bedre vilkår for køberne – de danske skatteydere

Mange af de ting, som skal købes ind til sundhedsområdet fx til brug på landets sygehuse, kan indkøbes i fællesskab. Det giver de bedste vilkår for køberne – de danske skatteydere. Det kan fx være gennem fælles udbud eller ved brug af fælles standarder og procedurer for indkøb på tværs af landet.

På medicinområdet er erfaringerne med fælles indkøb gode. Siden 1990 er sygehusmedicin således blevet indkøbt i fællesskab gennem et særligt indkøbsselskab, AMGROS, der foretager fællesindkøb af medicinen i tæt kontakt med sygehusapotekerne. Det sikrer lave priser – AMGROS har opgjort, at der alene for det seneste år er opnået rabatter på over 30 pct. og derigennem besparelser på over 4 mia. kr.

Men på andre områder – regionerne indkøber samlet for mere end 30 mia. kr. årligt (ekskl. sygehusmedicin) – er fælles indkøb og fælles standarder ikke tilsvarende udbredt, og regionerne vælger selv hvilke fælles løsninger de vil indgå i, eller om de vil fastholde egne løsninger.

Sundhedsvæsen Danmark får derfor kompetence til at beslutte forpligtende løsninger med hensyn til fælles indkøb, herunder gennem fælles standarder og fælles udbud, på tværs af de fem sundhedsforvaltninger. Det skal sikre forpligtelsen til fælles indkøb og fælles standarder, så der kommer fremdrift i samarbejdet der, hvor det giver økonomisk mening.

Gevinsterne fra bedre indkøbspriser og øget konkurrence mellem leverandørerne kommer direkte sundhedsvæsenet til gavn gennem flere penge til behandling.

Samtidig lægger regeringen op til at udvikle AMGROS med styrkede kompetencer til også at håndtere indkøb af medicinsk udstyr på vegne af alle landets sygehuse.

Boks 7.2: Regionernes organisering af visitation

Region	Set-up for visitation	Hvem visiterer
Hovedstaden	<ul style="list-style-type: none"> Akuttelefonen 1813 	<ul style="list-style-type: none"> Sygeplejersker med lægelig backup
Sjælland	<ul style="list-style-type: none"> Visitation til akutmodtagelsen sker døgnet rundt via akuttelefon. Visitation ved sygdom sker via vagtlæge eller egen læge 	<ul style="list-style-type: none"> Sygeplejersker (dagtid) og almen praksis/lægevagten (vagttid)
Syddanmark	<ul style="list-style-type: none"> Sygeplejersker visiterer skader i dagtid. Almen praksis visiterer sygdom i dagtid Lægevagten visiterer skader og sygdom i vagttid 	<ul style="list-style-type: none"> Sygeplejersker med lægelig back-up (dagtid) og almen praksis/lægevagten (vagttid)
Midtjylland	<ul style="list-style-type: none"> Almen praksis i dagtid Lægevagt i vagttid 	<ul style="list-style-type: none"> Praktiserende læger
Nordjylland	<ul style="list-style-type: none"> Almen praksis i dagtid Lægevagt i vagttid 	<ul style="list-style-type: none"> Praktiserende læger

Kilde: 'Regionale lægevagter og Akuttelefonen 1813: En kortlægning med fokus på organisering, aktivitet og økonomi', VIVE 2018.

Tryghed på akutområdet

Alle borgere i Danmark skal være trygge ved, at de får den nødvendige hjælp, hvis de bliver ramt af akut sygdom eller kommer ud for en ulykke. Der etableres 10-15 flere akutberedskaber i form af akutlæge- og akutbiler til områder, hvor der er behov for at forbedre responstiderne. Der oprettes ét landsdækkende lægevagtnummer 113 til akut visitation og behandling, så alle kan få samme høje kvalitet i det akutte beredskab, uanset hvor de bor.

Når uheldet sker, eller man bliver ramt af pludselig og alvorlig sygdom, er det vigtigt, at man hurtigt får den hjælp, man har brug for. Alle borgere i Danmark skal være trygge ved, at de får den nødvendige hjælp, hvis de bliver ramt af akut sygdom eller kommer ud for en ulykke. Det skal være tilfældet døgnet rundt og i alle dele af landet.

Siden Sundhedsstyrelsen i 2007 offentliggjorde anbefalinger for det styrkede akutberedskab er den akutte indsats i sundhedsvæsenet blevet væsentligt forbedret. Der har været tale om en gennemgribende omlægning i regionerne inden for de

sidste ti år. Blandt andet er den akutte modtagelse på sygehusene samlet på 21 døgnåbne akutmodtagelser i stedet for de tidligere ca. 40 skadestuer på landsplan.

Der er i dag ikke tale om bindende retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen, når det kommer til akutområdet, og der er dermed frihedsgrader for regionerne. Regionerne har organiseret sig forskelligt, blandt andet illustreret af forskellene i organisering af visitationen, dvs. den måde patienter med ikke-livstruende sygdom og skade håndteres på, når de akut kommer i kontakt med sundhedsvæsenet, *jf. boks 7.2*.

Rigsrevisionen har senest i 2017 afgivet beretning om Region Hovedstadens akuttelefon 1813, hvor en konklusion blandt andet var, at statsrevisorerne finder det ubegrundet, at alle fem regioner har organiseret deres visitation af akutpatienter så forskelligt, at en sammenligning på tværs af økonomi, bemanning mv. ikke er mulig.

Regionerne har endvidere usammenlignelige servicemål for fx tilgængelighed til visitationen/vagtlægen, herunder besvarelse af telefoniske henvendelser. For de 21 fælles akutmodtagelser mangler der fortsat ensartede data for kvalitet, service og

Boks 7.3 Enkel og sammenhængende akut hjælp i hele landet

Regeringen ønsker at hæve ambitionerne for en enstrengt sundhedsindsats på det akutte område med tre klare ambitioner:

1. Nærhed og enkel indgang til det akutte sundhedsvæsen

Et mere fintmasket sundhedsvæsen med et bedre akutberedskab. Regeringen vil gennem Nærhedsfonden etablere **ca. 10-15 ekstra akutberedskaber i form af akutbiler, akutlægebiler og ambulancer** i de områder i landet, hvor der er særlige behov. Regeringen forventer samtidig, at allerede placerede beredskaber ikke flyttes i de kommende år, så der ikke sker forringelser af dækningen.

Fælles landsdækkende lægevagtnummer 113. Regeringen vil indføre et landsdækkende lægevagtnummer 113, hvor man kan få hjælp for alle akutte, ikke livstruende sygdomme og skader, så det ligesom med 112 er hurtigt og nemt at få akut hjælp fra sundhedsvæsenet, uanset hvor man befinder sig, og hvad tid det er på døgnet.

Digitale redskaber skal skabe nærhed og tryghed. Regeringen vil understøtte, at tekniske løsninger bruges til at skabe øget nærhed og tryghed i den akutte behandling i hele landet.

2. Bedre sammenhæng mellem de akutte tilbud på sygehuset, i kommunen og hos almen praksis

Sammenhæng mellem akutte tilbud på sygehus og i kommunen. Regeringen ønsker, at der i henvisning og behandling af akutte patienter tænkes på tværs af sygehus, kommunal akuthjælp og subakutte tider hos egen læge, alt efter hvad der er bedst for patienten.

Samme høje kvalitet i de akutte tilbud uden for sygehuset. Regeringen vil sikre, at de akutte tilbud i kommuner og hos almen praksis er af samme høje kvalitet, når det kommer til organisering, kompetencer, opgaver og terminologi.

Adgang til relevante helbredsoplysninger på tværs. Regeringen etablerer *et samlet patientoverblik* og en *aftaleoversigt*, hvor sundhedspersoner på tværs af sundhedsvæsenet har adgang til aktuelle oplysninger om patientens tilstand, forløb, pårørende mv. Regeringen har i december 2018 fremlagt forslag til lovgivning, der gør det muligt at dele behandlingsrelevante oplysninger om patienten på tværs af sundhedsvæsenet digitalt.

3. Kvalitet og service

Ensartet opstilling af servicemål for den akutte indsats. Regeringen vil tage et opgør med ugenomsigtighed i opgørelsen af servicemål, som i dag er fastsat på vidt forskellige måder i regionerne. Kun derigennem skabes et reelt overblik over geografiske uligheder.

Stærke akutmodtagelser, hvor speciallægen er med i front. Regeringen vil fortsat sikre akutte patienter i hele landet høj kvalitet på landets akutmodtagelser, hvor de rette lægefaglige kompetencer og det rette udstyr er til rådighed 24/7.

God brug af sundhedsdata til fortsat kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Det samlede ansvar for indsamling og brug af data til kvalitetsudvikling placeres på nationalt niveau, og der etableres én indgang til sundhedsdata. Det vil også styrke den kliniske forskning.

effektivitet på akutmodtagelserne, og der er fortsat forskellige servicemål for ventetid på akutmodtagelserne på tværs af regionerne.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger i akutrapporten er pt. under revision på baggrund af en række analyser og et bredt inddragende og fagligt arbejde. Arbejdet centrerer sig om fem søjler: Det præhospitale område, akutmodtagelserne, den akutte almenmedicinske sundhedsindsats i vagttid, psykiatrien og de kommunale akuttilbud. Sundhedsstyrelsen forventer at præsentere reviderede anbefalinger på akutområdet i 2019.

Regeringen ønsker at hæve ambitionerne for en enstrenget sundhedsindsats på det akutte område med tre klare ambitioner: Nem og enkel indgang, sammenhæng i de akutte tilbud og høj kvalitet og service *jf. boks 7.3*.

Nem og enkel indgang med flere akutte beredskaber til områder med særlige behov

Regeringen vil sikre, at alle borgere i Danmark kan være trygge ved, at de får den nødvendige hjælp, hvis de bliver ramt af akut sygdom eller kommer ud for en ulykke.

De nye fælles akutmodtagelser udgør i dag krumtapen i fremtidens modtagelse af patienter – både for den akutte patientbehandling og for de øvrige afdelinger på akutsygehusene, da der nu skabes bedre mulighed for samarbejde om den akutte uafklarede patient på tværs af specialer – og et bedre grundlag for at skabe et sammenhængende patientforløb.

I dag er der imidlertid områder, hvor responstiderne for den akutte hjælp kan forbedres. Regeringen vil derfor med Nærhedsfonden afsætte midler til etablering af akutbiler, akutlægebiler eller ambulancer til de områder i landet, hvor der er særlige behov. Alle skal fremover kunne være trygge ved, at hjælpen når frem i tide.

Samlet vil regeringen prioritere 10 - 15 ekstra beredskaber, målrettet områder med behov for kortere responstider for den akutte hjælp.

Regeringen forventer, at allerede placerede beredskaber ikke flyttes i de kommende år, så der ikke sker forringelser af dækningen.

Nem og enkel indgang med et landsdækkende lægevagtnummer 113

I dag kan borgere opleve alt for stor usikkerhed om, hvordan man skal kontakte sundhedsvæsenet, hvis der opstår en akut situation, og det ikke er muligt at få fat i sin praktiserende læge.

Muligheden for at komme i kontakt med sundhedsvæsenet i sådanne situationer varierer betydeligt fra region til region, og alt efter hvilket tid det er på døgnet, eller hvilken dag det er på ugen.

Regeringen vil give alle danskere mulighed for nemt og enkelt at komme i kontakt med sundhedsvæsenet, uanset om de befinder sig hjemme eller et andet sted i landet.

Derfor vil regeringen sikre, at der oprettes ét landsdækkende lægevagtnummer 113 til akut visitation og behandling af ikke-livstruende sygdom og skade for hele landet. Dette følger en tidligere anbefaling fra Sundhedsstyrelsen fra 2007, som hidtil ikke er blevet implementeret af regionerne.

Det nye telefonnummer supplerer 112, som fortsat skal bruges, når der er akut livsfare. Lægevagtnummet skal være 113 og være en fælles indgang for hele landet, men opkaldet viderestilles til et lokalt sundhedstilbud, der kender til lokale forhold. Sundhedsvæsen Danmark vil skulle stå for den praktiske etablering heraf på baggrund af de reviderede anbefalinger til akutområdet, som forventes fra Sundhedsstyrelsen i 2019.

Bedre sammenhæng mellem de akutte tilbud

Der er også på det akutte område behov for sammenhæng mellem sygehus, kommune og almen praksis. Regeringen vil sikre, at den kommunale akuthjælp og de subakutte tider hos egen læge fremover tænkes ind i indsatsen, alt efter hvad der er bedst for patienten, og at de akutte tilbud i kommuner og hos almen praksis bliver mere ensartede, når det kommer til organisering, kompetencer, opgaver og terminologi.

Det øgede samarbejde i sundhedsfællesskaberne *jf. kapitel 5* mellem sygehus, kommune og almen praksis vil bidrage til, at man fremover kan undgå genindlæggelser og forebygge akutte indlæggelser.

Samtidig vil regeringen gennem Nærhedsfonden prioritere midler til, at sygehusene i sundhedsfællesskaberne er mere udadvendte og rådgiver og vejleder kommuner og almen praksis om behandling og pleje af blandt andet akutte patienter, *jf. kapitel 5*. Patienter med både fysiske og psykiske lidelser skal modtage en sammenhængende akut behandling af høj kvalitet.

Der etableres et samlet *patientoverblik* og en *aftaleoversigt*, hvor sundhedspersoner på tværs af sundhedsvæsenet har adgang til aktuelle oplysninger om patientens tilstand, forløb, pårørende mv. Regeringen har i december 2018 fremsat et

lovforslag, der vil gøre det muligt at dele behandlingsrelevante data om patienten på tværs af sundhedsvæsenet digitalt.

Implementeringen af den præhospitale journal over hele landet skal sikre, at behandling allerede kan påbegyndes på vej til sygehuset. Endvidere udvikles en ny sundheds-app "Min Læge", der skal give bedre tilgængelighed til lægen, og som løbende skal udvides til også at omfatte andre funktioner som fx adgang til videokonsultation, *jf. boks 5.7*.

Samme høje kvalitet og gode service i hele landet

Regeringen vil tage et opgør med ugenomsigtighed og forskellighed, der i dag er på det akutte område. Indsatsen i alle dele af landet skal være af samme høje kvalitet. Og ens opgørelse af servicemål skal sikre et reelt overblik over geografiske uligheder. Det skal være med til at sikre akutte patienter i hele landet høj kvalitet på landets akutmodtagelser, hvor de rette lægefaglige kompetencer og det rette udstyr er til rådighed 24/7.

Endelig vil regeringen overtage det samlede ansvar for indsamling og brug af data til kvalitetsudvikling og etablere en indgang til sundhedsdata. Der igangsættes en foranalyse på området i foråret 2019.

Ændringerne gennemføres gennem bindende krav fra nationalt niveau til fx enstrenget visitation,

oprettelse af ét landsdækkende lægevagtnummer 113 til akut visitation/betjening samt krav om ensartet opstilling af servicemål. Den nye myndighed Sundhedsvæsen Danmark får kompetence til, i dialog med sundhedsforvaltningerne, at fastlægge de konkrete fælles løsninger, baseret på de bindende krav udmeldt fra nationalt niveau.

Sundhedsvæsen Danmark skal dermed i samarbejde med sundhedsforvaltningerne udvikle den præcise model for den enstrengede visitation og sikre, at modellen implementeres over hele landet. Tilsvarende skal Sundhedsvæsen Danmark påse, at der etableres et landsdækkende fælles lægevagtnummer 113.

Sundhedsstyrelsen forventer at præsentere reviderede anbefalinger på akutområdet i 2019. Regeringen vil herefter følge op på Sundhedsstyrelsens anbefalinger.



Sygehusene skal fortsat gøre det, de er bedst til. Fremover skal de i højere grad rådgive almen praksis og kommunerne om patientens behandling.

8. En ny organisering af sundhedsområdet med fælles retning og nationalt samarbejde

Der er behov for at sætte en fælles politisk retning på sundhedsområdet, så alle borgere oplever samme kvalitet og service i hele landet. I den nye struktur fastlægges den overordnede retning for sundhedsvæsenet af regeringen i samspil med Folketinget. Organiseringen giver patienterne bedre og mere ensartede løsninger, og for personalet bliver der plads til øget faglighed, uden at der skabes usikkerhed om deres grundvilkår. En national kvalitetsplan skal styrke kvaliteten og skabe en fælles retning for det nære sundhedsvæsen.

Regeringen tager følgende initiativer:

- Regeringen fastsætter den politiske retning for sundhedsvæsenet med en årlig udviklingsplan
- Sundhedsvæsen Danmark skal sikre sammenhængende og ensartede løsninger i hele landet
- Nye sundhedsforvaltninger erstatter regionerne

Et velfungerende sundhedsvæsen er vigtigt for alle. Den samlede retning for udviklingen af sundhedsvæsenet i hele landet skal være klarere, og der skal større fokus end i dag på fælles løsninger og samarbejde, så de gode løsninger spredes hurtigere til hele landet. Derfor skal den politiske retning for sundhedsvæsenet fastsættes nationalt.

Boks 8.1: Borgerblik:

Hvad betyder det for borgerne?

- **For alle patienter og borgere** betyder det, at ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges på patienterne frem for på unødige administration.
- **For alle patienter** betyder den styrkede nationale retning, at der kommer et mere sammenhængende sundhedsvæsen med patienten i centrum.
- **For alle patienter** skaber en ny organisering et bedre grundlag for fælles løsninger, og en mere ensartet udvikling af sundhedsvæsenet i hele landet – så alle borgere kan forvente samme høje kvalitet.

Regeringen fastsætter den nationale politiske retning for sundhedsvæsenet med en årlig udviklingsplan

De politiske prioriteringer fastlægges fremover nationalt. Regeringen fastlægger hvert år en udviklingsplan for Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger, som beskriver de overordnede prioriteringer på sundhedsområdet.

Den overordnede retning for sundhedsvæsenet skal fremover fastsættes i en årlig udviklingsplan fra regeringen. Udviklingsplanen retter sig både mod Sundhedsvæsen Danmark og de underliggende sundhedsforvaltninger, som forpligtes gennem lovgivning til at følge udviklingsplanen.

Regeringen (sundhedsministeren) udpeger endvidere bestyrelsen for Sundhedsvæsen Danmark og for de fem sundhedsforvaltninger.

Boks 8.2: Ny organisering af sundhedsområdet

- **Styrket national koordination af sundhedsvæsenet**

Den overordnede retning for sundhedsvæsenet fastsættes af regeringen i samspil med Folketinget. Den samlede retning for udviklingen af sundhedsvæsenet i hele landet skal være klarere, og der skal større fokus end i dag på fælles løsninger og samarbejde, så de gode løsninger spredes hurtigere til hele landet.

Den styrkede nationale, politiske styring sker gennem fastsættelse af den overordnede retning for sundhedsvæsenet i en årlig udviklingsplan, gennem regeringens udpegning af bestyrelser, samt gennem styrkede nationale kompetencer på centrale områder.

- **Sundhedsvæsen Danmark skal sikre sammenhængende og ensartede løsninger i hele landet**

En ny myndighed – Sundhedsvæsen Danmark (placeret i Aarhus) – skal være en drivkraft for udviklingen af sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsen Danmark skal skubbe på sundhedsforvaltningerne og skabe forandring, så kvaliteten og sammenhængen løftes, og skal sikre realiseringen af de fælles nye ideer og løsninger.

På områder, hvor opgaverne bedst løses i fællesskab for hele landet, skal opgaveløsningen understøttes af Sundhedsvæsen Danmark, der skal tage sig af den nødvendige koordination og opfølgning på de nationalt fastsatte retningslinjer på de centrale områder (patientrettigheder, akutområdet, den højt specialiserede sygehusbehandling, it- og dataområdet). Sundhedsvæsen Danmark får samtidig kompetencer til at godkende større it- og digitaliseringsprojekter i sundhedsforvaltningerne og til at fastsætte bindende standarder på indkøbsområdet, herunder beslutte fælles indkøb.

Det skal blandt andet understøtte, at alle har samme muligheder for akut behandling ved pludselig sygdom og skade, og at it-systemer fungerer sammen i hele landet. Opgaver, som ikke bliver løst tilfredsstillende i dag.

Det skal give tryk for, at vores sundhedsvæsen er velfungerende, uanset hvor i landet man bor. Samtidig vil det medføre en bedre brug af samfundets ressourcer på bedre løsninger på tværs, herunder også fælles indkøb.

- **Nye bestyrelsesledede sundhedsforvaltninger skal sikre driften af sygehus- og praksisområdet**

Reformen betyder, at den regionale sundhedsopgave får en mere driftspræget karakter inden for nationalt fastsatte rammer, og det lokale beslutningsrum for fem forskellige sundhedsvæseners mindskes samtidig gennem den styrkede nationale politiske styring. Derfor nedlægges regionerne, som vi kender dem i dag.

Nye sundhedsforvaltninger skal sikre en sundhedsfaglig og effektiv drift af sygehuse og fortsætte de gode resultater med styrket specialisering og gennemføre den nye sygehusstruktur. Sundhedsforvaltningerne skal implementere den lovgivning, der vedtages i Folketinget. De skal kun fokusere på sundhedsopgaver. De opgaver i regionerne, som ikke hører naturligt sammen med sundhed, flyttes til kommunerne og staten, *jf. kapitel 10*. Det drejer sig om opgaver inden for blandt andet trafik, miljø og undervisning. De nye sundhedsforvaltninger får samme geografi som de hidtidige regioner, så hverdagen for de fleste medarbejdere ikke ændres væsentligt.

Udviklingsplanen indeholder de fokusområder, mål og krav, som regeringen vil prioritere for sundhedsvæsenet det kommende år. Herudover har ministeren ikke instruktionsbeføjelser over for bestyrelserne, men ministeren vil få styrkede hjemler til at fastsætte fælles retningslinjer og krav, fx på akutområdet.

Fordelingen af den økonomiske ramme mellem de fem sundhedsforvaltninger sker uændret efter den objektive fordelingsnøgle, som anvendes i dag (bloktilskudsøglen). Mens sygehusbudgetterne – og dermed prioriteringen inden for de enkelte områder – uændret fastlægges af sundhedsforvaltningerne ud fra en vurdering af de lokale behov.

Dermed videreføres de centrale elementer i økonomimodellen, som den kendes i dag, hvor den økonomiske ramme forhandles med Danske Regioner, hvor et flertal i Folketinget skal tilslutte sig, og hvor fordelingen mellem regionerne tilsvarende sker efter objektive kriterier.

Det skal medvirke til at sikre et stabilt budgetgrundlag for sundhedsvæsenet med en fordeling mellem aktørerne, som er objektiv og dermed ikke løbende ændres eller gøres til genstand for politiske diskussioner.

Den samlede økonomiske ramme vil blive fastlagt efter dialog mellem regeringen og Sundhedsvæsen Danmark, hvor også formændene for de fem sundhedsforvaltninger sidder med i bestyrelsen, *jf. nedenfor*. Rammen indgår som en del af regeringens finanslovsforslag og forudsætter dermed Folketingets tilslutning som del af en finanslovaftale.

Sundhedsstyrelsen vil som hidtil skulle fastlægge placering af specialfunktioner på de offentlige sygehuse gennem specialeplanlægning, og sundhedsministeren (og Sundhedsstyrelsen) tillægges styrkede kompetencer til at fastsætte fælles retningslinjer og krav på akutområdet samt på it- og dataområdet (Sundhedsdatastyrelsen), hvor krav også kan fastsættes gennem udviklingsplanen, *jf. kapitel 7*. Det er områder, der er helt centrale kerneområder i funktionen af det samlede sundhedsvæsen og særligt sårbare, hvis de ikke fungerer.

Kvalitetsplanen skal skabe en fælles retning i det nære sundhedsvæsen

Samtidig skal den nationale kvalitetsplan styrke kvaliteten og skabe en fælles retning i det nære sundhedsvæsen. Kvalitetsplanen skal fremover styrke udviklingen i kommuner, almen praksis og udgående sygehusfunktioner, så borgere og sundhedspersonale kan være trygge ved, at forebyggelse, behandling og rehabilitering i det nære

sundhedsvæsen løses med den fornødne faglige kvalitet over hele landet, *jf. kapitel 6*.

Sundhedsstyrelsen vil i den forbindelse have en vigtig rolle i forhold til at samle og formidle viden på området og understøtte implementeringen af sundhedsindsatser blandt andet i kommunerne. Det er således en integreret del af kvalitetsplanen, at der skal følges op på, hvad der virker og ikke virker. Det skal ske ved, at Sundhedsstyrelsen samler evalueringer og viden om indsatserne rundt i landet, blandt andet på baggrund af den årlige afrapportering fra sundhedsforvaltningerne til Sundhedsvæsen Danmark om gode, lokale løsninger.

De relevante faglige selskaber og organisationer inddrages i arbejdet blandt andet i forhold til rådgivning, som både kan være af mere overordnet karakter i forhold til den generelle udvikling af primærsektoren og mere konkret og faglig i forhold til de enkelte sygdoms- eller opgaveområder.

Sundhedsvæsen Danmark skal sikre fremdrift og sammenhængende løsninger i hele landet

Regeringen etablerer et nationalt Sundhedsvæsen Danmark, som ledes af en bestyrelse bestående af stærke fagligheder. Sundhedsvæsen Danmark får kompetence til at koordinere opgaveløsningen, og fem sundhedsforvaltninger ledet af bestyrelser skal have driftsansvaret for sygehuse og praksissektor.

En ny national myndighed ved navn Sundhedsvæsen Danmark skal sikre fremdrift på sundhedsområdet. Sundhedsvæsen Danmark skal skubbe på sundhedsforvaltningerne og skabe forandring, så kvaliteten og sammenhængen løftes, og skal sikre realiseringen af de fælles nye ideer og løsninger. Sundhedsvæsen Danmark får samtidig særlige kompetencer på områder, hvor opgaverne bedst løses i fællesskab for hele landet.

Det er opgaver, hvor der ikke indtil nu har været tilstrækkelig koordination og fremdrift, selvom der er gode grunde til at løse opgaverne i fællesskab. Sundhedsvæsen Danmark skal derfor tage sig af den nødvendige koordination og opfølgning på de nationalt fastsatte retningslinjer på de centrale områder vedrørende patientrettigheder, akutområdet, sammenhængende sundheds-it og bedre brug af data til kvalitetsudvikling og forskning, samt et forpligtende nationalt samarbejde om højt specialiseret behandling. Sundhedsvæsen Danmark får samtidig kompetencer til at godkende større it- og digitaliseringsprojekter i

Boks 8.3: Ny drivkraft for sundhedsvæsenets udvikling – Sundhedsvæsen Danmark

En ny myndighed – Sundhedsvæsen Danmark – skal være en drivkraft for udviklingen af sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsen Danmark skal skubbe på sundhedsforvaltningerne og skabe forandring, så kvaliteten og sammenhængen løftes, og skal sikre realiseringen og udbredelsen af de fælles nye ideer og løsninger.

Rammerne og retningen for Sundhedsvæsen Danmarks arbejde fastsættes i en årlig, national udviklingsplan, som forhandles med regeringen.

Sundhedsvæsen Danmarks opgaver og kompetencer omfatter:

- Forhandle den årlige økonomiske ramme og udviklingsplan med regeringen
- Sikre fremdrift i de fem sundhedsforvaltninger med løft af kvalitet og sammenhæng
- Sikre udbredelse af best practise løsninger og ideer til hele landet, herunder opsamling og udbredelse af gode løsninger etableret i de lokale sundhedsfællesskaber
- Følge op på patientrettigheder, så alle patienter har sikkerhed for at rettighederne efterleves ens og korrekt
- Implementere de nationale retningslinjer for akutområdet
- Sikre efterlevelsen af de nationale retningslinjer for sammenhængende sundheds-it og bedre brug af data til kvalitetsudvikling og forskning i sundhedsforvaltningerne
- Understøtte det forpligtende nationale samarbejde om højt specialiseret behandling
- Godkende større it- og digitaliseringsprojekter i sundhedsforvaltningerne
- Fastsætte bindende standarder på indkøbsområdet, herunder beslutte fælles indkøb på tværs af sundhedsforvaltningerne.
- Sikring af et (fortsat) særligt overenskomstsysteem, som tager hensyn til forholdene i sundhedsvæsenet
- Forankring for fælles sygehusmedicinindkøb (AMGROS med styrkede kompetencer)
- Forankring for Medicinrådet

Der kan løbende identificeres flere områder, hvor der er behov for øget fremdrift og national koordinering.

Boks 8.4: Sammensætning af bestyrelsen for Sundhedsvæsen Danmark

Bestyrelsen udpeges af sundhedsministeren.

Bestyrelsen skal bestå af 11 medlemmer. I bestyrelsen vil indgå medlemmer med erfaring fra sundhedssektoren. Der skal være en bestyrelsesformand, og derudover er de fem bestyrelsesformænd for sundhedsforvaltningerne fødte medlemmer af bestyrelsen. Det skal sikre sammenhæng mellem de to niveauer og sikre en lokal forankring af arbejdet i de enkelte landsdele. Derudover udpeges et medlem på baggrund af forslag fra patientforeningerne.

Der tilstræbes en stærk faglighed i bestyrelsen, blandt andet stærke sundhedsfaglige kompetencer, drifts- og ledelsesmæssige kompetencer – også gerne kompetencer i forhold til it- og anlægsprojekter – samt juridiske kompetencer.

Gennem repræsentation fra patientforeningerne styrkes fokus på patienternes erfaringer og perspektiv i bestyrelsens arbejde.

11 medlemmer:

- 1 bestyrelsesformand.
- 5 medlemmer, som samtidig er bestyrelsesformænd for sundhedsforvaltningerne (drifts- og prioriteringserfaring).
- 1 medlem fra patientforeningerne
- 4 medlemmer med øvrige kompetencer, fx
 - 1 medlem med stærke sundhedsfaglige kompetencer
 - 1 medlem med stærke driftsledelsesmæssige kompetencer
 - 1 medlem med stærke kompetencer i forhold til it- og anlægsprojekter
 - 1 medlem med stærke juridiske kompetencer

sundhedsforvaltningerne og til at fastsætte bindende standarder på indkøbsområdet, herunder beslutte fælles indkøb. Der kan løbende identificeres flere områder, hvor der er behov for en øget national koordinering *jf. boks 8.3.*

Det skal give tryghed for, at sundhedsvæsenet er velfungerende, uanset hvor i landet man bor. Samtidig vil det medføre en bedre brug af samfundets ressourcer på bedre løsninger på tværs, herunder også fælles indkøb.

Regeringen vil samtidig fastholde de fælles løsninger, som allerede eksisterer, blandt andet Amgros med styrkede kompetencer og Medicinrådet, der forankres hos Sundhedsvæsen Danmark. Medarbejderne vil her kunne følge med opgaverne. Sundhedsvæsen Danmark vil desuden overtage Danske Regioners rolle i forhold til Patienterstatningens bestyrelse, og den nationale bestyrelse skal også sikre, at der fortsat er et særligt overenskomstsysteem, som tager hensyn til forholdene i sundhedsvæsenet.

Sammensætning af Sundhedsvæsen Danmarks bestyrelse

Sundhedsvæsen Danmark vil have et sekretariat og ledes af en bestyrelse på elleve personer, udpeget af sundhedsministeren. Bestyrelsen skal have en stor faglighed og ledelseserfaring. I bestyrelsen vil indgå medlemmer med erfaring fra sundhedssektoren, herunder minimum én person med stærke sundhedsfaglige (fx forsknings- eller lægefaglige) kompetencer. Derudover udpeges et medlem på baggrund af forslag fra patientforeningerne, *jf. boks 8.4*.

Sekretariatet for Sundhedsvæsen Danmark placeres geografisk i Aarhus.

Nye sundhedsforvaltninger erstatter regionerne

Regeringen omdanner de nuværende regioner til fem sundhedsforvaltninger. Sundhedsforvaltningerne får samme geografiske grænser som regionerne i dag for at sikre trykthed for medarbejderne og for at sikre kontinuitet i styringen, blandt andet af de store sygehusbyggerier.

Med den nye organisering omdannes regionerne til nye sundhedsforvaltninger, inden for de eksisterende geografiske regionsgrænser.

Regionsrådene har langt hen ad vejen gjort det godt og sikret en bedre kvalitet gennem samling og specialisering i en ny sygehusstruktur.

Men i den nye organisering får den regionale sundhedsopgave en mere driftspræget karakter. Den opgave skal ikke gøres til genstand for politiske uenigheder, og råderummet for fem forskellige sundhedsvæsener mindskes samtidig gennem den styrkede nationale politiske styring. Regionerne skal derfor nedlægges, som vi kender dem i dag.

Boks 8.5: Bestyrelserne for sundhedsforvaltningerne

Bestyrelserne i sundhedsforvaltningerne skal bestå af seks medlemmer med stærke fagligheder.

I bestyrelsen vil indgå medlemmer med erfaring med sundhedssektoren og væsentlig ledelseserfaring, herunder skal minimum én person i hver bestyrelse have stærke sundhedsfaglige (fx forsknings- eller lægefaglige) kompetencer.

For at sikre den lokale forankring skal ét af medlemmerne udpeges efter indstilling fra kommunerne. Herudover udpeges et medlem på baggrund af forslag fra patientforeningerne.

Seks medlemmer:

- 1 formand – medlem af den nationale bestyrelse
- 1 medlem udpeges på indstilling fra kommunerne.
- 1 medlem fra patientforeningerne.
- 3 medlemmer med øvrige kompetencer, fx
 - 1 medlem med stærke sundhedsfaglige kompetencer
 - 1 medlem med stærke driftsledelsesmæssige kompetencer
 - 1 medlem med stærke kompetencer i forhold til it- og anlægsprojekter

Nye sundhedsforvaltninger skal i stedet sikre en sundhedsfaglig og effektiv drift af sygehusene og fortsætte de gode resultater med styrket specialisering og gennemføre den nye sygehusstruktur. De skal have lokalt kendskab, og de skal sikre en lokal forankring om lokale beslutninger, fx beslutninger om den konkrete tilrettelæggelse af ambulanceberedskabet, eller om simple knæoperationer skal foregå på sygehus A eller B. Bestyrelserne sikrer færdiggørelsen af de nye supersygehuse. Bestyrelsesformændene i sundhedsforvaltningerne er fødte medlemmer af bestyrelsen for Sundhedsvæsen Danmark og får dermed en vigtig rolle i at sikre, at det lokale kendskab også påvirker den nationale politik.

Sundhedsforvaltningerne får dermed en vigtig opgave med at fastholde og udvikle de kvalitetsmæssige gevinster, der er opnået i regionerne gennem samling og specialisering på sygehusene, styrket forskning mv. De skal sikre sammenhængen på tværs af sygehusene for at understøtte, at

sundhedspersonalets ressourcer bruges bedst muligt, og at der opnås mest mulig sundhed for pengene.

Til disse beslutninger er der behov for stor lokal viden – og behov for en professionaliseret beslutningsstruktur med inddragelse af stærke fagligheder.

Sammensætning af sundhedsforvaltningernes bestyrelser

Hver sundhedsforvaltning ledes af en bestyrelse på seks personer, udpeget af sundhedsministeren. Bestyrelsen skal have en betydelig faglighed og ledelseserfaring. I bestyrelsen vil indgå medlemmer med erfaring med sundhedssektoren, herunder minimum én person med stærke sundhedsfaglige (fx forsknings- eller lægefaglige) kompetencer samt en repræsentant fra patientforeningerne, *jf. boks 8.5.*

Bestyrelsesformændene for de fem sundhedsforvaltninger sidder med i bestyrelsen for Sundhedsvæsen Danmark. Dermed indgår den praktiske lokale erfaring fra sundhedsforvaltningernes arbejde i det nationale beslutningsorgan, mens sundhedsforvaltningerne samtidig forpligtes til at gennemføre de beslutninger, der er truffet på nationalt niveau.

Sundhedsforvaltningernes bestyrelser skal endvidere arbejde systematisk med borger og patientinddragelse fx i form af borgerpaneler og folkehøring mv.

Medarbejdersiden vil som hidtil blive sikret en stærk medindflydelse gennem MED-udvalg mv.

De nye sundhedsforvaltninger skal kun fokusere på sundhedsopgaver. De opgaver i regionerne, som ikke hører naturligt sammen med sundhed, flyttes til kommunerne og staten. Det drejer sig om opgaver inden for blandt andet trafik, miljø og undervisning, *jf. kapitel 10.*

For at sikre stabilitet og dermed en nemmere omstilling til den nye struktur får sundhedsforvaltningerne samme geografiske afgrænsning, som regionerne har i dag. Sundhedsforvaltningernes hovedsæder placeres samtidig uændret i Aalborg, Viborg, Vejle, Sorø og Hillerød.

Regeringen ønsker at udpege de fem nuværende regionsrådsformænd som formænd for bestyrelserne for de nye sundhedsforvaltninger for forberedelsesperioden og den første tre-års periode. Det skal skabe kontinuitet og bygge bro til den nye struktur.

Dermed videreføres de administrative strukturer, som i forvejen indeholder de rette fagligheder, og som blandt andet tilgodeser styringen af sygehusbyggerier. Samtidig er der i dag en velfungerende objektiv fordeling af penge mellem de fem enheder (bloktilskudsfordelingsnøglen), som videreføres.

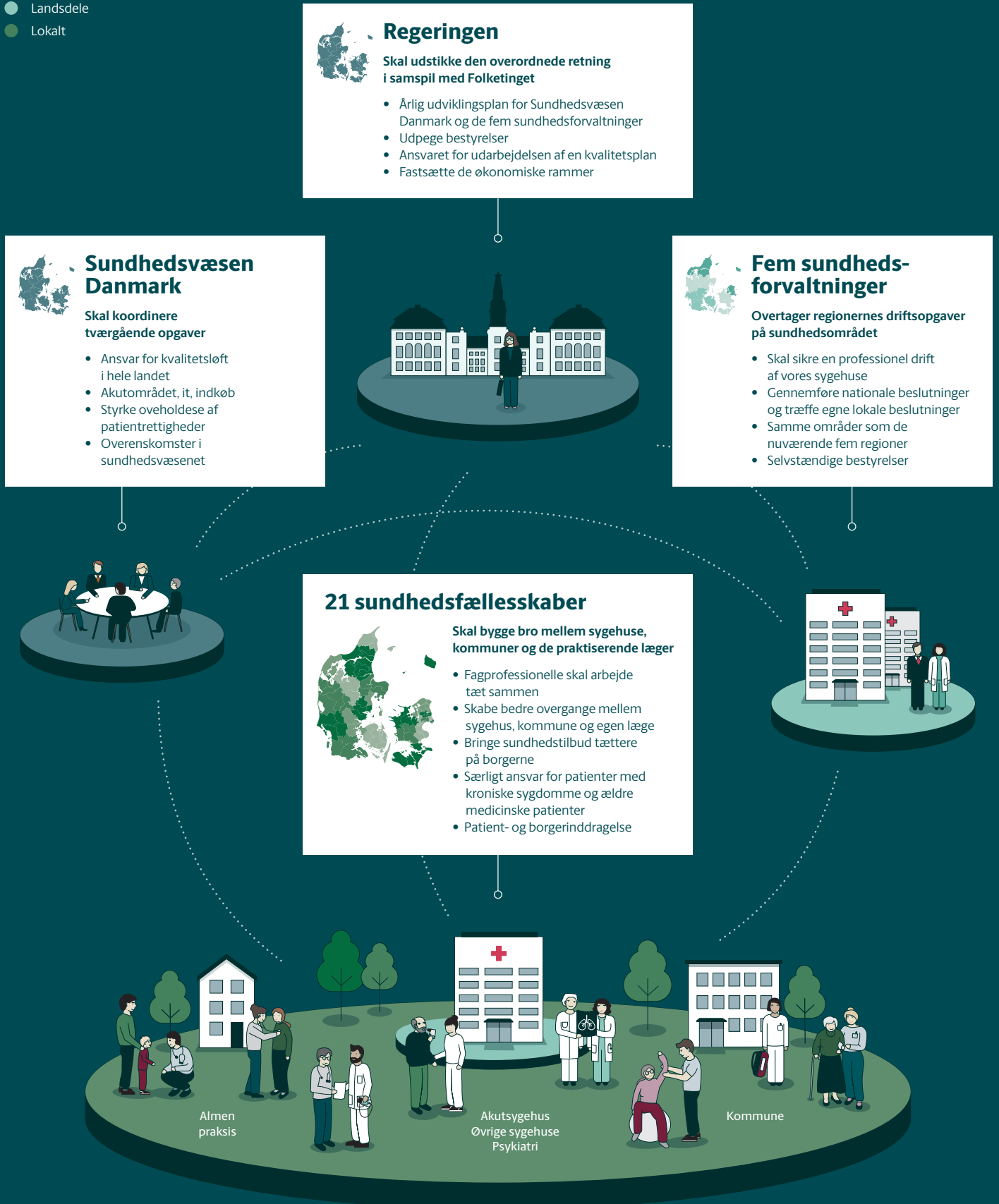



Organisationsdiagram over Danmarks nye sundhedsvæsen.

Figur 8.1
Danmarks nye sundhedsvæsen

Ansvar for sundhed

- Hele Danmark
- Landsdele
- Lokalt





Særligt ældre medicinske patienter og mennesker med kroniske lidelser vil få glæde af at kunne blive behandlet tættere på hjemmet.

9. Økonomi: Sundhedsreformen frigør penge til mere sundhed

Med reformen bliver den offentlige sektor gjort enklere med kun to folkevalgte led. Reformen frigør derfor administrative ressourcer, som sammen med nye midler på finansloven muliggør etableringen af en ny Nærhedsfond, der giver et økonomisk løft på samlet 6 mia. kr. til det nære sundhedsvæsen over de kommende år. Reformen betyder samtidig en omstilling af behandling, så sygehusene aflastes, og der frigøres kapacitet svarende til 2 mia. kr. årligt.

Der skal fremover bruges færre ressourcer på administration og flere ressourcer på sundhed. Den nye organisering frigør direkte ressourcer ved at nedlægge regionerne, som vi kender dem i dag, og reducere administration til de ikke-sundhedsopgaver, som hidtil har været placeret i regionerne.

Befolkningsudviklingen med stadig flere ældre betyder, at der i de kommende år må forudses et betydeligt pres for at skaffe yderligere ressourcer til sundhedsvæsenet. Det er derfor i sig selv vigtigt, at sundhedsreformen vil frigøre betydelige beløb til en øget sundhedsindsats.

Som en del af sundhedsreformen vil regeringen derfor understøtte, at færre penge anvendes til administration, og flere penge går til kerneopgaverne i sundhedsvæsenet.

Den nye organisering frigør derfor direkte årlige besparelser blandt andet gennem overgangen fra tre til to politiske niveauer, hvortil kommer mulighed for løbende omprioritering fra administration til sundhed gennem flere fælles løsninger i den nye organisering.

Sundhedsreformen betyder samtidig en aflastning af sygehusene og en samlet bedre anvendelse af ressourcerne, fordi patienterne i stedet får en kvalificeret behandling hos den praktiserende læge,

eller fordi kommunen og praktiserende læge i tide forebygger en indlæggelse. Målet er, at der i 2025 er 500.000 færre ambulante kontakter og 40.000 færre indlæggelser på sygehusene, svarende til, at der på sygehusene fra 2025 bliver frigjort ressourcer for 2 mia. kr. årligt opgjort som produktionsværdi (DRG).

Regeringen tager hermed følgende initiativer:

- Ny Nærhedsfond på 6 mia. kr. 2020-2025
- Flere ressourcer til sundhed og mindre på administration

En ny Nærhedsfond giver et løft på 6 mia. kr. 2020-2025

Regeringen vil give det nære sundhedsvæsen et ekstraordinært løft ved at etablere en Nærhedsfond på 6 mia. kr. i perioden 2020-25. Midlerne kommer ud over de midler, der ellers afsættes til sundhedsområdet over de kommende år.

Besparelserne på administration muliggør, sammen med nye midler afsat på finansloven, at der etableres en ny nærhedsfond på i alt 6 mia. kr. i perioden 2020-25. Fonden skal bidrage til øget nærhed i det danske sundhedsvæsens udvikling.

Boks 9.1: Ny Nærhedsfond på 6 mia. kr. 2020-2025

Ny prioritering til løft af det nære sundhedsvæsen:

- **Moderne fysiske rammer i sundhedshuse**

Etableringen af sundhedshuse kan medvirke til et løft af kvalitet og kapacitet i det nære sundhedsvæsen, som den fysiske ramme for bedre samarbejde. Halvdelen af Nærhedsfonden målrettes derfor byggeri af sundhedshuse – det svarer til 3 mia. kr. eller 500 mio. kr. årligt over de seks år fra 2020 til 2025, et markant løft af den nuværende pulje til sundhedshuse på 200 mio. kr. årligt.

Rammen vil – ved en forudsat lokal medfinansiering på gennemsnitligt 25pct. – muliggøre byggeriet af fx 25 store, komplette sundhedshuse med flerlægepraksis, kommunale funktioner og udgående sygehusfunktioner herunder fx psykiatri, og omkring 100 moderne flerlægepraksisser gennem nybyggeri eller ombygning/udvidelser.

Regeringen vil gøre fondsfinansieringen særligt fordelagtig for økonomisk svagt stillede kommuner, og vil målrette op til 150 mio. kr. til de særlige udfordringer i Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

- **Flere medarbejdere og styrkede kompetencer i det nære sundhedsvæsen**

Nærhedsfonden betyder et målrettet løft af driften i kommunerne, med tæt kobling til den nationale kvalitetsplan. Midlerne kan blandt andet anvendes til mere sundhedspersonale og understøtte, at kommunerne har de rette kompetencer til at leve op til de krav til opgaveløsning og kvalitetsstandarder, der vil indgå i den nationale kvalitetsplan. Hertil kommer understøtning af en styrket rådgivning fra sygehusene.

Nærhedsfondens midler er en ekstra finansiering, som ligger oveni det løbende løft, som prioriteres gennem de årlige finanslov- og økonomiaftaler. Og ligger også ud over de 60 mio. kr. 2018-2021 (10 mio. kr. årligt fra 2022), som regeringen har prioriteret til efteruddannelse af praksispersonale i almen praksis, herunder specialsygeplejersker.

- **Tryghed på akutområdet med nye akutbiler og sammenhængende akuthjælp i hele landet**

Nærhedsfonden vil sikre finansiering til øget tryghed med et styrket beredskab, hvor responstiderne kan forbedres. Det betyder flere akutbiler, akutlægebiler og/eller ambulanceberedskaber.

Samtidig vil Nærhedsfonden finansiere udgifter forbundet med en enstrengt og ensartet akuthjælp som opfølgning på Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Dermed gøres der op med, at indretningen af den akutte hjælp organiseres forskelligt, alt efter hvilken region man bor i, og hvad tid det er på døgnet.

- **Flere uddannelsesstillinger i almen medicin**

Med sundhedsreformen vil der ske en udbygning af det nære sundhedsvæsen, som vil føre til mere aktivitet uden for sygehusene og derfor også i almen praksis. Den store efterspørgsel efter alment praktiserende læger samt udfordringer med læger, der forventes at være på vej på pension, skaber behov for at øge dimensioneringen af almen medicin inden for den lægefaglige videreuddannelse.

Med Nærhedsfonden vil regeringen øge dimensioneringen af almen medicin inden for den lægefaglige videreuddannelse med yderligere i alt 100 hoveduddannelsesforløb i 2019 og 2020, udover de i alt 60 ekstra hoveduddannelsesforløb, som regeringen har prioriteret med udspillet "En læge tæt på dig".

Boks 9.2: Ny nærhedsfond på 6 mia. kr. 2020-2025 – finansiering

- Direkte besparelser ved reformen (fra tre til to niveauer, reduceret administration mv.): **1,5 mia. kr.**
- Ny prioritering gennem finanslovaftaler for 2018 og 2019: **1,5 mia. kr.**
- Omlægning af finanslovpulje til sundhedshuse: **0,4 mia. kr.**
- Anvendelse af Danske Regioners formue: **0,3 mia. kr.**
- Prioritering inden for investeringsrammen: **2,3 mia. kr.**

I alt: **6 mia. kr.**

Ud over Nærhedsfonden lægger regeringen op til at prioritere midler fra finansloven til at understøtte en langt bedre efterlevelse af patientrettighederne i det danske sundhedsvæsen. Patienterne har i dag ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Og til at blive behandlet på et privathospital, hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for 30 dage. Men rettighederne bliver efterlevet forskelligt på tværs af landet. Patienterne skal i dag bruge mange kræfter på at udnytte deres rettigheder.

Regeringen lægger derfor op til at målrette en del af midlerne til bedre patientvejledning og en markant styrket forpligtelse for det offentlige til at anvise konkret privat behandling, hvis patienten har ret til udvidet frit valg, med et sammenhængende krav til de private aktører om at oplyse ventetid og kapacitet (tilsvarende som det gælder for offentlige sygehuse i dag). Samtidig får Sundhedsvæsen Danmark ansvaret for at følge op, så sundhedsforvaltningerne lever op til patientrettighederne.

Regeringen lægger endvidere op til at målrette midler til at give førstegangsfødende ret til to dages sygehusophold efter fødslen. Det skal sikre faste rammer og tryghed for førstegangsfødende, så der er den rette støtte og hjælp til at få familien i gang med amning og til at besvare spørgsmål om pleje og omsorg.

Flere ressourcer til sundhed og mindre på administration

Der skal fremover bruges færre ressourcer på administration og flere ressourcer på sundhed. Den nye organisering frigør direkte ressourcer ved at nedlægge regionerne, som vi kender dem i dag, og reducere administration til de ikke-sundhedsopgaver, som hidtil har været placeret i regionerne.

Den nye organisering frigør direkte årlige besparelser blandt andet gennem overgangen fra tre til to politiske niveauer, hvortil kommer mulighed for løbende omprioritering fra administration til sundhed gennem flere fælles løsninger i den nye organisering.

Samlet frigøres 2,3 mia. kr. i perioden 2021-2025 gennem administrative besparelser. De direkte besparelser ved reformen på 1,5 mia. kr. placeres i den nye Nærhedsfond, mens de løbende gevinster på knap 0,8 mia. kr. bliver i sundhedsforvaltningerne til prioritering af mere sundhed.

Regeringen lægger endvidere op til at anvende hovedparten af de prioriterede midler til sundhedsreformen på finansloven, der er aftalt mellem regeringen og Dansk Folkeparti, som finansiering til Nærhedsfonden, svarende til yderligere 1,5 mia. kr.

En anvendelse af Danske Regioners formue forudsættes at tilføre yderligere 0,3 mia. kr., så midlerne kommer sundhedsvæsenet til gavn, mens regeringen lægger op til at prioritere de resterende 2,3 mia. kr. inden for den offentlige investeringsramme.

Sundhedsreformen forenkler den offentlige sektor og frigør ressourcer til sundhed

Med reformen bliver den offentlige sektor ændret, så der kun er to folkevalgte led.

Først og fremmest overtager regering og Folketing det overordnede politiske ansvar for sundhedsvæsenet fra regionerne. Dernæst så bliver de fleste af regionernes øvrige opgaver fordelt på stat og kommuner, mens andre opgaver helt falder bort.

Den nye organisering vil derfor frigøre ressourcer, som i dag er bundet op på regionernes funktion som et tredje politisk myndighedsniveau. Det drejer sig dels om udgifter, der i dag blandt andet er bundet til honorering og betjening af de nuværende regionsråd og af de politiske udvalg. Hertil

Boks 9.3: Frigjorte ressourcer fra reduceret administration tilføres sundhedsområdet

Med den nye organisering vil der være bedre mulighed for at effektivisere administrationen. Både gennem nationale løsninger på tværs og bedre løsninger inden for sundhedsforvaltningerne.

Organiseringen frigør 125 mio. kr. i 2021 og 350 mio. kr. årligt fra 2022, der i dag blandt andet er bundet til honorering og betjening af de nuværende regionsråd. Det svarer til 1,5 mia. kr. frem mod 2025.

Samtidig fastsættes en målsætning om at frigøre 75 mio. kr. hvert år til sundhedsbehandling gennem reduceret administration, muliggjort gennem de styrkede muligheder for fælles løsninger i den nye organisering, og med afsæt i at den regionale administration er steget siden etableringen i 2007. Det svarer til yderligere knap 0,8 mia. kr. til og med 2025.

Samlet vil omorganiseringen af sundhedsvæsenet dermed frigøre knap 2,3 mia. kr. frem mod 2025, hvoraf de 1,5 mia. kr. overføres til den nye Nærhedsfond og derigennem er med til at sikre grundlaget for opbygningen af det nære sundhedsvæsen.

Herudover betyder den ændrede organisering, at Danske Regioners formue på over 300 mio. kr. kan frigøres til gavn for sundhedsvæsenet. Det vil være foreningens generalforsamling, der træffer endelig beslutning om formuens anvendelse. Men da formuen er skabt gennem mange år på grundlag af offentlig virksomhed og skattebetaling, forudsættes, at generalforsamlingen lader formuen komme sundhedsområdet til gode som medfinansiering af Nærhedsfonden.

kommer gevinster fra reduceret administration til de ikke-sundhedsopgaver, som hidtil har været placeret i regionerne.

Når reformen er fuldt indfaset, så forventes disse omlægninger at frigøre 350 mio. kr. årligt fra 2022, med en besparelse på 125 mio. kr. i 2021. I denne beregning er der taget hensyn til, at der i den nye organisering vil skulle afsættes ressourcer, blandt andet til finansiering af Sundhedsvæsen Danmark

samt administration for de ikke-sundhedsopgaver, der tilføres stat og kommuner.

Men alene i årene frem mod 2025 så betyder det, at der samlet frigøres *1,5 mia. kr. til bedre sundhed.*

Midlerne overføres som finansiering til den nye Nærhedsfond og sikrer dermed et godt grundlag for opbygningen af det nære sundhedsvæsen.

Målsætning om færre penge til administration og flere penge til sundhed

Den nye opbygning af sundhedsvæsenet vil også give mulighed for løbende at flytte ressourcer fra administration til en styrket patientrettet indsats.

I et mere samlet, nationalt sundhedsvæsen vil der således blive skabt mulighed for bedre opgaveløsning inden for administrationen af sundhedsområdet, hvor nogle opgaver inden for en række store driftsområder kan håndteres mere effektivt. Der sker især gennem den styrkede nationale konstruktion (Sundhedsvæsen Danmark), der forpligter sundhedsforvaltningerne på samarbejde, og som tilføres specifikke styrkede kompetencer på blandt andet it-området. Samtidig sker der en generel professionalisering af ledelsen (bestyrelsen) med blandt andet drifts- og it-kompetencer.

Regionerne har siden etableringen i 2007 øget antallet af medarbejdere med administrative funktioner betydeligt. Danske Regioner og regeringen har aftalt, at regionerne skal arbejde aktivt for at målrette ressourcer fra administration til den patientnære sundhed og borgernære opgaver.

Regeringen vil med den nye organisering forpligte Sundhedsvæsen Danmark og sundhedsforvaltningerne på løbende fra 2022 at nedbringe de administrative udgifter, så de frigjorte ressourcer kan omlægges til patientbehandling. Regeringens målsætning er at frigøre 75 mio. kr. hvert år til sundhedsbehandling gennem reduceret administration. Det betyder et krav på 75 mio. kr. i 2022, der gradvist øges hvert år, så den årlige tilpasning i 2025 udgør 300 mio. kr.

Nogle af de store områder er fx it-området, vedligeholdelsesfunktioner samt varetagelsen af økonomifunktioner. Mulighederne for en bedre tilrettelæggelse af arbejdet ligger blandt andet i at udvikle flere fælles standarder for opgaveløsningen, fælles lagerkapacitet, i teknologisk harmonisering og i bedre udnyttelse af kapacitet på tværs.

I perioden til og med 2025 vil denne målsætning for at indhøste de administrative fordele ved den

nye organisering samlet frigøre yderligere knap 0,8 mia. kr. til bedre sundhed.

Regeringen lægger op til, at midlerne bliver i sundhedsforvaltningerne som en del af teknologibidraget på ½ mia. kr. årligt, og dermed ikke automatisk trækkes over i Nærhedsfonden. Men gevinsterne forudsættes i dialog med sundhedsforvaltningerne prioriteret til konkrete forbedringer for patienterne.

Danske Regioners fremtid

Den ændrede organisering af sundhedsvæsenet betyder, at der ikke længere vil være grund til at opretholde foreningen Danske Regioner. Derfor vil Danske Regioners formue på over 300 mio. kr. kunne frigøres til gavn for sundhedsvæsenet. Det vil være foreningens generalforsamling, der træffer endelig beslutning om formuens anvendelse. Men da formuen er skabt gennem mange år på grundlag af offentlig virksomhed og skattebetaling, har regeringen i udspillet forudsat, at generalforsamlingen vil lade formuen komme sundhedsområdet til gode.

Det skyldes, at regionernes – og tidligere amternes – væsentligste opgave gennem årene har været sundhedsområdet. Konkret har regeringen i udspillet forudsat, at formuen anvendes som medfinansiering af den nye Nærhedsfond. Regeringen vil drøfte dette nærmere med Danske Regioner.

Aflastning af sygehusene

Med sundhedsreformen styrkes det nære sundhedsvæsen, og sygehusene får en tiltrængt aflastning. Regeringens målsætning er, at der i 2025 er 500.000 færre ambulante kontakter og 40.000 færre indlæggelser på sygehusene, fordi patienterne i stedet får en kvalificeret behandling hos praktiserende læge, eller fordi kommunen og praktiserende læge i tide forebygger en indlæggelse.

Det svarer til, at der på sygehusene fra 2025 bliver frigjort ressourcer for 2 mia. kr. årligt opgjort som produktionsværdi (DRG). Der vil samtidig skulle afsættes ressourcer til at styrke det nære sundhedsvæsen, men samlet vil der blive mulighed for at behandle flere patienter.

På grund af den demografiske udvikling vil en styrket indsats i det nære sundhedsvæsen aflaste sygehusene yderligere i fremtiden i forhold til det øgede patientpres, der ville være resultatet, hvis der ikke gøres noget. Derved skabes mulighed for, at sygehusene i højere grad kan fokusere på blandt andet de mere specialiserede behandlinger, som kun sygehusene kan foretage.

Prioritering af sundhedsreformen på finansloven

Med Aftale om finansloven for 2019 er der samlet prioriteret 2,4 mia. kr. 2019-2025, hvoraf 0,4 mia. kr. allerede er disponeret til forberedelse af sundhedsreformen gennem indsatser for bedre sundhedsdata, en styrket almen praksis og til udvikling af en digital vandrejournal. Regeringen lægger op til, at prioritere 1,5 mia. kr. til medfinansiering af den nye Nærhedsfond, og vil endvidere prioritere en styrket implementering af patientrettigheder og den nye rettighed til førstegangsfødende.

Hertil kommer, at regeringen lægger op til en samlet prioritering til nye investeringer på 3,0 mia. kr. 2020-2025 inden for rammerne af den nye Nærhedsfond, hvori indgår en ny prioritering på 2,7 mia. kr. inkl. en omlægning af den nuværende finanslovspulje på 200 mio. kr. årligt i 2020 og 2021.

Samlet løftes satsningen på investeringer i nye sundhedshuse markant til samlet 3 mia. kr. eller et niveau på 500 mio. kr. årligt fra 2020 til 2025.

Puljen til sundhedshuse for 2019 udmøntes i foråret 2019 efter de samme retningslinjer som 2018-puljen, der blev udmøntet i foråret 2018.

Den resterende prioritering på finansloven afsættes som ramme til initiativer på kort sigt, som regeringen vil lægge op til at prioritere som en del af en samlet aftale om en sundhedsreform.

Flere midler vil blive tilført fremover

Etableringen af Nærhedsfonden på samlet 6 mia. kr. markerer et **ekstraordinært** løft, som skal sætte udviklingen af det nære sundhedsvæsen i gang.

Midlerne kommer oveni den løbende udgiftsudvikling på sundhedsområdet, der vil være i de kommende år, som aftales i forbindelse med de årlige økonomiaftaler (kommunerne) og finanslovaftaler.



Regionernes øvrige opgaver, som ikke hører naturligt sammen med sundhed, flyttes til kommunerne og staten. Det skal sikre en mere enkel, effektiv og sammenhængende opgaveløsning.

10. Fokus på sundhedsområdet – reformens betydning for andre områder

Regionerne løser i dag en række opgaver uden for sundhedsområdet. Opgaver som spænder vidt fra oprensning af forurenede jord, planlægning af de regionale busruter og til drift af tilbud til de borgere, som lever med alvorlige handicap. Vigtige opgaver, som i den nye, enklere struktur, vil blive løst mere effektivt og i sammenhæng med lignende opgaver i kommuner og stat.

Regionernes øvrige opgaver, som ikke hører naturligt sammen med sundhed, flyttes til kommunerne og staten, hvor de ligger i forlængelse af andre eksisterende opgaver. Det drejer sig om opgaver inden for blandt andet trafik, miljø og kultur. Enkelte opgaver vil også falde bort. Dette skal sikre en mere enkel, effektiv og sammenhængende opgaveløsning.

I det daglige forbinder de fleste regionerne med sundhedsvæsenet og driften af landets sygehuse. Men regionerne har også ansvaret for en række andre opgaver, blandt andet inden for kollektiv trafik, uddannelse, kultur, miljø, specialundervisning og det specialiserede socialområde.

Regeringen ønsker at styrke sundhedsforvaltningernes fokus på kerneopgaven: at skabe det bedst mulige sundhedsvæsen. Regionernes øvrige opgaver vil derfor fremover blive løst af enten staten, kommunerne eller falde bort.

Den fremtidige struktur med to led i stedet for tre skaber en enklere opgaveløsning med færre aktører, og ansvarsfordelingen bliver derfor

også klarere. Den nye placering af opgaverne vil samtidig sikre synergi og mere sammenhæng, da kommunerne og staten allerede i dag løser opgaver i tilknytning hertil. Der frigives administrative besparelser, som regeringen vil bruge på sundhedsopgaver og en styrket indsats over for jordforurening. Dette bidrager til en mere effektiv offentlig sektor samlet set. Hvor pengene bruges der, hvor det giver mest værdi for borgeren.

I det følgende præsenteres regeringens oplæg til, hvor regionernes opgaver ud over sundhed fremover skal løftes.

Boks 10.1: Udgifter til øvrige opgaver

Samlet blev der brugt cirka 7,4 mia. kr. i 2017 på regionernes opgaver ud over sundhed.

Cirka 3,1 mia. kr. gennem bloktilskud fra staten og udviklingsbidrag fra kommunerne.

Og cirka 4,2 mia. kr. gennem takstbetaling fra kommunerne for sociale tilbud og specialundervisning.

Kollektiv trafik

Ansvar for den lokale kollektive trafik er i dag delt mellem regioner og kommuner. Regionerne bestiller og finansierer regional busstrafik og privatbanetrafik, er medejere af Aarhus og Hovedstadens letbane og står for indkøb af lokal togtrafik på udvalgte strækninger. Regionerne deltager sammen med kommunerne i de regionale trafikselskaber, som i dag står for indkøb af både regional busstrafik og kommunal busstrafik (på vegne af kommunerne).

Med udspillet sikres en mere klar og enkel ansvarsfordeling, hvor kommunerne overtager regionernes ansvar for den regionale busstrafik, privatbanetrafikken og det fulde ejerskab for de regionale trafikselskaber. Trafikselskaberne overtager regionernes rolle med at planlægge den regionale trafik under direkte ansvar over for kommunerne, som fremover finansierer den regionale trafik. Kommunerne overtager den fulde styring af trafikselskaberne.

De eksisterende trafikselskaber vil fremover overordnet set få de samme opgaver som hidtil, men som rent kommunale selskaber. Trafikselskaberne får til opgave at sikre, at der også i fremtiden vil være privatbaner, som vi kender det i dag. Trafikselskaberne vil derfor også fremover modtage statslige tilskud, som skal støtte op om driften af privatbanerne. De regionale busruter vil blive finansieret af kommunerne i fællesskab ved, at de midler, som regionerne bruger på busstrafik, overføres til kommunerne via det kommunale bloktilskud. Den velkendte struktur for den lokale og regionale kollektive trafik forenkles, og der vil fremover være en entydig placering af ansvaret. Dette skal fra borgerens stol gerne resultere i en mere sammenhængende lokal trafik.

I Hovedstadsområdet gælder særlige trafikale forhold. Regeringen vil inden længe fremlægge et selvstændigt udspil om organiseringen af den kollektive trafik i Hovedstadsområdet.

Kultur

Regionerne kan i dag være med til at igangsætte kultur- og idrætsbegivenheder og udvikle kulturelle tilbud som eksempelvis at give støtte til musikalske samarbejdsprojekter. Fremover vil denne opgave blive udført gennem Kulturministeriets kulturaftaler med kommunerne, de regionale kunstfonde og Sport Event Danmark. På denne måde sikres det, at kulturprojekter rundt omkring i landet fortsat vil kunne støttes i

en enklere struktur og samtidigt sikres en større bevillingsmæssig volumen. Opgaven tænkes ind i de eksisterende, velfungerende statslige ordninger, der bygger på faglig ekspertise og god kontakt til de relevante miljøer.

Uddannelse

På uddannelsesområdet rådgiver regionerne undervisningsministeren i forbindelse med koordineringen af den geografiske placering af uddannelsesstilbuddene og kapaciteten på ungdomsudannelserne. Regionerne bistår også i forhold til optagelse på de almen-gymnasiale uddannelser blandt andet med sekretariatsbetjening af fordelingsudvalgene.

Fremover vil Undervisningsministeriet som hidtil have ansvaret for at sikre, at der er et tilstrækkeligt og varieret uddannelsesstilbud på tværs af hele landet, men Undervisningsministeriet vil fremover også have ansvar for at sikre, at der fortsat tages højde for lokale forhold fx gennem høring af lokale interessenter. På den måde forenkles processerne, når det fremover udelukkende er Undervisningsministeriet, der varetager opgaven. Stillingtagen til håndtering af opgaven om fordeling af elever på de almen-gymnasiale uddannelser afventer en ekspertgruppe, der forventes at offentliggøre deres rapport inden udgangen af 1. halvår 2019.

Regional udvikling og erhverv

Regionerne har i dag mulighed for at udarbejde en regional udviklingsstrategi om de øvrige regionale udviklingsopgaver blandt andet kollektiv trafik, uddannelse og miljø. I forbindelse med omdannelsen af regionerne flyttes alle regionernes nuværende opgaver udover sundhed til stat, kommuner eller falder bort. Det er dermed ikke længere relevant at udarbejde en regional udviklingsstrategi og den bortfalder derfor. På denne måde frigives administrative ressourcer, som i stedet kan bruges på sundhedsopgaverne. Ligeledes lægges der op til, at regionernes adgang til midler til kvalificeret arbejdskraft under Socialfonden bortfalder, og at regionernes bestyrelsesplads i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse og erhvervshusenes bestyrelser nedlægges.

Miljø

På miljøområdet er regionerne blandt andet ansvarlige for at forebygge og forhindre skadelige virkninger fra jordforureninger. Regionernes opgaver består i kortlægning og prioritering samt at afværge og oprense jordforureninger. Prioriteringen er en kerneopgave og skal sikre, at det er

de forureninger, der udgør en trussel mod drikkevand, overfladevand, natur eller menneskelig sundhed, der oprenses. Udførelsen af oprensingsprojekter sker gennem udbud.

Samlet set er der tale om en stor og kompleks opgave, og det er afgørende, at der bliver taget alle de rette hensyn, så der i en fremtidig placering fastholdes en stærk faglighed i løsningen af opgaven. Derfor placeres opgaven i staten med enkelte borgernære opgaver i kommunerne. På denne måde samles de faglige kompetencer, og der sker en national prioritering på tværs. Dette resulterer i en forventet effektiviseringsgevinst på omkring ½ mia. kr. frem mod 2030. Regeringen vil derfor bruge denne 1/2 mia. kr. på en styrket indsats mod de såkaldte generationsforureninger, som eksempelvis Grindstedværket samt Cheminovas fabriksgrunde og Høfde 42.

Regionerne deler desuden i dag ansvaret for forvaltningen af råstofområdet med staten. Staten er ansvarlig myndighed i forhold til råstofindvindingen til havs, mens regionerne er myndighed, når det gælder indvindingen på land. Regionernes opgaver på råstofområdet er at udarbejde råstofplaner og udstede tilladelser til indvinding på land. Med reformen overtager staten opgaven med at udstede indvindingstilladelser til råstoffer såsom sten, grus og sand og udarbejde planer for råstofindvindingen til lands. Det samlede ansvar for råstofindvinding placeres hos staten, hvilket vil give et stærkere fagligt miljø og en mere effektiv opgaveløsning samt en mere tværgående styring.

Socialområdet og specialundervisning

Både på socialområdet og på specialundervisningsområdet er det afgørende, at der fastholdes en stærk, specialiseret faglighed. Det vurderes, at fagligheden bedst vil kunne sikres ved en kommunal placering. Det betyder, at de tilbageværende cirka 60 regionale tilbud og institutioner i lighed med de omkring 1.000 øvrige tilbud, som kommunerne allerede har overtaget siden kommunalreformens ikrafttræden, overgår til kommunerne. Med kommunalreformen fik kommunerne det fulde myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på det specialiserede socialområde for at sikre, at opgaverne på området i højere grad blev løst i nærmiljøet og i tæt samspil med de øvrige kommunale tilbud.

De nuværende regionale tilbud omfatter blandt andet sikrede døgninstitutioner for børn og unge,

som anbringes af henholdsvis socialretlige, strafferetlige og udlændingeretlige årsager og en sikret boform, Kofoedsminde, for psykisk udviklingshæmmede, som har begået grov eller personfarlig kriminalitet.

Regionerne driver desuden nogle tilbud med lands- eller landsdelsdækkende specialer. Tilbudene er specialiserede i forhold til børn og unge med alvorlige syns- og hørehandicap og svære fysiske handicap. Derudover driver regionerne fire kommunikationscentre for personer, der har tale-, høre- og synsvanskeligheder.

En kommunal placering af både de sociale tilbud og af specialundervisningstilbuddene kan give bedre muligheder og incitamenter for faglig sparing og udvikling. Samtidig øges samspillet med de øvrige kommunale tilbud samt med løsningerne på normalområdet.

Inden der træffes endelig beslutning om overgangen, er der dog behov for at afklare, om der for de tilbageværende regionale tilbud er særlige forhold, der skal tages hensyn til ved en ny placering. Derfor vil der blive igangsat et afklaringsarbejde i dialog med de relevante organisationer, der skal se på, hvordan institutionernes særlige karakter bedst muligt fastholdes ved overgangen til nyt ejerskab.

Partistøtte

Regionerne har til opgave at udbetale den partistøtte, som kandidatlistene får udbetalt på grundlag af stemmetallene ved seneste regionsrådsvalg. Da der ikke længere skal afholdes valg til regionsrådene, bortfalder den regionale partistøtte. Dette giver en administrativ besparelse.

Særligt om Bornholms Regionskommune

Bornholms Regionskommune har i dag særlig hjemmel til selv at varetage de fleste af regionernes øvrige opgaver ud over sundhed. Disse opgaver finansieres ved, at Region Hovedstaden betaler en fastsat andel af sit udviklingsbloktilskud til Bornholms Regionskommune, samtidig med at Bornholms Regionskommune fritages for at betale størstedelen af det normale kommunale udviklingsbidrag til Region Hovedstaden. Kollektiv trafik er den største enkeltopgave inden for regionernes øvrige opgaver. Bornholms Regionskommunes opgave på dette område vil ikke blive påvirket af ændringerne, men den hidtidige finansiering fra regionen vil blive omlagt til kommunalt bloktilskud. De resterende øvrige opgaver vil fremover

blive løst på samme måde som i det øvrige land. Blandt andet vil råstofforvaltningen ligesom i resten af landet overgå til staten. Regeringen vil nærmere drøfte de økonomiske konsekvenser af omlægningen med Bornholms Regionskommune.

Særligt om grænseoverskridende samarbejde

Regionerne har hidtil deltaget i en række grænseoverskridende samarbejder eksempelvis i Øresundsregionen forankret i blandt andet foreningen Greater Copenhagen og i det dansk-tyske grænse-land forankret i en fælles erklæring. Meget af dette

samarbejde vil med den nye erhvervsfremmelov kunne fortsætte med kommunerne i en mere central rolle sammen med Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. Regeringen vil gerne understøtte, at kommunerne fortsætter de grænseoverskridende samarbejder i det dansk-tyske grænse-land, også om andre forhold end erhvervsfremme, fx kultur, kollektiv trafik og miljø. Til dette formål vil regeringen til de fire sønderjyske kommuner og Femern-samarbejdet afsætte en pulje på 10 mio. kr. årligt, som kommunerne kan søge.



Den kommende opgavefordeling, når regionerne nedlægges.

Figur 10.1

Opgaver der varetages af regionerne flyttes enten til kommunerne, staten eller falder bort



Regeringen vil oprette flere teams af akutsygeplejersker, der hjælper ældre medicinske patienter med en tryk overgang mellem sygehus og hjem.



11. Konsekvenser af den nye struktur

Overgangen til den nye struktur vil have en række konsekvenser. Regionerne nedlægges, som vi kender dem i dag, og bestyrelserne for Sundhedsvæsen Danmark og sundhedsforvaltningerne tager over. Langt de fleste medarbejdere på sygehuse og regionsgårde vil fortsat trygt kunne gå på arbejde, som de plejer. Der skal generelt sikres så rolige og klare rammer som muligt gennem blandt andet tryghed for de sundhedsansattes arbejdssituation og rimelige vilkår for de afgangende regionsrådspolitikere for at skabe de bedste forudsætninger for en smidig overgang til den nye struktur.

Regionerne har langt hen ad vejen gjort det godt. De har taget ansvaret på sig, og sundhedsvæsenet er i dag mere velfungerende end før strukturreformen i 2007. Men i den nye struktur, hvor prioriteterne for sundhedsvæsenet fremover fastlægges fra nationalt hold, er regionerne ikke længere et nødvendigt eller hensigtsmæssigt led.

Regionerne nedlægges derfor pr. 1. januar 2021, hvor bestyrelserne for Sundhedsvæsen Danmark og de 5 sundhedsforvaltninger tager over. Regionsrådene vil frem til udgangen af 2020 være med til at forberede overgangen til den nye struktur og skal træffe ansvarlige beslutninger for at skabe det bedst mulige afsæt for det videre arbejde.

Regeringen ønsker desuden at udpege de fem nuværende regionsrådsformænd som formænd for bestyrelserne for de nye sundhedsforvaltninger for forberedelsesperioden og den første tre-års periode. Det skal skabe kontinuitet og bygge bro til den nye struktur.

De 205 regionsrådsmedlemmer har været med til at løfte en stor og vigtig opgave. Med henblik på at modvirke at de stilles økonomisk dårligere ved, at deres hverv ophører ét år før tid, opretholdes medlemmernes vederlag fra regionerne i hele 2021. Samtidig sikres det, at regionsrådsformændenes pensionsvilkår mv. heller ikke påvirkes. Med disse tiltag får regionsrådsmedlemmerne de samme økonomiske vilkår fra regionerne, som hvis de havde

Boks 11.1: Kompensation for vederlag og pension mv. til regionsrådspolitikere

For **regionsrådsmedlemmerne** fastholdes det årlige vederlag samt udvalgsvederlag og tillæg for hjemmeboende børn i 2021.

For **regionsrådsformændene** fastholdes det årlige vederlag i 2021 samt et eftervederlag i 2022 beregnet med 2021 som funktionstid (1,5 måned pr. år). Hvis regionsrådsformændene skulle finde et andet job i 2021, vil der ske en modregning i formandsvederlaget for indtægter over 139.446 kr. (oktober 2018-niveau). Dette svarer til de regler, der gælder for folketingspolitikere. Eftervederlaget vil ikke blive påvirket af et eventuelt nyt job i 2021, men vil som hidtil bortfalde, hvis den fratrådte regionsrådsformand indtræder i et andet fuldtidsvederlagt politisk hverv (medlem af Folketinget, minister, borgmester, magistratsmedlem mv.). Regionsrådsformændene sikres desuden en pension svarende til, at de havde fortsat perioden ud.

fortsat perioden ud. Regeringen sender dermed et klart signal om anerkendelse af indsatsen og skaber en tryk, økonomisk ramme i året efter, at den nye struktur træder i kraft.

Tryghed og kontinuitet for de store medarbejdergrupper

Regionerne er blandt Danmarks største arbejdsgivere. Der er ca. 137.000 medarbejdere i de danske regioner svarende til ca. 120.000 fuldtidsbeskæftigede medarbejdere. For langt de fleste vil deres arbejdsopgaver fremover ligne sig selv.

Det er afgørende for regeringen, at medarbejderne kan være trygge ved den nye struktur for det danske sundhedsvæsen. Det gælder også i overgangen mellem den hidtidige og den nye struktur.

Udgangspunktet er, at sundhedsmedarbejderne også fremover skal kunne gå på arbejde og levere den høje kvalitet, som de plejer.

Sundhedsmedarbejderne får med sundhedsreformen mulighed for at løse opgaverne under en stærkere ledelseskonstruktion, og der vil være bedre muligheder for at samarbejde på tværs. Dermed vil de kunne bidrage til et endnu bedre sundhedsvæsen.

Også de medarbejdere, der arbejder på regionernes sociale tilbud og specialundervisningsskoler, vil trygt kunne fortsætte deres arbejde, men under nyt ejerskab.

Generelt vil langt de fleste medarbejdere i regionerne i dag kunne fortsætte med deres funktioner i den nye struktur. Den grundlæggende administrative struktur fortsætter som før, og de nye sundhedsforvaltninger får samme geografi som regionernes. Der vil også blive skabt kontinuitet i det økonomiske fundament gennem en uændret videreførelse af den økonomiske fordeling mellem de fem sundhedsforvaltninger.

Medarbejdere på regionsgårdene vil i den nye organisering fortsat skulle varetage den centrale administration af deres del af sundhedsvæsenet. Sundhedsforvaltningernes hovedsæder placeres samtidigt uændret i Aalborg, Viborg, Vejle, Sorø og Hillerød. Det vil medvirke til at skabe kontinuitet – også ved, at den administrative ledelse af sundhedsområdet ikke ændres med reformen. Men

der vil skulle ske en reduktion i bemandingen i regionsgårdene. Det skyldes, at regionernes øvrige opgaver enten skal overgå til andre myndigheder eller helt falder bort.

De regionale udviklingsopgaver og social- og specialundervisningsområdet er i dag med til at finansiere en række af de administrative fællesfunktioner, fx politisk sekretariatsbetjening, HR, økonomi, it og kommunikation. Skønsmæssigt udgør finansieringsbidraget fra de opgaver, der flyttes eller falder bort, 5-10 pct. af fællesfunktionerne afhængig af forholdene i den enkelte region. Det vil være nødvendigt at tilpasse fællesfunktionerne svarende hertil.

Regionsgårdenes administrative medarbejdere i fagforvaltningerne for regional udvikling og for social- og specialundervisningsområdet vil også blive berørt. Opgaverne vil enten blive overtaget af nye myndigheder eller falde bort. Regeringen ønsker, at der i god tid inden overgangen til en ny struktur bliver iværksat en dialog mellem regionerne og de myndigheder, der skal overtage opgaver, med henblik på at flest mulige berørte medarbejdere kan få mulighed for et nyt arbejde hos overtagende myndigheder. Regeringen ønsker derfor også, at der i god tid inden overgangen til ny struktur bliver iværksat en dialog med relevante lønmodtagerorganisationer for at sikre, at medarbejderne inddrages i processen og deres ønsker i den forbindelse kan tilgodeses i videst muligt omfang.

Ud af de cirka 120.000 fuldtidsmedarbejdere i regionerne må det forventes, at arbejdssituationen for 5-800 medarbejdere i fællesfunktioner og i fagadministrationen vil blive berørt af omlægningerne. Nogle af disse, men ikke alle, vil kunne få mulighed for et nyt arbejde hos nye myndigheder, der tager over. Herudover er det regeringens forventning, at den rimelig lange planlægningshorisont frem mod 2021 vil gøre det muligt at gennemføre en stor del af tilpasningen af de generelle administrative funktioner gennem naturlig afgang. Dette vil blandt andet kunne ske gennem reduktion i de udviklingsopgaver, der er frivillige for regionerne. Regionerne kan dermed være med til at sikre en smidig og nænsom overgang til den nye struktur ved i videst muligt omfang at indføre tilpasningen gradvist og i øvrigt hurtigt sikre afklaring for de berørte medarbejdere.

Reduktionen i medarbejdertallet på regionsgårde skal ses i sammenhæng med, at regeringen har en klar ambition om, at samfundets ressourcer skal bruges bedst muligt, og at flere midler bruges i mødet med patienten. Det er derfor nødvendigt, at man i oprettelsen af den nye struktur sikrer, at flest mulige ressourcer finder vej til sundhedsopgaven.

Bedre udnyttelse af de sundhedsfaglige kompetencer

Den nye struktur giver mulighed for en bedre udnyttelse af de stærke sundhedsfaglige kompetencer til at skabe nære, sammenhængende og trygge sundhedstilbud for borgerne. Hvor opgaverne løses dér, hvor det giver bedst mening. Samtidig vil fagpersonalet kunne få gavn af en større vidensdeling på tværs, hvor bedste praksis i højere grad skal udbredes hurtigt. Det vil kræve, at alle fagpersoner i højere grad sætter deres kompetencer i spil.

På sygehusene vil der blive frigivet tid og ressourcer, når flere opgaver, der i dag løses på sygehusene, som for eksempel kontroller og behandlinger af mennesker med KOL og diabetes, fremover skal løses i almen praksis og kommunerne.

Den alment praktiserende læge vil få et større ansvar for de store og voksende kronikergrupper. De alment praktiserende læger vil i højere grad blive understøttet med specialistkompetencer og diagnostiske undersøgelser fra hospitalerne. Flere og mere moderne sundhedshuse skal skabe grundlag for stærke faglige miljøer, hvor læger flytter sammen med andre læger og faggrupper som sygeplejersker, jordemødre og sundhedsplejersker, bioanalytikere, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, diætister og medarbejdere i den kommunale hjemmesygepleje. Medarbejderne kan deles om administrative funktioner som fx brug af lægesekretærer, og udstyr som fx EKG, lungefunktionsmålinger, laboratorieudstyr mv. Det skal også give de alment praktiserende læger mere tid til deres kerneopgave, nemlig den lægefaglige patientbehandling. Samtidig giver sundhedshuse mulighed for i fællesskab og på tværs af faggrupper at styrke de faglige miljøer og skabe et nært og fleksibelt sundhedstilbud af høj kvalitet.

Kommunerne vil med reformen få en langt mere central rolle i sundhedsvæsenet, og det

kommunale sundhedspersonale vil få styrkede kompetencer. Der er med sundhedsreformen allerede i 2018 tilført midler til bredt kompetenceløft af alle personalegrupper på det kommunale sundhedsområde; sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter/hjælpere, fysio- og ergoterapeuter med flere til at løfte de mere komplekse opgaver på sundhedsområdet.

Med ny lovgivning i forbindelse med reformen vil regeringen desuden lægge op til at fjerne de barrierer, der eksisterer i dag for fagpersonalet i forhold til at løse opgaver i fællesskab på tværs af sektorer. Medarbejdere på tværs af sundhedsvæsenet får således bedre mulighed for at tænke og handle sammenhængende ud fra patientens behov og hver især bidrage med deres faglige kompetencer for at sikre den bedst mulige behandling for patienten.

Videreførelse af overenskomstsystemet

Også i forhold til overenskomstforhandlingerne med lønmodtagerorganisationerne lægges der i vid udstrækning op til at videreføre de kendte rammer for at sikre, at der tages særligt hensyn til vilkårene i sundhedssektoren. Overenskomstforhandlinger på det regionale område varetages i dag af Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) med repræsentanter for regionerne, KL og staten. Der lægges med reformen op til i betydelig grad at videreføre den nuværende organisering. Overenskomstforhandlingerne vil derfor fortsætte på samme måde, som man har kendt det hidtil, udover at arbejdsgiversiden fremover vil være repræsenteret af bestyrelserne for Sundhedsvæsen Danmark og sundhedsforvaltningerne. Dette gælder også forhandlingerne på praksisområderne. Udgangspunktet er desuden, at medarbejderne fra Danske Regioners Center for Forhandling, Aftaler og Overenskomster overgår til den nye struktur.

Afklaring af de byrdefordelmæssige konsekvenser for kommunerne

Som led i sundhedsreformen intensiveres omstillingen af kvalitet og kapacitet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, så mere af den behandling, der i dag foregår på sygehusene, fremover kan foregå hos kommuner og alment praktiserende læger.

Med sundhedsreformen tildeles kommunerne dermed en styrket fremtidig rolle, herunder

gennem gradvist flere opgaver og gennem et løft af det eksisterende kvalitetsniveau i kommunerne.

De afledte udgifter vil kunne variere mellem kommunerne, blandt andet i lyset af kommunale forskelle i befolkningssammensætning, herunder i de primære patientgrupper som fx KOL og diabetes.

En sådan variation vil i et vist omfang blive imødegået gennem den eksisterende kommunale udligning. Det gælder således også i forhold til kommuner med mange ældre, herunder yderkommuner. De kommunale sundhedsudgifter har således en sammenhæng med befolkningens aldersfordeling og socioøkonomiske sammensætning, som der tages højde for gennem det kommunale udligningssystem.

Det vil imidlertid være væsentligt at få en nærmere afdækning af de konkrete konsekvenser, så eventuelle skævheder kan håndteres.

Der vil derfor som led i reformens implementering blive gennemført en afdækning af de byrdefordelmæssige konsekvenser efter udligning som følge af sundhedsudspillet i regi af Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg med henblik på de nødvendige justeringer af udligningssystemet.

Regeringen vil ligeledes tilrettelægge en nærmere proces for, hvordan regionernes aktiver og passiver fordeles mellem de myndigheder, der overtager de nuværende regionsopgaver.

Boks 11.2: Life Science er en høj prioritet for regeringen

Forskning og udvikling af nye behandlingsmetoder er en kerneopgave i det danske sundhedsvæsen. Og det er centralt for regeringens vision om, at Danmark skal være en førende life science nation i Europa. Det offentlige sundhedsvæsenes tradition for at udvikle innovative behandlinger, også i samarbejde med private aktører, blandt andet om kliniske forsøg, er vigtig for at kunne tilbyde behandling af høj kvalitet.

Med den nye organisering fastholdes det stærke fokus på udviklingen i life science branchen. Som i dag vil der være et vedvarende fokus på at styrke innovation og forskning, herunder også klinisk forskning. Kliniske forsøg er helt afgørende for udviklingen af nye lægemidler og medicinsk udstyr og er til gavn for forskningsmiljøerne, patienter og læger, der får hurtigere adgang til og erfaring med nye lægemidler og medicinsk udstyr.

Samtidig medvirker det til at tiltrække investeringer til Danmark og skabe arbejdspladser og vækst. Sundhedsvæsenets opgaver på området videreføres og udvikles yderligere i tråd med regeringens Vækstplan for Life Science og udspil om sundhedsdata – Sundhed i Fremtiden.

Sundhedsvæsenet vil i den forbindelse også fortsat spille en central rolle i indsatsen for at fremme dansk eksport inden for sundhed og life science. Interessen for danske sundhedsløsninger udspringer ikke mindst af et stærkt offentligt sundhedsvæsen og et veludviklet samarbejde mellem offentlige og private aktører. Det er derfor afgørende, at sundhedsvæsenet inddrages som udstillingsvindue for danske løsninger og som aktiv medspiller i indsatsen for at styrke det internationale myndighedssamarbejde på sundhedsområdet.

Derudover er det præciseret i sundhedsloven, at regionerne fortsat kan udføre sundhedsinnovation. Det vil også gælde for de fremtidige sundhedsforvaltninger, og det indebærer, at det regionale sygehusvæsen fortsat kan indgå i samarbejde med virksomheder om udvikling af ny teknologi, klinisk forskning mv. og bidrage med promoveringsaktiviteter, herunder i regi af de statsligt forankrede myndighedssamarbejder (Udenrigsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet), som er afledt heraf. Det afgørende er, at virksomhedssamarbejder mv. er knyttet til løsning af problemstillinger på sundhedsområdet.



Regeringen ønsker at uddanne flere speciallæger i almen medicin og skabe bedre fysiske rammer og større enheder. Det skal være med til at fremtidssikre og modernisere almen praksis.



12. Vejen frem

En forandring af sundhedsvæsenet tager tid og skal drøftes grundigt. Regeringen lægger op til en proces, hvor fremtidens sundhedsvæsen drøftes med de politiske partier med henblik på en politisk aftale i foråret 2019. Herefter skal der gennemføres lovgivning, således at den nye organisering af sundhedsvæsenet kan træde i kraft i 2021.

Regeringen vil indbyde sundhedsvæsenets interessenter med henblik på at høre deres synspunkter på regeringens udspil. I kølvandet på disse møder vil regeringen indbyde de politiske partier til forhandlinger om sundhedsreformen. Målet er at indgå politisk aftale i foråret 2019.

Herefter skal der igangsættes et grundigt arbejde med at forberede lovgivningen. Der er tale om en omfattende lovgivningsproces, da sundhedsreformen får store konsekvenser for flere lovkomplekser, herunder særligt sundhedsloven. Den forudgående høringsfase giver mulighed for at tage hensyn til forskellige synspunkter og forslag til forbedringer.

Regeringen lægger op til, at den politiske aftale om sundhedsreformen også indeholder en konkret implementeringsplan, der fastlægger rammerne for arbejdet i 2019 og 2020 frem mod etableringen af den nye struktur 1. januar 2021. Et element heri kan være et overordnet implementeringsudvalg, som kan nedsætte underudvalg, der skal forberede den nye struktur og sikre en god overgang. Blandt andet skal etableringen af Sundhedsvæsen Danmark forberedes.

Et af underudvalgene skal være et forberedelsesudvalg om sundhedsfællesskaber, blandt andet med deltagelse af relevante ministerier, KL og Danske Regioner/Sundhedsvæsen Danmark. Udvalget skal

have til formål at forberede implementeringen af reformen og klargøre sundhedsfællesskaberne på den opgave, de står overfor. I den forbindelse kan der særligt fokuseres på opstarten af sundhedsfællesskaberne og samspillet mellem sundhedsfællesskaberne, kvalitetsplanen og Nærhedsfonden.

Den nye organisering af sundhedsvæsenet træder i kraft i 2021

Selve implementeringen af sundhedsreformen vil være en lang omstillingsproces, som skal sætte øget fokus på det nære sundhedsvæsen. Det er en proces, som vil tage tid, og som kræver en ny måde at tænke sundhed på i det samlede danske sundhedsvæsen.

Derfor vil det kun være et skridt på vejen, at den overordnede organisering ændres. Men for at sikre fremdrift og for at opnå de mål, som sundhedsreformen indeholder, vil det til gengæld være nødvendigt, at den ændrede organisering træder i kraft så hurtigt, det er praktisk muligt. De nye sundhedsfællesskaber, Sundhedsvæsen Danmark og sundhedsforvaltningerne er vigtige for at sikre et bedre, mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Regeringen foreslår, at den nye organisering træder endeligt i kraft den 1. januar 2021. Men allerede i løbet af 2020 vil sundhedsfællesskaberne og de nye

bestyrelser for Sundhedsvæsen Danmark og sundhedsforvaltningerne kunne begynde at forberede deres arbejdsopgaver.

2020 vil dermed fungere som et overgangså, hvor regionsrådene fortsat vil have ansvaret. Regionsrådene vil alene have fokus på at gøre deres arbejde færdigt i forhold til beslutninger vedrørende 2020. Regeringen, Folketinget og Sundhedsvæsen Danmark skal fra 2020 se fremad og sætte retning for 2021 og frem. Det gælder også deltagelse i forberedelsen af overenskomsterne for 2021.

Regionernes øvrige opgaver (kollektiv trafik, kultur, uddannelse, miljø mv.) flyttes samtidig med, at regionsrådene ophører 1. januar 2021.

Også her vil der være behov for, at dialogen vedrørende overtagelsen af medarbejdere påbegyndes snarest muligt for at sikre en hurtig afklaring for de medarbejdere, som kan blive berørt af personaletilpasningerne.

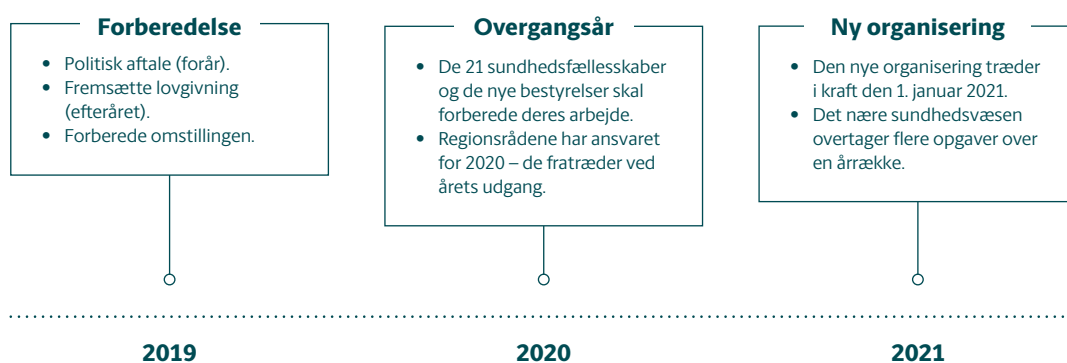
Eksisterende aftaler inden for områder på sundhedsområdet, som ikke er direkte berørt i sundhedsreformen, vil fortsat være gældende, herunder fx den fælles strategi for digital sundhed og sundhedsaftalerne (frem til deres udløb i 2023, medmindre det lokalt besluttes at opsig dem).



Tidsplan

Figur 12.1

Tidsplan for ikrafttrædelse



Bilag A:

Analyser og interessentmøder i arbejdet med sundhedsreformen

Regeringens sundhedsreform er baseret på en lang række analyser og udvalgsarbejder om udfordringer og muligheder for fremtidens sundhedsvæsen.

Analyse af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere: Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed har i oktober 2018 offentliggjort en analyse, der skal understøtte kommunernes fortsatte arbejde med at forebygge indlæggelser blandt de ældre borgere, kommunen allerede er i kontakt med på sundheds- og omsorgsområdet. Dette gøres dels gennem en benchmarkinganalyse, der viser, hvordan kommunerne klarer sig i forhold til hinanden, når der tages højde for, at kommunerne har forskellige rammevilkår. Dels ved at beskrive konkrete initiativer på området.

Sundheds- og ældreøkonomisk analyse: Regeringen har i oktober 2018 offentliggjort en analyse, der berører den fremtidige befolkningsudvikling og befolkningens nuværende kontaktmønstre på tværs af sundheds- og ældreområdet. Derudover ses der nærmere på ligheder og forskelle mellem aktivitetsmønstre og kapacitet i den primære og sekundære sektor.

Styringseftersynet af sundhedsvæsenet: Regeringen igangsatte i 2017 et styringseftersyn på sundhedsområdet som led i Sammenhængsreformen for at se på, hvad der virker og ikke virker i styringen. Styringseftersynet har haft deltagelse af Sundheds- og Ældreministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner. Der blev som led i arbejdet afholdt en styringsdag i januar 2018 med et bredt udvalg af interessenter og eksperter. Dertil har ministeren for offentlig innovation og sundhedsministeren været på besøg i alle fem regioner for at høre om, hvordan der konkret styres, og om de udfordringer ledelse og personale oplever. Endelig blev der som led i styringseftersynet udarbejdet to rapporter,

som begge blev præsenteret og drøftet på møder mellem interessenter og ministeren for offentlig innovation og sundhedsministeren. Rapporterne blev offentliggjort i april 2018:

Den statslige styring af det regionale sundhedsområde (VIVE) beskriver 11 statslige styringsinstrumenter for sundhedsvæsenet og gennemgår fordele og ulemper ved de forskellige styringsredskaber.

Analyse af den regionale styring på sygehusområdet (PWC og McKinsey & Company) belyser styringen af det somatiske sygehusvæsen, herunder hvordan styringen bidrager til faglig kvalitet, omkostnings-effektivitet og sammenhæng i patientforløb.

Analyse af kronikerindsatsen i Danmark: McKinsey & Company har udarbejdet en kvalitativ analyse af håndteringen af kronikergrupper i Danmark (oktober 2017). Analysen afdækker blandt andet de forskellige styringsmæssige og strukturelle forhold i regionerne, som danner rammen om kronikerindsatserne.

Kronikerindsatsen internationalt: Boston Consulting Group har afdækket internationale erfaringer med håndtering af kronikere, med særligt fokus på styring, rammer og organisering af kronikerindsatsen (oktober 2017). Der er hentet erfaringer fra England, Holland, Sverige og USA.

Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen: Regeringen nedsatte i 2016 Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen bestående af KL, Danske Regioner og staten. Der var desuden nedsat en interessentgruppe bestående af Lægeforeningen, Sundhedskartellet,

Dansk Sygeplejeråd, FOA, Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer og Apotekerforeningen, der blev inddraget undervejs i arbejdet via interessentmøder. I juni 2017 præsenterede udvalget 20 anbefalinger til, hvordan det nære sundhedsvæsen skal udbygges til gavn for patienterne. Udvalget pegede blandt andet på behovet for en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og udbredelse af fælles finansiering blandt kommuner og regioner.

Sundhedsministeren afholdt i forlængelse af udvalgsrapporten og styringseftersynet en række interessentmøder om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med aktører fra interessentgruppen.

Lægedækningsudvalget: Regeringen nedsatte i 2016 et udvalg, der skulle skabe overblik over udfordringerne med at sikre en tilstrækkelig lægedækning i alle dele af landet. Udvalget var sammensat af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Lægeforeningen, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen. I januar 2017 præsenterede udvalget 18 anbefalinger til, hvordan man kan løse lægemanglen i Danmark.

Bilag B:

Geografisk afgrænsning af sundhedsfællesskaberne

Den geografiske afgrænsning af sundhedsfællesskaberne baserer sig på en række hensyn, og der er foretaget en række empiriske analyser over aktivitetsmønstrene blandt patienter med mange kontakter til sundhedsvæsenet.

Regeringen foreslår at oprette 21 sundhedsfællesskaber. Grænsedragningen følger en række principper, *jf. nedenfor*, og er lavet på baggrund af befolkningsunderlag og aktivitetsmønstre samt med kig til de eksisterende decentrale samarbejdsfora i regionerne.

Hensyn i forhold til grænsedragning

I fastlæggelsen af den geografiske afgrænsning af sundhedsfællesskaberne lægges der vægt på følgende principper:

- **Nærhed og decentralisering:** Der skal være sammenhæng mellem det nærliggende akut-sygehus, som borgerne i et geografisk område typisk hører til, og borgernes bopæl.
- **Myndighedsgrænser overholdes:** Sundhedsfællesskaber skal være forenelig med de gældende regions- og kommunegrænser. Det vil sige et sundhedsfællesskab kan kun være placeret i én fremtidig sundhedsforvaltning, mens en kommune kun kan være placeret i ét sundhedsfællesskab. Dels for at tilskynde en hensigtsmæssig arbejdsdeling på tværs af sundhedsfællesskaber, og dels for at få en hensigtsmæssig arbejdsdeling "internt" i sundhedsfællesskabet blandt de forskellige aktører og ud mod borgeren (blandt andet kommuneansvar).
- **Ensartet, høj og omkostningseffektiv kvalitet:** Borgerne skal opleve en ensartet, høj kvalitet på tværs af landet og sundhedsfællesskaber. En forudsætning for det er, at sundhedsfællesskaberne har en vis "kritisk masse" det vil sige et

befolkningsunderlag af en vis størrelsesorden, som gør det muligt at udnytte skalafordele og opretholde en tilstrækkelig specialiseringsgrad inden for bestemte områder.

- **Forenelig med ny sygehusstruktur:** Sundhedsfællesskaberne skal være forenelig med den nye sygehusstruktur. Alle sundhedsfællesskaber kan naturligvis ikke have lige specialiserede sygehuse, og en forudsætning for høj kvalitet er, at sygehuse i sundhedsfællesskaberne specialiserer sig i udvalgte behandlingsområder. Det er derfor afgørende, at sundhedsfællesskaberne har en iboende og stærk interesse til at sikre samarbejde og arbejdsdeling på tværs af fællesskaber. Dette gælder også i forhold til at sikre koordinering mellem øvrige sygehuse, idet der ud over akutsygehuse også vil være andre sygehuse i sundhedsfællesskaberne, både psykiatriske og somatiske.
- **Lige adgang på tværs af landet:** En forudsætning for adgang til sundhedsvæsenet er blandt andet tilstedeværelse af lægelige ressourcer – det gælder hovedsageligt den almene lægehjælp. Borgernes adgang sker som oftest via den alment praktiserende læge, og sundhedsfællesskaberne skal blandt andet derfor have en tilstrækkelig – og ligelig fordeling af – almene lægelige ressourcer.

Som borger betyder det ikke, at man er fast tilknyttet ét sygehus. Der vil fortsat være patienter, der har forløb, som går på tværs af sundhedsfællesskaber fx i forhold til de mere specialiserede

Tabel B.1: Grænsedragning for 21 sundhedsfællesskaber

	Akutsygehuse	Region	Befolkningstal	Antal almen praksis kapaciteter	Antal kommuner	Kommunenavne
1	Bispebjerg Hospital	Hovedstaden	717.698	401	2	København, Frederiksberg
2	Hvidovre Hospital	Hovedstaden	286.425	162	9	Brøndby, Dragør, Glostrup, Albertslund, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Tårnby, Vallensbæk
3	Herlev Hospital	Hovedstaden	400.880	245	8	Ballerup, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Furesø, Egedal
4	Hospitalerne i Nordsjælland - Hillerød	Hovedstaden	377.941	235	9	Allerød, Fredensborg, Helsingør, Hillerød, Hørsholm, Rudersdal, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov
5	Bornholms Hospital	Hovedstaden	39.715	28	1	Bornholm
6	Sjællands universitetshospital - Køge, Roskilde	Sjælland	279.096	166	6	Greve, Køge, Roskilde, Solrød, Faxe, Stevns
7	Holbæk sygehus	Sjælland	180.592	108	4	Odsherred, Holbæk, Kalundborg, Lejre
8	Slagelse, Ringsted, Næstved Sygehus	Sjælland	226.048	132	4	Ringsted, Slagelse, Sorø, Næstved
9	Nykøbing F Sygehus	Sjælland	149.288	92	3	Lolland, Guldborgsund, Vordingborg
10	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland	344.141	210	2	Aarhus, Samsø
11	Hospitalsenhed Midt (Viborg)	Midtjylland	235.506	148	3	Silkeborg, Skive, Viborg
12	Hospitalsenhed Vest (Herning)	Midtjylland	286.750	188	6	Herning, Holstebro, Lemvig, Struer, Ikast-Brande, Ringkøbing-Skjern
13	Regionshospitalet Randers	Midtjylland	227.201	146	4	Syddjurs, Norddjurs, Favrskov, Randers
14	Hospitalsenhed Horsens	Midtjylland	219.998	133	4	Horsens, Odder, Skanderborg, Hedensted
15	OUH Odense Universitetshospital	Syddanmark	458.033	287	9	Assens, Faaborg-Midtfyn, Kerteminde, Nyborg, Odense, Svendborg, Nordfyns, Langeland, Ærø
16	Sygehus Sønderjylland	Syddanmark	227.479	159	4	Haderslev, Sønderborg, Tønder, Aabenraa
17	Sydvestjysk Sygehus (Esbjerg)	Syddanmark	239.060	163	5	Billund, Esbjerg, Fanø, Varde, Vejen
18	Kolding Sygehus	Syddanmark	296.191	186	4	Middelfart, Fredericia, Kolding, Vejle
19	Regionshospital Nordjylland, Thy	Nordjylland	64.230	36	2	Thisted, Morso
20	Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nordjylland	127.204	75	3	Hjørring, Frederikshavn, Læsø
21	Aalborg Universitetshospital	Nordjylland	397.714	225	6	Brønderslev, Vesthimmerland, Rebild, Mariagerfjord, Jammerbugt, Aalborg
	I alt		5.781.190	3.525	98	

Anm.: Befolkningstal er opgjort pr. 1. januar 2018. Tal for antal kapaciteter er baseret på niveauet for antal kapaciteter i 2018, men fordelt på Sundhedsfællesskaber efter den kommunale fordeling i 2015.

Kilde: Danmarks Statistik, Esundhed, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

behandlinger inden for blandt andet hjerte- og kræftbehandling, og fordi der naturligvis fortsat skal være frit sygehusvalg. Og man kan fortsat blive indlagt akut på et andet akutsygehus end det, der ligger i sundhedsfællesskabet. Derfor skal kommunerne også samarbejde med andre sygehuse, end dem der ligger i sundhedsfællesskabet, og det vil stadig være nødvendigt at tænke i sammenhæng på tværs af sundhedsfællesskaberne og de øvrige sygehuse. Det er blandt andet en opgave for sundhedsforvaltningerne og den nationale bestyrelse.

Konkret grænsedragning

Strukturen med de 21 akutsygehuse følger af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for et styrket akutberedskab fra 2007, hvor der blev anbefalet et befolkningsunderlag for de fælles akutmodtagelser på 200.000-400.000 indbyggere for at sikre den nødvendige robusthed og ekspertise. Heri blev det også klart, at der er særligt tyndt befolkede områder med ø- eller ø-lignende geografi, der kan nødvendiggøre specifikke løsninger med et mindre befolkningsunderlag. Det har medført, at der i dag er tre modificerede akutmodtagelser på Sygehus Thy-Mors, Nykøbing Falster Sygehus og Bornholms Hospital. Etableringen af de fælles akutmodtagelser er en gennemgribende omlægning i regionerne og er i god gænge, men det er fortsat et arbejde i udvikling.

På baggrund af ovenstående principper, vurderes det hensigtsmæssigt at fortsætte samme grundstruktur og etablere 21 sundhedsfællesskaber, *jf. figur 5.1*. Det vil indebære en grænsedragning, hvor et sundhedsfællesskab vil bestå af 4-5 kommuner, 160-170 praktiserende læger og cirka 275.000 indbyggere. Som det fremgår, er der dog forskelle mellem sundhedsfællesskaberne, *jf. tabel B.1*.

Der etableres lovhjemmel til, at sundhedsministeren kan ændre grænsedragningen efter indstilling fra bestyrelserne for sundhedsforvaltningerne ved tilpasninger i sygehusstruktur eller lignende.

Den foreslåede grænsedragning har flere fordele.

For det første etableres fællesskaber omkring en allerede eksisterende struktur, hvor der i dag er et vist samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommuner. For alle 21 sundhedsfællesskaber gælder, at der er ét akutsygehus, samt at kommunerne kun er med i ét sundhedsfællesskab. Andre sygehuse inden for sundhedsfællesskabet vil selvfølgelig blive inddraget i arbejdet.

For det andet flytter den foreslåede afgrænsning i vidt omfang med de decentrale samarbejdsfora, som allerede eksisterer i dag i de enkelte regioner. Alle regioner har i varierende omfang og i forskellige former etableret samarbejde omkring akutsygehuse. Udkast til afgrænsning af nye sundhedsfællesskaber følger i høj grad de afgrænsninger, som allerede er lavet lokalt. Det bemærkes dog, at nogle kommuner og akutsygehuse indgår i flere af de eksisterende samarbejdsfora.

Endelig viser empiriske analyser af aktivitetsmønstrene, at aktiviteten i høj grad følger akutsygehuses optageområder, og at der også er en aktivitet omkring de mindre akutsygehuse. Det gælder særligt, hvis man specifikt på aktiviteten for borgere med KOL og diabetes. Dette er relevant, fordi det netop er nogle af de patientgrupper, som de nye sundhedsfællesskaber skal have særligt fokus på.

Lydhørhed og hensyntagen til lokale forhold

Grænsedragningen skal så vidt muligt tage hensyn til lokale forhold. Regeringen er derfor villig til at se på lokale forslag om en anden inddeling, hvor det giver fagligt mening. Det vil særligt være i forhold til, om en bestemt kommune skal høre til i det ene eller det andet sundhedsfællesskab, idet borgerne i nogle kommuner anvender flere akutsygehuse. Det skal sikre den mest hensigtsmæssige grænsedragning for de nye sundhedsfællesskaber.

Bilag C:

De kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier

Regionerne er i dag bygherrer for i alt 16 kvalitetsfondsstøttede byggeprojekter med nye og moderne sygehuse over hele landet. Staten udbetaler støtte og fører overordnet tilsyn med de enkelte byggerier. Med sundhedsreformen skal sundhedsforvaltningerne, som får samme geografiske grænser som regionerne, overtage rollen som bygherrer og varetage styringen med de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier. Det skal være med til at sikre kontinuitet i styringen fremover, og understøtte realiseringen af den planlagte sygehusstruktur.

Historisk store sygehusinvesteringer

I 2007 etablerede den daværende regering en kvalitetsfond til statslig medfinansiering af investeringer i en ny sygehusstruktur. Regionerne er bygherrer for projekterne, mens staten udbetaler støtte og fører overordnet tilsyn med de enkelte byggerier.

Formålet med investeringerne er at højne kvaliteten i sundhedsvæsenet ved at samle sygehusvæsenets funktioner på færre enheder og dermed bidrage til, at det sundhedsfaglige personale opnår større rutine og kan give en behandling af bedre kvalitet.

Regeringen nedsatte i 2007 et uafhængigt ekspertpanel med kompetencer i blandt andet sundhedsplanlægning, sundhedsøkonomi og sygehusarkitektur til at vurdere regionernes ansøgninger om kvalitetsfondsstøtte til en ny sygehusstruktur. Ekspertpanelet vurderede således regionernes projektplaner i et langsigtet nationalt perspektiv, hvor det danske sygehusvæsen er blevet betragtet som en helhed.

I alt investeres der knap 50 mia. kr. (18-pl) fra 2010-2024 i nye og moderniserede supersygehuse. 60 pct. af investeringen finansieres af kvalitetsfonden og 40 pct. af låneadgang og regional egenfinansiering. Regionerne har mulighed for at låne op til 1 mia. kr. til energirigtige investeringer.

Staten yder støtte til 16 byggeprojekter med midler fra kvalitetsfonden. Projekterne omfatter både

helt nybyggede sygehuse og om- og tilbygninger til eksisterende sygehuse, der spiller en nøglerolle i den nye sygehusstruktur. Der bygges frem til ca. 2024 og i *figur C.1* gives en status på byggerierne.

De nye byggerier giver mulighed for at tilrettelægge patientbehandlingen bedre, og samtidig opnås blandt andet driftsgevinster som følge af overgangen fra flere matrikler til en matrikel og gennem et lavere energiforbrug.

Det frigiver ressourcer til øget sundhedsbehandling. Gevinsterne trækkes dermed ikke ud af det regionale sundhedsområde, men fastholdes med henblik på prioritering til mere og bedre behandling.

Med aftale om regionernes økonomi for 2017 er gevinsterne opgjort til 266 mio. kr. årligt (2019-pl) i årene 2017-2025, og samlet frigøres ca. 2,4 mia. kr. (2018-pl) når alle byggerier er ibrugtaget.

Moderne apparatur og it

Apparatur og den nyeste teknologi er en integreret del af en god behandling på sygehuse. Med investeringerne i de nye sygehuse er der derfor lagt vægt på at sikre, at byggerierne samtidig udstyres med ny it og apparatur. Ca. 7,1 mia. kr. er øremærket til it og apparatur. Delrammen til apparatur går til alt fra scannere og strålekanoner over loftlifte til teknologi, der understøtter effektive vare- og patientflows.

Tabel C.1: Kvalitetsfondsprojekter: Totalramme, status for Sundheds- og Ældreministeriets tilsyn og forventet ibrugtagingsår pr. 3. kvartal 2018

Projekt * = Delvist ibrugtaget ^ = Fuldt ibrugtaget	Totalramme (mio. kr., 2018-pl)	Forventet fuld ibrugtagning (aktuel status)
Region Hovedstaden	15.084	
Nyt Hospital Bispebjerg*	3.460	2023
Nyt Hospital Herlev*	2.639	2020
Nyt Hospital Nordsjælland	4.501	2022
Nyt Hospital Hvidovre	1.694	2022
Det Nye Rigshospital*	2.138	2019
Ny Retspsykiatri Sct. Hans	652	2021
Region Midtjylland	12.487	
Det Nye Universitetshospital i Aarhus (DNU)*	7.433	2019
Det Nye Hospital i Vest, Gødstrup (DNU)	3.713	2020
Regionshospitalet Viborg*	1.341	2020
Region Nordjylland	4.829	
Nyt Aalborg Universitetshospital	4.829	2022
Region Sjælland	6.329	
Universitetshospital Køge	4.705	2024
Psykiatri i Slagelse^	1.279	2015
Akutmodtagelse i Slagelse^	346	2013
Region Syddanmark	9.933	
Kolding Sygehus^	1.051	2017
Nyt Odense Universitetshospital (Nyt OUH)	7.425	2022
Aabenraa Sygehus*	1.457	2021
I alt	48.664	

Anm.: Totalramme er angivet inkl. energilån for de projekter, der har ansøgt herom.

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet og regionernes rapportering

Fælles akutmodtagelser

Et centralt element i den nye sygehusstruktur er etableringen af de 21 fælles akutmodtagelser, hvoraf 13 etableres eller er etableret i kvalitetsfundsbyggerier. De fælles akutmodtagelser skal – med tilstedeværelse af eller adgang til speciallæger inden for alle relevante akutspecialer - bidrage til hurtig og korrekt udredning af patienter, og dermed hurtigere sikre at den rette behandling bliver igangsat. Akutmodtagelserne spiller derfor en nøglerolle både for moderniseringen af den danske sygehusstruktur og for realisering af de forudsatte forbedringer af effektivitet og kvalitet i kvalitetsfondsprojekterne. Den strukturelle omlægning af akutstrukturen med 21 fælles akutmodtagelser er implementeret, og akutmodtagelserne flytter løbende ind i de nye bygninger efterhånden som de færdiggøres.

Tre projekter er fuldt ibrugtaget, mens yderligere 6 projekter er delvist ibrugtaget, jf. tabel C.1.

Fremtidig organisering

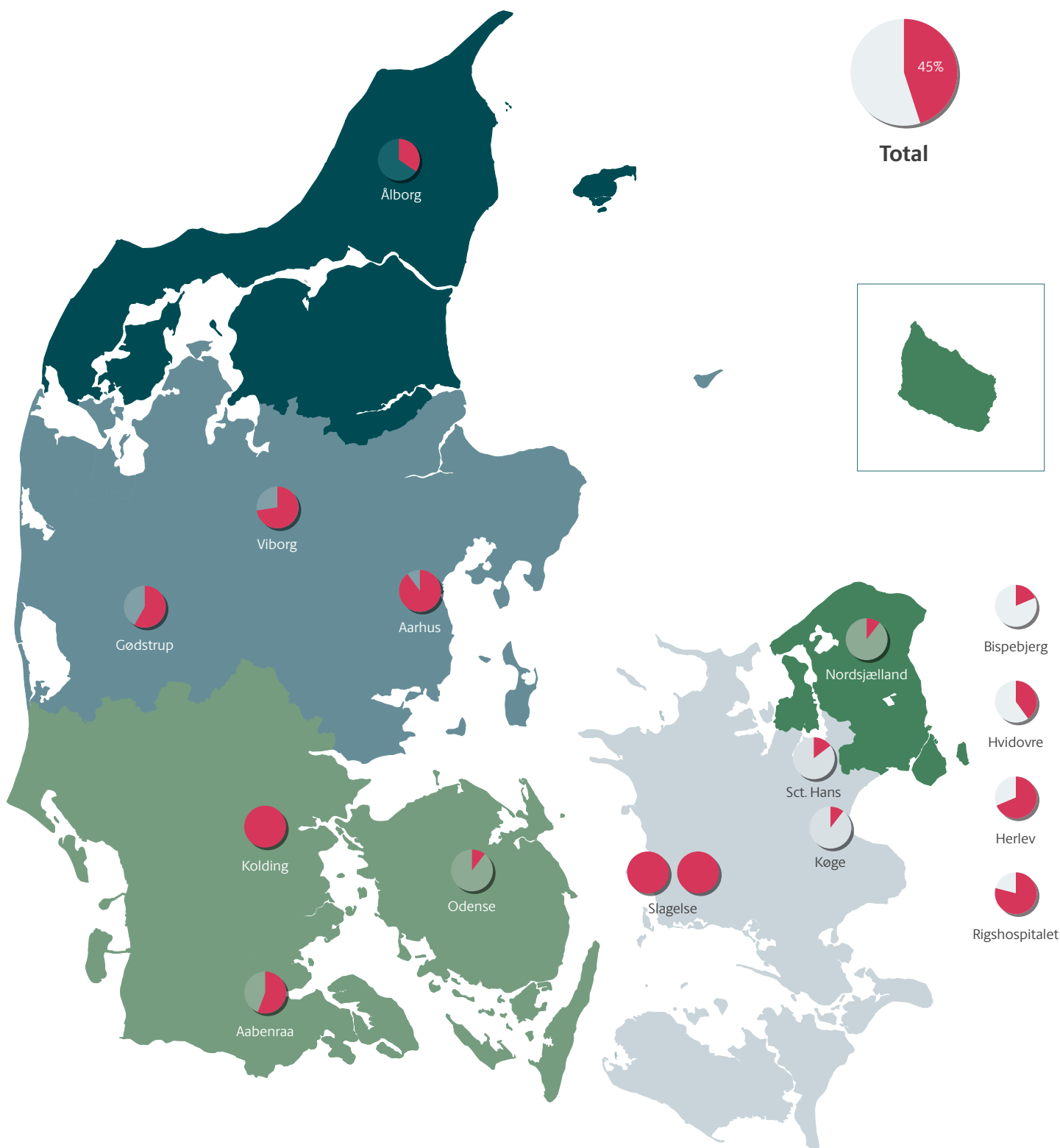
Fremover skal sundhedsforvaltningerne overtage regionernes rolle som bygherrer og kommende driftsherrer for sygehusbyggerierne. Dermed vil ansvaret for anlægsprojekterne og den fremtidige drift fortsat være forankret i samme organisation. En sådan struktur vil være med til at sikre kontinuitet i styringen af byggerierne fremover, herunder at der fortsat er et lokalt forankret ansvar for at realisere de aftalte effektiviseringsgevinster for de enkelte byggerier. Samtidig vil den bidrage til, at beslutninger om planlægning af og ændringer i byggerierne har den nødvendige kvalitet og legitimitet.



Færdiggørelsesgrader

Figur C.1

Færdiggørelsesgrad i kvalitetsfundsprojekterne pr. juli 2018



2018/19:23

Januar 2019

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Tlf.: +45 7226 9000
E-mail: sum@sum.dk

ISBN digital: 978-87-93635-14-2
ISBN tryk: 978-87-93422-69-8

Design: e-Types
Tryk: Rosendahls

Publikationen kan hentes på
www.sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Tlf.: +45 7226 9000